

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE : LA MÉTHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC.....5

LES OBJECTIFS DU DIAGNOSTIC.....	6
LES THEMATIQUES.....	6
LES SOURCES DE DONNEES.....	6
LE ZONAGE EN SOUS-TERRITOIRES.....	7
LES ETAPES DU DIAGNOSTIC.....	7

PARTIE 1 : LES CARACTERISTIQUES TERRITORIALES8

L'ESSENTIEL8

1. L'ESPACE MÉTROPOLITAIN..... 9

1.1 Les contrastes territoriaux.....	9
1.2 L'artificialisation des sols.....	10

2. LES ESPACES NATURELS 11

2.1 La superficie et la nature des espaces naturels.....	11
2.2 Les espaces protégés.....	12
2.3 La nature en ville.....	12

3. L'ACCÈS AUX ÉQUIPEMENTS 15

3.1 L'offre et l'accessibilité des équipements.....	15
3.2 La population éloignée des équipements.....	16

4. LES TRANSPORTS ET LES MOBILITES..... 17

4.1 L'accessibilité routière.....	17
4.2 La desserte en transport en commun.....	18
4.3 Les pratiques de déplacements des actifs.....	19
4.4 Les mobilités durables.....	20
4.5 L'accidentologie routière.....	21

5. LA QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR..... 22

5.1 Les émissions de polluants.....	22
5.2 L'indice cumulé Air version annuelle (ICAIR-365).23	
5.3 L'exposition de la population à la pollution.....	23
5.5 Les risques allergiques.....	25

6. LES RISQUES NATURELS 26

6.1 Vue d'ensemble des risques naturels.....	26
6.2 Le risque d'inondations.....	27
6.3 Le risque d'incendies de forêts.....	28
6.4 Le risque d'avalanches.....	28
6.5 Le risque de mouvements de terrain.....	28
6.6 Le risque de séismes.....	29

7. LES RISQUES TECHNOLOGIQUES..... 30

7.1 Le risque lié au transport de matières dangereuses.....	30
7.2 Les risques industriels.....	30

8. LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES 31

8.1 Le climat métropolitain.....	31
8.2 Les changements climatiques observés.....	32
8.3 Les prévisions climatiques.....	33
8.4 Les îlots de chaleur urbain.....	33

9. LA QUALITÉ DE L'EAU 35

9.1 Les ressources en eaux.....	35
9.2 Les volumes d'eau prélevés par usage.....	35
9.3 La qualité des eaux de consommation.....	36
9.4 La qualité des eaux de baignade.....	37

10. L'EXPOSITION AU BRUIT..... 38

10.1 Les sources de bruit.....	38
10.2 Les dépassements des valeurs réglementaires	38

11. L'ÉCONOMIE LOCALE..... 40

11.1 Les secteurs d'activité.....	40
11.2 Le tourisme.....	40
11.3 L'activité agricole.....	41

12. L'HABITAT..... 43

12.1 Les caractéristiques du parc de logements.....	43
12.2 Les résidences secondaires.....	43
12.3 L'ancienneté de l'habitat.....	44
12.4 La pression foncière.....	44
12.5 L'offre et la demande de logements sociaux.....	45
12.6 Les situations de mal logement.....	46

PARTIE 2 : LA POPULATION 50

L'ESSENTIEL 50

1. LA DÉMOGRAPHIE..... 51

- 1.1 La répartition de la population 51
- 1.2 L'évolution de la population 52
- 1.3 Structure par âge de la population 53
- 1.4 Les jeunes..... 55
- 1.5 Les séniors..... 56

2. LA COMPOSITION DES MÉNAGES..... 58

- 2.1 Les personnes vivant seules 58
- 2.2 Les familles..... 58
- 2.3 La population étrangère et immigrée 60

3. LA QUALIFICATION DE LA POPULATION 60

- 3.1 Le niveau de diplômes 60
- 3.2 Les catégories socio-professionnelles 61

4. LE CHÔMAGE 62

- 4.1 Le taux de chômage des 15-64 ans 62

5. LA SITUATION SOCIALE 63

- 5.1 Les revenus 63
- 5.2 Les ménages non imposables 63
- 5.3 Les ménages en situation de pauvreté 63
- 5.4 Les prestations sociales..... 64
- 5.5 La population des quartiers prioritaires de la politique de la ville 65

PARTIE 3 : L'OFFRE DE SOINS 67

L'ESSENTIEL..... 67

1. L'OFFRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE LIBÉRALE 68

- 1.1 L'offre et la répartition géographique des médecins généralistes 68
- 1.2 Les temps d'accès au médecin généraliste le plus proche 69
- 1.3 Les caractéristiques des médecins généralistes libéraux 70
- 1.4 L'évolution de l'effectif des médecins généralistes 71
- 1.5 L'activité des médecins généralistes 71
- 1.6 Le zonage conventionnel des médecins généralistes 72

2. LES AUTRES SPÉCIALITÉS MÉDICALES LIBÉRALES 72

- 2.1 L'offre et la répartition géographique des médecins spécialistes..... 72
- 2.2 Les temps d'accès aux médecins spécialistes..... 73
- 2.3 Le détail des spécialités 74
- 2.4 Les caractéristiques des médecins spécialistes..... 74
- 2.5 L'évolution de l'effectif des médecins spécialistes..... 74

3. LES AUTRES PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES 75

- 3.1 L'offre et répartition des professionnels de santé..... 75
- 3.2 Les temps d'accès aux autres professions médicales et paramédicales 76
- 3.3 Les zonages conventionnels 76
- 3.4 Les centres de santé 79
- 3.5 Les soins non programmés..... 79
- 3.6 L'exercice coordonné 80
- 3.7 Les consultations avancées et la télémédecine... 81

4. L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE..... 81

- 4.1 L'accès aux services d'urgences 81
- 4.2 Le taux de passage aux urgences dans les Alpes-Maritimes 83
- 4.3 Les établissements sanitaires 83
- 4.4 La capacité hospitalière 84
- 4.5 L'accès aux établissements sanitaires 84

5. L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE..... 86

- 5.1 Les structures d'hébergement et services pour personnes âgées..... 86
- 5.2 Les structures d'hébergement pour les adultes avec un handicap 87
- 5.3 Les structures de prise en charge pour les enfants avec un handicap 87

PARTIE 4 : LE RECOURS AUX SOINS ET A LA PRÉVENTION 88

L'ESSENTIEL.....88

1. LE RECOURS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES89

1.1 Les assurés sans médecin traitant déclaré 89

1.2 Les bénéficiaires de soins généralistes..... 89

1.3 La consommation intra-zone 90

1.4 Les pôles d'attraction des médecins
généralistes 90

1.5 Le non recours aux soins 90

2. LE RECOURS AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX91

2.1 Les bénéficiaires de soins spécialisés 91

3. LE RECOURS AUX PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX92

3.1 Les bénéficiaires d'actes infirmiers 92

3.2 Les bénéficiaires d'actes de kinésithérapie 93

3.3 Les bénéficiaires d'actes d'orthophonie 94

3.4 Les bénéficiaires de soins de sages-femmes 95

4. LES REMBOURSEMENTS DE MÉDICAMENTS.....96

4.1 Les remboursements de médicaments
psychotropes 96

4.2 Les remboursements d'antiasthmatiques 96

4.3 Les prescriptions d'antibiotiques chez
les enfants et les adultes 97

5. LA RÉALISATION DES ACTES DE PRÉVENTION98

5.1 La santé buccodentaire 98

5.2 Le suivi gynécologique 99

5.3 Le dépistage organisé des cancers..... 99

5.4 La vaccination 100

PARTIE 5 : L'ÉTAT DE SANTE DE LA POPULATION..... 102

L'ESSENTIEL..... 102

1. LA SANTE DES ENFANTS DE 0 À 6 ANS 103

1.1 Les naissances prématurées..... 103

1.2 Le poids et la trophicité à la naissance 103

1.3 Les hospitalisations des enfants de 0-6 ans
en court séjour 103

2. LES MALADIES CHRONIQUES..... 103

2.1 Les bénéficiaires d'une Affection de longue
durée 103

2.2 Les principales causes d'affections de longue
durée 103

3. LES PERSONNES AVEC UN HANDICAP 105

3.1 La file active de la Maison départementale des
personnes handicapées des Alpes-Maritimes 105

3.2 Les bénéficiaires de l'Allocation Adulte
Handicapé et de l'Allocation d'Education des Enfants
Handicapés 105

3.3 Estimation du nombre de personnes avec
un handicap..... 105

3.4 L'autisme et les Troubles du Spectre
Autistique..... 106

4. LES CAUSES DE MORTALITÉ 106

4.1 L'espérance de vie à la naissance 106

4.2 Les principales causes de mortalité 106

4.3 Comparaison avec la région..... 107

4.4 Les inégalités territoriales de mortalité 107

4.5 Les inégalités de mortalité selon le genre 108

5. LES PRINCIPALES PATHOLOGIES 113

5.1 Les cancers 113

5.2 Les maladies cardio-vasculaires 113

5.3 Les maladies de l'appareil respiratoire 114

5.4 Les maladies du système nerveux 115

5.5 Les traumatismes 116

5.6 Les pathologies liées à l'alcool 117

5.7 Le diabète 118

5.8 Les maladies infectieuses 118

5.9 La santé mentale 121

RÉFÉRENCES 123

PRÉAMBULE : LA MÉTHODOLOGIE DU DIAGNOSTIC

LES OBJECTIFS DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic socio-sanitaire et environnemental réalisé à l'échelle de la métropole Nice Côte d'Azur a pour objectifs de décrire la situation de la métropole Nice Côte d'Azur, de dégager les spécificités, atouts et faiblesses de ce territoire et de mettre en évidence ses inégalités territoriales et sociales. Cette démarche doit permettre aux décideurs et acteurs locaux de mieux appréhender de façon collective la situation et les besoins actuels de leur territoire et, en ce sens, les guider dans le choix des politiques et actions à mettre en place.

LES THEMATIQUES

Le diagnostic de territoire intègre des informations et données sur la santé et ses principaux déterminants (caractéristiques socio-économiques, comportements de santé, milieux de vie, ...) et s'articule autour de 5 grands axes thématiques :

- **Le territoire et le cadre de vie** : qualité environnementale, mobilité et accès aux équipements, risques naturels et liés aux changements climatiques, conditions de logement...
- **La population** : structure par âge, composition des ménages, qualification et accès à l'emploi, revenus, prestations sociales...
- **L'offre de soins** : disponibilité et accessibilité de l'offre de soins libérale, hospitalière et médico-sociale, activité des médecins généralistes, comportements de recours aux soins ...
- **Le recours aux soins et à la prévention** : consommation de soins et de médicaments, couverture vaccinale, participation au dépistage des cancers, suivi gynécologique...
- **L'état de santé de la population** : prévalence maladies chroniques, principales causes de décès et de sur et sous-mortalité par rapport à la région, consommation de médicaments psychotropes.

LES SOURCES DE DONNEES

Le diagnostic est réalisé sur la base des informations et indicateurs les plus récents disponibles à l'échelle du territoire de la métropole, ou par défaut à l'échelle du département des Alpes-Maritimes. Ces indicateurs, provenant de différents organismes (Insee, Assurance Maladie, Agence Régionale de Santé, ...) sont principalement recueillis par le biais de différents outils cartographiques régionaux et nationaux, généralistes ou thématiques, comme :

- Le Système d'Information Régional en Santé (SIRSéPACA) (www.sirsepaca.org);
- C@rtosanté (<https://cartosante.atlasante.fr>);
- Insee statistiques locales (<https://statistiques-locales.insee.fr>);
- Rézone CPTS (<https://rezonecpts.ameli.fr>);
- L'Observatoire des territoires
- (<https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive>);
- Regard cartographique sur nos territoires (<https://notreterritoire.maregionsud.fr>);
- L'atlas du vieillissement en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (<http://atlasduvieillissement.org>);
- Géodes (<https://geodes.santepubliquefrance.fr>).

Le diagnostic s'est également appuyé sur des informations et documents récoltés lors d'une recherche complémentaire sur internet (sites de collectivités et d'organismes de santé publique, d'organisations professionnelles, de bases thématiques, diagnostics de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé ...) ou fournies par les services de la métropole Nice Côte d'Azur et de la Ville de Nice.

LE ZONAGE EN SOUS-TERRITOIRES

Le territoire métropolitain est marqué par des contrastes territoriaux, sociaux et démographiques importants. La constitution de découpages infra-territoriaux est nécessaire pour décrire de façon pertinente le territoire métropolitain et rendre compte des spécificités territoriales. Il existe de multiples zonages proposés par différents organismes et répondant à des logiques différentes (territoires de vie santé, espaces de santé de proximité, cantons regroupés, zonages des professionnels de santé de l'Agence Régionale de Santé, ...).

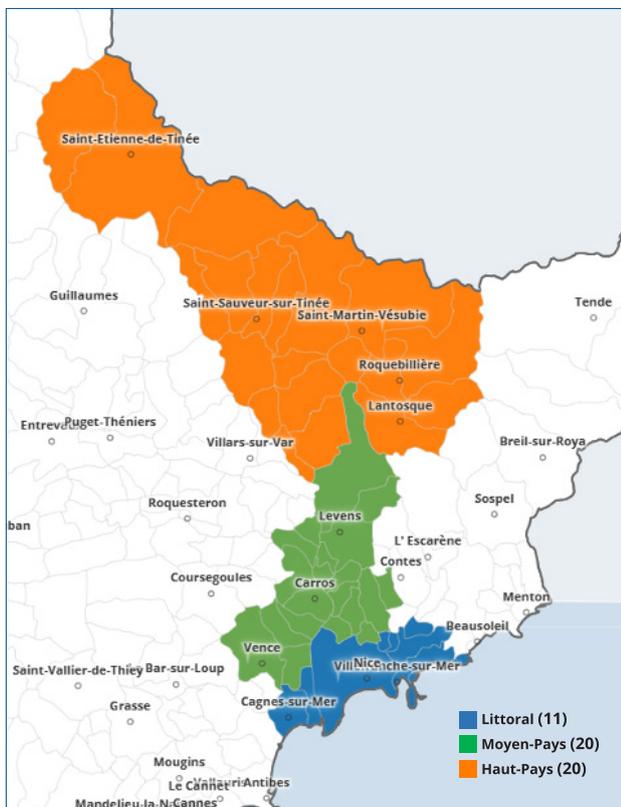


Figure 1 : Proposition de zonage de la métropole Nice Côte d'Azur en 3 sous-territoires (Source : Observatoire Régional de la Santé)

Lors de la réalisation du diagnostic en santé environnement de la métropole Nice Côte d'Azur en 2021, l'Observatoire Régional de la Santé avait proposé un découpage territorial s'inspirant des différents zonages existants (conseils de territoire, bassins de vie...) et affiné à l'aide d'une recherche documentaire. Ce même zonage a été utilisé dans le cadre de ce diagnostic. Il distingue 3 sous-territoires au sein de la métropole : le littoral, le Moyen Pays et le Haut Pays. Le littoral comprend 11 communes, le Moyen Pays 20 communes et le Haut Pays 20 communes (Figure 1).

LES ETAPES DU DIAGNOSTIC

➔ Comparaison de la situation de la métropole à différents territoires

Le diagnostic de territoire s'appuie sur des descriptions à différentes échelles géographiques, permettant de répondre à différents objectifs :

- ➔ La situation de la métropole Nice Côte d'Azur est systématiquement comparée à celles de la région Provence-Alpes Côte d'Azur et de la France métropolitaine (sous réserve de la disponibilité des indicateurs à ces différentes échelles géographiques) et, pour des indicateurs clés, à la situation des grandes métropoles françaises, ce qui permet de dresser un portrait global du territoire et d'en dégager les spécificités ;
- ➔ La comparaison des sous-territoires et des communes entre elles permet de mettre en évidence les inégalités territoriales et d'identifier les territoires les plus fragiles.

➔ Description de l'évolution temporelle de la situation de la métropole

Le suivi des indicateurs à différentes dates permet d'une part d'appréhender l'évolution de la situation du territoire, et d'autre part de relever si cette évolution suit les tendances observées dans le reste de la région et de la France, ou est spécifique à ce territoire.

➔ Mise en perspective des résultats

Les données et constats concernant la métropole et ses différents sous-territoires sont complétés par des éléments de mise en perspective (par exemple, sur les impacts sanitaires et les déterminants de la santé) présentés dans des encadrés, s'appuyant sur les résultats d'études et recherches régionales et nationales.

PARTIE 1 : LES CARACTERISTIQUES TERRITORIALES

L'ESSENTIEL

Un territoire vaste et marqué par des contrastes territoriaux importants ;

Des espaces naturels très présents, notamment dans les Moyen et Haut Pays ;

Des problématiques de mobilité et d'accès aux équipements dans le Haut Pays ;

Une baisse de l'utilisation de la voiture au profit des transports durables sur le littoral ;

Une exposition marquée à des risques naturels et liés aux changements climatiques ;

Des enjeux persistants liés à la pollution et au bruit sur le littoral, malgré des améliorations constatées ;

Une activité touristique importante, pouvant impacter l'accès aux services de santé ;

Un enjeu fort autour de l'habitat (pression foncière, parc social insuffisant pour répondre aux besoins, habitat indigne).

1. L'ESPACE MÉTROPOLITAIN

1.1 Les contrastes territoriaux

La métropole Nice Côte d'Azur est située dans le département des Alpes-Maritimes, au sud-est de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, entre la mer Méditerranée au sud et les sommets du Mercantour au nord, et à la frontière avec l'Italie. Ce territoire, composé de 51 communes, s'étend sur 1480 km². Il représente plus d'un tiers de la superficie du département (34 %) et 5 % de celle de la région.

Entre mer et montagne, la métropole est un espace marqué par de forts contrastes et une diversité géographique, de paysages, de reliefs, de densité démographique et d'habitat (Figure 2).

Le littoral est un territoire fortement urbanisé et peuplé et qui concentre les grands centres urbains de la métropole : il représente 10 % du territoire métropolitain, mais concentre plus de 80 % de sa population. Ce territoire, tourné vers la mer, compte environ 15 km de plages et 8 ports.

Le Moyen Pays, espace de transition entre le littoral et le haut pays, représente 21 % du territoire métropolitain. C'est un territoire tantôt urbain, tantôt rural, largement occupé par les espaces naturels et qui se caractérise par la présence de villages perchés.

Le Haut Pays est un territoire de montagne, qui s'étend de la Vallée de la Tinée à la frontière italienne. Il représente plus de 70 % du territoire métropolitain, mais ne concentre que 2 % de sa population.

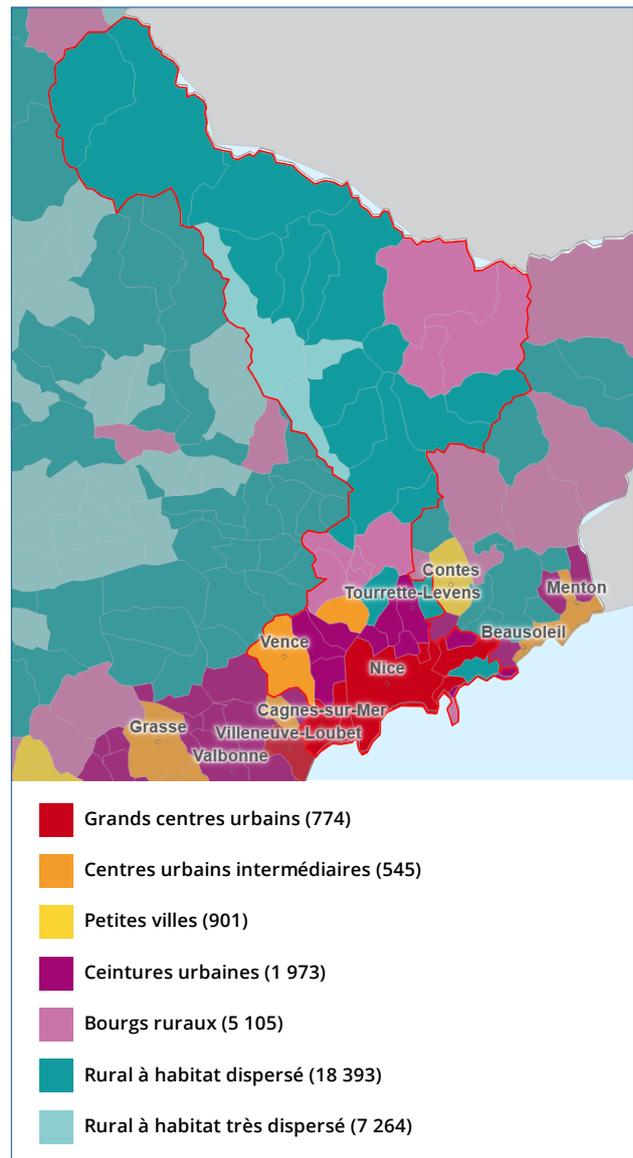


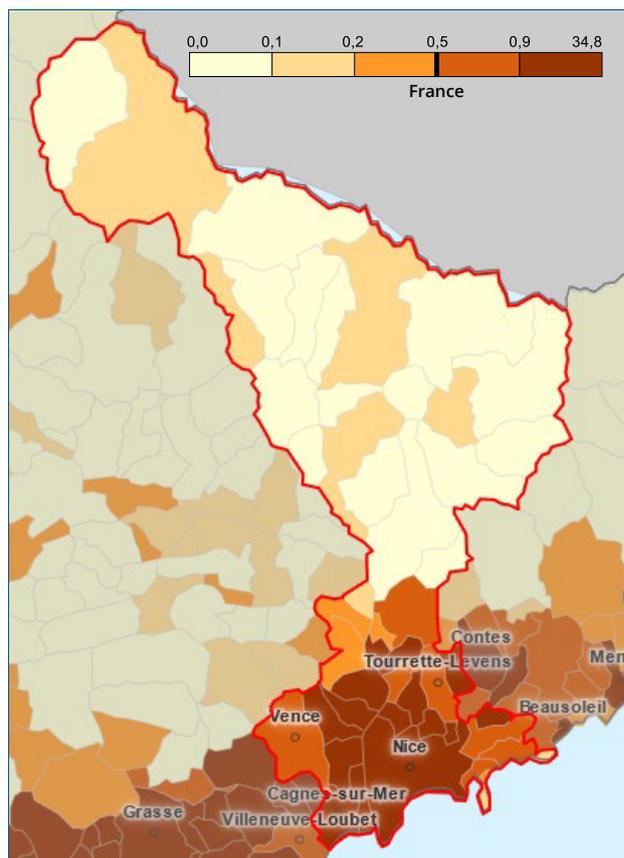
Figure 2 : Grille communale de densité (Insee, 2020)

1.2 L'artificialisation des sols

En 2018, 10,3 % de la superficie de la métropole était artificialisée, une proportion plus élevée que dans la région (7,2 %) et qu'en France (5,3 %), malgré des différences territoriales. La bande littorale (65,3 %), et notamment la ville de Nice (75,6 %), étaient largement artificialisées¹. Le Moyen Pays (16,4 %) présentait également une artificialisation plus élevée que la moyenne nationale. A l'inverse, le Haut Pays était très peu artificialisé (0,6 %) (*Source : CORINE Land Cover - CGDD-SDES, 2018*).

Entre 2009 et 2021, 521 hectares ont été artificialisés au sein de la métropole, soit 0,4 % du territoire métropolitain, un rythme proche de ceux relevés dans la région (0,5 %) et en France métropolitaine (0,4 %). Cependant, un rythme d'artificialisation beaucoup plus soutenu était observé dans certaines communes du littoral et du Moyen Pays (*Figure 3*), et notamment à la Gaude (2,7 %), Cagnes-sur-Mer (2,2 %), Falicon (2,1 %), Nice (2,0 %), Carros (1,9 %), ou encore Gattières (1,7 %) (*Source : Observatoire de l'artificialisation des sols - Plan biodiversité, 2009-2021*).

En 2022, la métropole Nice Côte d'Azur a été retenue par le ministère de la Transition écologique dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt comme Territoire « Zéro Artificialisation Nette² » (T ZAN). Ce plan prévoit « d'augmenter de 70 hectares d'ici 2025 le nombre de surfaces perméables et végétalisées » au sein de la métropole.



1 Les espaces artificialisés recouvrent les zones urbanisées (tissu urbain continu ou discontinu), les zones industrielles et commerciales, les réseaux de communication, les carrières, décharges et chantiers, ainsi que les espaces verts artificialisés (espaces verts urbains, équipements sportifs et de loisirs), par opposition aux espaces agricoles, aux forêts ou milieux naturels, zones humides ou surfaces en eau.

2 Cette démarche consiste à réduire au maximum l'extension des villes en limitant les constructions sur des espaces naturels ou agricoles et en compensant l'urbanisation par une plus grande place accordée à la nature dans la ville.

2. LES ESPACES NATURELS

2.1 La superficie et la nature des espaces naturels

En 2018, 86,8 % du territoire métropolitain était couvert par les espaces naturels (forêts et milieux semi-naturels), une proportion bien supérieure aux moyennes régionale (67,5 %) et nationale (30,6 %). On observait cependant des différences selon les territoires : les espaces naturels étaient particulièrement présents dans le Moyen (80,0 %) et le Haut Pays (97,3 %), contrairement au littoral (27,6 %) et à la ville de Nice (17,2 %), où les milieux naturels étaient plus dispersés et de taille plus modeste (Source : CORINE Land Cover CGDD SDES 2018).

En ce qui concerne les types de végétation représentés au sein de la métropole, les espaces forestiers sont prédominants (47 %), mais on trouve également des espaces de landes et de garrigues dans le Moyen Pays, ainsi que des prairies et pâturages dans le Haut Pays (1) (Figure 4). La métropole dispose d'un patrimoine naturel qui compte parmi les plus riches de France métropolitaine, représentatif de la diversité écologique régionale. Ce territoire bénéficie d'influences alpines, méditerranéennes, occidentales et orientales et profite notamment de la diversité des facteurs climatiques, des substrats et de la géomorphologie. Les formations végétales en présence se définissent en fonction des bioclimats qui s'y jouent et selon un gradient altitudinal (2).

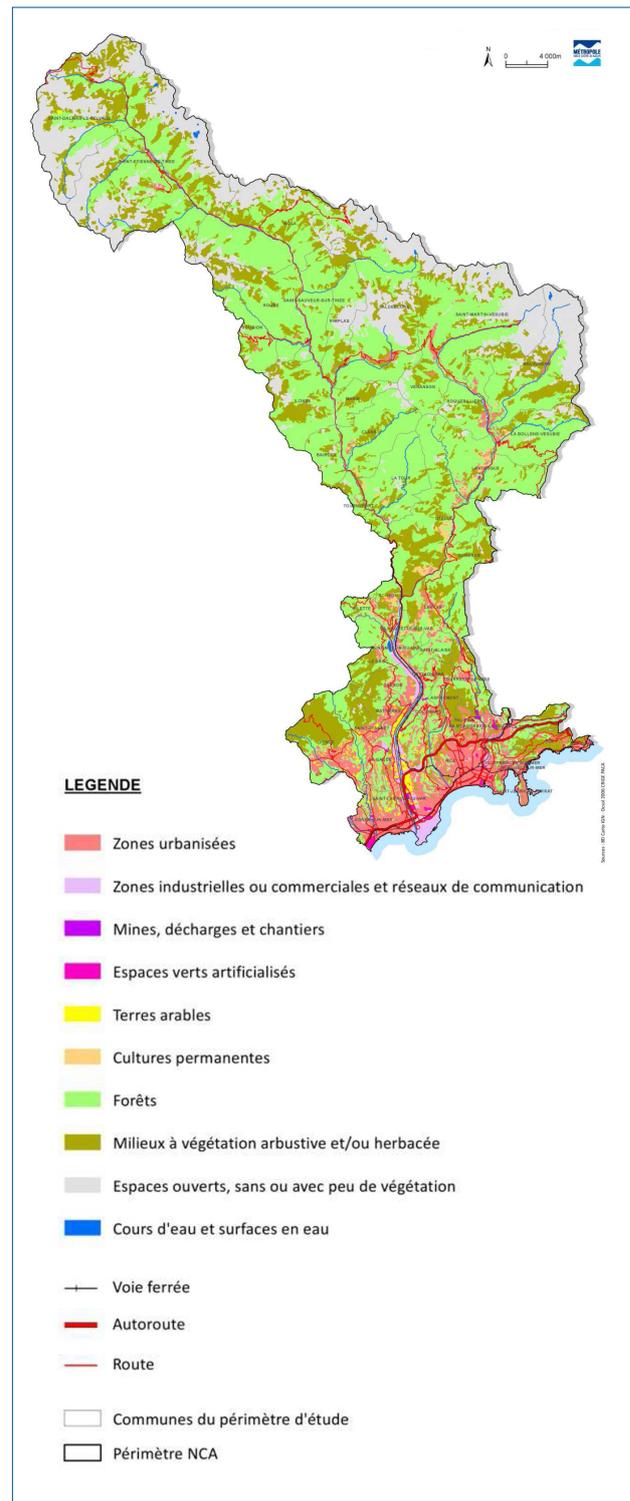


Figure 4 : Occupation du sol de la métropole Nice Côte d'Azur en 2017 (Source : SIG MNCA 2017)

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

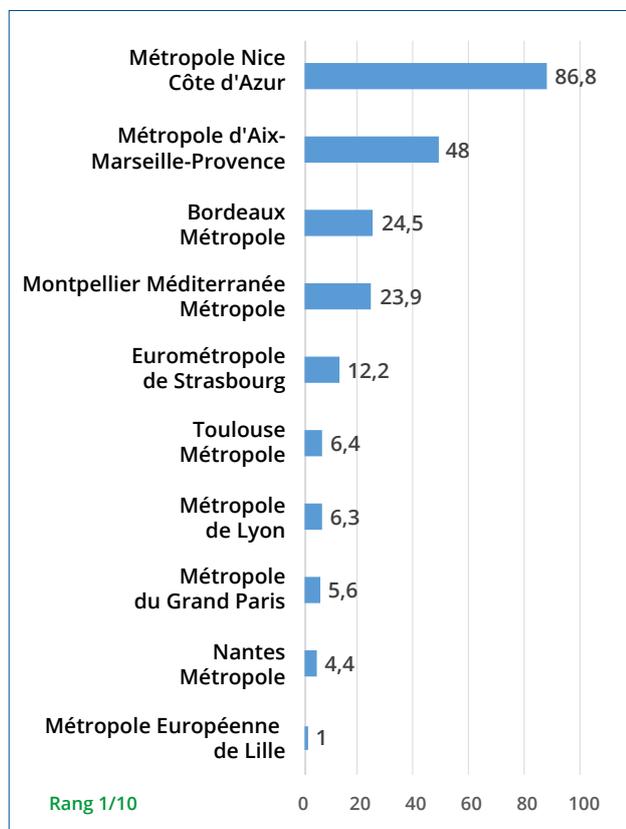


Figure 5 : Proportion de forêts et de milieux semi-naturels (%), 2018 (Source : CORINE Land Cover CGDD SDES, 2018)

2.2 Les espaces protégés

Le territoire de la métropole, marqué par une diversité de paysages, de milieux, d'altitude et de microclimats, se caractérise par une biodiversité terrestre et marine exceptionnelle et compte de nombreuses espèces remarquables menacées. Ce territoire compte de nombreux espaces protégés ou présentant un intérêt écologique particulier, parmi lesquels :

- **Le Parc national du Mercantour**, qui s'étend sur 1 801 km² (dont 679 km² en zone cœur et 1 122 km² en aire d'adhésion) et est situé à cheval sur les départements des Alpes-Maritimes et des Alpes-de-Haute-Provence ; il couvre 28 communes et 20 600 habitants ;
- **Le Parc naturel régional des Préalpes d'Azur** (96 284 hectares), qui couvre 49 communes dont 7 de la métropole Nice Côte d'Azur, et 31 700 habitants ;
- **13 sites Natura 2000**, dont 12 terrestres et 1 marin, couvrant 34 % de du territoire métropolitain ;

→ **59 zones naturelles d'intérêt écologique faunistique et floristique** (ZNIEFF I et II), reconnues comme secteurs présentant une richesse biologique notable et pris en compte comme zones de conservation dans le cadre de projets d'aménagement (Source : Muséum national d'Histoire naturelle, INPN Métropole 2022) ;

→ **2 sites protégés par le Conservatoire du littoral**³, le site « Grand Nice » et le site « La Riviera ».

Une aire maritime protégée de 87.500 km² va être créée par la métropole Nice Côte d'Azur sur le littoral niçois, entre l'aéroport et le cap de Nice, dans un souci de protection de la biodiversité tout en favorisant la gestion durable des activités (3).

2.3 La nature en ville

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur, et notamment ses métropoles littorales (Marseille, Nice, Toulon), constituent des territoires avec une pression d'urbanisation forte et une vulnérabilité croissante face aux changements climatiques. La nature en ville constitue une réponse à la croisée d'enjeux immédiats et à long terme : enjeux d'embellissement et de pacification du cadre de vie, enjeux sociaux de mise à disposition d'espaces publics et d'aménités écologiques, enjeux de maintien de la biodiversité ordinaire et d'une trame verte et bleue urbaine, mais aussi enjeux d'adaptation au changement climatique et de résilience face aux risques (4).

En 2019, la commune de Nice a été classée 1^{ère} ville de plus de 200 000 habitants de France en termes de pourcentage de patrimoine arboré sur son territoire. Actuellement le patrimoine arboré de la ville de Nice est composé de 65 000 sujets, dont 35 000 en cœur de ville et 30 000 dans les massifs boisés (Mont Boron, Colline St-Philippe, ...), soit 1 arbre pour 5 habitants. La ville compte par ailleurs 183 parcs et jardins dont 3 grands parcs (Colline du Château, Promenade du Paillon et Parc Phoenix), soit 16 parcs et 36 hectares de nature supplémentaires.

³ Le conservatoire du littoral a pour vocation de sauvegarder l'espace littoral et d'assurer le respect des sites naturels et de l'équilibre écologique. Il poursuit une stratégie d'intervention adaptée à chaque site en fonction des enjeux et pressions spécifiques de la zone concernée.

Q Zoom : la politique de végétalisation de la Ville de Nice

Programme de plantation « 1 arbre par »

Ce programme se décline en plusieurs opérations d'envergure :

- ▶ 1 arbre / 1 enfant, lancée dès 2013, cette opération symbolise, au travers de la plantation d'un jeune plant d'arbre forestier pour la naissance de chaque bébé, né sur la commune de Nice et de parents résidents à Nice, la transmission aux générations futures dans laquelle la ville de Nice s'engage. Celle-ci permet le repeuplement de nos forêts communales avec des variétés déjà présentes dans les lieux de plantations (Colline du Château ou Mont Boron). Depuis 2013, 45 805 plants forestiers ont été plantés, dont 4 978 plants forestiers pour la seule année 2022.
- ▶ 1 arbre / 1 habitant : grâce à cette action, ce ne sont pas moins de +280 000 arbres qui auront été plantés d'ici 2026 et qui permettent d'envisager une captation carbone de -7 000 t/an à l'âge adulte du boisement. A ce jour, 66 675 ont déjà été plantés.
- ▶ 1 arbre / 1 élève par lequel plus de 18 500 plants forestiers qui seront distribués aux élèves de classes élémentaires, durant l'année scolaire 2022/2023. Entre 2023 et 2026, 11 100 plants supplémentaires seront distribués.

Aménagement de trames vertes

Débutée il y a 10 ans avec l'aménagement de 12 hectares de nature en ville, la Promenade du Paillon a d'ores et déjà donné à Nice un nouveau visage. Elle se prolongera lors d'une saison 2 et offrira une forêt urbaine de 8 hectares supplémentaires portant à 20 hectares la superficie totale de ce vaste poumon vert. Véritable projet de renaturation du centre-ville, cette réalisation promet de nouvelles perspectives paysagères, culturelles et environnementales. Ce projet s'appuiera sur la plantation de plus de 1 500 arbres en pleine terre d'essences locales adaptées à notre climat méditerranéen, peu consommatrices d'eau, dotées des qualités d'évapo-transpiration et de forte captation en CO₂ et la déconstruction de deux édifices désormais obsolètes, permettant la suppression de 1740 t de CO₂/an ainsi que l'absorption d'1t de polluants atmosphériques/an.

Des Trames vertes permettent la perméabilisation d'anciens couloirs bus sur 6 km (+7000 m²) et la plantation de 1000 arbres et 900 arbustes. Le jardin Saint Jean d'Angély, 100% inclusif, a permis à lui seul de perméabiliser +4 000m², avec la plantation de 228 nouveaux arbres, 2.200 arbustes et 1.600m² de pelouse. Le projet d'aménagement du Grand Parc Paysager de la Plaine du Var (GPPV) quant à lui s'étendra sur 30 hectares.

Plan de perméabilisation des sols

La ville de Nice a lancé un vaste plan de perméabilisation des sols, qui se décline, là encore au travers d'actions majeures :

Le verdissement des cours d'école contribue, en lien avec les équipes pédagogiques, non seulement à offrir aux élèves niçois des îlots de fraîcheur mais concourt également à leur permettre de nouer un contact plus direct avec la nature au travers :

- ▶ de l'augmentation de la couverture végétale (arbres, arbustes, pelouse) et de la présence de matériaux naturels dans la cour (copeaux de bois en revêtement de sol, assises en billots de bois, clôture en bois),
- ▶ du renforcement de l'aspect pédagogique du jardinage par les élèves par la création, réaménagement ou agrandissement de jardin pédagogique

Pour l'année 2021, 17 cours ont été aménagés qui représentent 56 arbres plantés, 2900 m² perméabilisés et 1400 kg de CO₂ captés. Pour l'année 2022, 19 cours ont été aménagés, 29 arbres plantés, 3800 m² perméabilisés et 725 kg de CO₂ captés. Pour l'année 2023, 19 cours sont programmés.

Aménagement du Parc Phoenix

Véritable écrin de verdure méditerranéen, labellisé « Jardin Remarquable », le Parc Phoenix, « diamant vert » en plein cœur de Nice, offre 7 hectares de verdure, où 2 500 espèces de plantes, 350 palmiers répartis en 75 espèces, une pelouse centrale de 4 000 m², 3 000 animaux de 75 espèces différentes de mammifères, oiseaux, reptiles, amphibiens et insectes, accueillent les amoureux de la nature et de la biodiversité.

Autres actions

D'autres actions complémentaires ont été mises places :

- ▶ Lors des différents événements organisés par la Ville de Nice avec des partenaires institutionnels (comme par exemple l'Hôpital de l'Archet et la mise à disposition de terrains pour des plantations massives de plants forestiers), en direction du grand public, avec la mise en place prochaine d'une aide à l'acquisition de sujets conformes à la Charte de l'Arbre et des Espaces publics.
- ▶ La Charte de l'Arbre et des Espaces publics perméables et écologiques, texte unique de référence pour la connaissance, la gestion et le développement de l'arbre à Nice, sera intégré dans les documents d'urbanisme afin de privilégier dans tous les projets, publics comme privés, les espèces méditerranéennes, caduques, peu consommatrices d'eau et captant le plus de CO2.
- ▶ L'aménagement d'îlots de fraîcheur de qualité : 155 fontaines à boire et 25 espaces ludiques d'aspersion en circuits fermés contribuant à se rafraîchir durant les périodes le plus chaude de l'année.

Impacts sanitaires : accès à la nature

Les impacts bénéfiques de la nature sur la santé ont été largement documentés dans la littérature (5,7). Vivre à proximité d'espaces verts est associé à un meilleur état de santé physique et mental perçu, une réduction de la mortalité et des risques de maladies cardio-vasculaires, de dépression et de troubles du sommeil et une meilleure récupération face à la fatigue, le stress et la maladie.

Les effets bénéfiques des espaces verts sur la santé peuvent s'expliquer par différents mécanismes, incluant l'augmentation de la pratique d'une activité physique, l'amélioration du capital social des individus et de la cohésion sociale au sein du quartier, la réduction du stress et de l'exposition au bruit et à la pollution de l'air.

Les espaces verts ont des effets différenciés selon le groupe de population (8). Chez les enfants, l'accès à des espaces verts favorise un bon développement moteur, cognitif, émotionnel, social et physique, mais aussi un meilleur état de santé à l'âge adulte. La présence de végétation est associée à une pratique accrue d'une activité physique et à une réduction de l'indice de masse corporelle. Elle favorise également le calme, l'attention et la concentration en milieu scolaire, notamment pour les enfants ayant un déficit d'attention, et réduit le niveau de stress des enfants. Plusieurs études ont montré que les enfants qui travaillent dans un environnement plus vert ont de meilleurs résultats scolaires (7).

Chez la femme enceinte, la fréquentation d'espaces verts a un effet bénéfique sur le développement du fœtus. Chez les personnes âgées, la présence de parcs et d'espaces verts encourage la pratique de la marche et/ou d'une activité physique (9).

3. L'ACCÈS AUX ÉQUIPEMENTS

3.1 L'offre et l'accessibilité des équipements

En 2021, près de 30 000 équipements ont été répertoriés au sein de la métropole, soit un taux d'équipement de 54,5 équipements pour 1 000 habitants, supérieur à la moyenne régionale (46,8 pour 1 000 – donnée non disponible à l'échelle nationale). La commune de Nice présentait quant à elle un taux d'équipement de 56,3 équipements pour 100 000 habitants. Parmi l'ensemble des équipements métropolitains (n= 27 131), environ 8 sur 10 étaient des équipements de proximité⁴ (78,9 %), alors que les équipements supérieurs représentaient un peu plus d'1 équipement sur 20 (6,1 %). La métropole présentait des taux d'équipement équivalents ou supérieurs⁵ à la moyenne régionale pour la plupart des catégories d'équipements (services aux particuliers (37,6 versus 29,1 pour 1 000), commerces (8,5 versus 7,6 pour 1 000), services d'enseignement (1,0 pour 1 000, comme dans la région), services de santé (12,1 versus 10,8 pour 1 000), services de transports (2,8 versus 1,2 pour 1 000)), sauf pour les équipements sportifs (1,3 versus 2,1 pour 1 000) (Source : INSEE, Base Permanente des Equipements, 2021).

L'offre d'équipements est cependant inégalement répartie au sein de la métropole :

→ **Le littoral** concentre la plupart des équipements et services métropolitains (86,2 %), et notamment la plupart des équipements intermédiaires⁶ (89,9 %) et supérieurs (91,0 %). Ce territoire compte 3 des 4 pôles d'équipement supérieur de la métropole : Cagnes-sur-Mer, Nice, Saint-Laurent-du-Var. A noter que les communes de l'est du littoral ont une offre d'équipements et de services beaucoup moins développée ;

→ **Le Moyen Pays** accueille très peu d'équipements à rayonnement métropolitain. Son offre de services de proximité diffère selon les communes : les communes de Vence et de Carros sont les plus équipées, notamment sur le plan de la santé et de l'éducation, alors que les communes situées au centre et au nord du Moyen Pays ne disposent pas de tous les équipements et services de proximité ;

→ **Dans le Haut Pays**, territoire éloigné des centres urbains, la question de l'accessibilité de la population aux équipements et services de proximité est majeure. Ce territoire dispose d'une offre de services plus réduite que le reste de la métropole. Son offre de loisirs et de commerces est néanmoins assez développée, grâce à sa dimension touristique, notamment dans les stations de ski de haute montagne (1). Dans certaines communes, la plupart des communes de moins de 500 habitants, souvent enclavées, il faut 15 minutes à leurs habitants pour accéder aux services courants, soit 5 fois plus que les temps d'accès aux services courants dans les communes urbaines. De même, pour accéder aux équipements supérieurs, les temps de trajet dépassent fréquemment 60 minutes dans les confins du département (10).

4 Selon l'Insee, le panier de services de proximité compte 22 équipements et services essentiels au quotidien : écoles, boulangeries, médecins généralistes, poste, garde d'enfants...

5 Selon l'Insee, la gamme intermédiaire correspond à 36 équipements parmi lesquels la police-gendarmerie, les librairies, les collèges, les laboratoires d'analyses médicales, ...

6 Selon l'Insee, la gamme supérieure compte 47 équipements à forte attractivité, parmi lesquels les hypermarchés, les lycées, les maternités et médecins spécialistes, Pôle Emploi, ...

3.2 La population éloignée des équipements

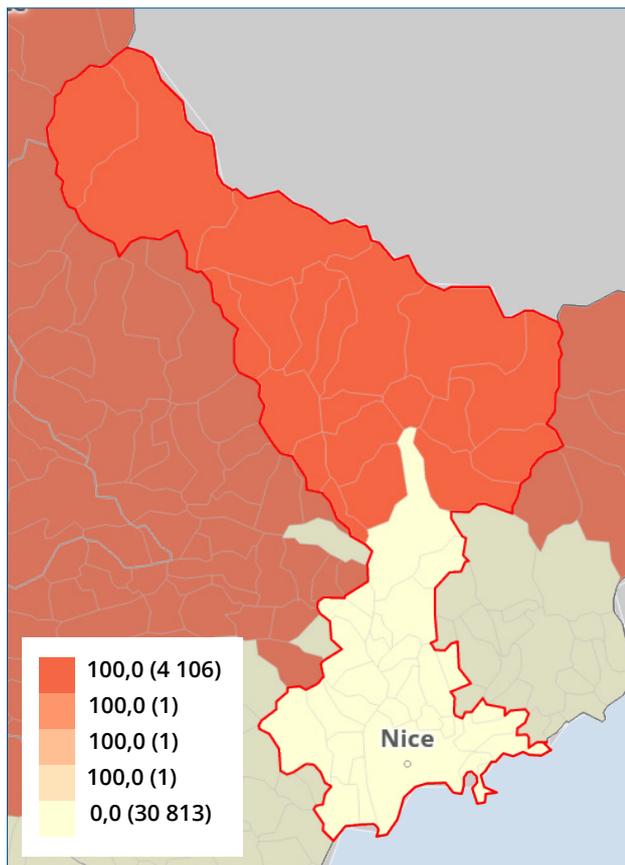


Figure 6 : Part de la population éloignée des équipements supérieurs dans la métropole Nice Côte d'Azur (%) 2021 (Source : Insee, Recensement de la population (RP) ; Base permanente des équipements (BPE) ; distancier Metric 2021)

Selon l'INSEE, le seuil de l'éloignement de la population des équipements est fixé à 7 minutes pour les équipements de proximité et à 30 minutes pour les équipements supérieurs.

En 2021, 1,3 % de la population métropolitaine était éloignée des équipements de proximité, comme dans la région (1,3 %), mais moins qu'en France (3,1 %). Les populations impactées étaient majoritairement situées dans le Haut Pays (36,3 % des habitants) et, dans une moindre mesure, dans le dans le Moyen Pays (3,9 % de la population).

De plus, 2,1 % de la population métropolitaine était située à plus de 30 minutes des équipements supérieurs, une proportion plus élevée que dans la région (1,8 %) et qu'en France (1,9 %). Cet éloignement concerne uniquement la population du Haut Pays (100 %). (Figure 6) (Source : Insee RP, Base permanente des équipements (BPE), distancier Metric, 2021).

A noter : l'éloignement des services de santé est traité dans la partie 3 « Offre de soins », dans différents chapitres (1.2 Temps d'accès au médecin généraliste le plus proche, 3.2 Temps d'accès aux professions médicales et paramédicales, 4.1 Temps d'accès aux services d'urgences).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

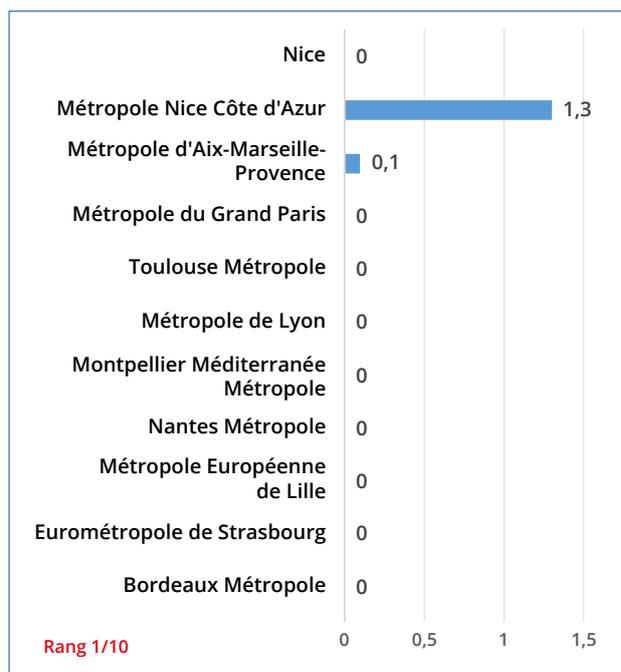


Figure 7 : Part de la population située à plus de 7 mn des équipements de proximité, 2021 (%) (Source : Insee, Base Permanente des Equipements 2021)

Impacts sanitaires : l'accès aux équipements

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.

4. LES TRANSPORTS ET LES MOBILITES

4.1 L'accessibilité routière

Le réseau routier de la métropole Nice Côte d'Azur comprend environ 2 500 kilomètres de routes, soit environ 40 % du réseau routier départemental : il inclut 900 kilomètres de voies métropolitaines et 1 600 kilomètres de voies communales.

Le littoral constitue la polarité centrale de la métropole et un point de passage obligé pour traverser les Alpes-Maritimes. Il comprend un réseau structurant, composé de l'autoroute A8, traversant les Alpes-Maritimes d'ouest en est et longeant le littoral, la voie Mathis permettant la traversée de l'agglomération niçoise, et de plusieurs routes nationales qui longent la côte et relient les communes littorales à la plaine du Var. Ce réseau constitue la colonne vertébrale du département sur lequel se rabat l'ensemble des axes secondaires desservant le Moyen et le Haut Pays. Cependant, ce territoire est confronté à une saturation importante de certaines infrastructures routières aussi bien sur le littoral (A8, voies urbaines telles que la voie Mathis et la Promenade des Anglais) qu'au niveau de la plaine du Var.

Dans **le Moyen Pays**, le réseau routier permet d'accéder au réseau structurant du littoral grâce au réseau autoroutier et aux routes métropolitaines notamment, ou bien d'échanger avec les autres communes du département grâce au réseau de départementales. Cependant, ce territoire, passage obligé vers les communes du Haut Pays et dont la population a fortement augmenté, est confronté à des problèmes de saturation routière grandissants.

Le Haut Pays et les deux vallées qui le composent présentent un niveau d'accessibilité limité. Si le réseau routier permet un rabattement vers le Moyen Pays puis le littoral, les temps de trajets restent très longs (plus d'1 heure pour rejoindre le littoral depuis le Haut Pays par exemple). De plus, les échanges avec l'extérieur (hors littoral) restent compliqués et passent par le franchissement de 5 cols d'altitudes comprises entre 1 500 et 2 500 m. Les conditions climatiques, notamment en hiver, peuvent limiter l'usage de ces axes en les rendant dangereux, voire impraticables. L'accessibilité routière est largement conditionnée par la topographie du territoire : ainsi, le temps de trajet depuis Nice vers la moitié nord de la métropole dépasse 1h (Figure 8).

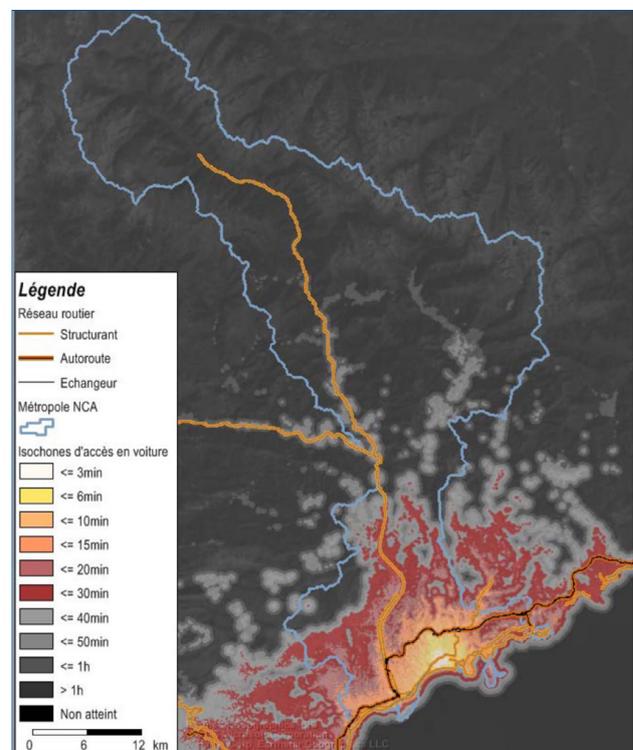


Figure 8 : Temps d'accès en voiture depuis la gare de Nice (Source : diagnostic territorial du PLUm, métropole Nice Côte d'Azur 2016)

4.2 La desserte en transport en commun

En 2021, la métropole comptait 1 596 équipements de transports, soit 2,9 équipements pour 1 000 habitants, un taux d'équipement plus de 2 fois supérieur à la moyenne régionale (1,3 équipement de transports pour 1 000 habitants). Le littoral et le Moyen Pays présentent une offre de transports particulièrement importante (respectivement 3,1 et 2,5 équipements de transport pour 1 000 habitants), alors que le Haut Pays est moins équipé (0,9 équipements pour 1 000 habitants).

Le réseau de bus constitue environ 90 % de l'offre de transports métropolitaine et maille densément le littoral et le Moyen Pays. Un réseau de tramway constitué de 3 lignes assure la desserte au sein de la ville de Nice : la ligne 1 assure une liaison nord/est via le centre-ville par l'avenue Jean Médecin et la Place Masséna, la ligne 2 assure une liaison ouest-est de l'aéroport jusqu'au centre-ville terminant au port de Nice et la ligne 3 assure une liaison aéroport-Saint-Isidore en passant par le Stade Allianz Riviera.

A noter que les tarifs des titres de transports en commun au sein de la métropole sont parmi les moins chers de France (1 euros 70 au 1^{er} juillet 2023).

L'offre ferroviaire est concentrée sur la bande littorale : le réseau de Transport Express Régional dessert surtout les principales villes sur la côte entre Cagnes-sur-Mer et Villefranche-sur-Mer ; mais il propose également deux axes nord-sud, le premier vers la Trinité et l'Escarène et le deuxième vers Saint-Martin-du-Var, avec une fréquence de desserte cependant moins élevée. Les Intercités et TGV assurent la desserte depuis Nice jusqu'à Toulon et Marseille. Entre 2011 et 2021, le taux d'équipement en transports a presque été multiplié par 3 au sein de la métropole, même si l'amélioration de la desserte en transports a surtout concerné le littoral (Source : INSEE Base Permanente des Equipements, 2011-2021).

Enfin, la métropole compte différentes infrastructures de transports structurantes, bénéficiant d'une attractivité nationale voire internationale.

L'aéroport de Nice est le 2^{ème} aéroport international de France derrière les aéroports de Paris. Il propose un réseau de 114 destinations directes opérées par 57 compagnies régulières desservant 43 pays. En 2022, il a enregistré un trafic de 12,12 millions de passagers. Il s'agit également du 3^{ème} aéroport d'affaires dans le monde (11).

En ce qui concerne le port de Nice, les lignes régulières dédiées à la Corse ont opéré 447 rotations en 2022, transportant 332 388 passagers et 115 478 véhicules. A noter l'augmentation de +3 % des rotations par rapport à 2021, ce qui se traduit par une augmentation de +13 % du taux de remplissage. De plus, le nombre de passagers et le nombre de véhicules ont augmenté respectivement de +13,0 % et de +16,0 %.

En 2022, le port de Nice a également accueilli 96 escales de croisières pour 30 695 passagers. On note une augmentation significative des escales par rapport à 2021, avec 33 escales de plus et 13 407 passagers supplémentaires (+77,0 %). De plus, le taux d'occupation supérieur à 90 %, est revenu au niveau d'avant COVID-19.

Concernant le transport de marchandises, le nombre d'escales était évalué à 80 en 2022, dont 27 pour le ciment corse et 28 pour le ciment export. L'activité cumulée a diminué de -38,0 % par rapport à 2021. L'activité du ciment Corse a chuté de -61 % et l'activité ciment export de -17,0 %. La fermeture de l'usine Lafarge fin 2021 a eu un impact majeur sur ce trafic.

Enfin, en 2022, le port de Nice a abrité 2 257 escales de plaisance, 995 yachtings et 81 super-yachtings. Par rapport à 2021, l'activité plaisance passage est en progression de +10,0 % en raison des désistements d'abonnés (-3,0 %). Le yachting reste stable (-1,0 %) mais avec une activité charter soutenue. Le super yachting progresse de +24,0 % là aussi grâce à la reprise d'activité.

La mise en place du plan de transition environnementale maritime et d'une taxe carbone de 60 euros par escale et par véhicule devrait contribuer à baisser le trafic de passagers avec voiture au sein de la commune de Nice.

4.3 Les pratiques de déplacements des actifs

En 2019, un peu plus de la moitié des actifs résidant au sein de la métropole (58,1 %) se rendait sur son lieu de travail en voiture, une proportion nettement inférieure aux moyennes régionale (72,7 %) et nationale (70,4 %). A noter cependant que les actifs du Moyen et du Haut Pays (respectivement 83,0 % et 75,6 %) étaient beaucoup plus nombreux à utiliser leur voiture. Au contraire, moins d'un Niçois sur 2 (47,0 %) se rendait sur son lieu de travail en voiture.

Par ailleurs, près d'1 actif sur 5 (19,2 %) utilisait les transports en commun pour se rendre au travail, quasiment le double de la moyenne régionale (10,6 %). Des écarts territoriaux importants ont cependant été constatés : plus d'un actif niçois sur 4 (27,0 %) se rendait au travail en transports en commun, contre moins d'1 sur 20 dans le Moyen (4,6 %) et le Haut Pays (2,0 %)

Enfin, on relève sur ce territoire un usage plus important des deux-roues motorisés (9,1 %) que dans la région (5,5 %) et qu'en France (4,1 %), notamment sur le littoral (10,3 %) et dans la commune de Nice (10,4 %) (Source : Insee 2019).

Entre 2008 et 2019, l'utilisation de la voiture pour se rendre au trajet a diminué sur le littoral (- 3,2 %) et notamment à Nice (- 4,3 %). En parallèle, une augmentation du recours aux transports en commun a été observée (+5,1 % sur le littoral et +7,0 % à Nice). A l'inverse, dans le Moyen et le Haut Pays, on observe une augmentation des déplacements en voiture de respectivement +1,6 % et +3,3 % (Source : Insee RP, 2008-2019).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

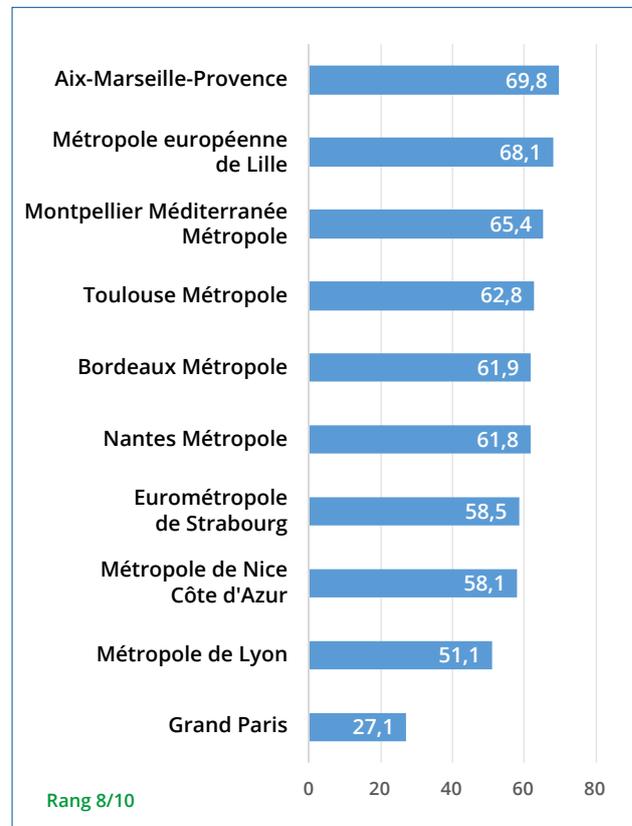


Figure 9 : Part des déplacements domicile-travail en voiture (%), 2019 (Insee RP 2019)

4.4 Les mobilités durables

→ Le vélo

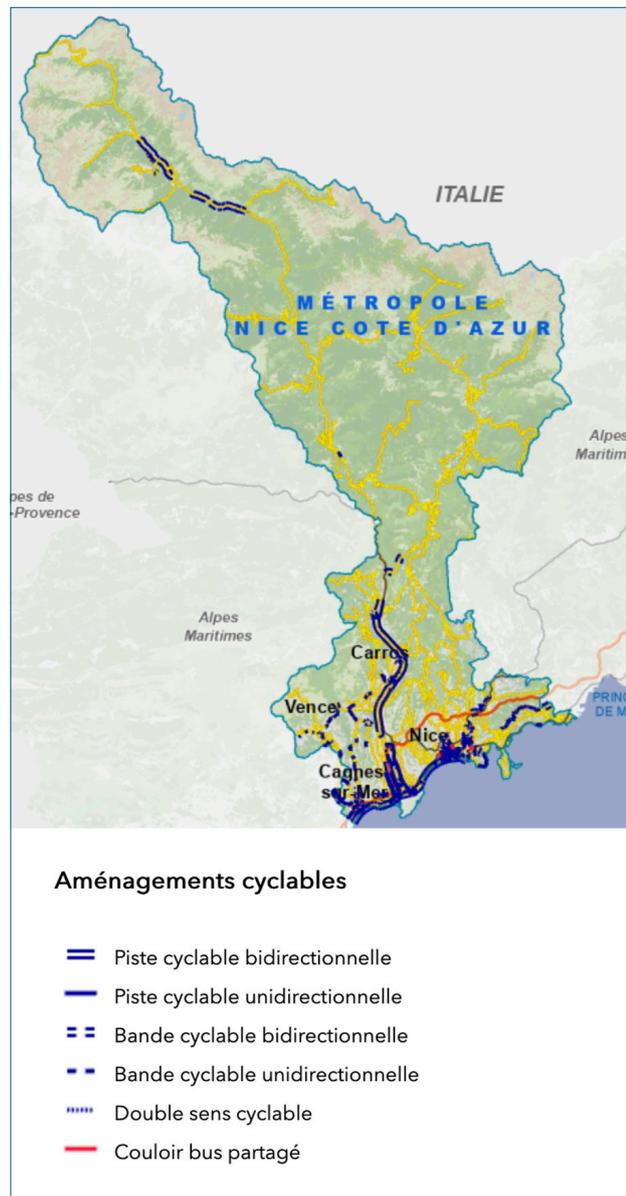


Figure 10 : Réseau de pistes cyclables au sein de la métropole (Source : SIG MNCA 2019)

En 2019, la métropole comptait 182 km d'itinéraires cyclables (dont 87 km à Nice et 96 km de pistes cyclables en site propre), soit une augmentation de +92 % entre 2008 et 2019. Il existe aussi 462 places de stationnements vélo à Nice, dans 5 locaux sécurisés et fermés.

Près de 4000 passages vélos en moyen par jour sur la Promenade des Anglais au niveau de Gambetta, soit +d'1,5 million de passages par an (Figure 11).

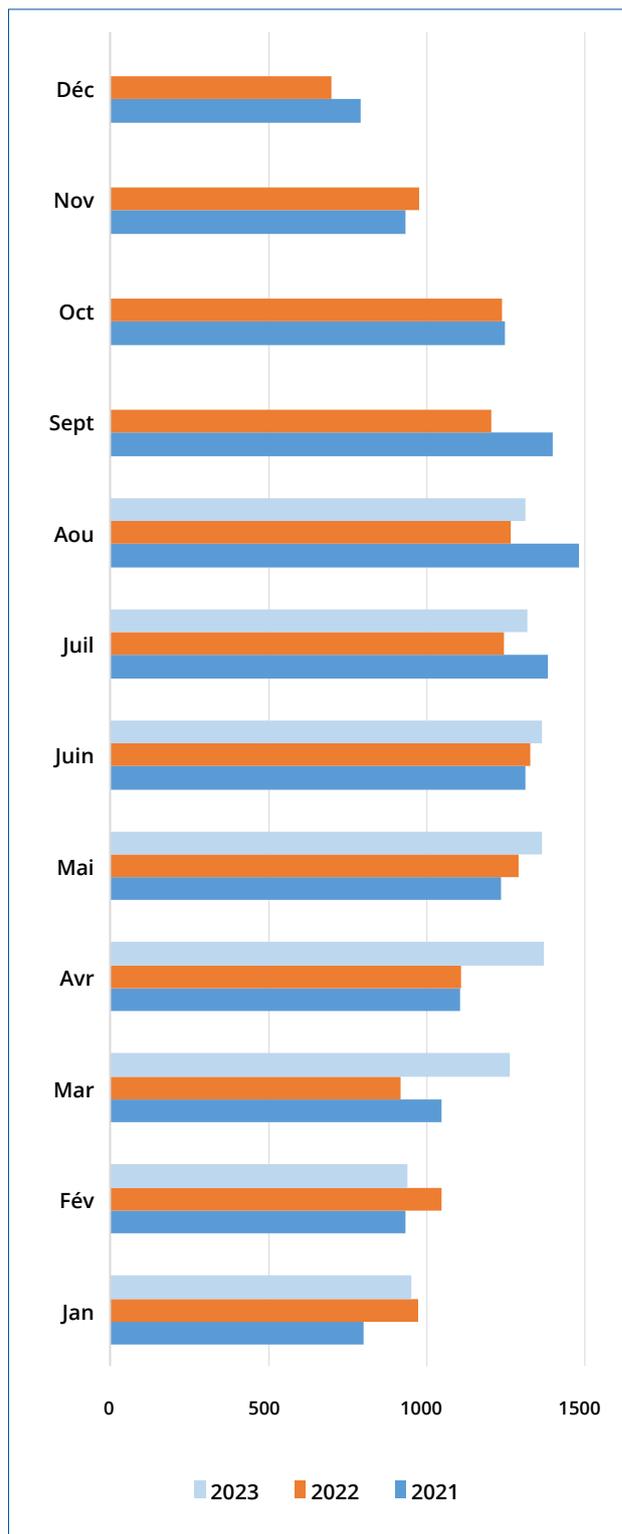


Figure 11 : Nombre moyen de cyclistes comptabilisés quotidiennement par l'ensemble des compteurs, divisé par le linéaire (km) affecté à chaque compteur (Source : PCAET Métropole Nice CA 2019-2025)

➔ Les véhicules électriques

Il existe actuellement 350 points de charge sur le territoire métropolitain, avec un objectif d'installer 600 points de charge d'ici 2026. Depuis 2019, les bornes de recharges sont systématiquement remplacées par des bornes à recharge accélérée (Figure 12).

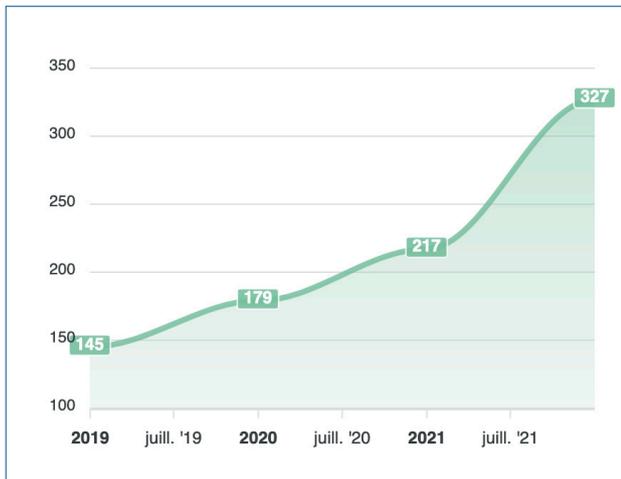


Figure 12 : Nombre de points de recharges ouverts au public sur le réseau métropolitain « Prise de Nice ». Source : PCAET Métropole Nice Côte d'Azur 2019-2025, métropole Nice Côte d'Azur

➔ Les transports en commun propres

Fin 2022, environ la moitié du réseau de bus de la métropole était propre (bus électriques, au biogaz ou à hydrogène).

Avec la mise en service des 2 nouvelles lignes de tramway L2 et L3, 75 % des voyages devraient être « propres » et 20 000 véhicules et 800 bus de moins devraient circuler sur la Promenade des Anglais.

HEAT (Health Economic Assessment Tool) est un outil développé par l'Organisation Mondiale de la Santé qui a pour objectifs d'évaluer les effets sur la santé des mobilités actives d'un point de vue économique (12). Cet outil a été utilisé à l'échelle de la métropole Nice Côte d'Azur.

4.5 L'accidentologie routière

En 2021, 445 accidents corporels ont été dénombrés au sein de la métropole, soit 8,4 % des accidents de la région. Suite à ces accidents, 23 personnes sont décédées et 572 ont été blessés (dont 163 hospitalisés). Entre 2016 et 2021, le nombre d'accidents de la route a fortement baissé au sein de la métropole (- 36,6 %), davantage que dans la région (- 22,5 %) et qu'en France (- 5,7 %) (Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), fichier BAAC (bulletins d'analyse des accidents corporels de la circulation), 2016-2021).

Sur la période 2013-2017, 24 décès par accidents de la circulation ont été recensés en moyenne chaque année au sein de la métropole. Comparativement à la région, une sous-mortalité significative de - 20 % a été relevée au sein de la métropole pour cette cause par rapport à la région. Aucune différence significative avec la France n'a cependant été relevée.

Impacts sanitaires : les accidents de la route

Le département des Alpes-Maritimes présente des risques routiers spécifiques, du fait de flux routiers importants et des caractéristiques de son réseau routier (nombreux tunnels, sinuosité des tracés ...) dues à une topographie contraignante (13).

Les accidents de la route constituent la 1^{ère} cause de décès chez les jeunes âgés de 15-29 ans et la 1^{ère} cause de décès au travail en France. Ces accidents peuvent engendrer des séquelles importantes et un handicap. On estime que, parmi les personnes blessées lors d'un accident de la route, environ 1 sur 10 gardera des séquelles lourdes suite à son accident, physiques (douleurs, fatigue, problèmes de mobilité, ...) ou psychologiques (stress post-traumatique, dépression, phobie de la conduite ...), pouvant affecter leur vie professionnelle et sociale, mais aussi leur situation financière. L'entourage peut aussi être impacté (14).

5. LA QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR

La métropole de Nice présente différentes caractéristiques qui favorisent la pollution atmosphérique (15) :

- La localisation entre mer et montagne ;
- Le climat, marqué par le soleil et la chaleur, qui favorisent la formation d'aérosols secondaires par photochimie comme l'ozone ;
- Le temps sec, qui favorise le ré-envol des particules en suspension ;
- La faible intensité des vents « fort » à « très fort » qui permettraient une dispersion des polluants ;
- La concentration de voies de circulation très fréquentées (A8, voie Mathis, ...) sur une bande littorale étroite ;
- La localisation de l'aéroport Nice Côte d'Azur et du port de Nice en zone urbaine ;
- La pratique du brulage des végétaux ou le chauffage au bois en zone urbaine dense.

Ce territoire est également sous l'influence de sources de pollution plus lointaines comme la plaine du Pô (agglomération de Milan) ou les sables du Sahara (15).

5.1 Les émissions de polluants

En 2019, les transports et notamment le transport routier (46 %) étaient responsable de près des deux tiers des émissions de polluants (62 %) au sein de la métropole. Le secteur résidentiel (20 %)

et tertiaire (11 %) contribuaient aussi de façon non négligeable aux émissions. L'agriculture et l'industrie représentaient respectivement 7 % et 6 % des émissions du territoire (Figure 13).

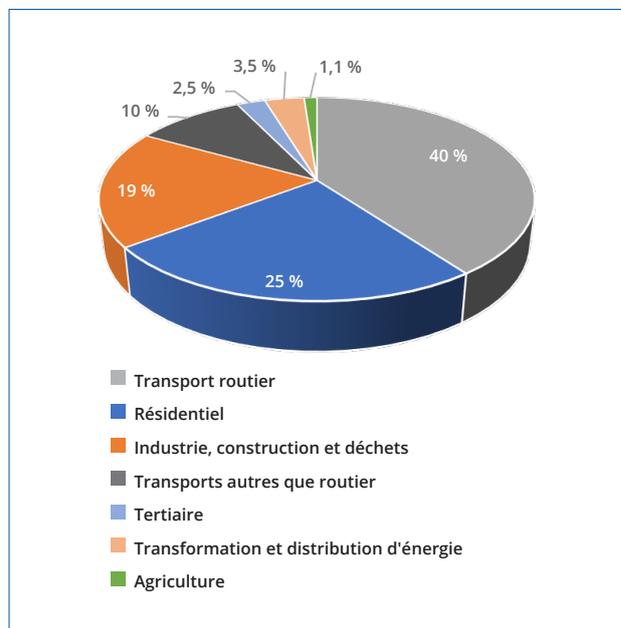


Figure 13 : Répartition des polluants atmosphériques sur le territoire NCA par grands secteurs d'émissions (%), classification ORECA, 2019

Entre 2000 et 2020, on observe une baisse des émissions au sein de la métropole pour les principaux polluants (Figure 14) : - 86 % pour le dioxyde de soufre (SO₂), - 64 % pour les particules très fines (PM_{2.5}), - 52 % pour les particules fines (PM₁₀), - 45 % pour les émissions de dioxyde d'azote (NO₂). Seules les émissions d'ozone (O₃) ont légèrement augmenté sur cette période (+6 %). Des tendances similaires sont observées dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

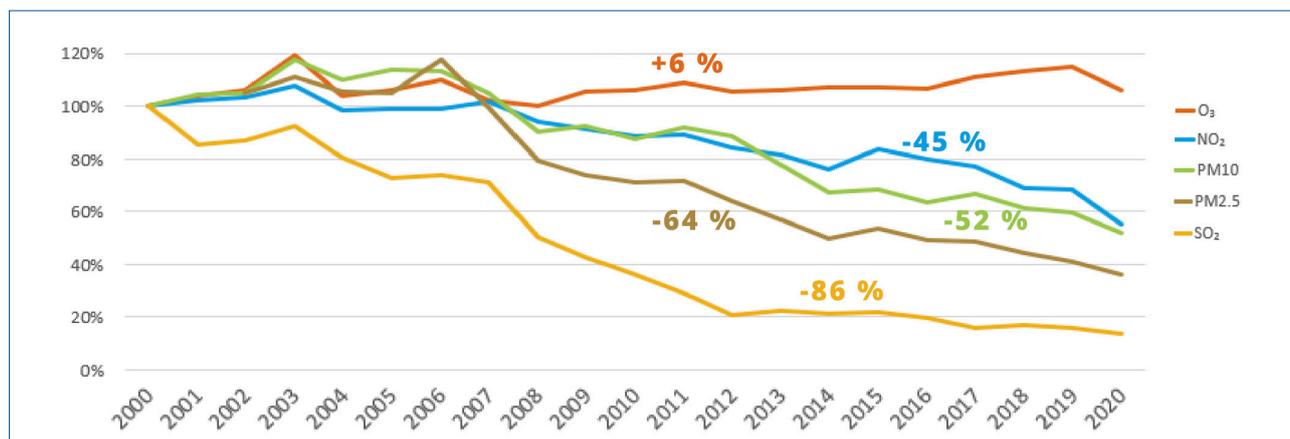


Figure 14 : Évolution des concentrations moyennes annuelles des différents polluants au sein de la métropole (base 100), 2000-2020 (Source : Atmosud 2000-2020)

➔ La ZFE-m et les gains attendus

Une ZFE-m est mise en place depuis le 31 janvier 2022, pour agir dans un premier temps, sur le transport des poids lourds, autocar et bus, avant de l'élargir aux autres véhicules dont les véhicules légers à partir de 2023. Le zonage de la ZFE-m sur la Promenade des Anglais et le centre-ville de Nice s'étend sur une surface totale d'environ 3 km². Le nombre de personnes exposées en dioxyde d'azote dans ce périmètre s'élève à 7000 en 2019 (soit 16 % de la population).

Par rapport à une situation tendancielle sans action, on peut s'attendre aux améliorations suivantes à l'horizon 2025 : baisse de 32,9 % des émissions de NO₂, de 21,6 % des émissions de PM_{2.5} et de 19,6 % de celles de PM₁₀ (16).

5.2 L'indice cumulé Air version annuelle (ICAIR-365)

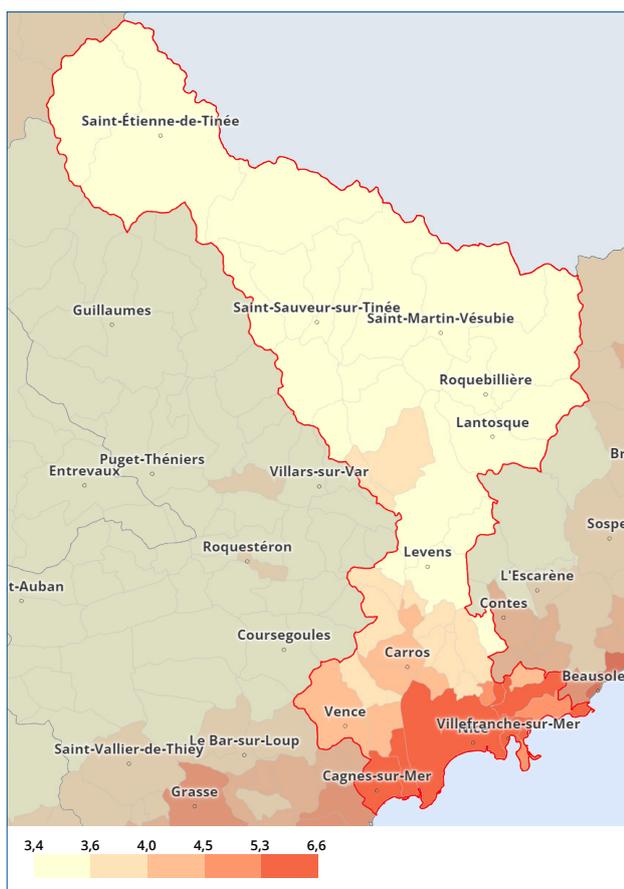


Figure 15 : Indice cumulé Air version annuelle (ICAIR-365), 2021 (Source : Atmosud 2021)⁷

⁷ L'exposition annuelle de la population aux polluants atmosphériques est représentée par le nouvel indicateur ICAIR365. Cet indicateur se base sur les nouvelles Lignes Directrices OMS de 2021. Il intègre les PM_{2.5} en plus des PM₁₀, du NO₂ et de l'O₃. La méthode de calcul a été ajustée pour exprimer un « équivalent nombre de lignes directrices dépassée »

La bande littorale, très urbanisée, est soumise à une pollution urbaine générée majoritairement par les transports et le secteur résidentiel (utilisation du chauffage). L'activité industrielle contribue aussi à cette pollution. Le Moyen et le Haut Pays, espaces ruraux, sont moins concernés par cette pollution urbaine mais sont davantage exposés à une pollution photochimique. Durant la période estivale, l'ensemble du département est exposé à une pollution chronique à l'ozone, en lien avec l'ensemble des rejets du territoire et aux conditions météorologiques de fortes chaleurs présentes en été.

5.3 L'exposition de la population à la pollution

Selon les standards européens, l'exposition aux particules fines (PM₁₀) ne doit pas excéder 50 microgrammes quotidiens par mètre cube (µg/m³) d'air, et ce plus de 35 jours par an. En ce qui concerne le dioxyde d'azote, l'exposition doit être en moyenne inférieure à 40 microgrammes par mètre cube d'air par an.

Au 31 décembre 2021, 5 000 habitants étaient exposés à des dépassements de la valeur limite annuelle européenne de NO₂ (40 microgrammes par mètre cube) (Figure 16), un chiffre divisé par 40 depuis 2007. Les populations concernées par ces dépassements sont celles résidentes à proximité des principaux axes de circulation ainsi que dans le centre urbain dense de Nice. Par ailleurs, à cette date, 50 habitants étaient exposés à des dépassements de la valeur limite annuelle européenne de PM₁₀, (40 microgrammes par mètre cube), 17 fois moins qu'en 2013 (Figure 17). (Source : PCAET Métropole Nice Côte d'Azur 2019-2025, métropole Nice Côte d'Azur) (17).



Figure 16 : Population de la Métropole Nice Côte d'Azur exposée à des dépassements de la valeur limite annuelle européenne de PM₁₀ (40 Microgrammes par mètre cube) (en unité) (Source : PCAET Métropole Nice Côte d'Azur 2019-2025, métropole Nice Côte d'Azur)



Figure 17 : Population de la Métropole Nice Côte d'Azur exposée à des dépassements de la valeur limite annuelle européenne de NO₂ de 40 Microgrammes par mètre cube (en unité) (Source : PCAET Métropole Nice Côte d'Azur 2019-2025, métropole Nice Côte d'Azur)

A cette date, l'ensemble de la population de la métropole résidait dans une zone dépassant au moins une ligne directrice de l'OMS. Plus précisément, l'ensemble de la population était exposé à des concentrations d'ozone et de particules très fines supérieures aux valeurs guides de l'OMS, comme dans la région. De plus, la proportion de la population métropolitaine exposée à des concentrations moyennes de dioxyde d'azote (84,5 %) et de particules fines (78,9 %) supérieures aux valeurs guides de l'OMS étaient plus importantes que dans la région (respectivement 65,2 % et 72,1 %). Les proportions les plus élevées étaient observées sur le littoral (97,5 % pour le dioxyde d'azote et 92,7 % pour les particules fines) et notamment dans la commune de Nice (99,1 % pour le dioxyde d'azote et 96,0 % pour les particules fines) (Source : AtmoSud 2021).

Impacts sanitaires : la pollution atmosphérique

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 (5,18) : perte d'espérance de vie (jusqu'à 27 mois dans les zones les plus exposées) (19), augmentation de la mortalité, du risque de développer des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires chroniques ou aiguës, certains cancers (cancers du poumon, du scrotum, de la vessie). 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. Certaines populations sont plus vulnérables aux effets de la pollution, comme les femmes enceintes, les enfants, les personnes âgées, les personnes avec des maladies chroniques, les fumeurs ou encore les sportifs.

- ▶ D'après les estimations de Santé Publique France, l'exposition chronique à la pollution aux particules fines serait à l'origine d'environ 40 000 décès prématurés en France chaque année (20) ;
- ▶ 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 (21).

5.5 Les risques allergiques

Il existe près de 25 sortes de pollens allergisants courants répertoriés en France. Le pollen de cyprès est l'un des plus présents en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le département des Alpes-Maritimes fait ainsi partie des départements français présentant le risque allergique le plus élevé, comme l'ensemble du pourtour méditerranéen (Source : RNSA 2023)

En 2021, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur se caractérisait par un risque allergique fort pour le cyprès, le frêne, l'olivier, les graminées et certains urticacées, et par un risque allergique modéré pour le chêne et le platane (22).

De 2000 à 2020, les quantités totales de pollens mesurées à Nice étaient plus faibles à Nice que dans les autres villes de la région (par exemple, à Avignon, Aix-en-Provence et Toulon). Alors que dans la région, la tendance globale est à l'augmentation de la quantité totale de pollens mesurée, on observe au contraire une légère baisse à Nice (Figure 18) (23).

Impacts sanitaires : les allergies

L'allergie aux pollens est une maladie chronique plus ou moins handicapante pour les personnes touchées en fonction de sa forme : intermittente, persistante, sévère ou modérée (43). De manière générale, elle affecte la qualité de vie des personnes allergiques : les principales conséquences sur la vie quotidienne sont une restriction des activités courantes, des troubles du sommeil, et une altération de la vigilance et de la capacité de concentration ou d'apprentissage. Les enfants, les personnes âgées, les personnes prédisposées et celles atteintes de maladies cardiovasculaires ou respiratoires sont les plus vulnérables aux allergies (24).

- ▶ En 2014, parmi les 18 735 interrogées dans le cadre de la cohorte Constances, 32,9 % déclaraient une rhinite allergique. Parmi ces personnes, 12,8 % des personnes avaient eu de l'asthme au cours de leur vie. D'après les résultats d'une autre enquête, 9,1 % des personnes de 15 à 25 ans déclaraient avoir eu de l'asthme dans l'année précédant l'enquête en 2014 (enquête EHIS-ESPS 2014), 7,7 % des 25-64 ans et 11,6 % des 65 ans ou plus. Des études témoignent d'une prévalence de l'asthme chez l'adulte plus élevée dans les milieux socio-économiques défavorisés (23).
- ▶ En 2017, 44 % des habitants de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ont déclaré être sensibles aux pollens et, parmi eux, 61 % ont jugé que leur sensibilité avait augmenté au cours des 5 dernières années (21).

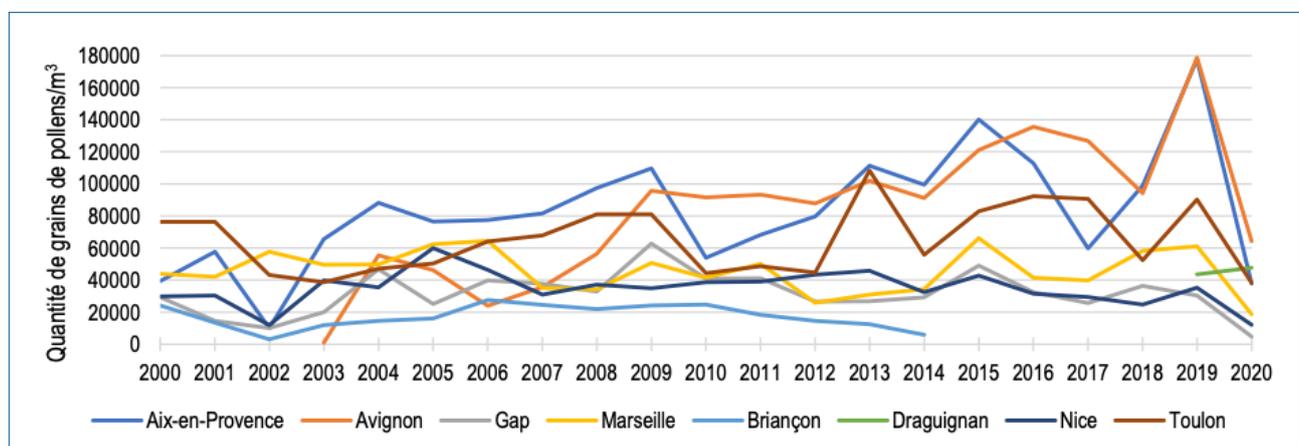


Figure 18 : Evolution des quantités de pollens mesurées sur plusieurs sites de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2000-2020 (Source : RNSA - exploitation ORS Paca, 2000-2020)

6. LES RISQUES NATURELS

6.1 Vue d'ensemble des risques naturels

Les Alpes-Maritimes constituent l'un des départements français les plus menacés par les risques naturels, liés aux caractères extrêmes de son climat méditerranéen, dont l'alternance entre les sécheresses estivales et les précipitations automnales favorise à la fois les inondations, les feux de forêt et les mouvements de terrain.

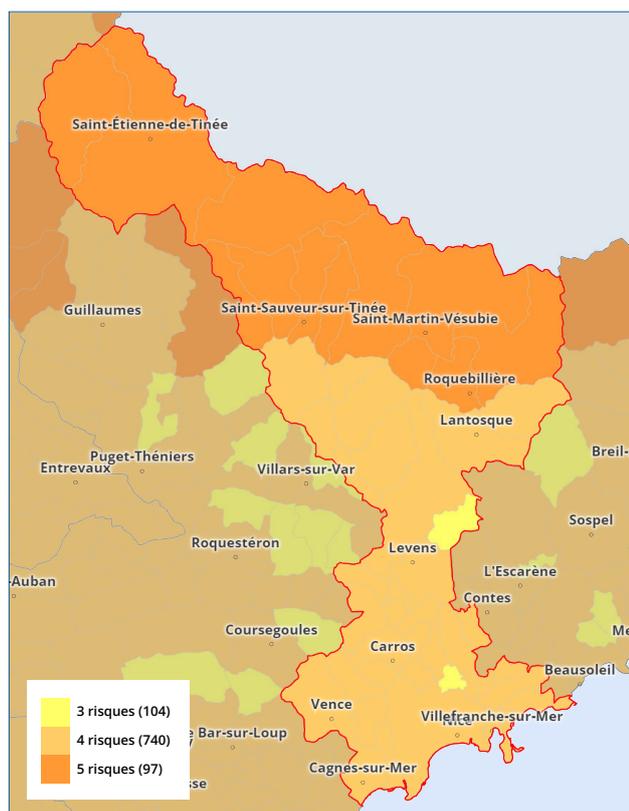


Figure 19 : Nombre de risques naturels potentiels par commune, 2022 (Source : Ministère de la transition écologique et solidaire (MTES) (base Gaspar mise à jour le 16/06/2022) – 2022).

En 2022, toutes les communes de la métropole étaient soumises à au moins 3 risques naturels potentiels : 2 communes étaient soumises à 3 risques naturels potentiels (4,0 %), 37 communes étaient soumises à 4 risques naturels potentiels (72,5 %) et 12 communes (23,5 %) à 5 risques naturels potentiels (23,5 %), toutes situées dans le Haut Pays (Source : Ministère de la

transition écologique et solidaire (MTES) (base Gaspar mise à jour le 16/06/2022) – 2022).

En 2021, 75,5 % des communes de la métropole étaient couvertes par un ou plusieurs Plan de prévention des risques naturels (PPRN), une proportion plus importante que dans la région (56,3 %) et qu'en France (40,5 %) (Source : base Gaspar, 2021).

Entre 1982 et 2021, 822 arrêtés de catastrophes naturelles concernant les communes de la métropole sont parus au Journal Officiel, représentant 12 % des arrêtés de la région. Toutes les communes de la métropole ont fait l'objet d'au moins un arrêté. Les communes du littoral et du Moyen Pays sont celles qui ont déclaré le plus d'arrêtés (Figure 20) (Source : base Gaspar 1982-2021).

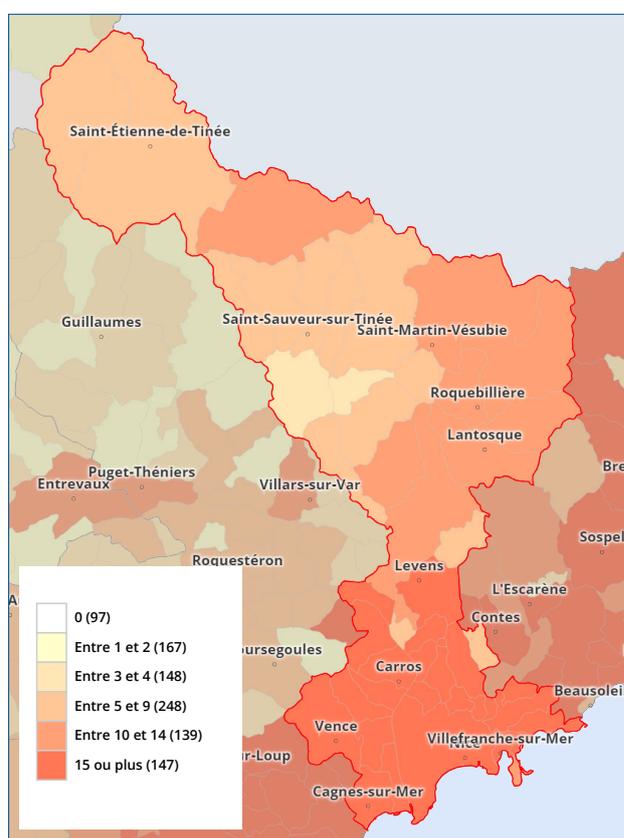


Figure 20 : Nombre d'arrêtés de catastrophes naturelles depuis 1982 (Source : Base Gaspar 1982-2021)

6.2 Le risque d'inondations

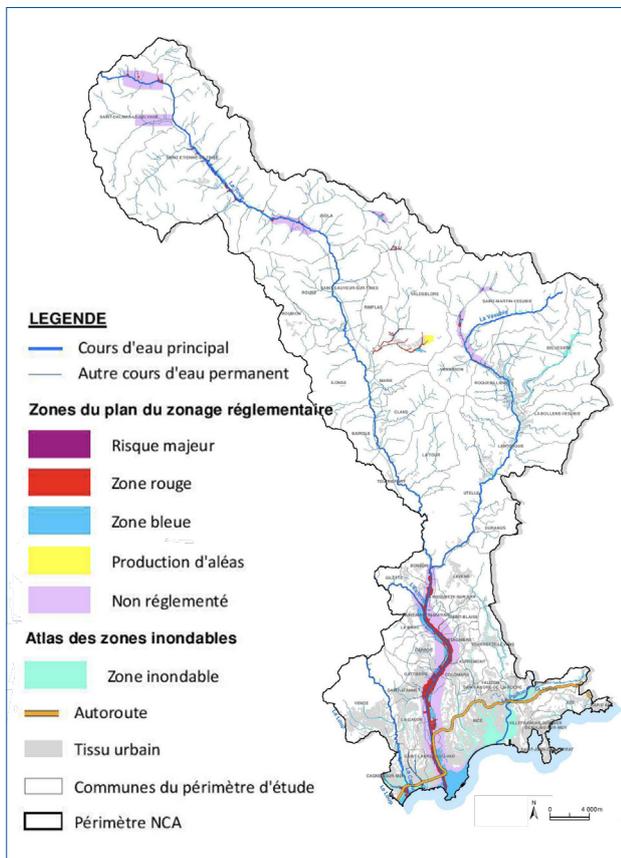


Figure 21 : Zones exposées au risque d'inondations au sein de la métropole (Source : PLUm, 2019)

Les risques d'inondations sont variés au sein de la métropole (Figure 21) : débordement de cours d'eau, inondations de plaine, crues torrentielles, ruissellement urbain ou encore submersions marines (25).

En 2018, l'INSEE estimait que 29 % de la population, 60 % des chambres d'hôtel et 38 % des emplacements de campings des Alpes-Maritimes étaient localisés en zone inondable⁸. Ce département était ainsi le plus touché de la région, avec le Vaucluse (26).

La quasi-totalité des communes de la métropole (96,1 %) sont concernées par le risque d'inondations (région : 90,9 % ; France : 59,5 %) et un peu plus de la moitié d'entre elles (55,0 %) font l'objet d'un Plan de Prévention des Risques d'Inondations (région : 42,0 %). Par ailleurs, 17 communes sont situées dans le périmètre du territoire à risque important d'inondation (TRI) « Nice-Cannes-Mandelieu » : Bonson, Cagnes-sur-Mer, Carros,

⁸ Une zone inondable est une zone sujette à la submersion. Cette submersion peut avoir déjà eu lieu, ou être possible. Les zones inondables sont recensées et classées sous 2 appellations : les zones classées en PPRI (Plans de Prévention des Risques Inondations) et les zones mentionnées dans l'AZI (Atlas des Zones Inondables).

Castagniers, Colomars, Drap, Gattières, Gilette, la Gaude, la Roquette-sur-Var, la Trinité, le Broc, Nice, Saint-Blaise, Saint-Jeannet, Saint-Laurent-du-Var et Saint-Martin-du-Var.

→ Le 2 octobre 2020, la tempête Alex a engendré des précipitations importantes. Les cumuls de pluie sur les bassins de la Vésubie, de la Tinée, de l'Estéron et de la Roya avec 300 à 400 mm tombés en 24h, parfois jusqu'à 500 mm comme à Saint-Martin-Vésubie. Dix personnes sont décédées et 8 sont portées disparues (25).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

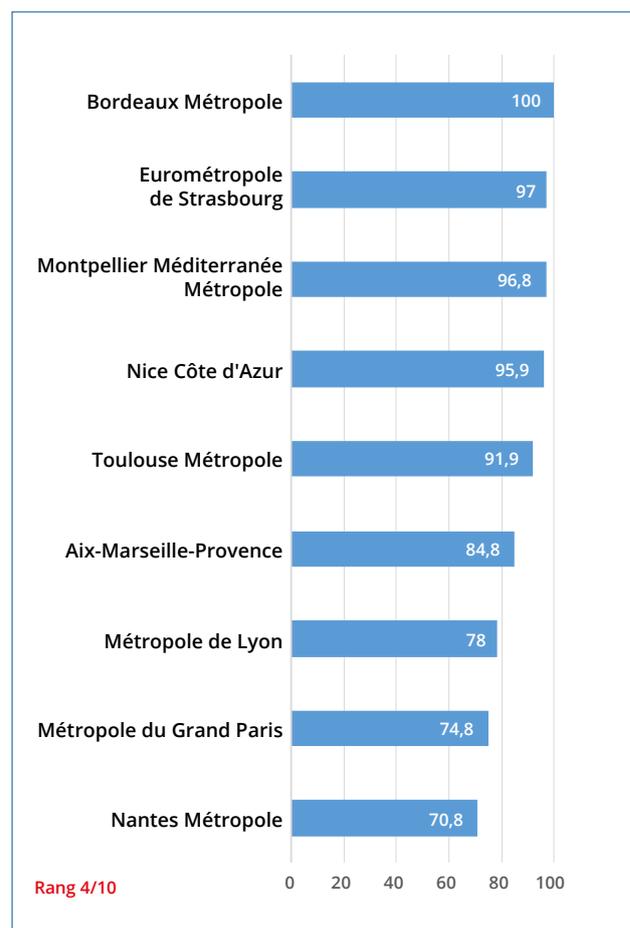


Figure 22 : Part des communes soumises à un risque d'inondations (%) - 2021 (Source : Base Gaspar 2021)

6.3 Le risque d'incendies de forêts

Toutes les communes de la métropole sont soumises à un risque d'incendies de forêt (région : 94,7 % ; France : 19,1 %). Ce risque concerne d'une part les espaces forestiers méditerranéens et d'autre part, dans une moindre mesure les espaces forestiers montagnards (2).

Les forêts méditerranéennes sont particulièrement vulnérables aux incendies pendant la période estivale, en raison de la combustibilité importante de la végétation, la sécheresse importante de l'atmosphère durant l'été, mais aussi en raison des vents. La forte urbanisation et l'habitat diffus très fréquent sur le territoire, l'embroussaillage des zones rurales consécutif à la déprise agricole et le réseau dense d'infrastructures sont des facteurs aggravants pour le risque d'incendies. Même s'ils sont moins sensibles que les forêts méditerranéennes, les espaces forestiers montagnards ne sont pas à l'abri des feux de forêt notamment lors des feux d'écochage (25).

Entre 2018 et 2022, 77 incendies de forêts ont été répertoriés chaque année dans les Alpes-Maritimes : ils ont brûlé en moyenne 238 hectares (source : base Prométhée 2018-2022).

Une augmentation des risques d'incendies est prévisible en lien avec les changements climatiques, en lien avec une aggravation du danger météorologique (sécheresse) et de la sensibilité au feu de la végétation, mais aussi une extension des zones sensibles aux incendies (25).

6.4 Le risque d'avalanches

Plus de 500 avalanches ont été recensées en moyenne chaque année en Provence-Alpes-Côte d'Azur au cours des 10 dernières années. Ce risque, caractérisé par sa soudaineté, sa rapidité et sa puissance, est parmi les risques naturels les plus meurtriers. Il est ainsi à l'origine de 5 accidents mortels en moyenne chaque année dans la région (27).

Au sein de la métropole, 12 communes sont concernées par un risque d'avalanches (23,5 % des communes de la métropole), toutes situées dans le Haut Pays. Ainsi, 1,4 % de la population métropolitaine est concernée par le risque d'avalanches.

6.5 Le risque de mouvements de terrain

Toutes les communes de la métropole sont soumises au risque de mouvements de terrain. La métropole Nice Côte d'Azur se trouve dans une zone sismiquement active et est concerné par deux types de mouvements de terrain : les mouvements de terrain lents (effondrements de cavités souterraines, tassements et les affaissements de sols, phénomène de retrait et gonflement des argiles) et les mouvements de terrain rapides (glissements de terrain par rupture d'un versant instable, écoulements et chutes de blocs, coulées boueuses). Plus de 500 cavités ont été répertoriées sur son territoire, principalement des cavités souterraines naturelles. Le risque d'écroulement et de chutes de blocs est présent sur la plupart des communes présentant des barres rocheuses comme Nice, Castagniers, ou Gilette. En ce qui concerne le phénomène de retrait gonflement des argiles, il s'agit d'un aléa faible à moyen dans la majorité du territoire.

6.6 Le risque de séismes

Un séisme est provoqué par une rupture brutale des roches le long d'un plan de faille en profondeur. Cette rupture génère une brusque libération d'énergie et la propagation d'ondes sismiques. Le passage des ondes à travers le sol provoque des vibrations qui peuvent être ressenties à la surface.

L'intégralité du territoire métropolitain se trouve dans une zone de sismicité moyenne (*Source : Ministère de la transition écologique et solidaire (MTES), Direction générale de la prévention des risques (base Gaspar mise à jour le 16/06/2022)*). Dix communes de la métropole font l'objet d'un Plan de Prévention des Risques sismiques (Carros, Castagniers, Drap, Gattières, Lantosque, la Trinité, Nice, Saint-André-de-la-Roche, Saint-Laurent-du-Var et Villefranche-sur-Mer). Les communes de Nice et Saint-Laurent-du-Var sont concernées par des Plans de Prévention des Risques de nouvelles génération intégrant les spectres de réponses liés à l'accélération sismique pour les constructions neuves (25).

Impacts sanitaires : risques naturels et santé

Les catastrophes naturelles touchent un grand nombre de personnes et entraînent des conséquences physiques, psychologiques et sociales importantes. Ces conséquences peuvent survenir rapidement après la catastrophe, ou de façon différée, et perdurer plusieurs années (28). 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 cardiovasculaires, etc. Les conséquences psychologiques sont également nombreuses (troubles anxieux et dépressifs, état de stress post-traumatique, suicides, etc.) (29), de même que les conséquences sociales (relogement, pertes matérielles, difficultés financières, interruption d'activité professionnelle, etc.). En France, plusieurs études ont mis en évidence la survenue et la persistance de troubles de stress post-traumatique après des catastrophes naturelles (30,31).

- ▶ Entre 1987 et 2016, les catastrophes naturelles ont provoqué le décès de 119 personnes dans les Alpes-Maritimes, soit 22 % des décès régionaux liés aux catastrophes naturelles (*Source : Inserm CepiDC 1987-2016*).

7. LES RISQUES TECHNOLOGIQUES

La Métropole Nice Côte d'Azur est relativement peu impactée par les risques technologiques, qui sont de 3 ordres : le risque de transport de matières dangereuses, le risque de rupture de barrage et le risque industriel.

7.1 Le risque lié au transport de matières dangereuses

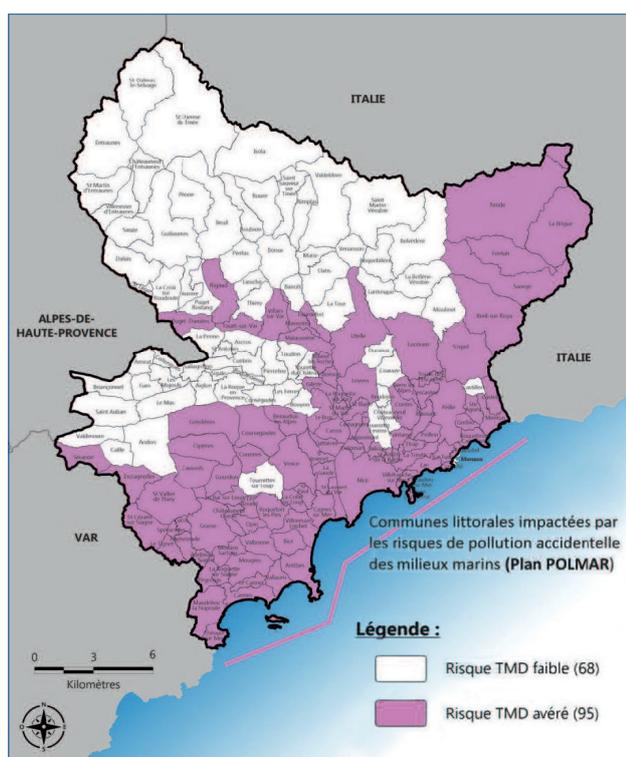


Figure 23 : Communes des Alpes-Maritimes concernées par le risque de Transport de Matières Dangereuses, 2022 (Source : Préfecture des Alpes-Maritimes, 2022)

Le risque lié au transport de matières dangereuses est consécutif à un accident se produisant lors du transport par voie routière, ferroviaire, aérienne, voie d'eau ou par canalisation de matières dangereuses. Le principal danger de ce transport est ainsi lié aux matières transportées. Dans la métropole, 28 communes présentent un risque avéré lié au transport de matières dangereuses (55 % des communes).

7.2 Les risques industriels

Un risque industriel se manifeste lors d'un accident concernant des installations manipulant des substances dangereuses ou ayant des procédés industriels dangereux pouvant entraîner des conséquences graves pour la population et/ou l'environnement. Plusieurs risques sont possibles (risque d'incendie, d'explosion et d'émission de gaz toxique).

Actuellement, 114 installations classées⁹ sont localisées sur le territoire métropolitain (44 % des installations classées du département des Alpes-Maritimes), dont 60 % sur le littoral et 30 % dans le Moyen Pays. Les communes de Nice (n=46) et de Carros (n=15) sont les plus concernées. Parmi ces installations, 9 sont classées « priorité nationale ».

Deux installations sont classées Seveso, une Seveso Seuil Haut (la Compagnie des Gaz de Pétrole et Monaco Logistique à Carros) et une Seveso Seuil Bas (La Mesta SAS à Gilette) (Source : Base des installations classées, Ministère de la Transition Ecologique et Solidaire).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

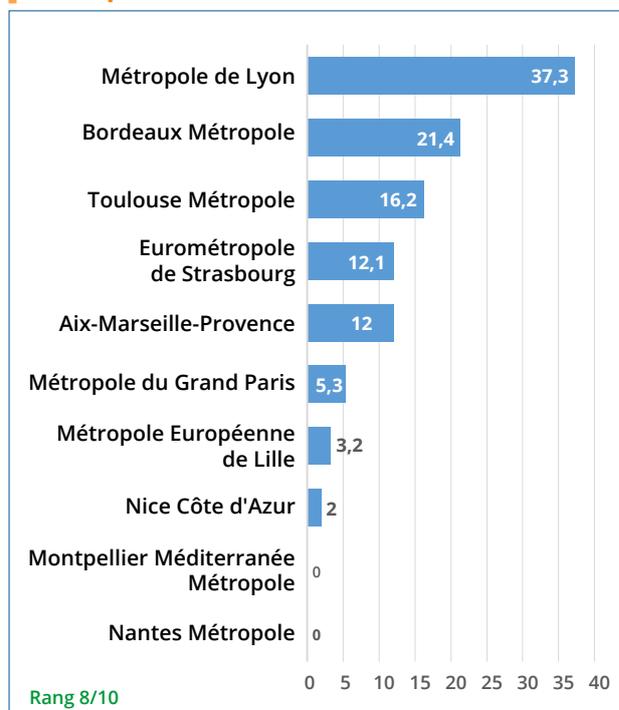


Figure 24 : Part des communes couvertes par un Plan de Prévention des Risques Technologiques (%), 2021 (Source : Base Gaspar 2021)

⁹ Les installations classées comprennent toutes les exploitations industrielles ou agricoles susceptibles de créer des risques ou de provoquer des pollutions ou nuisances, notamment pour la sécurité et la santé des riverains.

Impacts sanitaires : les risques industriels

L'activité industrielle expose la population et les salariés à différents types de risques pour la santé, liés par exemple à la pollution des milieux et aux risques industriels (explosions, incendies...) (25,32). Les salariés des sites industriels cumulent de nombreux risques pour leur santé et sont plus souvent exposés à des accidents du travail. Par ailleurs, ils travaillent souvent dans des conditions difficiles (bruit, chaleur, travail de nuit). Les intérimaires et sous-traitants sont davantage touchés par des accidents du travail et sont souvent insuffisamment suivis sur le plan médical (33).

8. LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

8.1 Le climat métropolitain

La Métropole Nice Côte d'Azur est sous l'influence d'un climat méditerranéen, caractérisé par un fort ensoleillement (environ 2 700 heures par an en moyenne), une sécheresse et une chaleur estivales, ainsi que des températures hivernales globalement douces. Les précipitations sont variables selon les saisons (faibles précipitations en été et violentes averses à l'automne), mais aussi d'une année sur l'autre. Le climat du territoire est réputé pour sa douceur, mais il est ponctué d'événements météorologiques extrêmes d'une rare intensité (pluies torrentielles, épisodes de sécheresses...) susceptibles d'affecter la nature et la population (inondations, incendies...).

Au sein de la région, de nombreuses communes de la métropole Nice Côte d'Azur se distinguent par des occurrences de fortes pluies particulièrement élevées au cours des 50 dernières années (Figure 25).

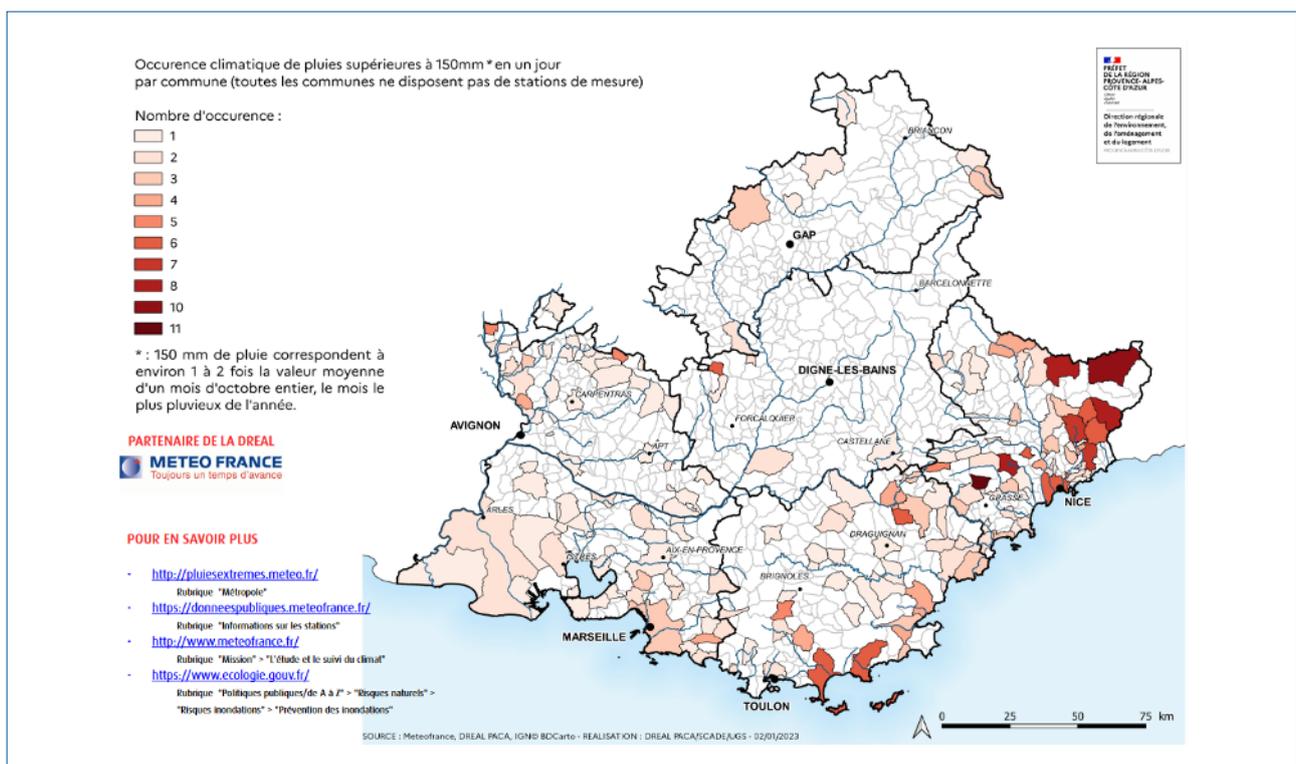


Figure 25 : Occurrence climatique de pluies supérieures à 150 mm en un jour par commune, 1968-2017 (Source : Météofrance, DREAL PACA 1968-2017)

8.2 Les changements climatiques observés

→ Hausse des températures

Ces dernières décennies, une hausse des températures est constatée sur le territoire métropolitain : la station de Nice-aéroport a vu sa température minimale moyenne annuelle passer de 11,7°C pour la période 1960-1990 à 12,4°C pour la période 1981-2010 (Figure 26).

Sur cette période, à Nice, l'anomalie de la température moyenne a évolué de +1,5 °C. Les écarts à la normale (1961-1990) sont systématiquement positifs depuis 1986. Les températures maximales subissent en moyenne une hausse plus forte que les minimales et la saison la plus touchée est l'été. Par ailleurs, le nombre de nuits dites « tropicales » (température minimale ≥ 20 °C) a été multiplié par 5 entre les années 1960-70 et aujourd'hui à Nice, ce qui marque un profond changement en matière de confort thermique pour les habitants, notamment au cœur des villes (34).

→ Baisse des précipitations et hausse de l'intensité des épisodes méditerranéens

En 60 ans, les cumuls de précipitations relevés à Nice et à Saint-Marie-Vésubie ont diminué (respectivement - 13 % et - 20 %), malgré une forte variabilité annuelle. La baisse observée est particulièrement notable au printemps et l'été (35).

Cependant, des études récentes montrent, à l'échelle de la région méditerranéenne française, une tendance à la hausse de l'intensité des épisodes méditerranéens¹⁰ depuis les années 60 (+22 % avec une fourchette d'incertitude importante comprise entre 7 % et 39 %), avec un doublement de la fréquence des événements dépassant le seuil de 200 mm de pluie par jour et une augmentation des surfaces touchées, même si des incertitudes demeurent (34).

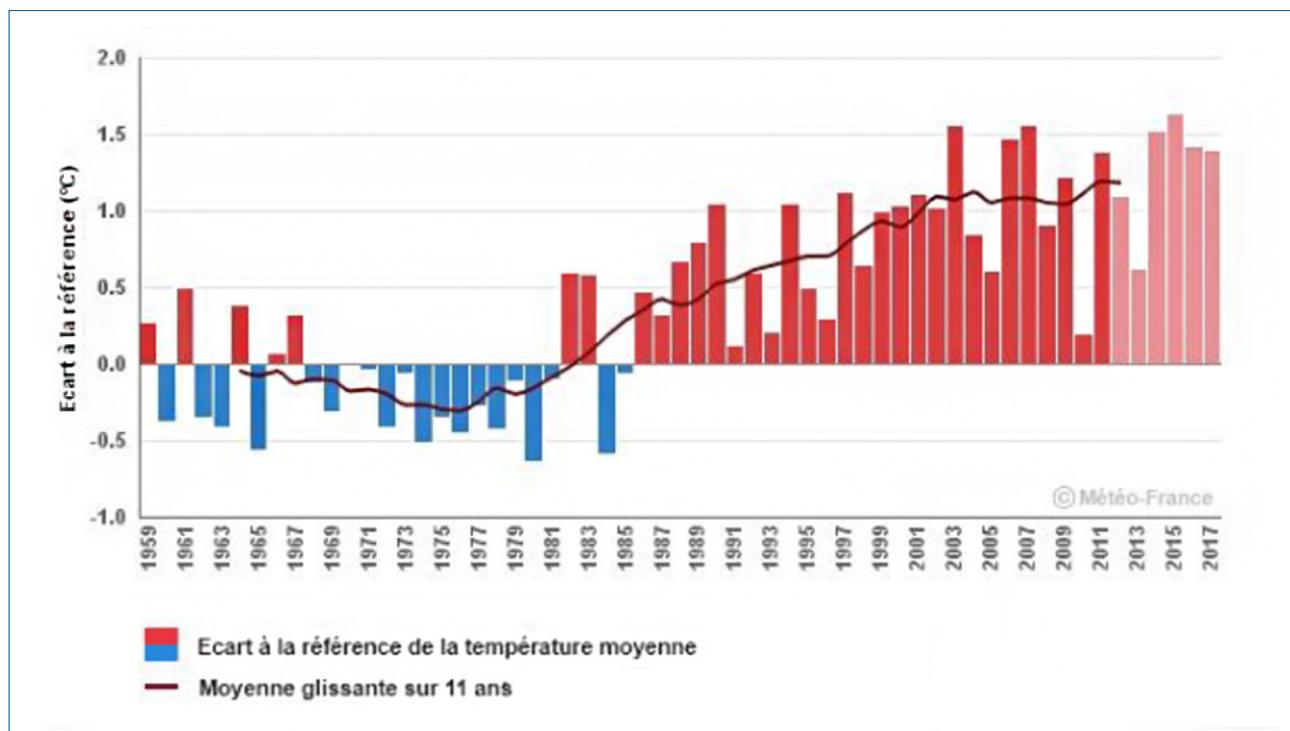


Figure 26 : Écart à la référence température moyenne annuelle de la période 1961-1990 - Station Nice (source : Météo France 1960-1990)

¹⁰ Dépassement du seuil de 200 mm de précipitations

8.3 Les prévisions climatiques

➔ Hausse des températures moyennes

D'après les projections du modèle climatique ALADIN-climat, une hausse des températures moyennes devrait être observée au sein de la métropole, en hiver comme en été, sur le littoral comme dans le Haut Pays. En cas de scénario pessimiste (trajectoire actuelle des émissions de GES), les anomalies mensuelles de température seraient susceptibles d'atteindre +5 à +8°C, sur le littoral comme en montagne. Les températures estivales du sud de la métropole se rapprocheraient de celles de l'intérieur des terres du Maghreb, voire des abords septentrionaux du Sahara. Les zones fraîches, notamment en montagne, reculeraient de manière très forte. Les deux autres scénarios (RCP 2.6 et RCP 4.5) prévoient une hausse de température plus modérée en été (Tableau 1) (34).

➔ Hausse des précipitations automnales et de la fréquence et de l'intensité des épisodes méditerranéens

Les projections de l'évolution des précipitations, plus incertaines, ne montrent pas d'évolutions majeures en juillet, avec cependant une légère tendance à la hausse des précipitations, mais indiquent une hausse notable des précipitations en octobre. Une augmentation de la fréquence et de l'intensité des phénomènes méditerranéens est également attendue dans les années à venir.

| Baisse du manteau neigeux

Le manteau neigeux devrait également subir une diminution en volume et en durée surtout dans les secteurs de basses et moyennes altitudes. La durée annuelle d'enneigement devrait baisser d'ici 2050 de 40 % à 60 % à 1800 m d'altitude d'après le plan d'adaptation au changement climatique du bassin RMC - 2012. Cela concerne donc directement les stations de

sports d'hiver de la Métropole (Isola 2000, Auron, Saint-Dalmas-le-Selvage, Roubion, La Colmiane, Saint-Martin-Vésubie...).

L'évolution du climat devrait mener à un inconfort thermique généralisé pendant la période estivale, fragiliser les ressources en eau, aggraver le risque incendie et accentuer les risques sanitaires.

8.4 Les îlots de chaleur urbain

Le **phénomène d'îlot de chaleur urbain** se manifeste par des températures de l'air et des sols plus élevées dans le centre des agglomérations qu'en périphérie rural, notamment la nuit. Il est influencé par différents paramètres tels que la forme urbaine, l'imperméabilisation des sols, la végétalisation, les matériaux utilisés, le climat ou encore les activités humaines.

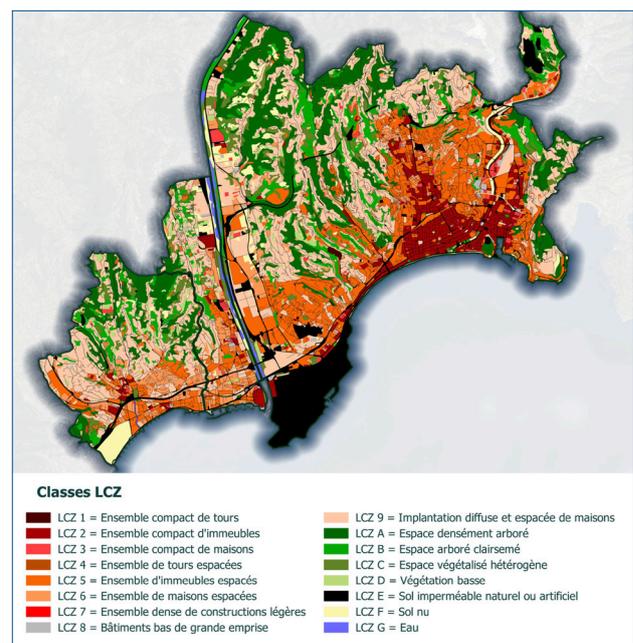


Figure 27 : Cartographie des Zones Climatiques Locales, 2022 (Source : CEREMA 2022)

Tableau 1 : Fourchettes des anomalies mensuelles des températures minimales et maximales en janvier et en juillet par rapport à la période de référence 1986-2005 à Nice-aéroport et à Isola 2000, selon le modèle climatique régional ALADIN-climat et les RCP 2.6, RCP 4.5 et RCP 8.5 (Source : UMR ESPACE Université Côte d'Azur 1986-2005)

Station	Alt. (m)	Température moyenne mensuelle et annuelle (°C)													Précipitations (mm)
		Jan.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	An	Cumul annuel
Nice-aéroport	2	9,4	9,8	11,9	14,3	18,0	21,8	24,2	24,5	21,3	17,7	13,4	10,3	16,4	749
Saint-Martin-Vésubie	994	3,7	4,4	7,5	9,8	14,2	18,3	20,2	20,5	16,1	12,4	7,2	4,1	11,5	1169
Isola 2000	1912	-4,5	-4,1	-1,0	1,7	6,3	10,5	12,9	12,7	8,4	4,8	-0,6	-3,7	3,6	1221

Le Cerema a réalisé une étude des Zones Climatiques Locales¹¹ au sein des communes littorales denses de la métropole : Nice, Saint-Laurent-du-Var et Cagnes-sur-Mer. Au sein des 3 communes étudiées, la classe la plus sujette au phénomène d'îlot de chaleur urbain est celle des « ensembles compacts d'immeubles » (LCZ 2). Cette classe est particulièrement représentée dans le centre de Nice (430 hectares), mais est plus dispersée dans les communes de Cagnes-sur-Mer et de Saint-Laurent-du-Var (entre 20 et 30 Ha). Or, le centre de Nice concentre une forte densité de population, mais aussi de nombreux équipements accueillant des populations vulnérables (par exemple, environ 40 écoles maternelles et primaires, une dizaine d'EHPAD) et établissements touristiques. Le centre de Nice constitue donc un enjeu fort en termes d'adaptation au changement climatique et de préservation des populations (36).

Impacts sanitaires : les changements climatiques

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 indirects sur la santé 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 (37,38).

Pics de chaleur

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. De plus, pendant les épisodes de canicule, une

augmentation des décès et hospitalisations peut être observée.

- ▶ La canicule d'août 2003 a engendré près de 14 802 décès en excès en France métropolitaine. Une surmortalité de +53 % a été observée à Nice par rapport aux années précédentes (39).

Enfin, l'augmentation des températures serait susceptible d'impliquer une généralisation et un usage plus intensif de la climatisation, pouvant être à l'origine de contamination et de développement de maladies infectieuses comme la légionellose.

Rayonnement UV

L'exposition excessive au soleil peut, à court terme, provoquer des inflammations cutanées (coup de soleil, urticaire solaire) et oculaires (photokératites, photoconjonctivites, rétinopathie solaire aiguë), des changements cutanés, des insolations (coups de chaleur) ou déshydratations (perte excessive d'eau par l'organisme). Les personnes âgées et les nourrissons sont particulièrement sensibles au risque de déshydratation. A plus long terme, l'exposition excessive au soleil peut provoquer des changements dégénératifs cellulaires et moléculaires des tissus fibreux et des vaisseaux sanguins se traduisant par des pathologies de l'œil (cataracte corticale, ptérygion, pinguécula) ou une immunosuppression. L'exposition aux rayonnements ultraviolets (UV) constitue la première cause des cancers cutanés, dont le mélanome. L'enfance et l'adolescence sont des périodes critiques : une forte exposition au soleil tôt dans la vie augmente le risque de mélanome.

- ▶ En 2023, le nombre de nouveaux cas de cancer cutanés a été estimé à environ 17 900 en France métropolitaine (4 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers). L'âge médian au diagnostic est de 68 ans chez les hommes et 62 ans chez les femmes. Il s'agit du cancer pour lequel le nombre de nouveaux cas par an augmente le plus entre 2010 et 2023) (+2 % par an chez les hommes comme chez les femmes. En 2018, 1 140 hommes et 840 femmes sont décédées d'un mélanome cutané, un chiffre en augmentation chez les hommes (+0,1 % par an) et en diminution chez les femmes (- 0,3 % par an) sur la période 2010-2018 (40).

¹¹ Le concept de Zones Climatiques Locales consiste à découper un territoire urbanisé en zones uniformes du point de vue de l'occupation du sol (urbanisée ou naturelle), de la structure urbaine, des matériaux, et des activités humaines en supposant que ces zones ont un comportement climatique homogène. Ces zones peuvent s'étendre de quelques centaines de mètres à plusieurs kilomètres de large. 17 classes de LCZ permettent de caractériser les territoires : 10 classes LCZ « bâties » et 7 classes LCZ « naturelles ».

9. LA QUALITÉ DE L'EAU

9.1 Les ressources en eaux

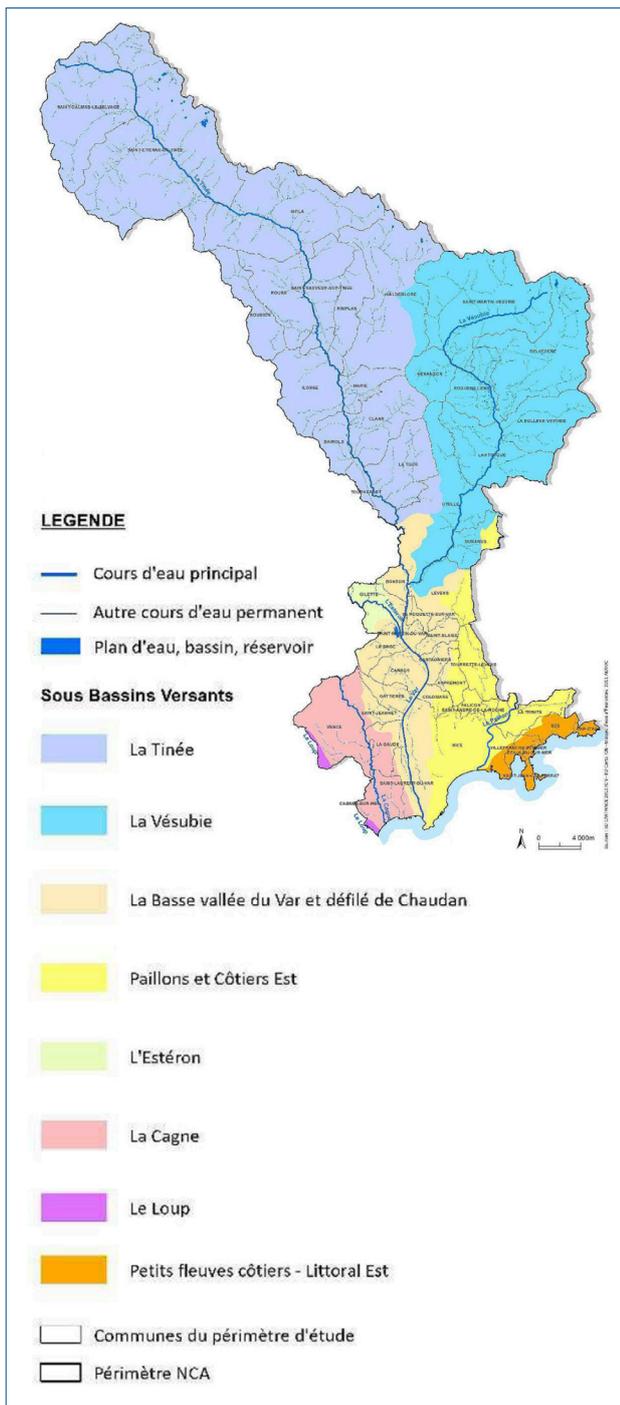


Figure 28 : Réseau hydrographique de la métropole Nice Côte d'Azur (Source : PLUM, 2019)

La métropole Nice Côte d'Azur est traversée par de nombreux cours d'eau à la physionomie très différente depuis les torrents montagneux aux fleuves, en passant par les rivières torrentielles méditerranéennes (Figure 28). Ce territoire compte deux grands types de réseaux hydrographiques : les cours d'eau qui prennent leur source dans les secteurs de hautes montagnes dans le massif du Mercantour (par exemple, la Tinée et la Vésubie) et ceux qui naissent dans les Préalpes niçoises comme les affluents de la basse vallée du Var, la Cagne, le Loup ou encore les Paillons.

Avec une longueur de 110 km et un bassin versant de 2 822 km², le Var est le cours d'eau principal des Alpes Maritimes. Il prend naissance à 2600 mètres d'altitude, dans les montagnes calcaires qui dominent le col de la Cayolle, sa source se trouvant sur la commune d'Estenc dans les Alpes-Maritimes. Soumis au climat méditerranéen, les cours d'eaux du territoire se caractérisent par des étiages sévères en période estivale et des crues le plus souvent violentes.

La métropole compte 4 grandes masses d'eaux souterraines (les eaux des bassins versants du Var et des Paillons, du socle du Mercantour, des massifs calcaires de l'Audibergues, Saint-Vallier, Saint-Cézaire, Cheiron, Caussols et les eaux des alluvions du Var et des Paillons). Les ressources en eau souterraine sont abondantes, mais exploitées de façon importante. Elles ne souffrent pour l'instant pas de problèmes quantitatifs. Les eaux superficielles sont peu utilisées pour l'alimentation en eau potable, à l'exception de la Vésubie (2).

9.2 Les volumes d'eau prélevés par usage

En 2021, l'essentiel des volumes d'eaux prélevées au sein de la métropole Nice Côte d'Azur sont destinées à l'alimentation en eau potable (88,0 %), alors que l'industrie (12,0 %) et l'agriculture (0,1 %) en représentent une faible partie (0,1 %). L'utilisation intensive de l'eau pour l'approvisionnement en eau potable est une particularité de la métropole. En effet, l'agriculture est à l'origine de 69 % des prélèvements d'eau dans le monde, utilisés essentiellement pour l'irrigation, mais aussi pour l'élevage et pour l'aquaculture. Dans certains pays en voie de développement, ce taux peut s'élever à 95 % (41).

9.3 La qualité des eaux de consommation

→ La conformité de l'eau

Sur la période 2018-2022, la population de la métropole Nice Côte d'Azur était desservie par une eau de bonne qualité. En effet, sur les 115 unités de distribution (UDI) du territoire, 109 présentaient un taux de conformité bactériologique compris entre 95 et 100 % (94,8 %), 5 un taux de conformité compris entre 70 et 95 % (4,3 %) et 1 UDI (0,9 %) un taux de conformité inférieur à 70 %. On note ainsi une amélioration de la qualité bactériologique de l'eau au sein de la métropole par rapport à la période 2015-2017 (82,6 % d'UDI avec un taux de conformité compris entre 95 et 100 %). Par ailleurs, toutes les UDI du territoire présentaient une teneur moyenne en nitrates (< 50 mg/l) et en pesticides conformes aux limites réglementaires (Source : ARS Paca).

→ Le plomb dans l'eau

Dans certains secteurs du Haut Pays, l'eau présente une faible minéralisation susceptible de favoriser la dissolution de métaux des canalisations, dont le plomb. Cependant, des travaux importants ont été entrepris et ayant donné lieu à une amélioration notable de la qualité de l'eau (42).

→ En 2022, 85 cas de légionellose ont été déclarés dans le département des Alpes-Maritimes, contre 70 cas en 2021. Parmi les cas, certains habitent ou ont fréquenté une ou plusieurs communes de la métropole.

Impacts sanitaires : ressources en eau et qualité des eaux de consommation

Disponibilité des ressources en eau

La demande en eau au sein de la métropole présente une forte saisonnalité due à la fréquentation touristique estivale sur le littoral et à des besoins en eau d'irrigation qui atteignent leur maximum en été. Ce pic intervient au moment même où les débits sont au plus bas. A l'avenir, le territoire métropolitain pourrait risquer de manquer d'eau pour la consommation humaine en été, lié à l'augmentation saisonnière des populations et des consommations face aux changements climatiques.

Qualité des eaux de consommation

La présence de germes fécaux dans l'eau peut provoquer des épidémies de gastro-entérites. De nombreuses substances chimiques peuvent être présentes dans l'eau que des métaux lourds, des plastifiants, des hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP) ou des résidus de médicament. Certaines de ces substances (arsenic, mercure, chrome, hydrocarbures, nitrates) sont susceptibles de favoriser, sur le long terme, l'apparition de certains cancers.

Résidus de médicaments dans l'eau

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 produits antibiotiques pourraient favoriser le développement de bactéries résistantes qui seraient susceptibles d'infecter ensuite les animaux et l'homme (43).

Saturnisme

Un excès de plomb peut nuire à plusieurs systèmes dans l'organisme (système nerveux et reproductif, reins) et causer une hypertension artérielle et une anémie. De fortes concentrations de plomb peuvent avoir des conséquences particulièrement importantes chez les enfants, parfois irréversibles (troubles de l'apprentissage et du comportement) (44). Par ailleurs, certains des effets du plomb sont sans seuil de dose, c'est-à-dire qu'ils peuvent être observés même à de faibles niveaux de plombémie. C'est en particulier le cas des effets cognitifs, comportementaux et auditifs, de certains effets concernant les enfants (sur le développement staturo-pondéral des enfants de moins de 7 ans, le comportement, la maturation sexuelle et la fonction rénale chez les enfants de plus de 6 ans et les adolescents), les adultes (sur la pression artérielle et la fonction rénale) ou la femme enceinte (hypertension artérielle gravidique, développement fœtal).

En 2017, la grande majorité des habitants de la région (85 %) déclaraient être satisfaits de la qualité de l'eau du robinet de leur commune de résidence. Pour 20 % de l'ensemble de la population régionale, les pesticides sont les principaux polluants de l'eau du robinet susceptibles de présenter des risques pour la santé, juste après le plomb (25 %). La présence de résidus de médicaments dans l'eau,

problématique émergente, préoccupe également 14 % des habitants et se situe au même rang, dans les perceptions des habitants, que la pollution de l'eau par les nitrates (21).

La légionellose

Certaines installations, possèdent des équipements de refroidissement pouvant présenter des risques de contamination de l'environnement par des légionnelles. Les sources de contamination les plus souvent incriminées sont les installations qui favorisent la multiplication des légionnelles dans l'eau et les dispersent sous forme d'aérosols, et notamment les réseaux intérieurs de distribution d'eau chaude sanitaire et les tours aéroréfrigérantes.

La légionellose est une infection respiratoire sévère qui se traduit par un état grippal fébrile et une toux initialement non productive. Certains patients peuvent présenter des douleurs musculaires, une anorexie et quelquefois des troubles digestifs (diarrhées) et/ou un état confusionnel. L'état grippal s'aggrave rapidement et fait place à une pneumopathie sévère nécessitant une hospitalisation. Elle est mortelle dans environ 10 % des cas. La légionellose affecte essentiellement les adultes et touche plus particulièrement les personnes immunodéprimées (45). Il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire.

Une baignade surveillée ou non est soumise au contrôle sanitaire. En 2022 le département comptait 150 sites de baignade soumis au contrôle sanitaire. En 2022, le département des Alpes-Maritimes comptait 150 sites de baignade surveillés, dont 64 présentaient une qualité de l'eau « excellente » (42,7 %), 50 une qualité « bonne » (34,0 %), 30 une qualité « suffisante » (20,0 %) et 4 une qualité « insuffisante » (2,7 %). Par ailleurs, dans la commune de Saint-Laurent-du-Var, 1 site de baignade est fermé de façon temporaire depuis 2020. Les zones de baignade peuvent être interdites de manière temporaire en raison d'une contamination fécale de l'eau mise en évidence dans le cadre du contrôle sanitaire organisé par l'ARS, de l'autosurveillance de la commune et/ou d'un dysfonctionnement sur le réseau d'assainissement. Les dysfonctionnements sur le réseau d'assainissement sont récurrents et concernent l'ensemble des communes du littoral sur le territoire métropolitain.

Impacts sanitaires : qualité des eaux de baignade

Le contact avec des germes pathogènes au-delà d'une certaine concentration peut entraîner des pathologies de la sphère oto-rhino laryngée, de l'appareil digestif (gastro-entérites) ou des yeux, même si elles sont le plus souvent bénignes. La baignade en eau polluée augmente le risque d'apparition de troubles de santé. Ce risque dépend du niveau de contamination de l'eau par des germes pathogènes, mais aussi de l'état de santé du baigneur lui-même et de ses pratiques (durée de la baignade, immersion de la tête).

9.4 La qualité des eaux de baignade

Le territoire de la métropole Nice Côte d'Azur est bordé au sud par la mer Méditerranée sur environ 48 km de linéaire côtier. Le littoral métropolitain peut être découpé en 5 ensembles littoraux, d'ouest en est :

- La baie des Anges, vaste baie ouverte composée d'une succession de plages de galets qui se prolonge en mer par une bande sablo-vaseuse ;
- Le cap de Nice, cap rocheux où les reliefs plongent directement dans la mer ;
- La baie de Villefranche-sur-Mer, baie rocheuse très étroite (1600 m au plus large) ;
- Le Cap Ferrat, promontoire rocheux de 143 m qui domine la mer ;
- Le golfe de Saint-Hospice, s'étendant sur une vingtaine de kilomètre du Cap Ferrat au Cap d'Ail (2).

10. L'EXPOSITION AU BRUIT

10.1 Les sources de bruit

Au sein de la métropole, les principales sources de bruit sont liées aux transports (le trafic routier, mais aussi ferroviaire et aérien), les bruits de voisinage et les lieux de diffusion de la musique. Les industries ne représentent pas une source de bruit importante sur le territoire.

Les zones les plus exposées au bruit sont concentrées le long des grands axes de circulation et ferroviaires, principalement sur le littoral, mais aussi dans certaines zones localisées de la frange sud du Moyen Pays. Certaines communes du littoral cumulent les sources de bruit (Nice, Cagnes-sur-Mer et Saint-Laurent-du-Var notamment) (Figure 29).

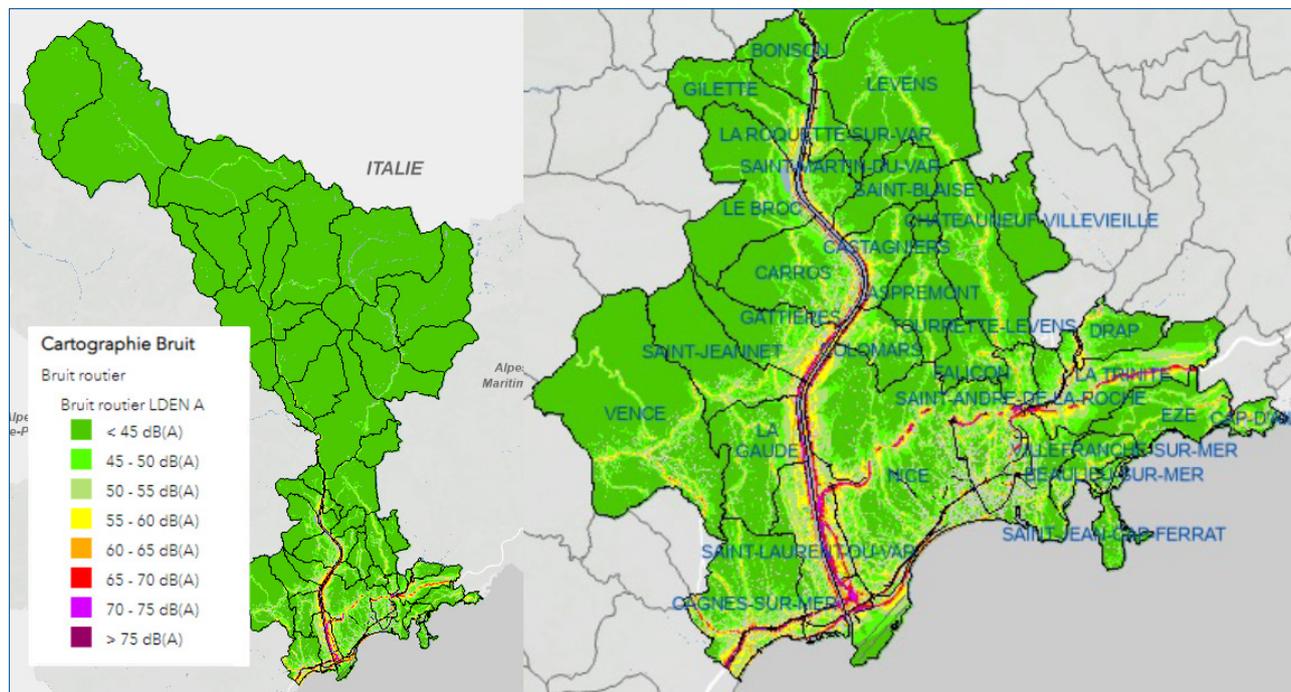


Figure 29 : Exposition au bruit au sein de la métropole, 2022 (Source : SIG MNCA 2022)

10.2 Les dépassements des valeurs réglementaires

→ Le bruit d'origine routière

D'après les estimations réalisées dans le cadre du 3^e Plan de Prévention du Bruit, en 2018, 25 000 habitants, soit 5 % de la population de la métropole, ainsi que 12 établissements d'enseignement et 4 établissements de santé étaient exposés à un niveau de bruit global sur 24h¹² d'origine routière supérieur à la valeur limite de 68 dB(A). De plus, 2 400 habitants (0,4 % de la population) ainsi que 2 établissements d'enseignement et 2 établissements de santé étaient exposés à un niveau bruit nocturne¹³ d'origine routière supérieur à la valeur limite de 62 dB(A) (46).

12 Indicateur de gêne sonore global sur 24h intégrant la période diurne (6h-18h), la période de soirée (18h-22h) affectée d'une pénalité de 5 dB(A) et la période nocturne (22h-6h) affectée d'une pénalité de 10 dB(A).

13 Indicateur de gêne sonore pendant la période nocturne (22h-6h).

➔ Le bruit d'origine ferroviaire

En 2018, 57 habitants de la métropole (0,01 % de la population) étaient exposés à un niveau de bruit global sur 24h d'origine ferroviaire supérieur à la valeur limite de 73 dB(A) et 1 398 habitants (0,3 % de la population) étaient exposés à un niveau bruit nocturne d'origine ferroviaire supérieur à la valeur limite de 65 dB(A) (46).

➔ Le bruit d'origine aérien

En 2018, 9 700 habitants de la métropole (1,8 % de la population) et 12 établissements d'enseignement étaient exposés à un niveau de bruit global sur 24h d'origine aérienne supérieur à la valeur limite de 55 dB(A) (46). En termes d'évolution de l'exposition au bruit, il faut noter une amélioration de la situation par rapport à 2009 (10 % de la population était exposée à un bruit d'origine routière supérieur à la valeur seuil), mais reste inchangée par rapport à 2016.

Impacts sanitaires : le bruit

Le bruit constitue une nuisance majeure dans la vie quotidienne et une préoccupation grandissante pour la population : dans la région, plus d'un quart de la population interrogée (26,3 %) dans le cadre du Baromètre Santé Environnement régional a déclaré être gêné en permanence (7,5 %) ou souvent (18,8 %) par le bruit à leur domicile. La circulation routière (voitures, camions, deux-roues à moteur...) était la principale source de bruit environnemental citée (37 %), devant les bruits de voisinage (conversations de voisins, pas, chocs...) (14 %). Les personnes résidant dans des villes de plus de 200 000 habitants (30,8 %) et celles résidant en habitat collectif (38 %) étaient significativement plus concernées (21).

Au-delà de la gêne qu'il représente, l'exposition au bruit a des conséquences pour la santé qui ne se limitent pas aux troubles auditifs. Le bruit peut également porter atteinte à la qualité du sommeil, générer une fatigue chronique et favoriser l'apparition de troubles anxieux et dépressifs. L'exposition au bruit peut également favoriser certaines pathologies cardiovasculaires (hypertension artérielle, infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) et affecter le système endocrinien. Chez les enfants et les jeunes, de nombreux travaux ont mis en évidence une relation entre exposition au bruit et baisse des performances scolaires. Le risque potentiel de développer des dommages auditifs irréversibles est d'autant plus élevé que les enfants sont jeunes (en période de développement) (47,48).

▶ 1 européen sur 5 serait exposé à un environnement sonore dangereux pour sa santé, c'est-à-dire à des niveaux sonores supérieurs à 68 dB(A). Cette exposition sur un long terme, serait estimée, en Europe, à 12 000 décès prématurés (décès survenu avant l'âge de 65 ans) et 48 000 nouveaux cas de maladies cardiaques par an (49).

11. L'ÉCONOMIE LOCALE

11.1 Les secteurs d'activité

L'économie de la métropole Nice Côte d'Azur est orientée sur la production de biens et de services auprès des personnes présentes sur le territoire, résidentes ou touristes. En 2019, plus de 3 emplois sur 4 (75,5 %) étaient dans la sphère présentielle, contre 7 sur 10 dans la région (70,9 %). L'emploi présentiel est particulièrement développé dans le Haut Pays (88,2 %) et sur le littoral (77,3 %), en lien avec l'activité touristique de ces territoires. En 2019, au sein de la métropole, près de la moitié des emplois (49,6 %) étaient liés aux commerces, transports et services, comme dans la région (49,0 %). Plus d'un tiers des actifs (38,0 %) travaillaient dans les secteurs de l'administration publique, de l'enseignement, de l'action sociale ou de la santé, une valeur supérieure à la moyenne régionale (34,9 %), notamment sur le littoral (44,2 %) et dans le Haut Pays. Le secteur de la construction représentait 6,4 % des emplois, une proportion équivalente à la moyenne régionale (6,4 %), mais il était davantage représenté dans le Haut (11,2 %) et le Moyen Pays (8,7 %). Les emplois dans le secteur de l'industrie étaient moins représentés dans la métropole (5,8 %) que dans la région (8,6 %) et étaient concentrés dans le Moyen Pays. Enfin, 0,2 % des emplois étaient dans le secteur agricole, une proportion inférieure à la moyenne régionale (1,0 %) (Source : Insee RP 2019).

11.2 Le tourisme

La Métropole Nice Côte d'Azur, 2^{ème} destination touristique de France, accueille chaque année environ 11 millions de touristes. Le Soleil, la mer, la neige constituent entre autres la base des ressources touristiques très diversifiées de la Côte d'Azur. Forte de son rayonnement international, la Côte d'Azur développe le tourisme d'affaires et les événements culturels. La population touristique évolue, selon la saison, entre 50 000 et 700 000 touristes : la période basse se situant mi-novembre et le mois de pointe est en août (14 % des arrivées annuelles). Le tourisme constitue le principal secteur d'activité de la métropole et représente près de 5 milliards d'euros de retombées économiques par an (50).

La métropole dispose du 2^{ème} parc hôtelier de France, avec 607 établissements hôteliers représentant 28 528 chambres. Le taux d'équipement touristique est ainsi de 1,03 équipement pour 1000 habitants et est plus élevé que dans la région (0,8 équipement pour 1000 habitant) et qu'en France. Les équipements touristiques sont concentrés essentiellement dans les communes du littoral, notamment à Nice, et dans le Haut Pays. En outre, le territoire compte un nombre important de résidences secondaires (17,3 %), ce qui place la métropole Azurienne au 1^{er} rang des 10 grandes métropoles.

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

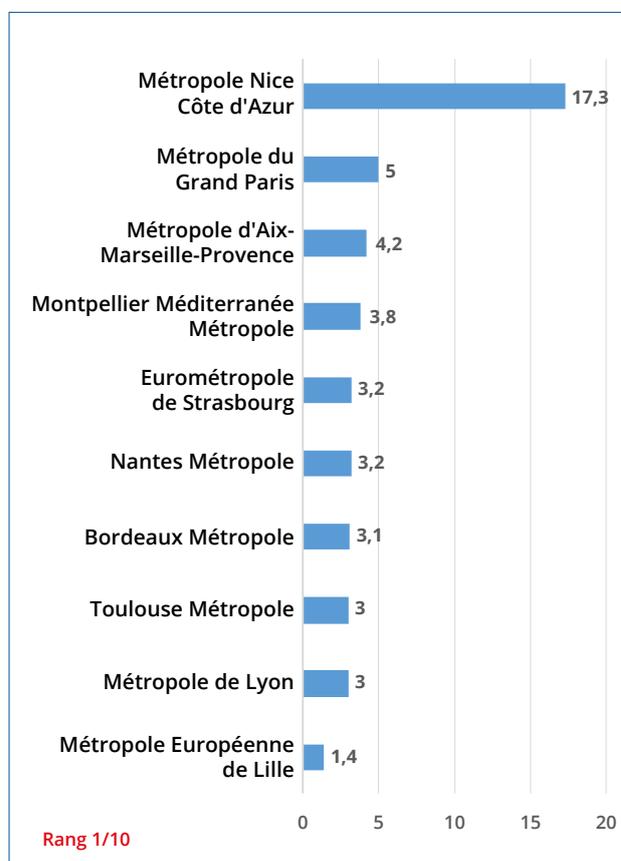


Figure 30 : Proportion de résidences secondaires (%), 2019 (Source : Insee RP 2019)

Impacts sanitaires : le tourisme

Accessibilité des services de santé

Pendant les hautes saisons touristiques, la population augmente de façon importante, ce qui peut occasionner une augmentation forte de la demande de soins ainsi qu'une saturation des services de santé. Par exemple, en 2019, une augmentation de +12 % de l'activité des services d'urgences a été constatée dans la région en juillet et en août (51).

Impacts sur l'environnement

L'activité touristique peut entraîner une saturation des espaces naturels et des réseaux routiers et produit une pression supplémentaire sur les milieux et écosystèmes déjà fragiles. Cela soulève aussi la problématique de la gestion des ressources en eau et en énergie, ainsi que la gestion des déchets produits par les touristes.

11.3 L'activité agricole

La surface agricole utile et les exploitations agricoles

En 2020, la métropole comptait 12 962 hectares de surface agricole utile, couvrant 8,7 % du territoire. Plus de 80 % de la SAU métropolitaine était localisée dans le Haut Pays. Sur les 467 exploitations agricoles de la métropole, plus de 7 sur 10 sont concentrées dans 8 communes du littoral et de la basse vallée du Var (Cagnes-sur-Mer, Carros, La Gaude, Levens, Nice, Saint-Jeannet, Saint-Laurent-du-Var et Vence). Environ 20 % des exploitations sont localisées dans le Haut Pays, dans les vallées de la Vésubie et de la Tinée (Source : Agreste - Recensement agricole 2020).

Entre 2010 et 2020, le nombre d'exploitations agricoles a diminué de -41,8 % sur le territoire de la Métropole Nice Côte d'Azur, presque le double de la baisse relevée dans la région (-22,4 %), sauf dans le Haut Pays (+0,9 %). Dans le même temps, la surface agricole utile a augmenté de +2,8 % (région : +3,1 %) (Source : Agreste - Recensement agricole 2010 et 2020). Ces constats suggèrent une augmentation de la taille des exploitations (52).

Historiquement, la plaine du Var constituait un territoire de cultures maraîchères. Peu à peu, les terres agricoles ont laissé place à la construction de grands complexes commerciaux, industriels et de zones d'habitations.

En 2020, la Métropole a lancé une Politique Agricole, Foncière et Alimentaire qui s'appuie sur trois grands axes d'intervention (politiques foncière, d'installation et de production nourricière). Les efforts conjugués de la métropole et de ses communes membres devraient permettre de générer de nouvelles installations agricoles, de favoriser la pérennisation et la reconquête des espaces agricoles, le développement de produits de qualité, accessibles en circuits courts, et la préservation des savoir-faire traditionnels (53).

L'orientation des cultures

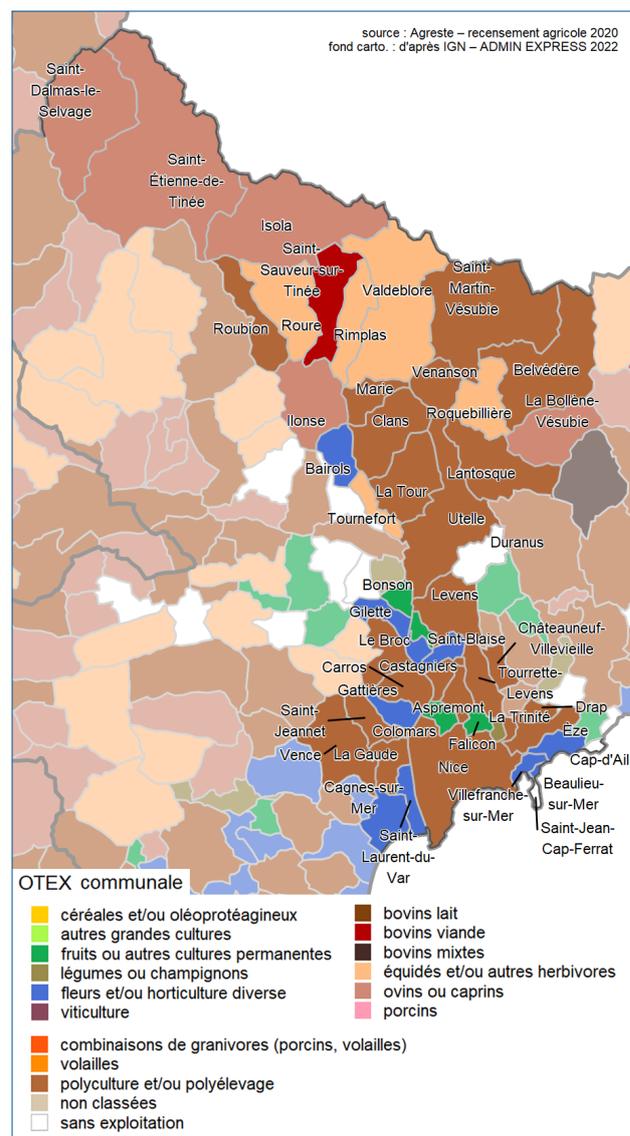


Figure 31 : Modes de culture dans la métropole 2020 (Source : Agreste - recensement agricole 2020, DRAAF Paca)

Dans les zones littorales, les productions sont orientées vers le maraîchage et l'horticulture. Dans le Moyen et le Haut Pays, les producteurs s'orientent vers la transformation des produits et la diversification vers l'agritourisme. L'agriculture de montagne reste

essentiellement valorisée par l'élevage pastoral, l'apiculture et le maraîchage (Figure 31) (52).

➔ L'agriculture durable

En 2020, 7 exploitations sur 10 (75,0 %) étaient orientées vers le circuit-court. En outre, l'agriculture biologique est en progression au sein de la métropole. Près de 200 ha sont certifiés en Agriculture biologique sur la Métropole. Entre 2010 et 2020, le nombre d'exploitations en bio a augmenté de 106 %, passant de 33 à 68 exploitations (52). Un autre avantage de l'agriculture métropolitaine est son faible impact environnemental : les exploitations sont de taille raisonnable et la pression sur la biodiversité et la qualité de l'eau est faible (2).

➔ L'autonomie alimentaire

La notion d'autonomie alimentaire renvoie à la capacité d'un territoire à satisfaire globalement les besoins alimentaires de sa population, en qualité et en quantité. Au sein de la métropole, le taux d'autonomie alimentaire est de 2,1 %, un chiffre faible mais dans la moyenne des 100 plus grandes aires urbaines françaises.

Un des objectifs du futur Projet Alimentaire Territorial (PAT) de la Métropole Nice Côte d'Azur est de renforcer l'autonomie alimentaire du territoire et à travailler sur les conditions visant à améliorer son approvisionnement du territoire en ressources locales, à optimiser la chaîne alimentaire « de la graine à l'assiette », et à développer un modèle d'alimentation plus adapté aux enjeux environnementaux et sanitaires (54).

Impacts sanitaires : l'agriculture

Accès à une alimentation de qualité

Les liens entre alimentation et santé sont de mieux en mieux connus. Une mauvaise alimentation augmente le risque de développer de nombreuses maladies (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète de type 2, hypercholestérolémie, ostéoporose...). De plus, des travaux récents nouveaux suggèrent l'existence de liens entre la nutrition et certaines maladies inflammatoires auto-immunes, comme la polyarthrite rhumatoïde et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, ou encore la dépression, les troubles du sommeil et la dégénérescence oculaire (DMLA, cataracte...). De même, de nombreuses études épidémiologiques ont permis d'établir qu'une alimentation suffisante, équilibrée et diversifiée est indispensable à la croissance, au maintien de l'immunité, à la fertilité ou encore à un

vieillesse réussi (performances cognitives, entretien de la masse musculaire, lutte contre les infections...). Ainsi, disposer d'une production agricole locale et de qualité est une opportunité pour la population de manger sainement et durablement.

Les habitants de la région privilégient d'ailleurs de plus en plus une alimentation valorisant les productions des territoires. Lors de leurs achats alimentaires, plus de la moitié des habitants de la région ont déclaré faire systématiquement attention à certains critères, comme la saisonnalité (67 %) et la provenance géographique (60 %) des produits (21).

Risques professionnels

L'agriculture est un secteur à risque, du fait du nombre et la gravité des accidents du travail qu'il engendre. 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 (55).

Exposition aux pesticides

Chez les professionnels de l'agriculture, exposés à des niveaux élevés et sur de longues périodes, les pesticides pourraient contribuer à la survenue de certaines hémopathies malignes, de tumeurs cérébrales, du cancer de la prostate, de troubles de la fertilité, de la reproduction, de maladie de Parkinson et de l'asthme (56).

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 (elle reste à préciser pour les enfants et les riverains des zones agricoles) (56). Chez les femmes enceintes, les nouveau-nés et les jeunes enfants, les expositions aux pesticides semblent être particulièrement à risque pour le développement et la santé de l'enfant (risque de fausses couches, leucémies, malformations...).

L'exposition aux pesticides constitue une préoccupation majeure pour la population : en 2017, 93 % des habitants de la région estimaient que les pesticides représentent un risque pour leur santé (21).

12. L'HABITAT

12.1 Les caractéristiques du parc de logements

En 2019, 261 454 résidences principales ont été recensées au sein de la métropole Nice Côte d'Azur, dont plus de 8 sur 10 (80,2 %) étaient des appartements, une proportion bien supérieure à celle relevée dans la région (57,0 %), malgré des inégalités territoriales. Sur le littoral, la grande majorité des ménages résident en appartement (87,4 %). A l'inverse, dans le Moyen et le Haut Pays, la majorité des ménages résident dans une maison individuelle (respectivement 63,7 % et 54,7 %, contre 42,2 % dans la région).

En 2019, un peu plus de la moitié des ménages (52,9 %) étaient propriétaires de leur logement, une proportion inférieure à la moyenne de la région (54,5 %). Les ménages propriétaires étaient particulièrement nombreux dans le Moyen (69,2 %) et le Haut Pays (65,4 %).

12.2 Les résidences secondaires

En 2019, environ 1 logement sur 6 était une résidence secondaire au sein de la métropole (17,3 %), une proportion proche de la moyenne régionale (17,8 %), mais presque 2 fois plus élevée qu'en France (9,8 %). Dans le Haut Pays, près de 2 logements sur 3 (63,6 %) étaient des résidences secondaires. Les communes de l'est du littoral métropolitain en comptaient également beaucoup (par exemple, 61,9 % à Saint-Jean-Cap-Ferrat, 49,5 % à Villefranche-sur-Mer et 47,9 % à Eze). A l'inverse, dans le Moyen Pays, 1 logement sur 10 (9,7 %) était une résidence secondaire (Figure 32).

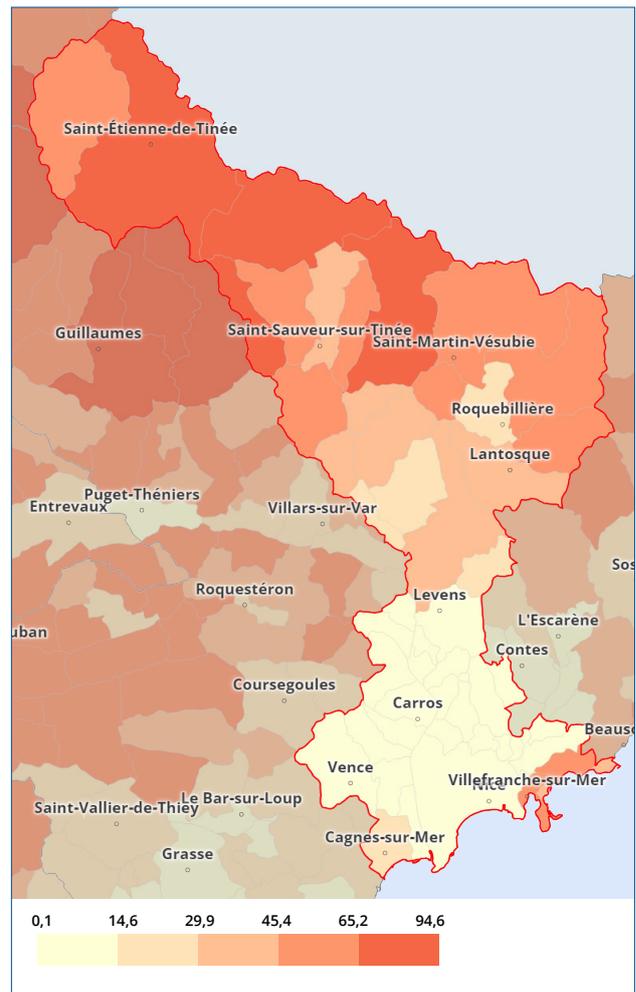


Figure 32 : Part de résidences secondaires ou logements occasionnels (%), 2019 (Source : Insee RP 2019)

12.3 L'ancienneté de l'habitat

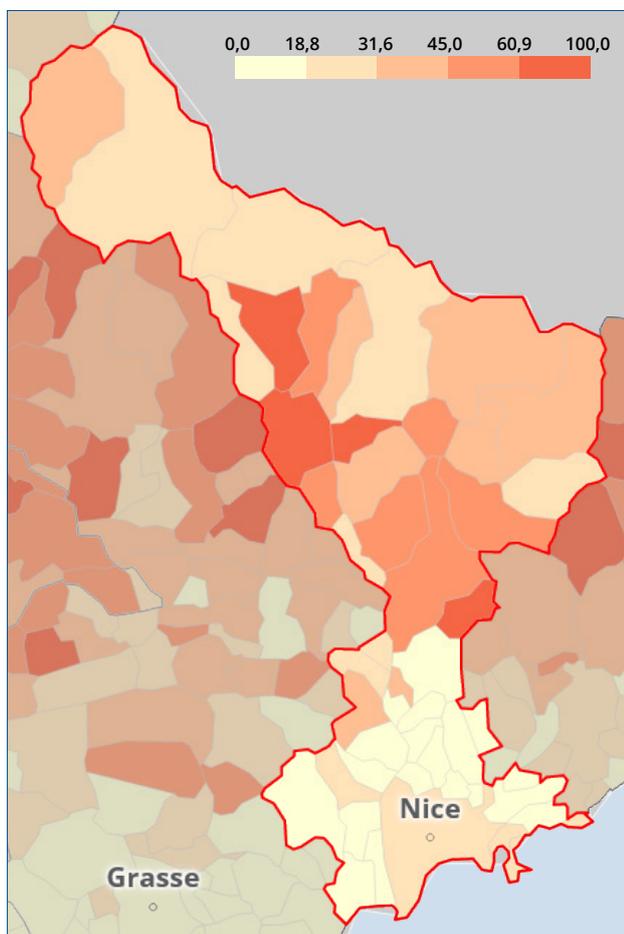


Figure 33 : Part de résidences principales construites avant 1946 (%), 2019 (Source : Insee RP 2019)

En 2019, près d'1 logement sur 5 (18,0 %) avait une date de construction antérieure à 1946, une proportion supérieure à la moyenne de la région (17,2 %) notamment dans le Haut Pays (38,0 %). Et dans certaines communes du Moyen Pays (33,0 % à la Roquette-du-Var et 32,0 % au Broc).

Sur la période 2015-2019, 2 805 nouvelles constructions de logements ont débuté en moyenne chaque année, soit 5,2 logements par an pour 1 000 habitants, un taux légèrement inférieur à la moyenne régionale (5,6 pour 1 000), mais plus élevé qu'en France métropolitaine (4,7 pour 1 000). Le Moyen et le Haut Pays sont particulièrement concernés. A noter que ce chiffre est en nette augmentation au sein de la métropole par rapport à la période 2010-2014 (3,7 pour 1 000), contrairement aux tendances régionale et nationale (stagnation) (Source : Commissariat général au développement durable - Ministère de la Transition écologique et solidaire, Sit@del 2, 2010-2014 et 2015-2019 / Insee RP 2012 et 2017).

12.4 La pression foncière

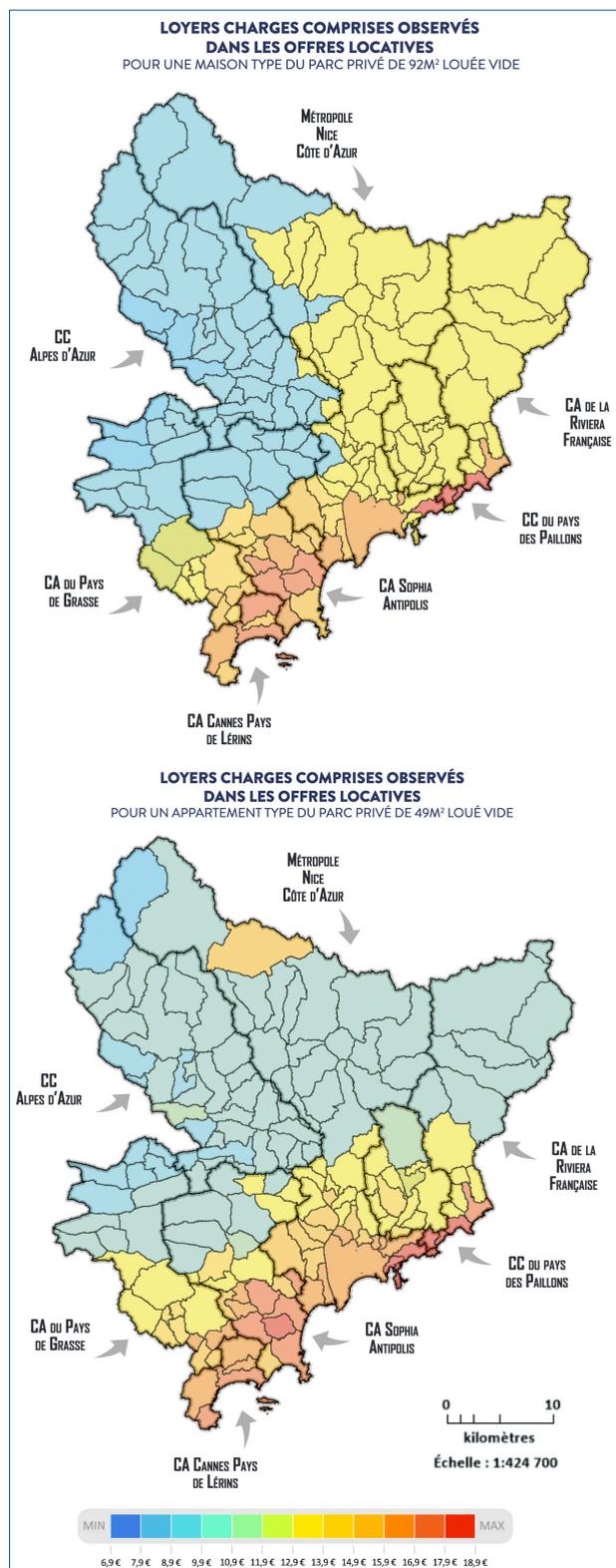


Figure 34 : Prix de location au m2 dans les Alpes-Maritimes (Source : Observatoire des loyers des Alpes-Maritimes, 2020)

Le territoire de la métropole est soumis à une pression foncière importante, qui limite l'accessibilité au logement et à la propriété, notamment pour les ménages disposant de bas revenus ou de contrats de travail précaires. Cette pression foncière est particulièrement élevée dans les communes attractives sur le plan résidentiel et dans les territoires touristiques, où les demandeurs de résidences secondaires concurrencent les actifs locaux sur le marché du logement (2).

En 2021, la valeur médiane de location d'un logement sur le territoire de la métropole Nice Côte d'Azur était de 705 € (1 058 € pour les maisons et 693 € pour les appartements), soit 13,2€/m². Les niveaux de loyers varient selon la date d'emménagement des locataires, les caractéristiques des logements (nombre de pièces et superficie, période de construction) et leur localisation. Par exemple, plus le nombre de pièces augmente, plus le coût du logement au mètre carré (maison et appartement confondus) diminue, passant sur de 28,0 €/m² pour un bien d'une pièce à 12,4 €/m² pour un bien de 3 pièces et à 11,0 €/m² pour un bien de 5 pièces ou plus. De même, les logements récents (construits après 2005) sont fortement valorisés sur le marché locatif du département et atteignent un prix médian de 14,8€/m², tandis que les logements anciens (construits avant 1946) se louent à un prix médian de 12,5 €/m², soit une différence de 2,3 €/m². Enfin, les niveaux de loyers diffèrent selon la localisation des logements : on observe un écart de 5,1 €/m² entre le loyer médian de la zone de prix la plus chère et la moins chère du département. Indépendamment de la taille des logements, les prix les moins chers sont relevés dans les communes du Haut Pays, les plus chers sur le littoral et dans la 1^{ère} couronne du Moyen Pays (Figure 34).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

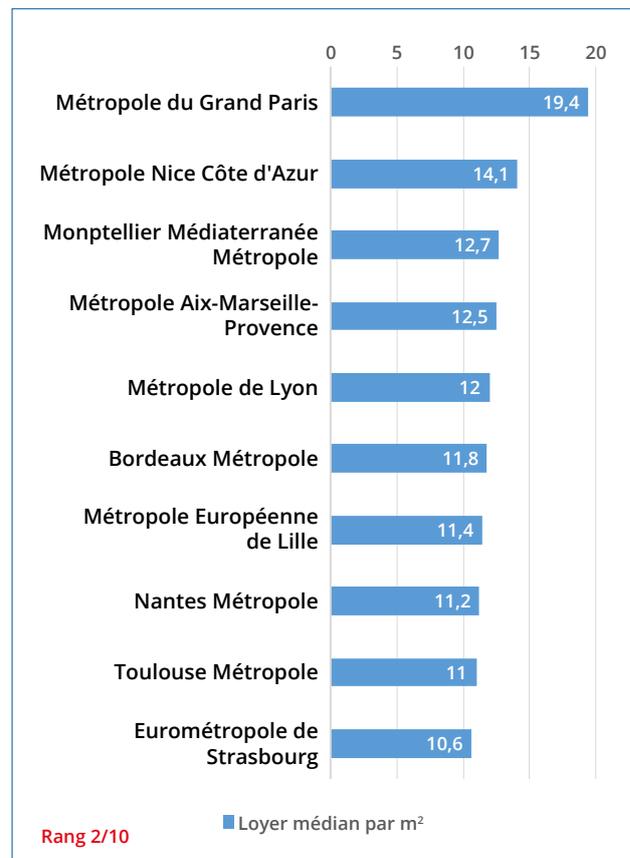


Figure 35 : Loyer médian par m² (en euros), 2021 (Source : Observatoire des loyers 2021)

12.5 L'offre et la demande de logements sociaux

En 2019, le parc de logements sociaux s'élevait à environ 26 400 logements, représentant 1 logement métropolitain sur 10 (10,1 %), une proportion moins élevée que dans la région (11,6 %) et qu'en France métropolitaine (14,6 %). La métropole Nice Côte d'Azur constitue d'ailleurs la métropole avec l'offre de logements sociaux la plus faible. Cette offre est de plus inégalement répartie au sein de la métropole : la proportion de logements sociaux est 2 fois plus faible dans les Moyen et Haut Pays (5,2 et 5,0 %) que sur le littoral (10,9 %). A noter que de nombreux centres villes anciens de communes du Moyen et du Haut Pays proposent un habitat dégradé peu cher à la location hébergeant une population analogue à celle résidant dans les logements sociaux.

Au sein du département, la situation immobilière très tendue s'accompagne d'une forte pression de demandes de logement social. La tension locative y est de 10,8, c'est-à-dire qu'il y a 10,8 demandeurs en logement social pour 1 attribution, l'indicateur de tension le plus élevé de la région (moyenne régionale : 7,7). Dans les zones tendues du département (communes classées A ou A bis du territoire), la tension locative sociale est de 11,1 demandes pour 1 attribution (57). Environ 10 % des demandes de logement social datent de 5 ans ou plus (58).

Dans le département, on relève également des difficultés très importantes pour les ménages à faibles ressources pour accéder à un logement social (7,1 % des attributions, contre 8,1 % pour l'ensemble des demandeurs) et une très faible mobilité dans le parc social (5,9 %) (58).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

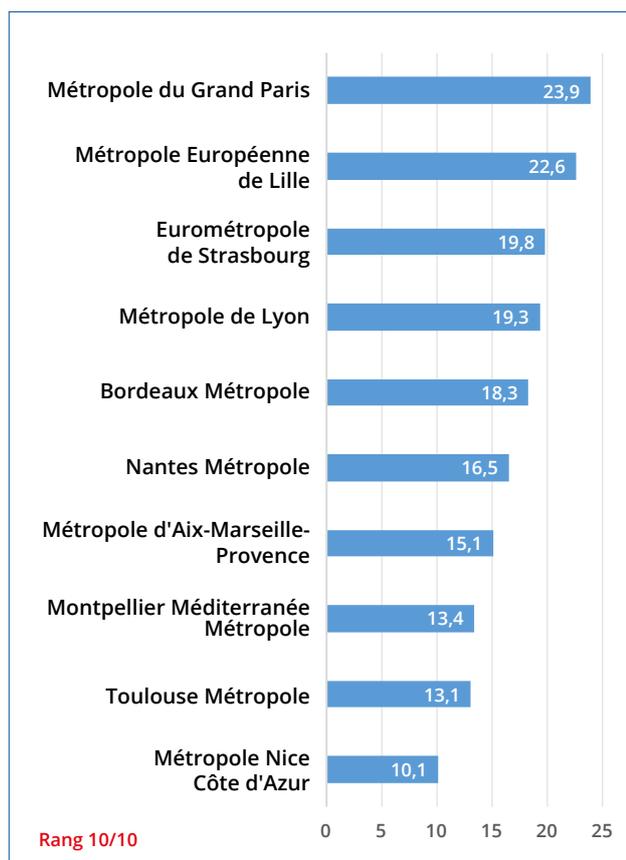


Figure 36 : Proportion de résidences principales en HLM dans les métropoles (%) 2019 (Source : Insee RP 2019)

12.6 Les situations de mal logement

La problématique du « mal logement » prend différentes formes au sein de la métropole.

La suroccupation des logements

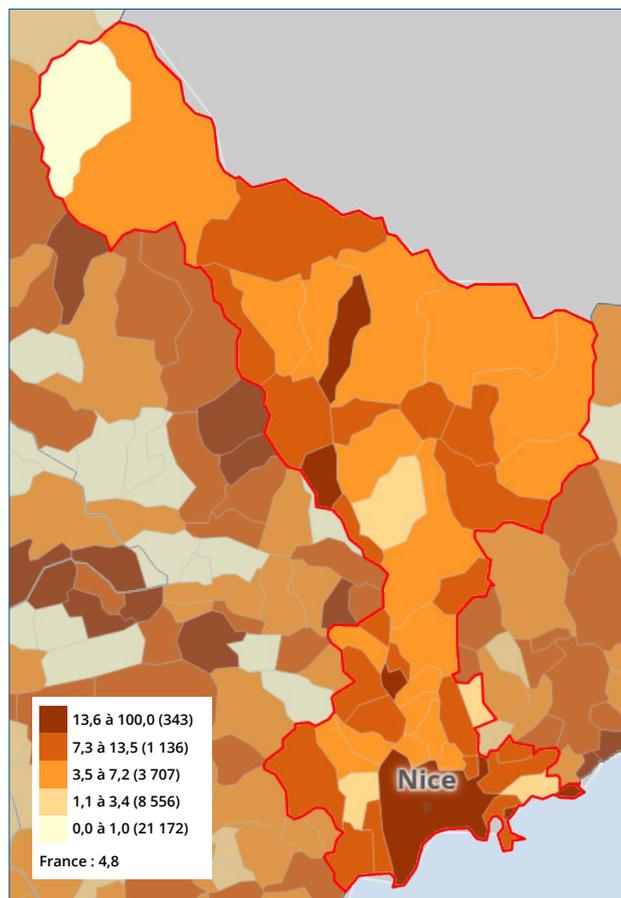


Figure 37 : Part des résidences principales (hors studio de 1 personne) suroccupées, 2019 (Source : Insee RP 2019)

En 2019, environ 1 résidence principale sur 8 (12,9 %) était un logement suroccupé¹⁴, une proportion nettement supérieure aux moyennes régionales (7,2 %) et nationale (4,8 %). La suroccupation des logements concerne tout particulièrement les communes touristiques, sur le littoral (17,5 % à Beaulieu-sur-Mer, 14,8 % à Nice et 14,2 % au Cap-D'Ail) et dans le Haut Pays (10,9 % à Isola) (Figure 37).

¹⁴ Un logement est considéré comme suroccupé quand il lui manque au moins une pièce par rapport à la norme d'« occupation normale » définie ainsi : une pièce de séjour pour le ménage, une pièce pour chaque personne de référence d'une famille, une pièce pour les personnes hors famille non célibataires ou les célibataires de 19 ans ou plus. Pour les célibataires de moins de 19 ans, on compte une pièce pour deux enfants s'ils sont de même sexe ou ont moins de 7 ans, sinon, une pièce par enfant.

➔ Les logements sans confort

En 2019, 0,3 % des résidences principales ne disposaient ni d'une baignoire ni d'une douche, une proportion équivalente à la moyenne régionale (0,3 %). Les logements sans confort étaient plus nombreux dans le Haut Pays (0,9 %) que dans le reste de la métropole (Source : Insee RP 2019).

➔ La précarité énergétique

On considère qu'un ménage est en situation de précarité énergétique quand le taux d'effort énergétique (part des dépenses totales d'énergie dans le logement sur le revenu disponible du ménage) est supérieur à 8 %. En 2020, environ 1 ménage sur 8 (12,7 %) est en situation de précarité énergétique, une proportion un peu plus élevée qu'en France (11,9 %). A noter que des proportions souvent supérieures à 25 % sont relevées dans le Haut Pays (Source : Observatoire National de la Précarité Énergétique 2020).

➔ Les copropriétés dégradées

A partir du fichier des logements par commune, l'ANAH et le ministère de la Ville et du Logement ont créé un outil de repérage des copropriétés fragiles, sur la base de critères socioéconomiques, de l'état du bâti et du marché immobilier. Les copropriétés font l'objet d'un classement de A à D, de la plus faible à la plus forte fragilité.

En 2022, 3 207 copropriétés fragiles ont ainsi été identifiées au sein de la métropole de Nice.

➔ Le saturnisme

En 2020, 8 nouveaux cas de saturnisme¹⁵ ont été déclarés chez des enfants âgés de 0 à 17 ans dans le département des Alpes-Maritimes, soit 13,6 % des cas déclarés dans la région (Source : Santé Publique France, 2020).

➔ Les intoxications au monoxyde de carbone

En 2022, 14 cas d'intoxication au monoxyde de carbone ont été signalés dans les Alpes-Maritimes (15,2 % des épisodes de la région), ce qui représente un taux d'incidence de 1,3 cas signalés d'intoxication au monoxyde de carbone pour 100 000 habitants, inférieur à la moyenne régionale (1,8 cas signalés pour 100 000 habitants) (Source : Cellule d'intervention de Santé publique France en régions Paca-Corse (Cire Paca-Corse) - base SIROCO, 2022).

¹⁵ Enfant dont une ou plusieurs plombémies mesurées dans l'année étaient supérieures ou égales à 100 µg/L

➔ L'habitat indigne

Le département des Alpes-Maritimes fait partie des 6 départements français identifiés comme territoires prioritaires de lutte contre l'habitat indigne (59).

En 2017, le nombre de logements potentiellement indignes s'élevait à environ 7 800 dans le département des Alpes-Maritimes, soit 3,1 % du parc de logements. La commune de Nice en comptait environ 4 900, soit 62,9 % des logements potentiellement indignes de la métropole (Figure 38) (Source : FILOCOM 2017 - DDTM 06, d'après DGFIP, traitement PPPI Anah).

La Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable porte diverses mesures permettant aux personnes mal logées, sans logement, rencontrant des difficultés socio-économiques et/ou ayant attendu en vain un logement social pendant un délai anormalement long, de faire valoir leur droit à un logement décent et indépendant si elles ne peuvent l'obtenir par leurs propres moyens ou s'y maintenir. Ce droit est dit « opposable » car le citoyen dispose de voies de recours pour garantir l'effectivité de son droit d'accès à un logement (DALO).

En 2022, 3 383 dossiers de recours DALO ont été examinés dans les Alpes-Maritimes, représentant 19 % des recours régionaux (2^e rang régional). Les motifs de recours les plus fréquents étaient le fait d'être dépourvu de logement ou hébergé par un tiers (n=330), d'être hébergé de façon continue dans une structure d'hébergement ou d'être logé dans un logement de transition (n=241), de vivre dans un logement non décent ou sur-occupé avec une personne handicapée ou mineure (n=227) et des délais anormalement longs d'attribution de logements (n=213). Parmi ces recours, 789 d'entre eux ont fait l'objet d'une décision favorable, ce qui représente un taux d'acceptation de 23 % (taux d'acceptation régional : 30 %). Parmi ces ménages, 715 ont été reconnus prioritaires et urgents.

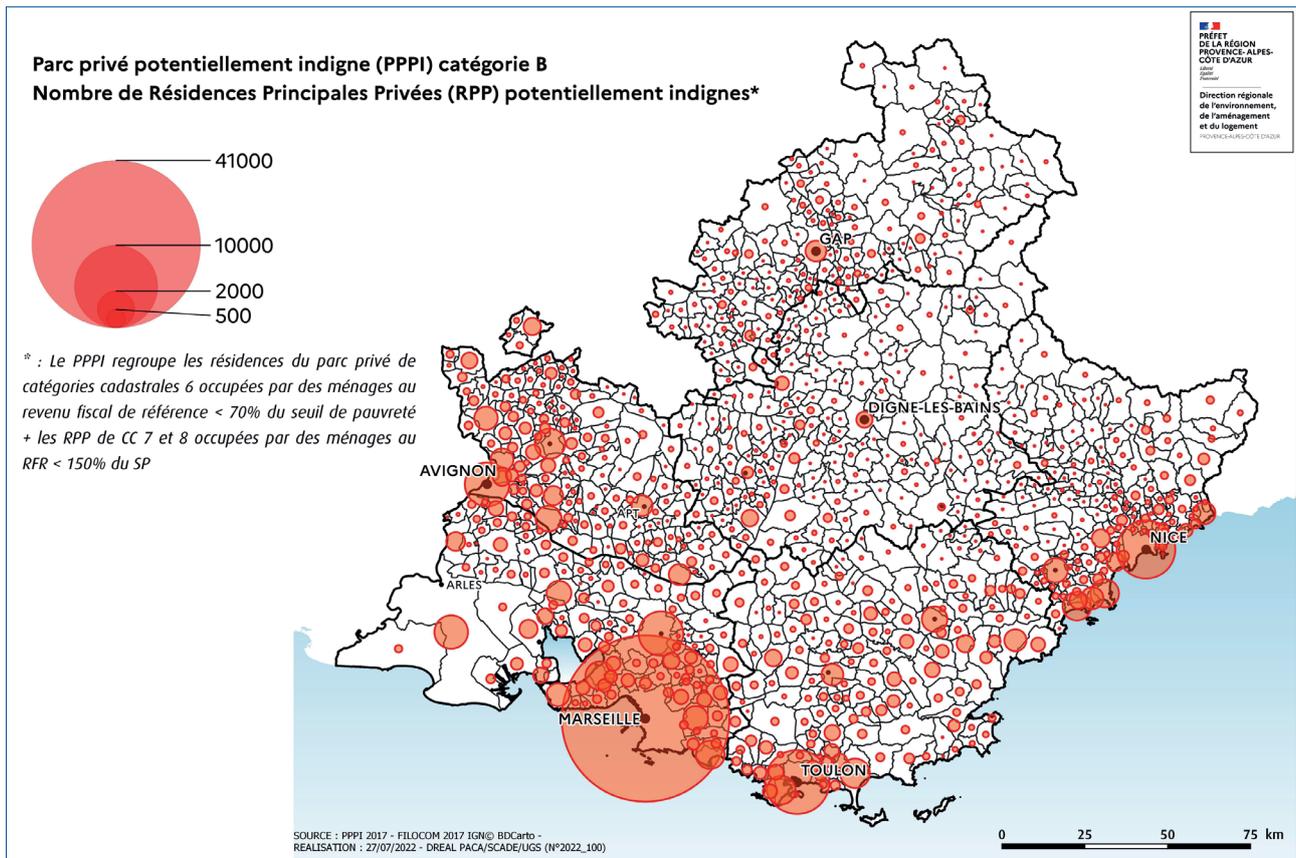


Figure 38 : Nombre de résidences principales potentiellement indignes par commune en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2017 (Source : DREAL PACA 2017)

→ Le risque radon

Le département des Alpes-Maritimes est l'un des 4 départements de la région concerné par le risque radon. Au sein de la métropole, 25 communes ont un « potentiel radon significatif » (catégorie 3), toutes localisées dans le Haut Pays (Figure 39) (60). A noter cependant que la concentration au radon peut varier selon les caractéristiques du sol, du bâtiment, de sa ventilation et des habitudes de ses occupants (aération, chauffage...) (61).

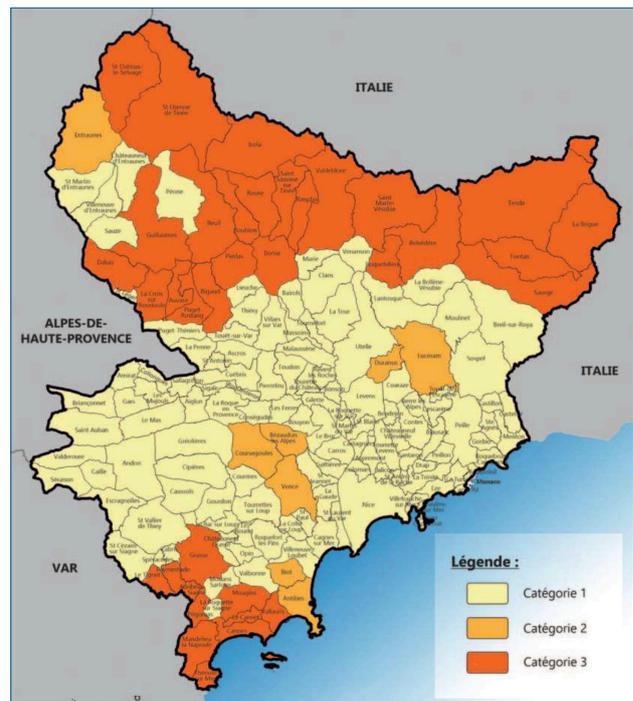


Figure 39 : Communes concernées par le risque radon dans les Alpes-Maritimes 2021 (Source : CYPRES 2021)

Impacts sanitaires : l'habitat

Les conditions de logement constituent un déterminant important de la santé. Se sentir bien chez soi contribue au bien-être et à la qualité de vie. À l'inverse, vivre dans un habitat dégradé expose les occupants à des risques pouvant porter atteinte à leur sécurité physique et à leur santé (humidité, plomb dans les peintures et canalisations, systèmes de chauffage anciens, risques de chutes chez les personnes âgées, sur-occupation, précarité énergétique...), souvent cumulés (62).

La sur-occupation des logements

Différentes études ont montré qu'une sur-occupation du logement avait tendance à provoquer une dégradation de l'habitation et était à l'origine d'une augmentation des risques domestiques. Cette situation est associée à une altération de l'état de santé physique et psychologique des occupants, mais aussi à la perception d'être en mauvaise santé. Enfin, la sur-occupation peut engendrer des difficultés de développement chez les enfants et favoriser l'échec scolaire (63).

L'exposition au plomb

Le saturnisme est une intoxication chronique causée par le plomb qui pénètre dans l'organisme par voie digestive ou respiratoire. Les principales causes en sont les peintures dégradées, contenant de la céruse et présentes dans les immeubles anciens. L'intoxication au plomb comporte des risques particuliers pour les enfants en bas âge du fait de leur plus grande capacité d'absorption digestive du plomb, de leur système nerveux encore en développement et de leur comportement (exploration de l'environnement en mettant les mains à la bouche) favorisant l'ingestion de débris et poussières.

Les intoxications au monoxyde de carbone

En France, près de 4 000 intoxications au monoxyde de carbone nécessitent une prise en charge médicale immédiate et donnent lieu à une centaine de décès chaque année (64). Des troubles neurologiques peuvent apparaître immédiatement après l'intoxication ou après un intervalle variant de quelques jours à plusieurs mois. Ces accidents peuvent laisser des séquelles irréversibles de type neurologiques (syndrome parkinsonien, surdité de perception, polynévrites, troubles du comportement) et

cardiaques (troubles de la repolarisation, infarctus du myocarde). L'intoxication est particulièrement grave chez la femme enceinte, spécialement pour le fœtus qui peut être intoxiqué.

La précarité énergétique

Les ménages en situation de précarité énergétique se perçoivent en moins bonne santé et sont plus souvent confrontés que les autres à certaines pathologies chroniques (les bronchites chroniques, l'asthme, l'arthrose, l'anxiété et dépression). Ils sont également plus sensibles aux pathologies aiguës hivernales comme les rhumes et angines, la grippe ou les diarrhées (gastroentérites).

Les risques liés au radon

L'exposition prolongée ou répétée et/ou à de fortes concentrations de radon présente des risques pour la santé humaine (65). Le radon est reconnu par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) comme un agent cancérigène. À long terme, l'inhalation de radon conduit à augmenter le risque de développer un cancer du poumon (+16 % pour une concentration de 100 becquerels par mètre cube). Le radon constituerait ainsi la seconde cause de décès par cancer du poumon après le tabac et devant l'amiante. L'augmentation du risque de cancer du poumon est proportionnelle à l'exposition cumulée tout au long de sa vie et est plus importante chez les fumeurs.

PARTIE 2 : LA POPULATION

L'ESSENTIEL

Une population concentrée sur le littoral et dans la première couronne de l'arrière-pays ;

Une population qui augmente dans le Moyen Pays, mais pas dans le Haut Pays et à Nice ;

Une population âgée, surtout dans le Haut Pays et sur le littoral ;

Une population qualifiée, notamment dans le Moyen Pays et sur le littoral ;

Une population jeune importante à Nice et très touchée par la pauvreté et les problèmes d'accès au logement ;

Une concentration de publics fragiles (familles monoparentales, personnes âgées vivant seules, population étrangère ...) à Nice ;

8 % de la population réside dans l'un des 11 quartiers prioritaires de la métropole.

1. LA DÉMOGRAPHIE

1.1 La répartition de la population

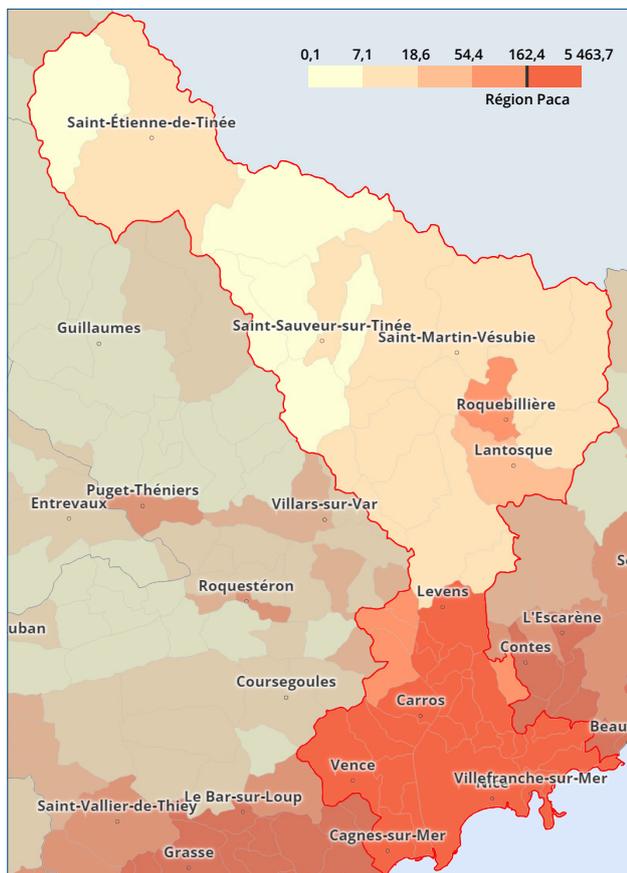


Figure 40 : Densité de population par commune (nombre d'habitants par km²) au sein de la métropole Nice Côte d'Azur, 2020 (Source : Insee RP 2020)

En 2020, la métropole Nice Côte d'Azur comptait 553 305 habitants, soit la moitié de la population des Alpes-Maritimes (50,4 %) et un dixième de la population de la région (10,9 %). Il s'agit de la 7^{ème} métropole de France en nombre d'habitants. Avec une densité de 372,0 habitants / km² en 2020, soit plus du double de la densité régionale (161,8 habitants / km²) et 3,5 fois la densité de France métropolitaine (105,9), ce territoire est très densément peuplé.

La population est inégalement répartie sur le territoire métropolitain (Figure 40). La bande littorale, qui représente seulement 9,6 % de la superficie de la métropole, abrite l'essentiel de la population métropolitaine (463 675 habitants, soit 83,8 %). La commune de Nice concentre à elle seule près des deux tiers de la population de la métropole (62,1 %).

La densité de population de ce territoire (3228,5) est près de 10 fois plus élevée que dans l'ensemble de la métropole.

Avec 78 351 habitants, 1 habitant de la métropole sur 7 (14,2 %) réside dans le Moyen Pays. Ce territoire est également densément peuplé (246,4 habitants par km²), notamment dans la première couronne du Moyen Pays. Ainsi, la densité de population baisse au fur et à mesure que l'on s'éloigne du littoral.

Le territoire du Haut Pays (69 % du territoire métropolitain) est le moins peuplé : il compte 11 279 habitants, soit 2,0 % de la population de la métropole. La densité de population de ce territoire est très faible : 11,1 habitants par km².

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

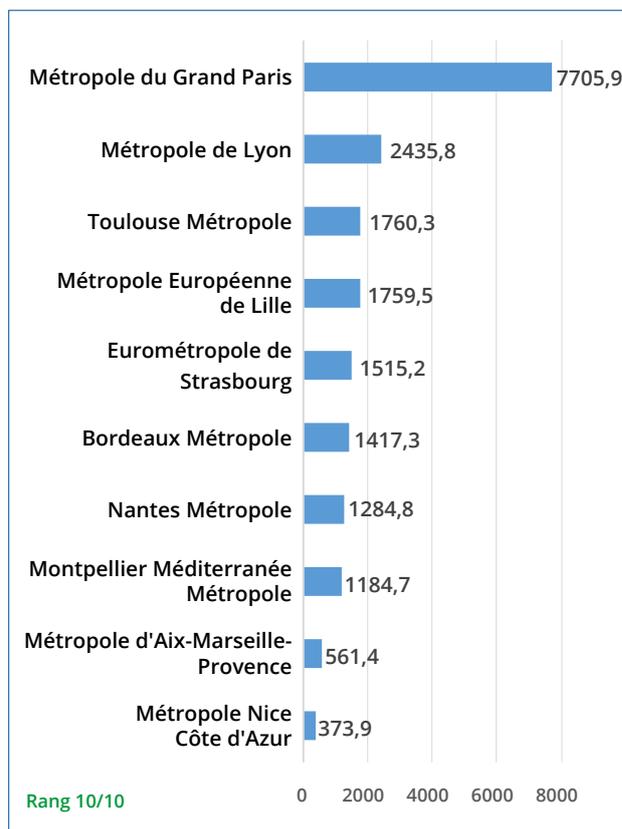


Figure 41 : Densité de population (habitants par km²), 2020 (Source : Insee RP 2020)

1.2 L'évolution de la population

Tableau 2 : Population municipale, 2020 et taux annuel moyen de variation de la population, 2014-2020 (Source : INSEE RP 2014-2020)

	Population municipale	Taux annuel moyen de variation de la population 2014-2020	Variation démographique annuelle 2014-2020	Lié au solde naturel	Lié au solde migratoire
Nice	343 477	+0,0 %	-70	+0,3 %	-0,2 %
Métropole	553 305	+ 0,3 %	+1 577	+0,2 %	+0,1 %
Littoral	463 675	+0,2 %	+855	+0,2 %	+0,0 %
Moyen Pays	77 944	+1,0 %	+749	+0,0 %	+0,9 %
Haut Pays	11 279	- 0,2%	-26	- 0,7 %	+0,5 %
Région	5 098 666	+0,4 %	+19 205	+ 0,2 %	+0,2 %
France	67 162 154	+0,3 %	nd	+0,3 %	+0,1 %

Entre 2014 et 2020, la métropole azurée a gagné en moyenne 1 577 habitants par an, soit une croissance démographique annuelle de +0,3 %, proche des moyennes régionale (+0,4 %) et de la France métropolitaine (+0,3 %) (Tableau 2). La métropole affiche un solde naturel équivalent à celui de la région (+0,2 %) et de la France (+0,2 %) mais présente un solde migratoire un peu moins élevé (+0,1 %) que dans la région (+0,2 %).

La croissance démographique la plus importante est relevée dans le Moyen Pays (+1,0 % par an), en lien avec un solde migratoire très élevé (+0,9 %). Sur le littoral, on observe une augmentation plus modeste de la population (+0,2 % par an), inférieure aux moyennes régionale et nationale (+0,4 %), en lien avec un solde migratoire nul (+0,0 %), voire négatif dans la commune de Nice (- 0,2 %). Le Haut Pays est le seul sous-territoire à voir sa population légèrement baisser (- 0,2 % par an), en lien avec un solde naturel négatif (- 0,7 %), et ce malgré un solde migratoire assez élevé (+0,5 % par an).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

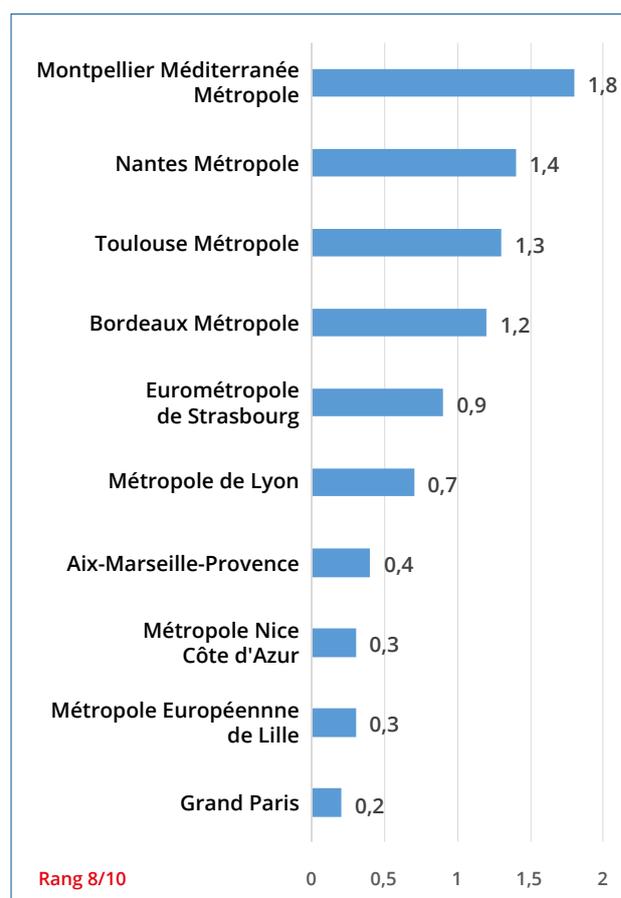


Figure 42 : Taux annuel moyen de variation de la population du au solde migratoire, 2014-2020 (%) (Source : Insee RP 2014-2020)

1.3 Structure par âge de la population

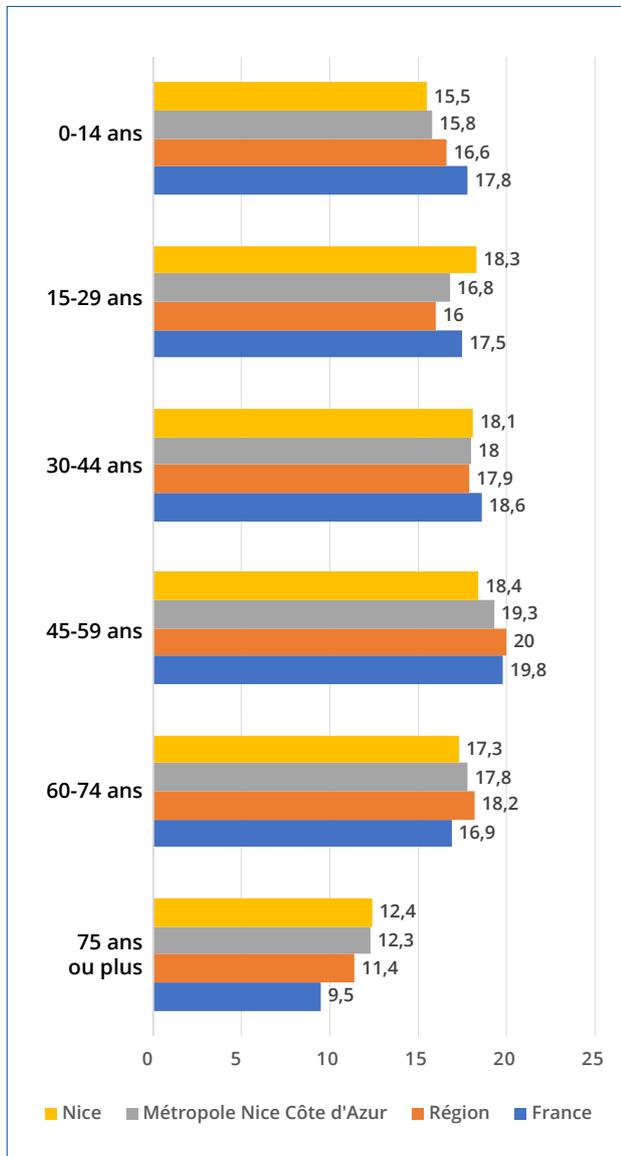


Figure 43 : Structure par âge de la population de Nice Côte d'Azur, 2020 (Source : Insee RP 2020)

En 2020, plus d'1 habitant de la métropole Nice Côte d'Azur sur 5 (21,6 %) était âgé de moins de 20 ans, une proportion moins importante que dans la région (22,3 %) (donnée non disponible pour la France). La part des enfants âgés de moins de 14 ans (15,8 %) était inférieure à celles relevées dans la région (16,6 %) et en France (17,8 %). En revanche, la métropole comptait davantage de jeunes âgés de 15-29 ans (16,8 %) que dans la région (16,0 %). La population jeune est particulièrement nombreuse dans la ville de Nice (18,3 %).

Par ailleurs, 24,1 % de la population métropolitaine était âgée de plus de 65 ans, une proportion plus importante que dans la région (23,2 %) et qu'en France (20,2 %). La classe d'âge des 60-74 ans était un peu moins représentée sur le territoire (17,8 %) que dans la région (18,2 %), contrairement aux plus de 75 ans (12,3 %, contre 11,4 % dans la région) (Figure 43).

Le littoral se distingue par des proportions élevées de jeunes (17,4 %), notamment dans la commune de Nice (18,3 %). Ce territoire présente également une part élevée de personnes âgées de 75 ans et plus (12,6 %).

Le Moyen Pays est le seul sous-territoire de la métropole à présenter une proportion d'enfants (17,6 %) plus élevée que dans la région (16,6 %). Il se distingue aussi par une proportion de séniors de 60-74 ans (18,5 %) plus élevée que dans la métropole et que dans la région. En revanche, il compte moins de jeunes âgés de 15-24 ans (14,2 %) et de personnes âgées de 75 ans et plus (10,3 %).

Enfin, le Haut Pays se distingue par des proportions d'enfants (14,0 %) et de jeunes particulièrement faibles (12,0 %). A l'inverse, il se démarque par des proportions de séniors particulièrement élevées (22,9 % de 60-74 ans et 13,7 % de 75 ans et plus).

En 2020, l'indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) était de 111,3 au sein de la métropole, contre 104,4 au sein de la région. Par rapport à 2008, l'indice de vieillissement est en augmentation dans la métropole (111,3 en 2020, contre 98,8 en 2009, soit +12,7 %), mais il augmente moins rapidement que dans l'ensemble de la région (+24,3 % entre 2009 et 2020).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

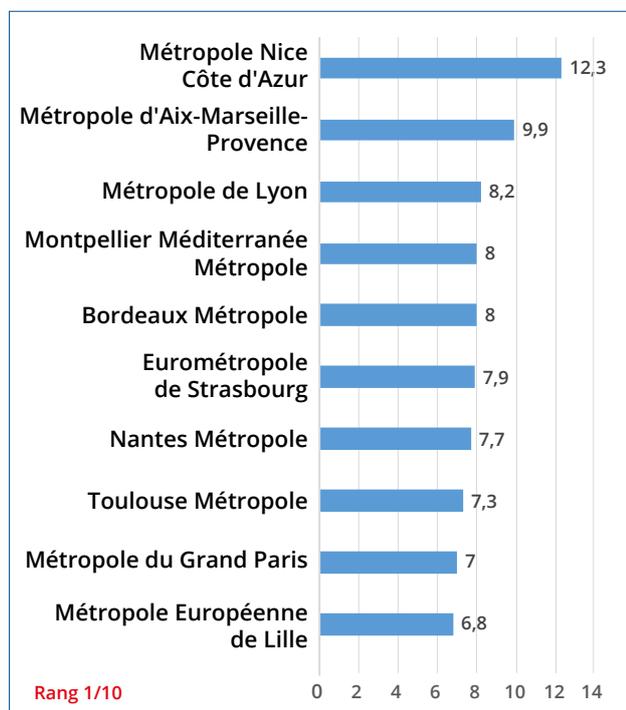


Figure 44 : Personnes âgées de 75 ans ou plus (%), 2020 (Source : Insee RP 2020)

Structure par âge de la population selon le genre

Chez les hommes

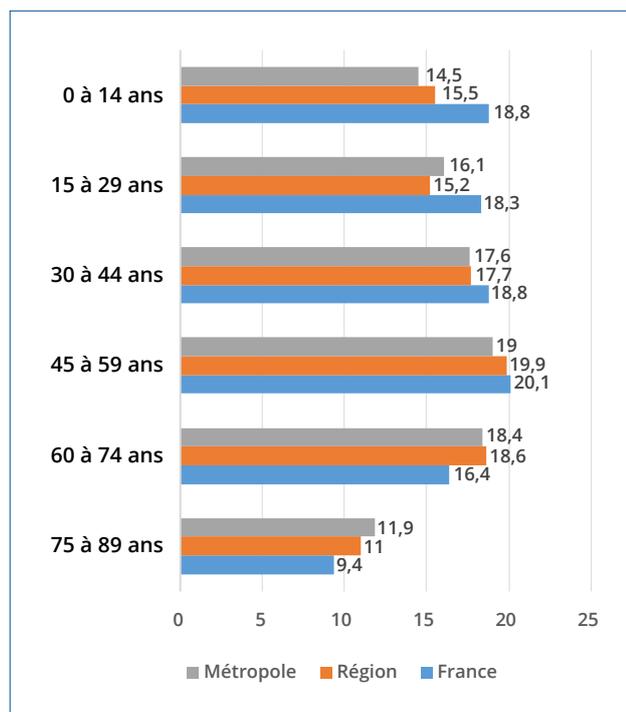


Figure 45 : Structure par âge de la population chez les hommes dans la métropole Nice Côte d'Azur 2020 (%) (Source : Insee RP 2020)

En 2020, 17,3 % de la population masculine de la métropole Nice Côte d'Azur était composée d'enfants âgés de 0 à 14 ans, une proportion proche de la moyenne régionale (17,8 %) mais inférieure à la moyenne nationale (18,8 %). À l'inverse, les hommes étaient plus nombreux dans la catégorie des jeunes (17,6 %) que dans la région (16,9 %), mais toujours inférieurs au chiffre national (18,3 %). La proportion d'hommes âgés de 60 à 74 ans était légèrement inférieure (17,1 %) à la valeur régionale (17,7 %), mais supérieure à celle de la France (16,4 %). En revanche, la part des individus âgés de 75 à 89 ans (9,0 %) était plus importante que dans la région (8,5 %) et qu'en France (6,9 %) (Figure 45) (Source : Insee RP 2020).

Chez les femmes

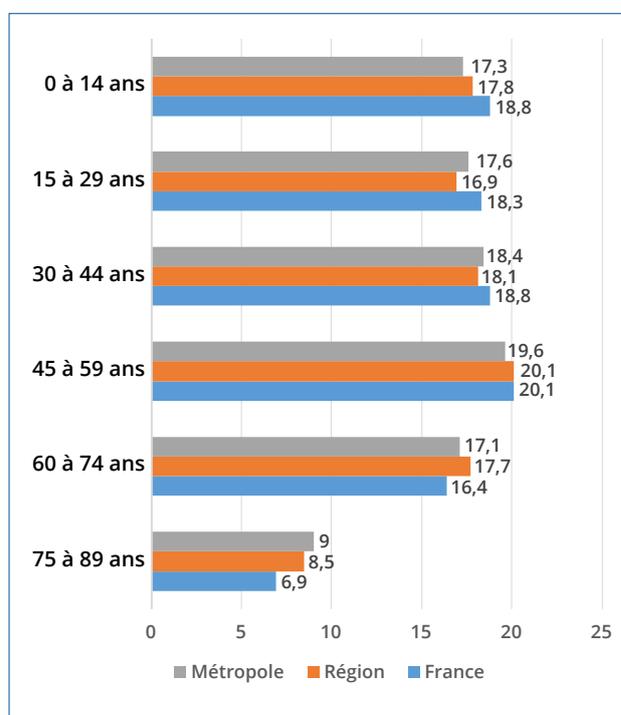


Figure 46 : Structure par âge de la population chez les femmes dans la métropole Nice Côte d'Azur 2020 (%) (Source : Insee RP 2020)

En 2020, la population féminine au sein de la métropole Nice Côte d'Azur était composée de 14,5 % d'enfants âgés de 0 à 14 ans, une proportion aussi bien inférieure que dans la région (15,5 %) et qu'en France (18,8 %). A l'inverse, il existait plus de jeunes femmes sur le territoire (16,1 %) qu'au niveau régional (15,2 %), mais là encore moins qu'en France (18,3 %). La part des femmes dans la catégorie d'âge de 60 à 74 ans (18,4 %) était proche de la moyenne régionale (18,6 %), mais supérieure à celle de la France (16,4 %). En revanche, elles étaient plus représentées chez les 75-89 ans (11,9 %) que dans la région (11,0 %) et qu'en France (9,4 %) (Figure 46) (Source : Insee RP 2020).

1.4 Les jeunes

En 2020, 93 132 jeunes âgés de 15 à 29 ans résidaient au sein de la métropole : ils représentaient 16,8 % de la population, une proportion plus élevée que dans la région (16,0 %). Le littoral se distinguait par des proportions élevées de jeunes (17,4 %), surtout la commune de Nice (18,3 %). A l'inverse, le Moyen (14,2 %) et surtout le Haut Pays (12,0 %) en comptent beaucoup moins (Source : Insee RP 2020).

➔ Etudiants

En 2019, 58,1 % des jeunes âgés de 18 à 24 ans et résidant au sein de la métropole étaient scolarisés, une proportion plus élevée que dans la région (50,6 %) (Source : Insee, RP exploitation principale 2019).

A la rentrée 2020, 38 393 étudiants étaient inscrits dans l'enseignement supérieur dans la métropole Nice Côte d'Azur. Avec 38 180 étudiants, la ville de Nice accueillait la quasi-totalité des étudiants de la métropole (99 %) et l'essentiel des étudiants présents dans le département (80 %). Les étudiants provenaient majoritairement des Alpes-Maritimes (60 %), mais aussi des autres départements de Provence-Alpes-Côte d'Azur (17 %), d'autres régions françaises (19 %) ou de l'étranger (4 %) (Source : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, rentrée 2020).

L'offre de logements dédiés aux étudiants dans la ville de Nice était évaluée à 6 200 places, un chiffre insuffisant au regard du nombre important d'étudiants. Chaque année, plus de 1 500 demandes de logements en résidence Crous restent insatisfaites. Face à cette situation, les étudiants se tournent vers le parc privé. Selon l'INSEE, en 2018, ils étaient 5 300 à occuper un logement vide ou meublé (66).

Impacts sanitaires : les étudiants

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 (67).

➔ Jeunes avec des difficultés d'insertion

En 2019, parmi les jeunes de 15-24 ans résidant au sein de la métropole, environ 1 sur 6 (15,8 %) n'était pas inséré, c'est-à-dire n'était pas inscrit dans un établissement d'enseignement secondaire ou supérieur et n'avait pas d'emploi, même occasionnel. La proportion de jeunes non insérés était moins importante que dans la région (17,9 %) et qu'en France (16,3 %), dans les 3 sous-territoires (Source : Insee RP 2019).

➔ Jeunes en situation de pauvreté

Les jeunes constituent le groupe de population le plus touché par la pauvreté (revenus inférieurs à 60 % du revenu médian). En 2020, parmi les jeunes âgés de moins de 30 ans et résidant au sein de la métropole, environ 1 sur 4 était en situation de pauvreté (25,5 %), une proportion un peu plus élevée que dans la région (24,9 %). Dans la commune de Nice, un peu plus d'1 jeune sur 5 (21,0 %) était concerné. (Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2020).

➔ Accès aux droits

En 2022, 12,1 % des jeunes âgées entre 18 et 24 ans étaient bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) au sein de la métropole, un chiffre inférieur à celui de la région (13,8 %), notamment dans le Moyen (4,3 %) et le Haut Pays (5,3 %). Seule la commune de Nice (14,8 %) présentait une proportion plus élevée que dans la région (Source : DRSM Paca-Corse 2022).

➔ Jeunes non décohabitants

En 2015, parmi les jeunes âgés de 20 à 29 ans, 39,5 % étaient non décohabitants, c'est-à-dire qu'ils vivaient toujours chez les parents. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2008 (+1,9 %) (68).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

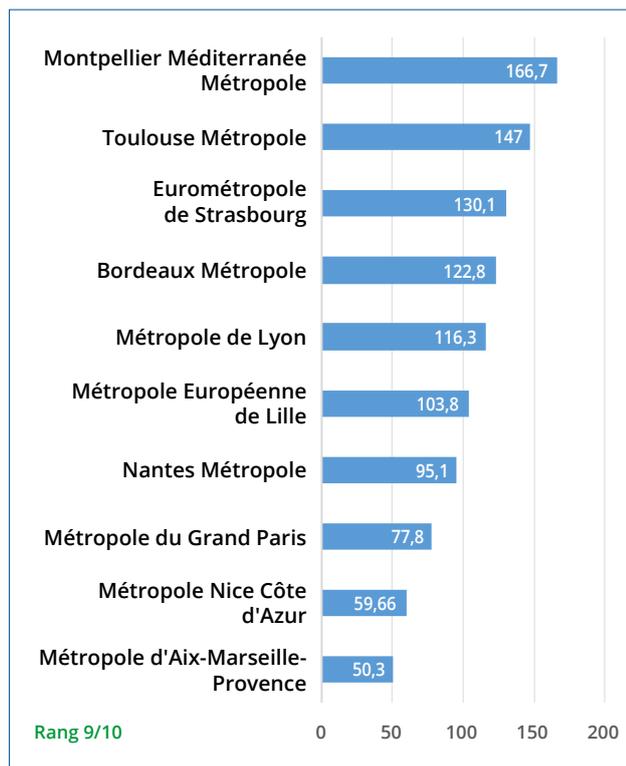


Figure 47 : Nombre d'étudiants pour 1 000 habitants (%), 2019 (Source : Insee RP 2019)

1.5 Les séniors

En 2020, 166 436 personnes étaient âgées de 60 ans ou plus au sein de la métropole : elles représentaient 30,1 % de la population, une proportion plus élevée que dans la région (29,5 %). La classe d'âge des 60-74 ans était un peu moins représentée sur le territoire (17,8 %) que dans la région (18,2 %), contrairement aux plus de 75 ans (12,3 %, contre 11,4 %).

Les personnes âgées de 60 ans et plus étaient particulièrement nombreuses dans le Haut Pays, où elles représentaient plus d'un tiers de la population (36,6 %). Elles étaient cependant un peu moins nombreuses dans le Moyen Pays (28,8 %) que dans le reste de la métropole (30,1 %) et que dans la région (29,5 %). Le littoral présentait quant à lui une proportion équivalente à la moyenne métropolitaine (30,1 %).

Les personnes âgées de 60-74 ans étaient plus nombreuses que dans la région au niveau du Moyen (18,5 %) et surtout dans le Haut Pays (22,9 %), mais pas sur le littoral (17,5 %). Les 75 ans et plus étaient particulièrement nombreux dans le Haut Pays (13,7 %) et sur le littoral (12,6 %), mais pas dans le Moyen Pays (10,3 %) (Source : Insee RP 2020).

D'après les projections de l'Insee, 221 800 habitants seront âgés de 75 ans ou plus à l'horizon 2050 dans le département des Alpes-Maritimes (données non disponibles à l'échelle de la métropole), soit 19,8 % de la population (Source : Insee, projections Omphale).

➔ Lieu de vie des séniors

En 2020, 28 820 personnes âgées de 75 ans ou plus résidaient seules à leur domicile, soit près d'1 sur 2 (45,9 %), une valeur supérieure à celle observée dans la région (42,3 %). Les communes du littoral (47,4 %) et notamment la commune de Nice (49,0 %) présentaient des proportions particulièrement élevées. Les personnes âgées vivant seules étaient en revanche moins nombreuses dans le Moyen (34,9 %) et le Haut Pays (44,8 %).

En 2020, environ 4 800 personnes âgées de 75 ans et plus vivaient en établissement, soit 7,1 % de cette classe d'âge, une proportion moins élevée que dans la région (8,0 %). Des proportions beaucoup plus élevées étaient cependant relevées dans les territoires du Moyen (10,7 %) et du Haut Pays (16,4 %). A l'inverse, le littoral (6,6 %), et notamment la commune de Nice (6,3 %), comptait moins de séniors de 75 ans et plus vivant en établissement (Source : Insee RP 2020).

Impacts sanitaires : les personnes âgées vivant seules

Les personnes âgées vivant seules sont plus souvent dans une situation de précarité, d'isolement social et sont plus sujettes au fait de se négliger (manque d'hygiène corporelle et d'entretien du logement, alimentation insuffisante ou déséquilibrée, mauvaise prise des médicaments...). Les personnes âgées qui n'ont pas d'interactions sociales ont tendance à présenter davantage de problèmes de santé que les autres. De plus, la situation d'isolement favorise la perte d'autonomie, peut entraîner un retard dans le repérage des problèmes de santé et donc une dégradation de leur état de santé.

➔ Pauvreté des séniors

En 2019, les personnes âgées de 75 ans ou plus résidant dans la métropole disposaient d'un revenu fiscal médian (22 080 euros) qui était proche de la moyenne régionale (22 270 euros). En 2020, 13,2 % étaient en situation de pauvreté, une proportion plus élevée que dans la région (11,7 %). Le taux de pauvreté des séniors était particulièrement élevé à Nice (14,0 %) (Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi), 2020).

Enfin, en 2022, 2,8 % des assurés du régime général âgés de 60 ans et plus étaient bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) non participative, une proportion équivalente à la moyenne régionale (2,8 %) (Source : CNAM SIAM ERASME 2022).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

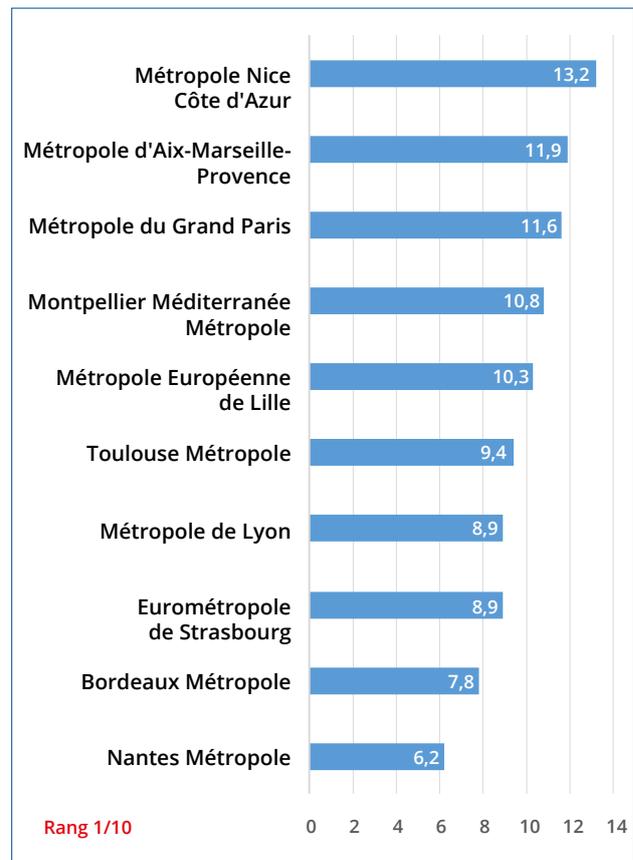


Figure 48 : Taux de pauvreté chez les personnes âgées de 75 ans ou plus dans les 10 grandes métropoles (%), 2020 (Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi), 2020)

Impacts sanitaires : le vieillissement

Le vieillissement entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales et majore le risque de maladie. 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 (69). Le déficit auditif, la cataracte et les défauts de réfraction, les lombalgies et cervicalgies, l'arthrose, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, le diabète, la dépression et la démence sont des problèmes de santé courants chez les personnes âgées. A mesure qu'ils prennent de l'âge, les gens risquent davantage de souffrir simultanément de plusieurs problèmes de santé (multimorbidité). La vieillesse se caractérise également par l'apparition de plusieurs états de santé complexes qui ne surviennent généralement

que tard dans la vie et ne constituent pas des catégories de maladie distinctes (fragilité, incontinence urinaire, chutes, délires, escarres...) : c'est ce qu'on appelle couramment les syndromes gériatriques (70).

La multi-morbidité

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 (71). Les patients atteints de plusieurs maladies chroniques reçoivent en général des médicaments pour traiter chacune d'elles (polymédication), 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. 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 poly médication (72).

2. LA COMPOSITION DES MÉNAGES

En 2020, 263 888 ménages résidaient dans la métropole Nice Côte d'Azur. La taille moyenne d'un ménage s'établissait à 2,05 personnes et était légèrement inférieure aux valeurs régionale (2,12 personnes) et nationale (2,17 personnes) (Source : Insee RP 2020).

2.1 Les personnes vivant seules

En 2020, plus de 4 ménages sur 10 (41,9 %) étaient composés d'une seule personne, une proportion plus élevée que dans la région (38,5 %) et qu'en France (37,4 %), sauf dans le Moyen Pays (27,6 %). La ville de Nice et le territoire du Haut Pays se démarquaient avec des proportions plus importantes (respectivement 45,6 % et 41,5 %) (Source : Insee RP 2020).

2.2 Les familles

En 2020, les familles comptant au moins un enfant moins de 25 ans représentaient un peu moins de 3 ménages sur 10 (28,5 %), une proportion moins élevée que dans la région (29,8 %). Les familles étaient particulièrement nombreuses dans le Moyen Pays (37,8 %), et au contraire étaient moins représentées sur le littoral (27,3 %) et dans le Haut Pays (24,9 %). Dans la commune de Nice, les familles avec enfants représentent (26,8 %) des ménages. La proportion de familles nombreuses (avec 3 enfants ou plus) était légèrement inférieure (7,4 %) à la moyenne régionale (7,6 %). La ville de Nice se distinguait avec une part plus importante (8,3 %). Trois familles sur 10 étaient de type monoparentales (30,7 %), une proportion plus élevée que dans la région (29,2 %) et qu'en France (25,7 %), sauf dans le Moyen Pays (22,2 %). Le littoral (32,1 %), et notamment la commune de Nice (33,2 %) étaient particulièrement concernées (Source : Insee RP 2020).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

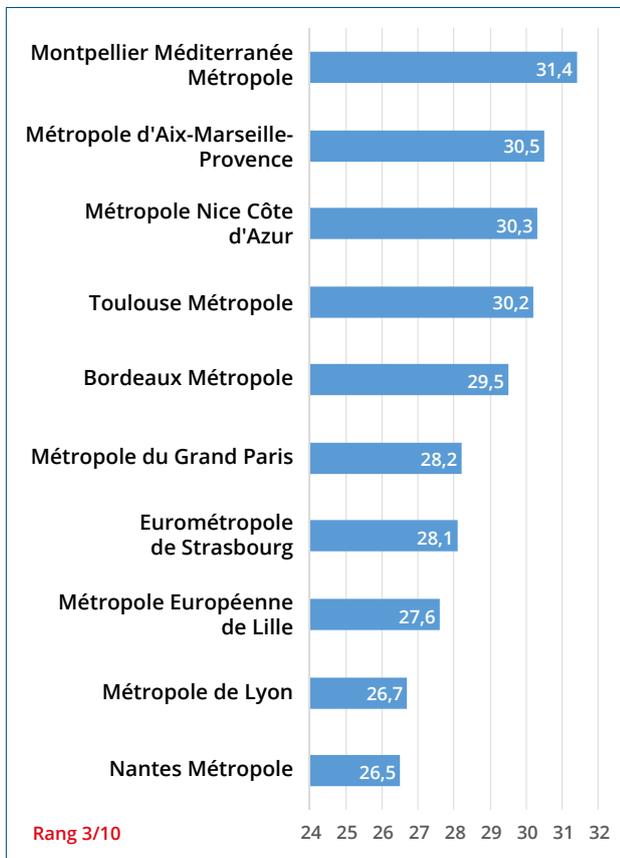


Figure 49 : Proportion de familles monoparentales (%), 2019 (Source : Insee RP 2019)

Impacts sanitaires : les familles monoparentales

Selon une enquête de l'OCDE, l'énorme majorité des parents isolés sont des femmes. Les indicateurs démographiques semblent indiquer que cette tendance va se poursuivre, essentiellement en raison de l'effet combiné de l'augmentation du nombre des divorces et des séparations et de la baisse du nombre des remariages. Le monoparent est plus souvent à temps partiel ou au chômage, notamment en raison des problèmes de garde d'enfants. Le niveau de vie médian des familles monoparentales est plus faible que celui des autres familles (73).

La santé physique et psychologique des membres des familles monoparentales peut être fragilisée par divers facteurs, comme la précarité financière, l'accumulation des rôles sociaux, ou encore l'expérience de la séparation, du divorce ou du veuvage. En outre, le réseau de soutien des parents uniques se restreint souvent après la rupture du couple. Des études ont montré que le fait d'être une mère seule avec un enfant à charge est souvent associé à une plus grande morbidité et à une utilisation plus fréquente des services médicaux par rapport aux mères qui vivent en couple (74).

2.3 La population étrangère et immigrée

En 2019, 11,5 % de la population métropolitaine était d'origine étrangère¹, une proportion plus élevée que dans la région (7,5 %) et qu'en France métropolitaine (7,1 %). Cette proportion était encore plus élevée dans la commune de Nice (14,5 %). A l'inverse, les personnes d'origine étrangère étaient peu représentées dans le Haut Pays (3,0 %) et le Moyen Pays (5,3 %). Les immigrés² représentaient quant à eux 15,5 % de la population, une proportion nettement supérieure aux moyennes régionale (10,9 %) et nationale (9,7 %) (Source : Insee RP 2019).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

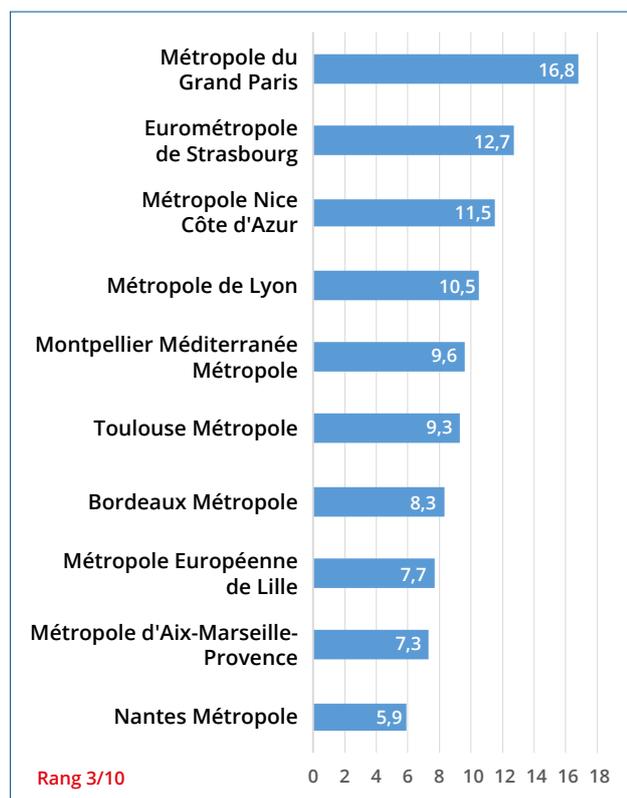


Figure 50 : Part de la population d'origine étrangère (%), 2019 (Source : Insee RP 2019)

¹ Selon la définition de l'Insee un étranger est une personne qui réside en France et ne possède pas la nationalité française, soit qu'elle possède une autre nationalité (à titre exclusif), soit qu'elle n'en ait aucune (c'est le cas des personnes apatrides).

² Selon la définition de l'Insee, un immigré est une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France.

3. LA QUALIFICATION DE LA POPULATION

3.1 Le niveau de diplômes

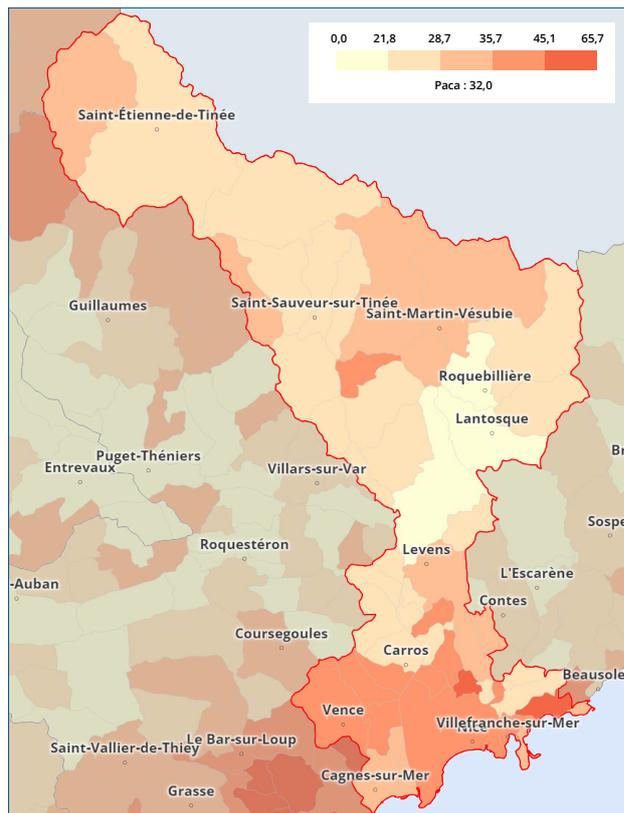


Figure 51 : Part de personnes diplômées du supérieur (%), 2020 (Source : Insee RP 2020)

En 2020, 26,8 % des personnes âgées de 15 ou plus n'avaient aucun diplôme, un chiffre équivalent à la moyenne régionale (26,8 %). Le Moyen Pays se distinguait avec une proportion de non diplômés (22,4 %) inférieure aux valeurs métropolitaine et régionale. A l'inverse, le littoral (27,6 %) et notamment la ville de Nice en comptait davantage (28,0 %). Le Haut Pays présentait un chiffre (26,7 %) proche des moyennes métropolitaine et régionale (Source : Insee RP 2020).

Par ailleurs, un tiers de la population métropolitaine était diplômée de l'enseignement supérieur (34,6 %), une proportion supérieure aux moyennes régionale (32,0 %) et nationale (27,4 %). Les diplômés du supérieur étaient davantage représentés dans le Moyen Pays (35,1 %) et dans la ville de Nice (36,0 %). A l'inverse, ils étaient moins nombreux dans le Haut Pays (25,2 %) (Figure 51) (Source : Insee RP 2020).

3.2 Les catégories socio-professionnelles

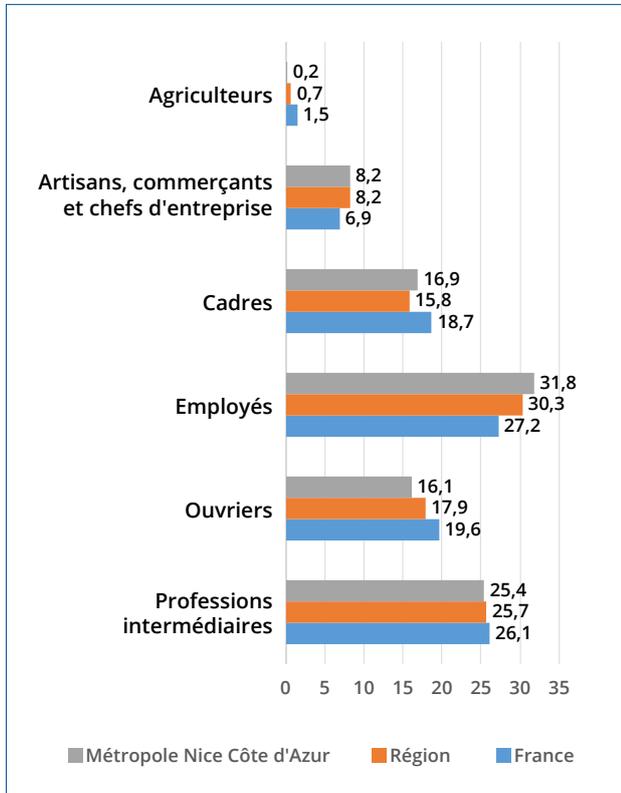


Figure 52 : Les catégories socioprofessionnelles dans la métropole de Nice (%), 2020 (Source : Insee RP 2020)

En 2020, près d'un tiers des actifs de la métropole étaient des employés (31,8 %), une proportion supérieure aux moyennes régionale (30,3 %) et nationale (27,2 %). Cette catégorie socio-professionnelle était surtout présente surtout dans le Haut Pays (30,7 %) et sur le littoral (32,6 %). Les ouvriers étaient cependant moins représentés au sein de la métropole (16,1 %) que dans la région (17,9 %) et en France (19,6 %), sauf dans le Haut Pays (18,5 %).

Par ailleurs, la métropole comptait une proportion de cadres (16,9 %) plus importante que dans la région (15,8 %), mais moins élevée qu'en France (18,7 %). Cette catégorie socioprofessionnelle était particulièrement représentée dans le Moyen Pays (17,0 %) et dans la commune de Nice (17,9 %). A l'inverse, dans le Haut Pays, les cadres (9,3 %) étaient presque deux fois moins nombreux que dans l'ensemble de la métropole.

La proportion de professions intermédiaires (25,4 %) était légèrement inférieure aux moyennes régionale (25,7 %) et nationale (26,1 %). En revanche, la part d'artisans (8,2 %) était équivalente à la valeur régionale (8,2 %) mais supérieure à celle de la France (6,9 %). A noter cependant une surreprésentation de ces catégories socio-professionnelles dans le Moyen (28,0 et 10,7 %) et le Haut Pays (26,7 et 12,6 %).

Enfin, les salariés exerçant dans le secteur de l'agriculture représentaient 0,2 % des actifs, contre 0,7 % dans la région (Figure 52) (Source : Insee RP 2020).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

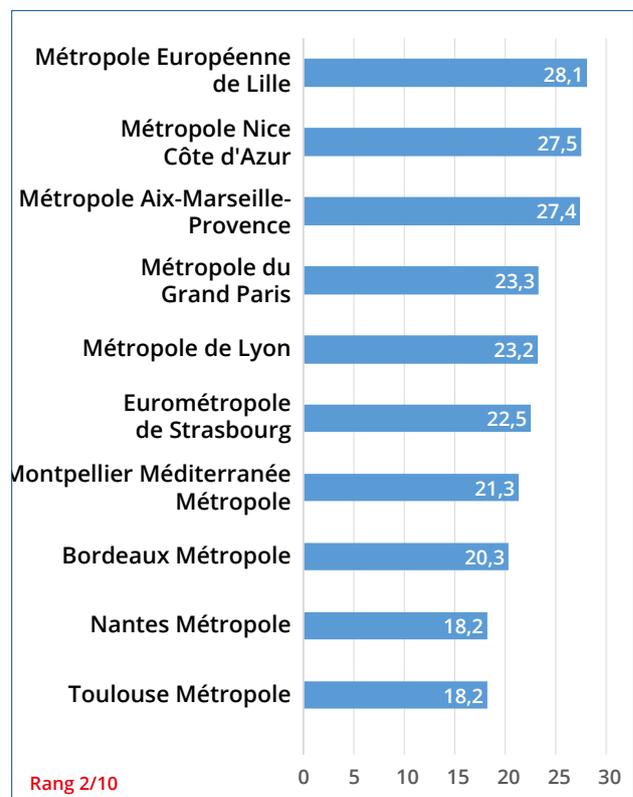


Figure 53 : Part de la population âgée de 15 ans ou plus sans aucun diplôme (%), 2019 (Source : Insee RP 2019)

4. LE CHÔMAGE

4.1 Le taux de chômage des 15-64 ans

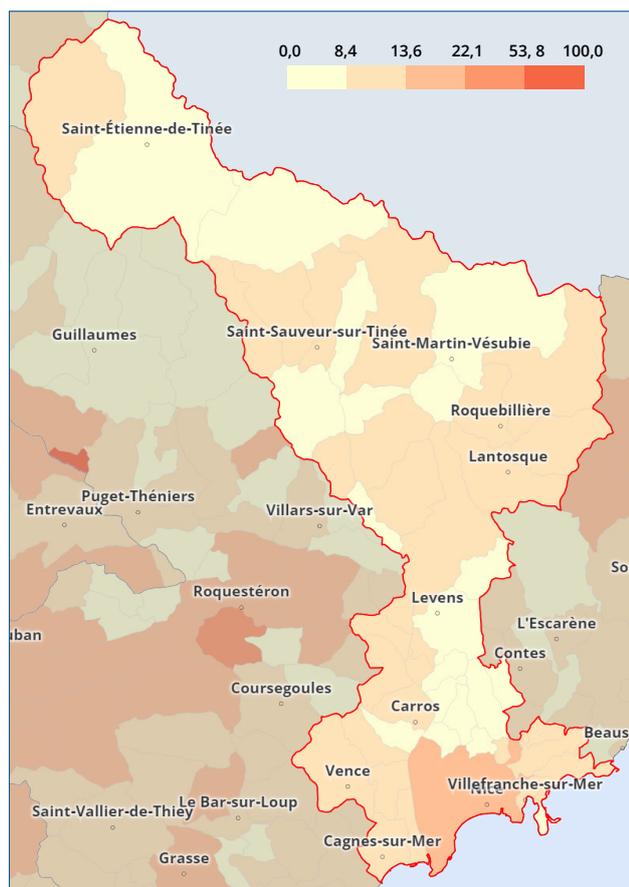


Figure 54 : Taux de chômage chez les 15-64 ans (RP) (%), 2020 (Source : Insee RP 2020)

En 2020, le taux de chômage observé chez les 15-64 ans au sein de la métropole (12,8 %) était inférieur à celui de la région (13,4 %), chez les hommes (12,2 % contre 12,5 %) comme chez les femmes (13,4 % contre 14,3 %). Il était cependant proche de la moyenne nationale (12,7 %). Des disparités territoriales étaient constatées : avec 14,5 % d'actifs au chômage, la ville de Nice était particulièrement concernée. A l'inverse, le Haut (8,8 %) et le Moyen Pays (9,5 %) présentaient des taux de chômage particulièrement bas (Figure 54) (Source : Insee RP 2020).

Parmi les jeunes âgés de 15-24 ans, plus d'1 sur 4 était au chômage (26,0 %), une proportion proche de la moyenne nationale (25,3 %), mais moins importante que dans la région (27,1 %), et ce, dans les 3 sous-territoires. Ils représentent 27,3 % dans la commune de Nice. Le Haut Pays se distinguait cependant des autres sous-territoires avec un taux de chômage chez les jeunes particulièrement faible (17,4 %) (Source : Insee RP 2020).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

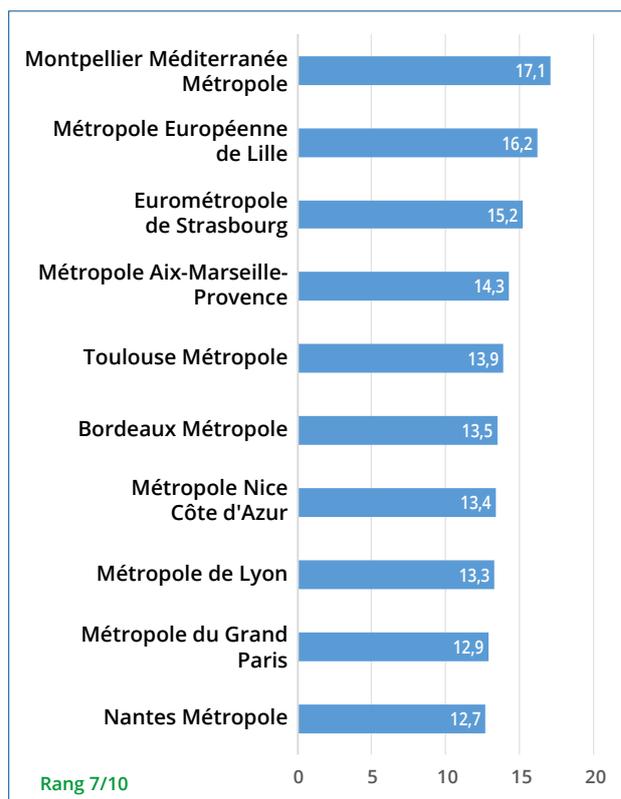


Figure 55 : Taux de chômage chez les 15-64 ans (%), 2019 (Source : Insee 2019)

Les impacts sanitaires : le chômage

Le chômage a des conséquences familiales et sociales : il augmente le risque de séparation des couples, de précarité socio-économique et d'isolement social. Les personnes au chômage sont plus nombreuses à adopter des comportements à risque (consommation de tabac ou d'alcool, mauvaise alimentation, sédentarité...) et présentent un risque accru de développer des maladies cardio-vasculaires. Enfin, le chômage est un facteur de risque connu de dépression et de suicide. On estime qu'environ 14 000 décès par an sont imputables au chômage (75).

5. LA SITUATION SOCIALE

5.1 Les revenus

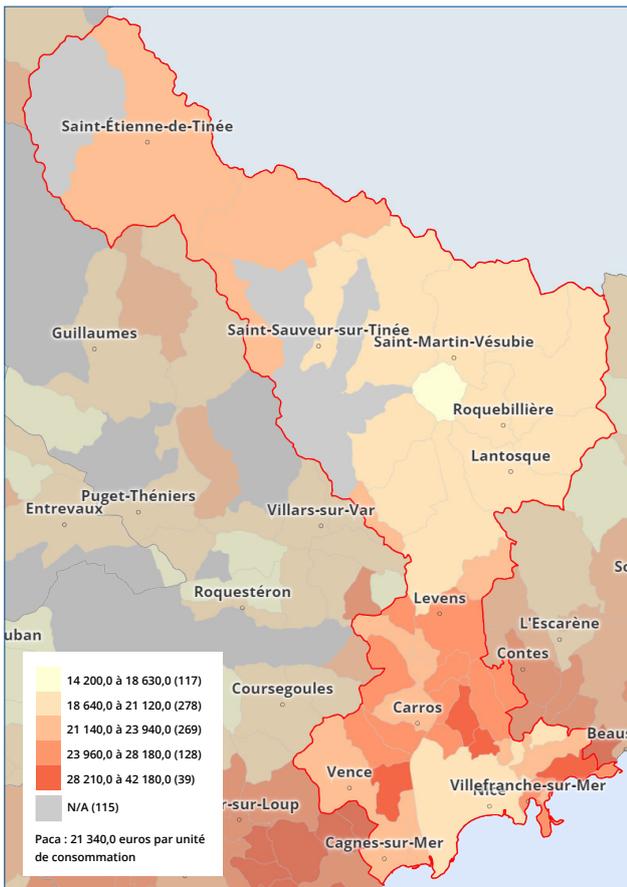


Figure 56 : Revenu fiscal médian par commune (en euros), 2019 (Source : Insee, Direction générale des finances publiques (DGFiP), Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) 2019)

En 2019, le revenu fiscal médian était un plus élevé au sein de la métropole Nice Côte d'Azur (21 490 euros) que dans la région (21 340 euros). Il variait cependant presque du simple au double selon les communes, entre 18 300 et 32 130 euros. Globalement, les revenus les plus élevés étaient observés dans le Moyen Pays et dans les communes du littoral-est de la métropole. Ils étaient cependant moins élevés dans le Haut Pays (Figure 56) (Source : Insee, Direction générale des finances publiques (DGFiP), Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) 2019).

A cette date, le rapport entre les revenus des 10 % des ménages les plus aisés et ceux des 10 % des

ménages les plus pauvres, appelé rapport interdécile des revenus, était de 7,6 au sein de la métropole et était plus élevé que dans la région (7,1), mettant en évidence des inégalités sociales importantes au sein de ce territoire (Source : Insee, Direction générale des finances publiques (DGFiP), Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) 2019).

5.2 Les ménages non imposables

En 2020, un peu plus de la moitié des ménages résidant au sein de la métropole n'étaient pas imposables (54,0 %), une proportion inférieure aux moyennes régionale (55,4 %) et nationale (55,0 %), sauf dans le Haut Pays (59,2 %) et dans la commune de Nice (56,5 %). Les proportions les plus faibles étaient relevées dans le Moyen Pays (48,1 %). Sur le littoral, elles étaient proches de la moyenne métropolitaine (54,7 %) (Insee, Direction générale des finances publiques (DGFiP), Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) 2020).

5.3 Les ménages en situation de pauvreté

En 2020, le taux de pauvreté³ relevé au sein de la métropole était un peu plus élevé (17,9 %) que dans la région (17,0 %). A Nice, plus d'1 habitant sur 5 (21,0 %) était concerné. Les jeunes âgés de moins de 30 ans étaient particulièrement touchés (25,5 %, contre 24,9 % dans la région), notamment dans la commune de Nice (29,0 %). Par ailleurs, 1 personne âgée de 75 ans ou plus sur 8 (13,2 %) était également concerné. (Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2020).

³ Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur à 60 % du niveau de vie médian de la population.

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

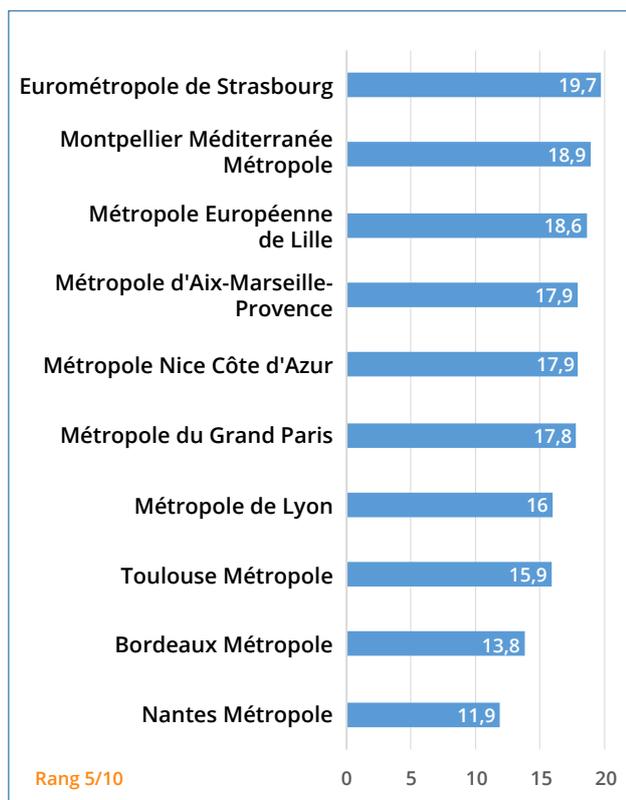


Figure 57 : Taux de pauvreté dans les 10 grandes métropoles (%), 2020 (Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2020)

5.4 Les prestations sociales

En 2020, près d'un habitant de la métropole sur 2 (49,1 %) était bénéficiaire d'au moins une allocation de la CAF, une proportion un peu moins élevée que dans la région (49,8 %). Cette proportion était cependant un peu plus élevée sur le littoral (50,6 %), et notamment dans la commune de Nice (54,0 %) (Données non disponibles pour le Moyen et Haut Pays) (Source : Cnaf, MSA 2020).

Par exemple, parmi la population âgée de moins de 60 ans, 5,3 % était couverte par le Revenu de Solidarité Active socle, une proportion moins élevée que dans la région (6,6 %), sauf dans la ville de Nice (6,7 %) (Source : CNAF, Base Communale Allocataire 2020).

Par ailleurs, le taux de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés s'élevait à 48,5 pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans, une proportion supérieure à la moyenne régionale (38,4 pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans). La métropole comptait également plus d'allocataires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (26,7 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans) que dans le département (25 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans) et la région (24,3 pour 1 000 personnes de moins de 20 ans) (Source : Cnaf, MSA, Insee RP 2020).

Parmi les bénéficiaires d'allocations, près d'1 sur 4 avait des revenus qui dépendaient au moins pour moitié des allocations (23,1 %), une proportion un peu plus faible que dans la région (24,0 %). Environ 1 sur 8 (13,5 %) avait des revenus dépendant à 100 % de ces allocations (région : 14,2 %) (Source : Cnaf, MSA 2020).

Enfin, en 2022, 11,9 % des assurés du régime général âgés de moins de 65 ans étaient bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) contre 13,4 % dans la région. Ils étaient cependant plus nombreux dans la ville de Nice (14,5 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2022).

Une mutuelle communale a été mise en place à Nice, afin d'améliorer les conditions d'accès à une couverture de frais de santé et permettre ainsi à l'ensemble des administrés de bénéficier, avec les mêmes droits et de façon égale, de la protection de la santé et de l'accès aux soins.

Impacts sanitaires : les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Les bénéficiaires de la C2S sont globalement en moins bonne santé : ils sont davantage touchés par les maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, obésité, diabète, ...) et sont plus nombreux à déclarer être limités dans les activités de la vie quotidienne. Enfin, on observe davantage de recours aux soins chez ce public (76).

5.5 La population des quartiers prioritaires de la politique de la ville

On recense 11 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) au sein de la métropole Nice Côte d'Azur⁴, dont 8 dans la commune de Nice. Les communes de Carros, Drap et Vence comptent également 1 QPV chacune (Figure 58).



Figure 58 : Localisation des quartiers prioritaires politique de la ville dans la métropole Nice Côte d'Azur, 2022 (Source : ONPV 2022)

➔ Démographie

En 2018, 43 762 habitants vivaient dans un QPV, soit 8,0 % de la population de la métropole. La population en QPV est plus jeune que celle de la métropole et compte notamment une proportion importante d'enfants de moins de 14 ans (23,9 %, contre 15,7 % dans la métropole). Certains QPV se distinguent par la jeunesse de leur population (44,0 % de moins de 25 ans à l'Ariane, 41,4 % au Paillon et 40,9 % aux Moulins). D'autres, à l'inverse, comptent davantage de seniors que les autres (26,1 % de 60 ans et plus dans le QPV Centre de Nice, 25,7 % à las Planas et 24,7 % dans le QPV Centre de Vence) (Tableau 3).

➔ Pauvreté

Les difficultés sociales sont très importantes dans ces quartiers : plus de 4 habitants sur 10 sont en situation de pauvreté (44,5 %), une proportion 2,5 fois plus élevée que dans la métropole, mais un peu moindre que celle relevée dans l'ensemble des QPV de la région (49,4 %). Deux QPV sont particulièrement concernés par la pauvreté : Résidence Sociale Nicéa (78,2 %) et les Siagnes (50,8 %).

Tableau 3 : Population municipale vivant en quartier prioritaire (QPV) et leurs caractéristiques socio-économiques, 2017 - 2018 (Source : Insee RP 2017 - 2018 - Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) 2018)

	Métropole Nice CA	QPV Métropole Nice CA	Région	QPV Région
Population	540 281	43 762	5 052 832	510 302
0-14 ans (%)	15,7 %	23,9 %	16,8 %	23,8 %
Taux de pauvreté (%)	17,5 %	44,5 %	17,3 %	49,4 %
Taux d'emploi hommes (%)	66,3 %	48,9 %	65,1 %	46,1 %
Taux d'emploi femmes (%)	60,1 %	37,8 %	58,4 %	35,2 %
Logements sociaux (%)	10,8 %	95 %	10,7 %	23,8 %

⁴ Ariane le Manoir, Centre (Nice), Centre (Carros), Centre (Vence), Las Planas, Les Moulins - le Point du Jour, les Sagnes, Paillon, Palais des Expositions, Résidence Sociale Nicéa, La Condamine (Drap)

➔ Conditions de logement

Enfin, le parc de logement dans les quartiers prioritaires est essentiellement constitué de logements sociaux (95 %), contre seulement 10,8 % dans la métropole. Trois QPV de la métropole font l'objet d'un projet de renouvellement urbain : l'Ariane, les Moulins et Nice Centre.

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

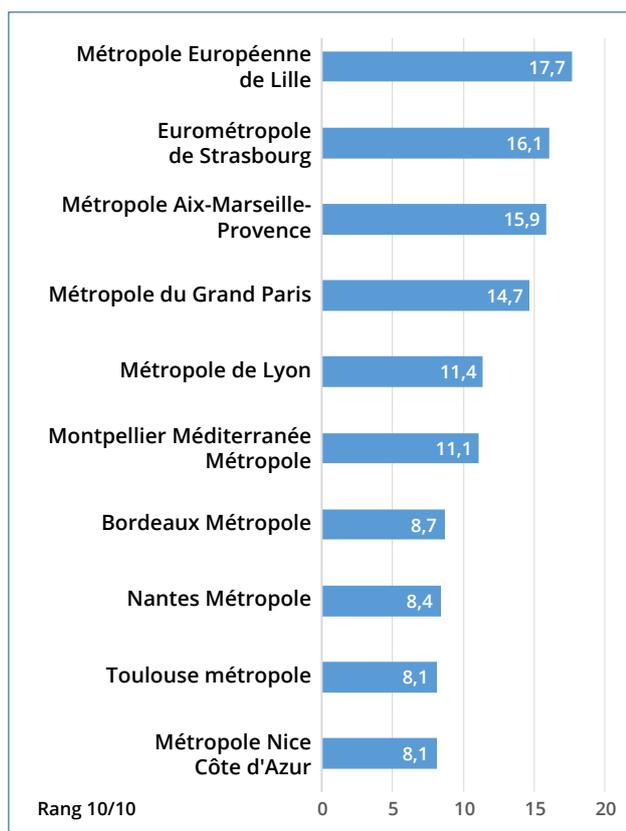


Figure 59 : Part de la population habitant dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (%) (Source : Atlas des QPV 2022)

Impacts sanitaires : Les quartiers prioritaires politique de la ville (QPV)

De nombreuses études ont montré que les habitants des quartiers politiques de la ville sont en moins bonne santé que le reste de la population. Ils sont davantage touchés par certaines pathologies comme la dépression, le surpoids, l'obésité et le diabète. Ils rencontrent de plus des difficultés importantes d'accès aux soins et sont nombreux à renoncer à se soigner.

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville souffrent globalement d'un déficit d'offre de soins de proximité. Ainsi, en 2012, la densité en professionnels de santé de proximité (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes) était 1,8 fois inférieure dans les quartiers prioritaires que dans les unités urbaines englobantes. Le déficit en médecins spécialistes était encore plus marqué, avec 3,2 fois moins de spécialistes présents dans les QPV qu'au sein des quartiers voisins (77).

PARTIE 3 : L'OFFRE DE SOINS

L'ESSENTIEL

Une offre médicale composée à 60 % de spécialités autres que la médecine générale ;

Une offre de médecins généralistes importante sur le littoral, mais plus fragile dans le Moyen et surtout dans le Haut Pays ;

40 % des médecins généralistes en exercice âgés de plus de 60 ans, davantage dans le Haut Pays ;

Plus de 3 médecins spécialistes (spécialités autres que la médecine générale) sur 4 installés à Nice ;

Moins de 40 % des spécialistes libéraux exerçant en secteur 1, une proportion bien plus faible que dans la région et qu'en France ;

Des densités de paramédicaux plus importantes que dans la région, sauf pour les sages-femmes, malgré des disparités territoriales ;

Près de 9 % de la population métropolitaine à plus de 30 minutes du service d'urgences le plus proche, résidant principalement dans le Haut Pays ;

Un développement des dispositifs pour améliorer l'accès aux soins dans le Moyen et le Haut Pays (télémédecine, consultations avancées, médecins correspondants du Samu, ...);

Un faible taux d'équipement en structures médico-sociales pour les personnes âgées, surtout sur le littoral.

1. L'OFFRE DE MÉDECINE GÉNÉRALE LIBÉRALE

1.1 L'offre et la répartition géographique des médecins généralistes

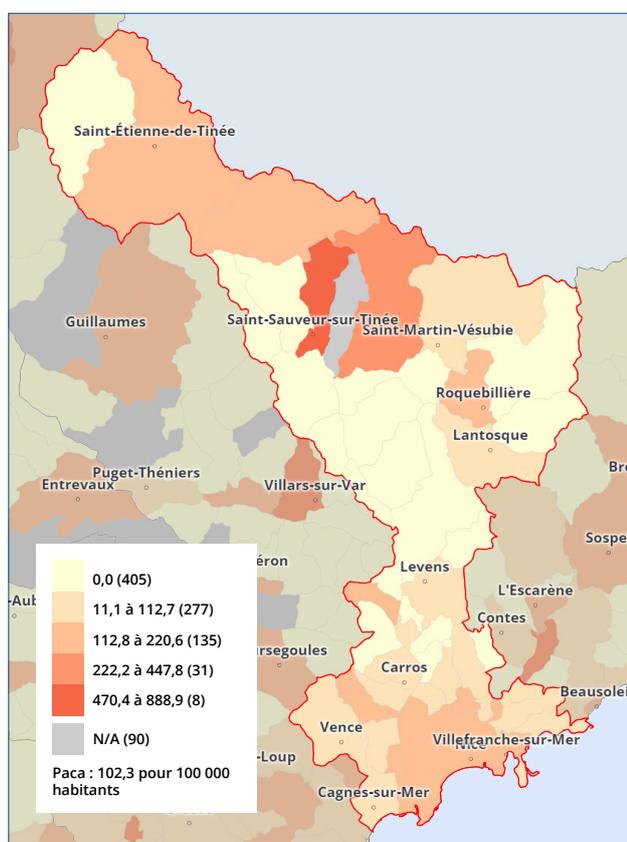


Figure 60 : Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 habitants) dans la métropole Nice Côte d'Azur 2021 (Source : DRSM Paca-Corse 2021)

Au 31 décembre 2022, 649 médecins généralistes libéraux étaient en activité dans la métropole Nice Côte d'Azur, soit une densité médicale de 118 médecins généralistes pour 100 000 habitants, nettement supérieure aux moyennes régionale (105 pour 100 000) et nationale (84 pour 100 000).

L'offre de médecine générale est cependant inégalement répartie au sein de la métropole (Figure 60) : elle est concentrée sur le littoral, notamment à Nice, où exercent 67 % des médecins généralistes de la métropole. En revanche, 22 communes n'ont pas de

médecin généraliste en exercice (43,1 % des communes de la métropole), principalement dans le Haut Pays.

Ainsi, en 2022, le Haut Pays présentait une densité médicale (77,8 pour 100 000) inférieure aux moyennes régionale et nationale. Le Moyen Pays présentait une densité (115,2 pour 100 000) proche de la moyenne régionale, mais plus élevée qu'en France. Le littoral présentait une densité médicale plus élevée que dans la région et qu'en France (124 pour 100 000).

La société SOS Médecins est présente sur la commune de Nice, de même que plusieurs associations de médecins généralistes effectuant des visites à domicile en soins non programmés à Nice et d'autres sur les autres secteurs de la permanence des soins de la métropole.

Les indicateurs de densité médicale doivent être complétés par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), calculé au niveau communal et tenant compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune influençant les besoins de soins (78).

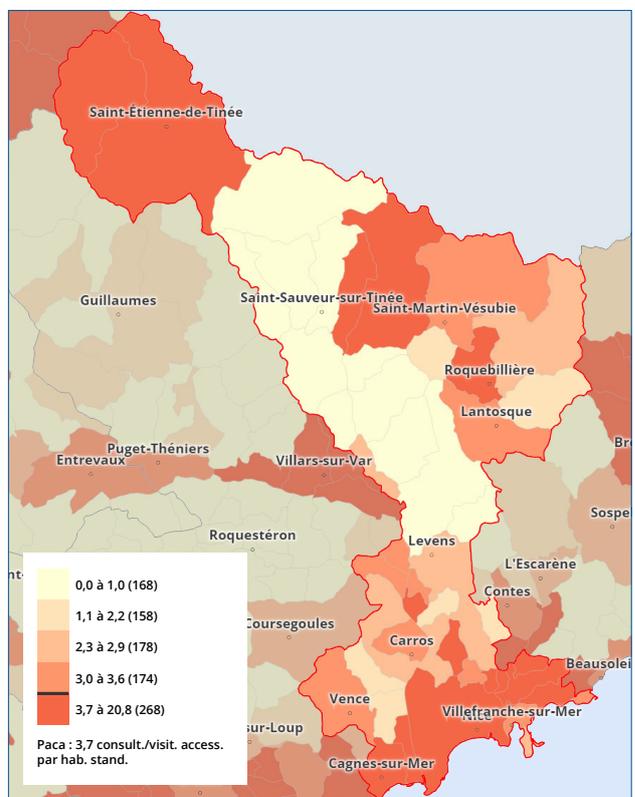


Figure 61 : Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans, 2021 (consultations/visites accessibles par habitants) (Source : Sniiram (Cnam), Populations municipales (Insee) - exploitation Drees, 2021)

Il ressort qu'une partie importante du Moyen et du Haut Pays est concernée par des difficultés d'accès au médecin généraliste (Figure 61) ou présente une offre de soins fragile et reposant sur un nombre très limité de médecins.

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

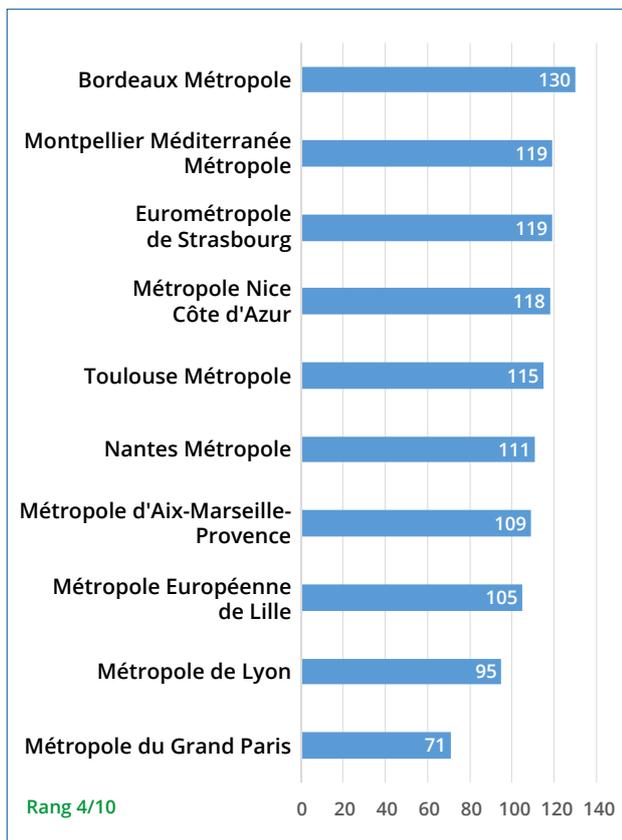


Figure 62 : Densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants dans les 10 grandes métropoles, 2022 (Source : FNPS 2022)

1.2 Les temps d'accès au médecin généraliste le plus proche

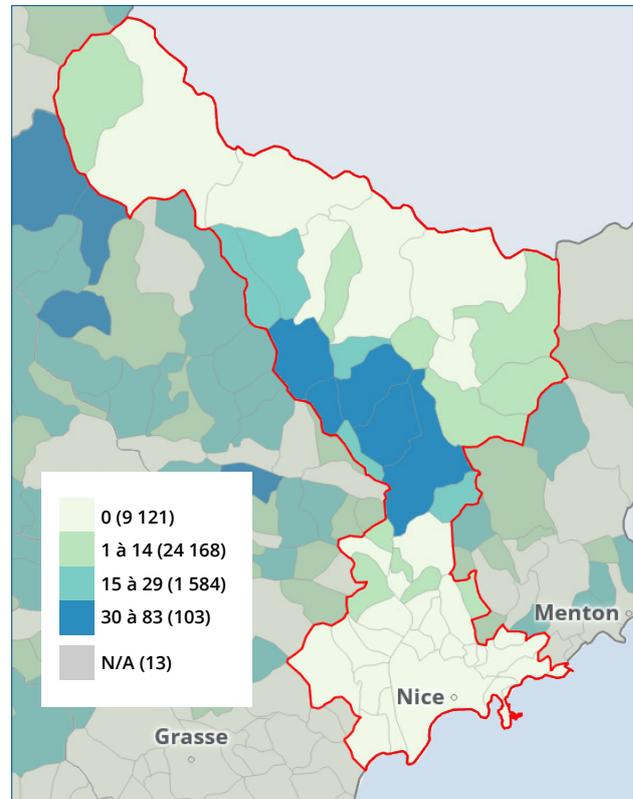


Figure 63 : Temps d'accès au médecin généraliste libéral le plus proche en min, 2022 (Source : FNPS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2022)

En 2022, le temps de trajet pour accéder au médecin généraliste libéral le plus proche variait entre 0 et 40 minutes selon la commune de résidence (Figure 63). La majorité des résidents de la métropole se trouvent à moins de 10 minutes du médecin généraliste le plus proche. Cependant, pour environ 6 300 résidents (1,0 % de la population), résidant principalement dans le Haut Pays, le temps de trajet était supérieur à 10 minutes (FNPS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2022).

1.3 Les caractéristiques des médecins généralistes libéraux

➔ Âge des médecins généralistes

En 2022, 4 médecins généralistes sur 10 (39,9 %) étaient âgés de 60 ans ou plus, une proportion plus élevée que dans la région (37,1 %) et qu'en France (32,0 %). Les communes du Haut Pays (61,5 %) étaient particulièrement concernées par ce phénomène. Sur le littoral et dans le Moyen Pays, environ 4 MG sur 10 était âgés de 60 ans ou plus (respectivement 39,5 % et 39,3 %). Par ailleurs, un peu plus d'1 MG sur 5 (21,0 %) était âgé de moins de 40 ans, une proportion proche de la moyenne régionale (20,8 %).

➔ Mode conventionnel

En 2021, plus de 8 médecins généralistes sur 10 (84,8 %) exerçaient en secteur 1, une proportion plus faible que dans la région (91,1 %), notamment dans le Moyen Pays (81,0 %). Les médecins exerçant en secteur 2 (13,7 %) et les médecins non conventionnés (1,4 %) étaient davantage représentés au sein de la métropole que dans la région (respectivement 7,8 % et 1,1 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

➔ Modes d'exercice particulier

Un médecin ayant un mode d'exercice particulier est un médecin dont la spécialité n'est pas reconnue par la Sécurité sociale, telles l'acupuncture et l'homéopathie ou un médecin généraliste exerçant plusieurs disciplines pour lesquelles il a été qualifié. En 2022, 8,0 % des médecins exerçaient avec un mode d'exercice particulier au sein de la métropole, une proportion légèrement supérieure à la moyenne régionale (Source : SNDS 2022).

➔ Féminisation de la profession

En 2022, environ 4 médecins généralistes sur 10 étaient des femmes (41,9 %), une proportion proche de la moyenne régionale (41,5 %) mais inférieure à la moyenne nationale (43,1 %). Le Haut Pays se distinguait avec une part plus importante de médecins de sexe féminin (43,5 %) (Source : SNDS 2022).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

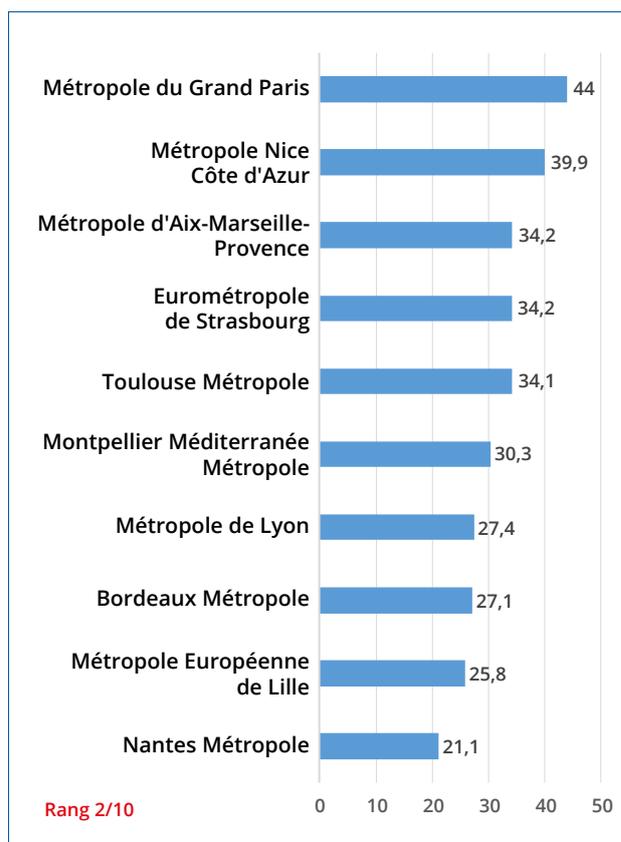


Figure 64 : Proportion de médecins généralistes libéraux âgés de 60 ans ou plus dans les métropoles (%) 2022 (Source : FNPS 2022)

1.4 L'évolution de l'effectif des médecins généralistes

Entre 2018 et 2022, le nombre de médecins généralistes sur le territoire a enregistré un recul de 7,5 %, une baisse un peu plus importante que dans la région (- 4,6 %) et qu'en France (- 5,6 %). Les baisses les plus importantes ont été relevées dans le Moyen Pays (- 15,5 %) et dans la commune de Nice (- 8,3 %). A l'inverse, le Haut Pays n'a perdu qu'un seul médecin généraliste en 5 ans (Figure 65) (Source : FNPS 2018-2022).

1.5 L'activité des médecins généralistes

Au 31 décembre 2022, chaque médecin généraliste installé au sein de la métropole comptait en moyenne 1 522 patients, un nombre de patients par professionnel inférieur aux moyennes régionale (1 633 patients par MG en moyenne) et nationale (1 673 patients par MG en moyenne) (Source : SNDS 2022).

En 2021, les médecins généralistes exerçant au sein de la métropole affichaient un niveau d'activité de 4 511 actes en moyenne par an et par médecin, moins important que dans la région (4 654 actes en moyenne par MG) et qu'en France (4 881 actes en moyenne par MG). Le niveau d'activité relevé chez les MG exerçant au sein de la métropole est en augmentation ces dernières années, tendance également observée en France (Figure 66).

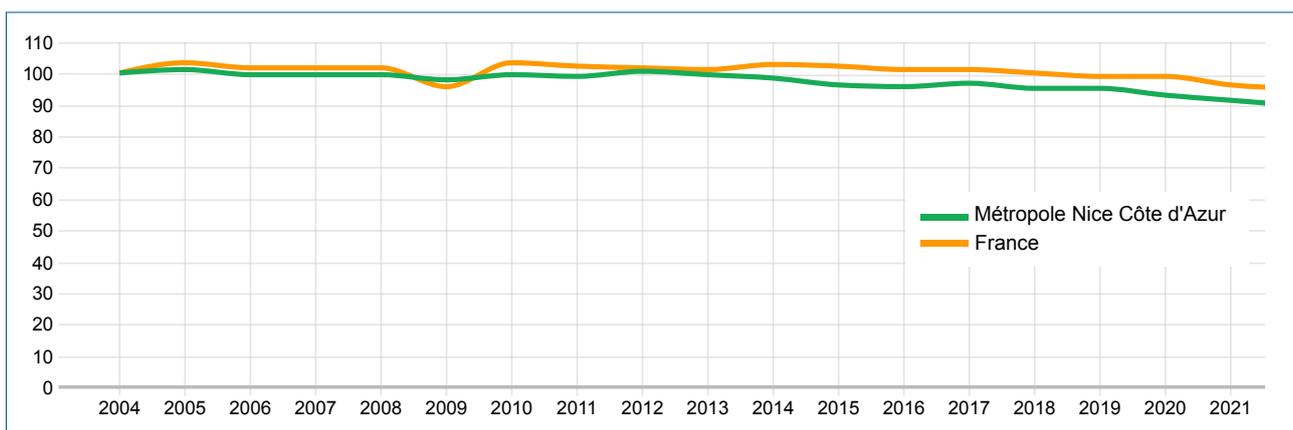


Figure 65 : Evolution du nombre de médecins généralistes libéraux en exercice au sein de la métropole et en France entre 2004 et 2022 (Source : FNPS, 2004-2022)

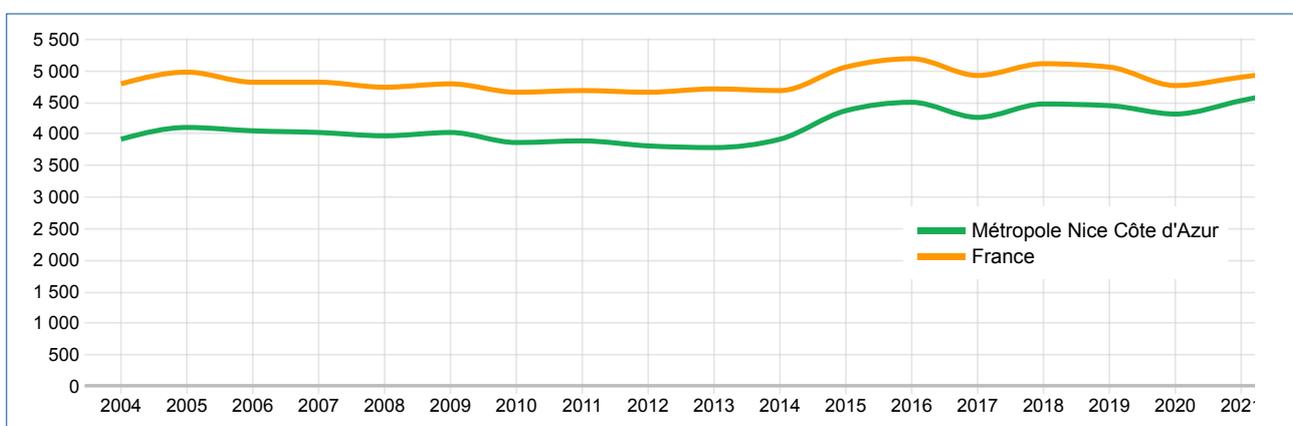


Figure 66 : Evolution du niveau d'activité moyen par médecin généraliste libéral actif au sein de la métropole et en France entre 2004 et 2022 (Source : FNPS, 2004-2022)

1.6 Le zonage conventionnel des médecins généralistes

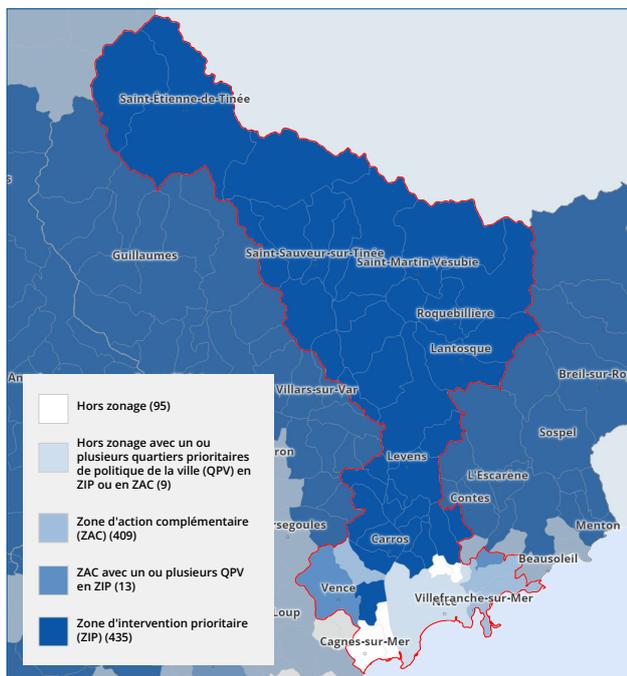


Figure 67 : Zonage conventionnel des médecins-généralistes dans la métropole Nice Côte d'Azur 2022 (Source : CNAMTS - ARS 2022)

Le nouveau zonage de la région Paca a été arrêté le 02 février 2022, après concertation et validation par la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA), l'Assurance maladie et l'Union régionale des professionnels de santé médecin libéraux (URPS-ML).

Parmi les communes de la métropole, 32 sont situées en Zone d'intervention prioritaire (ZIP)⁵, 9 en Zone d'action complémentaire (ZAC)⁶ et 5 communes sont hors zonage⁷. L'ensemble du Haut Pays et la grande majorité du Moyen Pays sont situés en Zone d'Intervention Prioritaire. Toutes les communes situées hors zonage sont sur le littoral. Par ailleurs, deux quartiers prioritaires sont classés ZIP (la Condamine à Drap et Centre à Vence) et huit ZAC (Las Planas, Résidence sociale Nicéa, les Moulins - le Point du Jour, les Sagnes, Centre, Paillon, Ariane - le Manoir et Palais des Expositions à Nice).

5 Bairols, Belvédère, La Bollène-Vésubie, Bonson, Le Broc, Carros, Castagniers, Châteauneuf-Villevieille, Clans, Colomars, Duranus, Gattières, La Gaude, Gillette, Ilonse, Isola, Lantosque, Levens, Marie, Rimplas, Roquebillière, La Roquette-sur-Var, Roubion, Roure, Saint-Blaise, Saint-Dalmas-le-Selvage, Saint-Étienne-de-Tinée, Saint-Martin-du-Var, Saint-Martin-Vésubie, Saint-Sauveur-sur-Tinée, La Tour, Tournefort, Tourrette-Levens, Utelle, Valdeblone et Venanson

6 Beaulieu-sur-Mer, Cap-d'Ail, Drap, Èze, Saint-Jean-Cap-Ferrat, Saint-Jeannet, La Trinité, Vence et Villefranche-sur-Mer

7 Cagnes-sur-Mer, Falcon, Nice, Saint-André-de-la-Roche et Saint-Laurent-du-Var

2. LES AUTRES SPÉCIALITÉS MÉDICALES LIBÉRALES

2.1 L'offre et la répartition géographique des médecins spécialistes

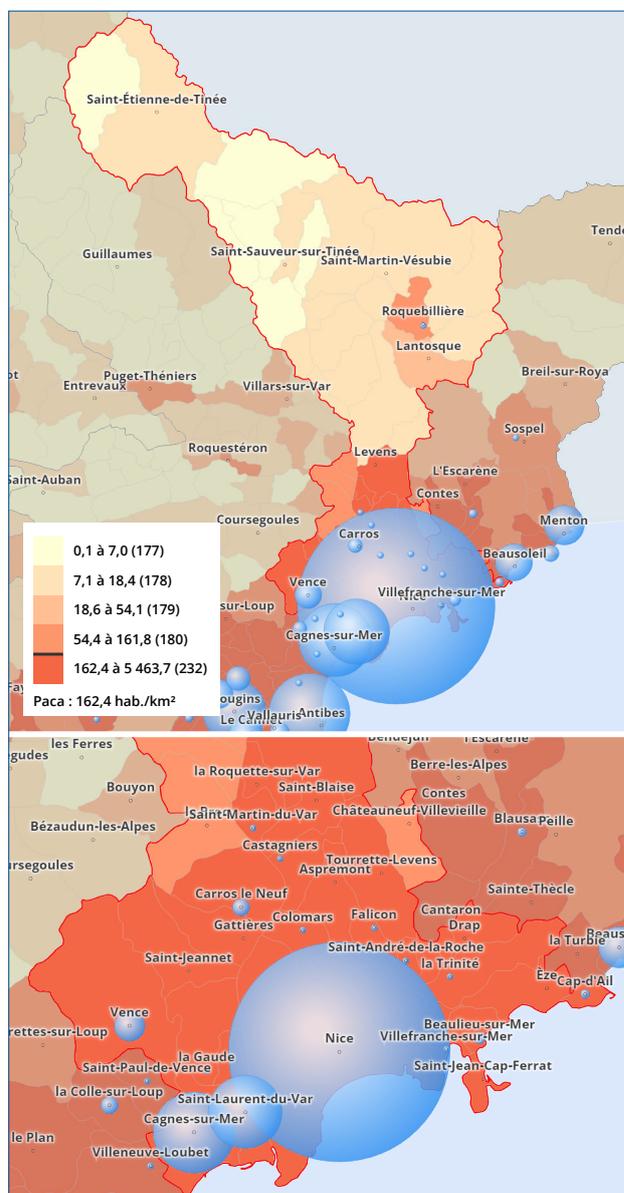


Figure 68 : Nombre de médecins spécialistes libéraux en 2021 (Source : DRSM Paca-Corse 2021) et densité de population (habitants par km²) par commune dans la métropole Nice Côte d'Azur (Source : Insee RP 2019)

En 2021, 941 médecins spécialistes libéraux (hors médecine générale) exerçaient dans la métropole Nice Côte d'Azur, correspondant à 61,1 % des effectifs des Alpes-Maritimes et 15,4 % de la région. La métropole présentait une densité de médecins spécialistes (174,2 spécialistes pour 100 000 habitants) largement supérieure à la moyenne régionale (120,5 pour 100 000).

Une des particularités de la métropole est que l'offre de médecins spécialistes libéraux (941 MS) est bien supérieure à l'offre de médecins généralistes libéraux (649 MG). Les médecins spécialistes (hors médecine générale) représentent ainsi 59,2 % de l'offre médicale du département, contre 53,3 % dans la région.

L'offre spécialisée est cependant inégalement répartie au sein de la métropole (Figure 68). En 2021, la plupart des médecins spécialistes étaient installés sur le littoral, notamment la commune de Nice (77,0 % de l'offre métropolitaine). A l'inverse, le Moyen Pays ne comptait que 24 spécialistes et le Haut Pays, un seul.

Ainsi, en 2021, le Haut et le Moyen Pays présentaient des densités de médecins spécialistes libéraux (respectivement 8,9 et 30,6 pour 100 000) largement inférieures aux densités relevées dans la métropole (174,2 pour 100 000) et dans la région (120,5 pour 100 000). A l'inverse, le littoral (197,5 pour 100 000) et notamment la commune de Nice (211,0 pour 100 000) présentaient des densités presque deux fois supérieures à la moyenne régionale.

2.2 Les temps d'accès aux médecins spécialistes

L'offre de spécialistes étant concentrée sur le littoral, les temps d'accès aux spécialistes augmentent au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la côte.

Par exemple, en 2022, dans la plupart des communes du littoral, il fallait en moyenne moins de 15 minutes pour accéder au cardiologue le plus proche, contre plus de 35 minutes dans le Haut Pays, voire plus d'1 heure dans les communes frontalières des Alpes-de-Haute-Provence (Figure 69).

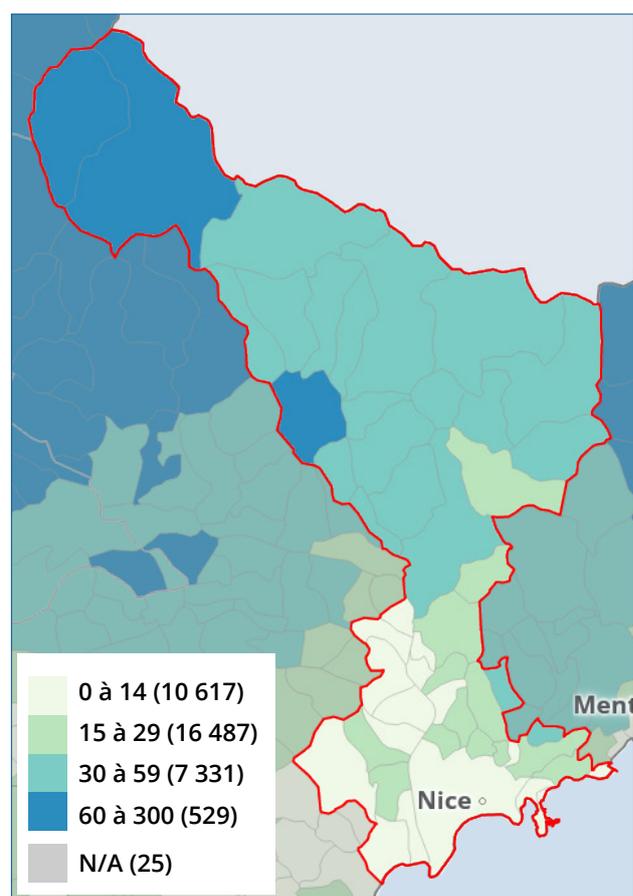


Figure 69 : Temps d'accès au cardiologue libéral le plus proche, 2022 (Source : FNPS - Insee - Distancier Métrix calculs ARS)

2.3 Le détail des spécialités

En 2021, les spécialités libérales les plus représentées au sein de la métropole en nombre de praticiens étaient la psychiatrie (130 spécialistes), la cardiologie (73 spécialistes), la radiologie (66 spécialistes) et la gynécologie obstétrique (65 spécialistes).

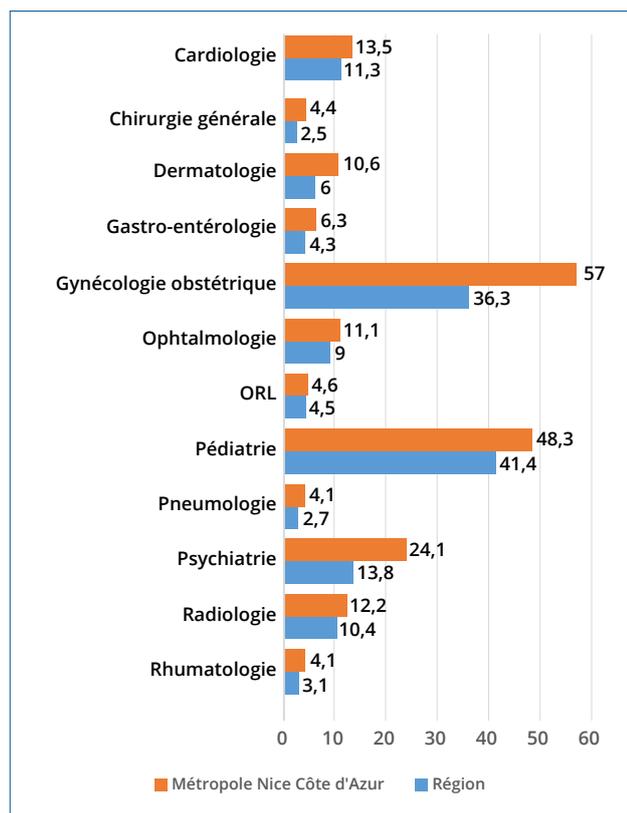


Figure 70 : Densité pour 100 000 habitants pour les principales spécialités libérales 2021 (DRSM Paca-Corse 2021)

Les densités relevées étaient supérieures à celles relevées dans la région pour les principales spécialités. Les écarts de densités relevés étaient particulièrement marqués pour certaines spécialités, comme la dermatologie (+77 %), la psychiatrie (+75 %) et la gynécologie obstétrique (+57 %) (Figure 70) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

2.4 Les caractéristiques des médecins spécialistes

→ Âge des médecins spécialistes

En 2021, 1 médecin spécialiste en exercice sur 2 (50,5 %) avait 55 ans ou plus, une proportion inférieure à la moyenne de la région (52,8 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

→ Mode conventionnel

En 2021, un peu plus d'un tiers des médecins spécialistes libéraux installés au sein de la métropole étaient en secteur 1 (37,2 %), une proportion nettement inférieure à la moyenne régionale (51,4 %). Par ailleurs, 62,2 % des médecins étaient en secteur 2 (région : 48,2 %) et 0,6 % étaient non conventionnés (région : 0,4 %). La commune de Cagnes-sur-Mer se démarquait par une proportion particulièrement élevée de spécialistes exerçant en secteur 2 (75,2 %).

→ Féminisation de la profession

En 2022, environ un tiers des médecins spécialistes étaient des femmes (34,4 %), une proportion proche de la moyenne régionale (35,4 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

2.5 L'évolution de l'effectif des médecins spécialistes

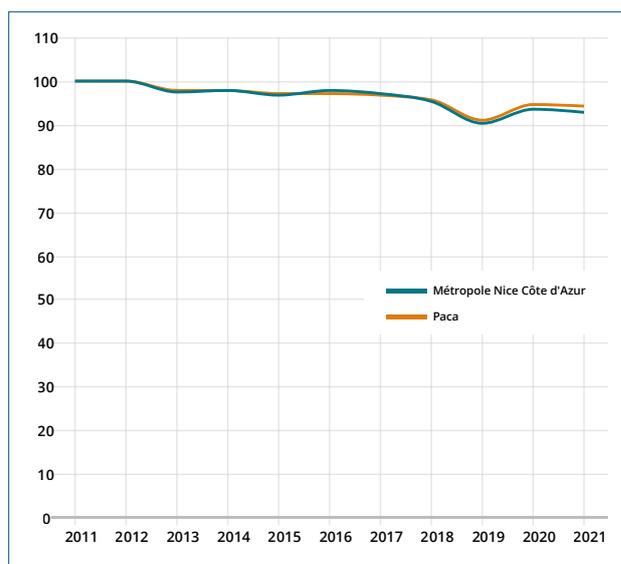


Figure 71 : Évolution du nombre de médecins spécialistes libéraux en exercice au sein de la métropole et dans la région entre 2011 et 2021 (Source : DRSM Paca-Corse, 2011-2021)

Sur la période 2011-2021, l'effectif de médecins spécialistes au sein de la métropole a diminué de 5,2 %, un peu plus rapidement que dans la région (-3,0 %) (Figure 71).

3. LES AUTRES PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

3.1 L'offre et répartition des professionnels de santé

La métropole Nice Côte d'Azur dispose d'une offre de professionnels paramédicaux importante (Tableau 4). Elle présente des densités supérieures aux moyennes régionales pour la plupart des professions médicales et paramédicales, à l'exception des sages-femmes. Cependant, on observe des différences importantes selon les territoires : le littoral est le sous-territoire le plus doté. A l'inverse, le Haut Pays, zone la moins dotée, ne comptait que 2 orthophonistes et ne comptait aucune sage-femme en activité (Source : DRSM Paca-Corse 2021). Au cours des 5 dernières années, l'offre a augmenté pour la plupart des professions, sauf pour les infirmiers et les pharmacies (Source : FNPS 2022).

Tableau 4 : Nombre et densité pour 100 000 des principales professions paramédicales et autres professions de santé, 2016 - 2022 (Source : DRSM Paca-Corse 2021 – FNPS 2022)

	Nombre	Évolution 2016-2021	Densité MNCA	Densité Région
Infirmiers	1 543	-52	280	267
Masseurs-kinésithérapeutes	1 005	+59	183	172
Chirurgiens-dentistes	557	+15	101	74
Orthophonistes	101	+29	50,9	41,6
Sages-Femmes	63	+7	22	24
Pédicures-podologues	121	+14	22,4	21,3
Pharmacies	232	-9	56,3	47,6

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

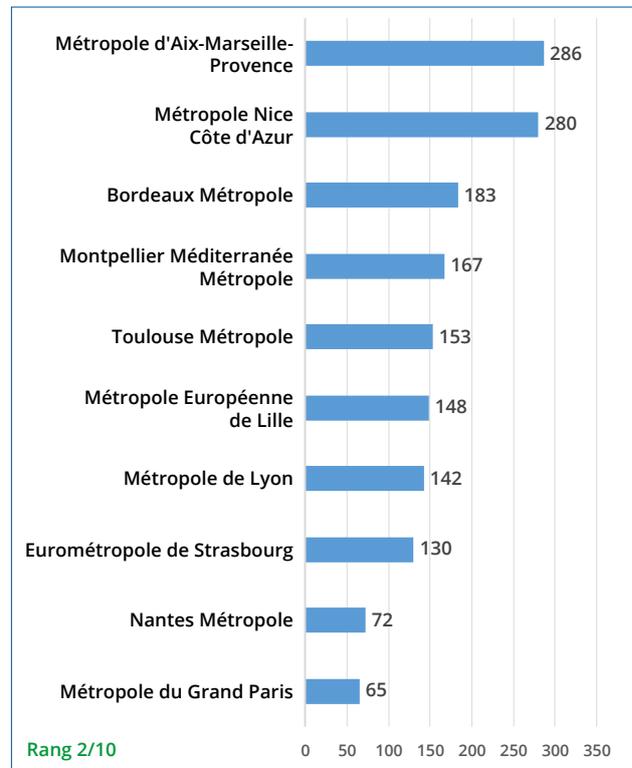


Figure 72 : Densité d'infirmiers pour 100 000 habitants dans les métropoles 2022 (FNPS - INSEE 2022)

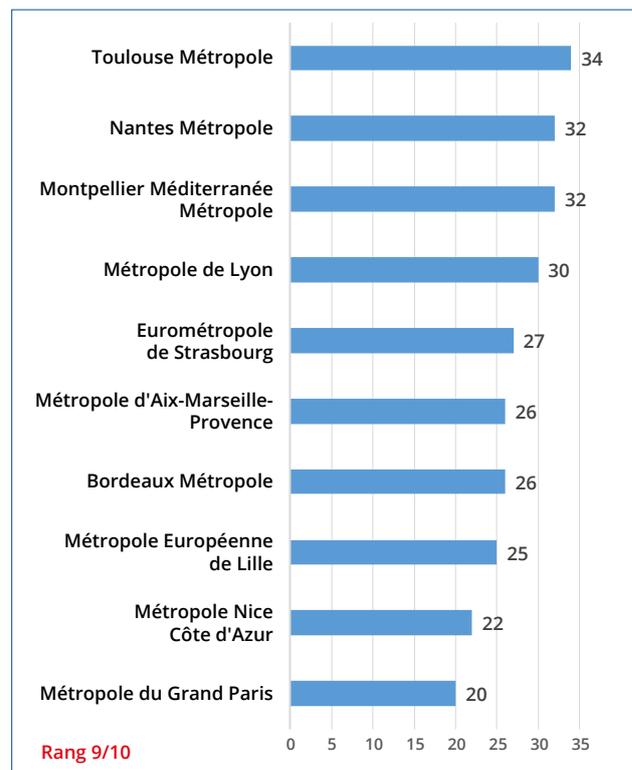


Figure 73 : Densité de sages-femmes pour 100 000 femmes âge de reproduire dans les métropoles 2022 (FNPS - INSEE 2022)

3.2 Les temps d'accès aux autres professions médicales et paramédicales

Tableau 5 : Temps d'accès aux autres professions médicales et paramédicales selon les communes de la métropole Nice CA (en minutes) 2022 (Source : FNPS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2022)

Professions médicales et paramédicales	Temps d'accès (min-max) Métropole Nice Côte d'Azur	Population à plus de 10 mn du professionnel de santé le plus proche (nombre et %)
Infirmiers	0 à 45 min	Près de 4 800 habitants : 0,8 % de la population
Masseurs-kinésithérapeutes	0 à 47 min	Environ 6 900 habitants : 1,4 % de la population
Chirurgiens-dentistes	0 à 62 min	Près de 17 000 habitants : 3,0 % de la population
Orthophonistes	0 et 59 min	Environ 25 000 habitants : 4,6 % de la population
Sages-femmes	0 à 97 min	Environ 63 000 habitants : 11,4 % de la population

En 2022, les temps d'accès aux principales professions médicales et paramédicales au sein de la métropole Nice Côte d'Azur étaient très variables selon la commune de résidence. Globalement, les communes situées dans les zones littorales bénéficiaient des temps de trajet les plus courts. A l'inverse, les communes du Haut Pays **étaient les plus éloignées** de l'offre. Les professions de santé qui posaient le plus de problématiques d'accès aux soins étaient les sages-femmes, loin devant les orthophonistes et les chirurgiens-dentistes (Tableau 5).

3.3 Les zonages conventionnels

➔ Zonage des infirmiers libéraux

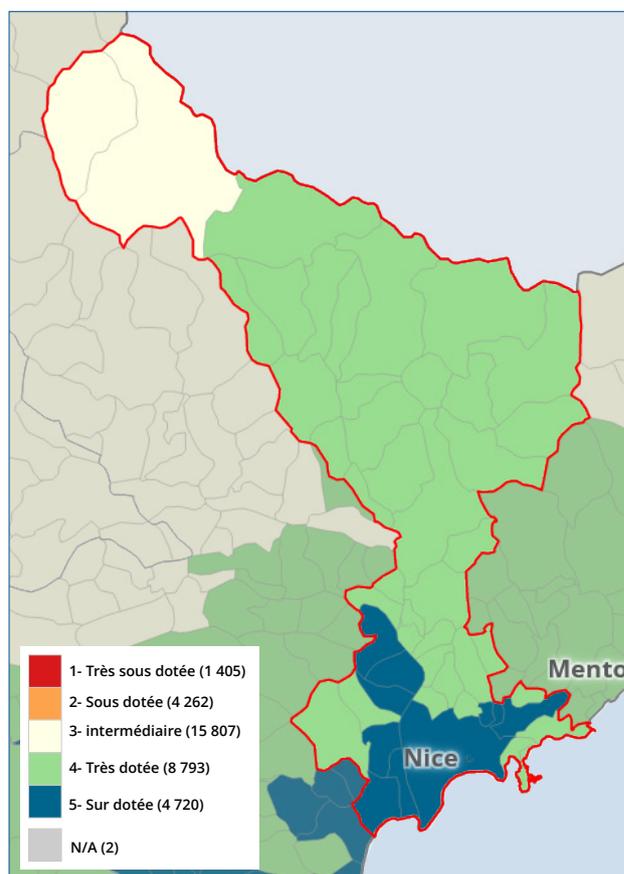


Figure 74 : Zonage conventionnel des infirmiers libéraux, août 2020 (Source : CNAMTS - ARS 2020)

D'après le zonage conventionnel datant du 18 août 2020 (Figure 74), la métropole ne compte aucune commune très sous-dotée ou sous-dotée en infirmiers libéraux. La majorité des communes de la métropole (78,4 %) sont considérées comme « très dotées ».

➔ Zonage des chirurgiens-dentistes libéraux

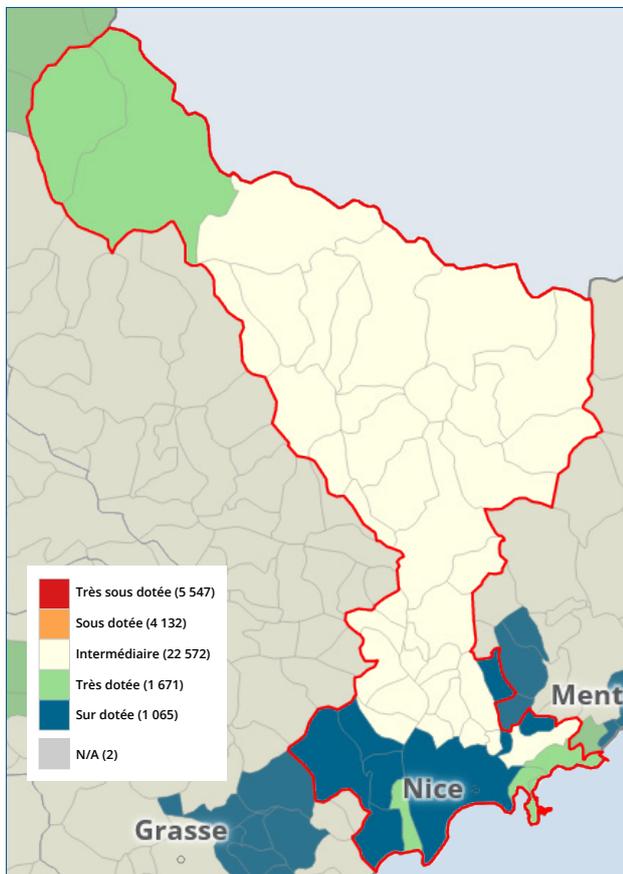


Figure 75 : Zonage conventionnel des chirurgiens-dentistes dans la métropole Nice Côte d'Azur, octobre 2013 (Source : CNAMTS – ARS 2013)

D'après le zonage datant du 23 octobre 2013 (Figure 75), la métropole ne compte aucune commune très sous-dotée ou sous-dotée en chirurgiens-dentistes. La majorité des communes de la métropole (70,6 %) sont classées en « zone intermédiaire ».

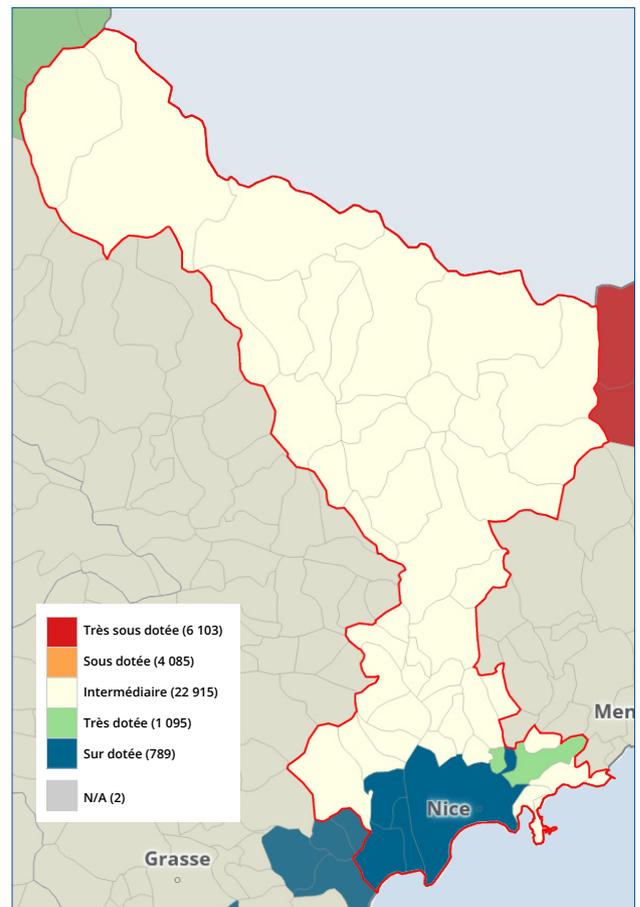


Figure 76 : Zonage conventionnel des masseurs-kinésithérapeutes dans la métropole Nice Côte d'Azur, avril 2019 (Source : CNAMTS – ARS 2019)

D'après le zonage datant du 9 avril 2019 (Figure 76), la métropole ne compte aucune commune très sous-dotée ou sous-dotée en masseurs-kinésithérapeutes. La plupart des communes de la métropole (88,2 %) sont classées en « zone intermédiaire ».

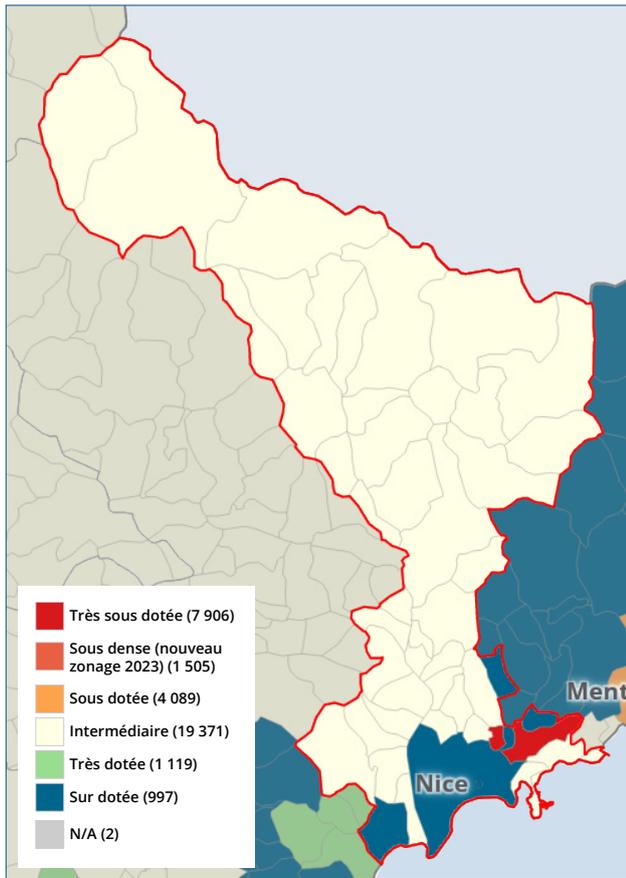


Figure 77 : Zonage conventionnel des orthophonistes dans la métropole Nice Côte d'Azur, janvier 2019 (Source : CNAMTS – ARS 2019)

D'après le zonage datant du 10 janvier 2019 (Figure 77), la métropole compte 2 communes très sous-dotées en orthophonistes, la Trinité et Saint-André-de-la-Roche. Sinon, la plus grande partie de la métropole est classée en zone intermédiaire.

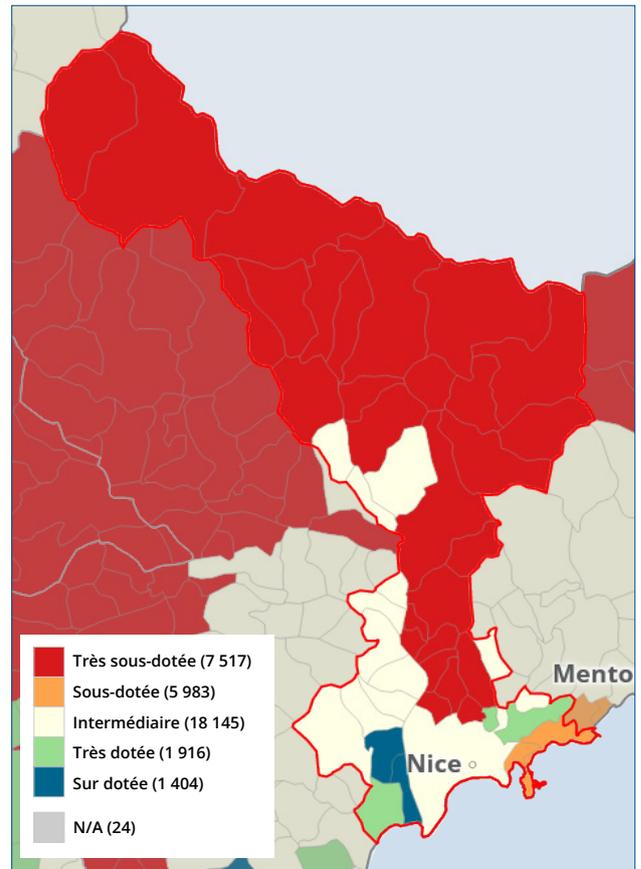


Figure 78 : Zonage conventionnel des sages-femmes dans la métropole Nice Côte d'Azur, août 2020 (Source : CNAMTS – ARS 2020)

D'après le zonage datant du 18 août 2020 (Figure 78), la métropole compte 28 communes très sous-dotées en sages-femmes, soit plus de la moitié des communes de la métropole (55 %). Ces communes sont localisées dans le Moyen et le Haut Pays. Par ailleurs, 4 communes du littoral (Beaulieu-sur-Mer, Cap-D'ail, Saint-Jean-Cap-Ferrat et Villefranche-sur-Mer) sont considérées comme « sous-dotées » en sages-femmes.

3.4 Les centres de santé

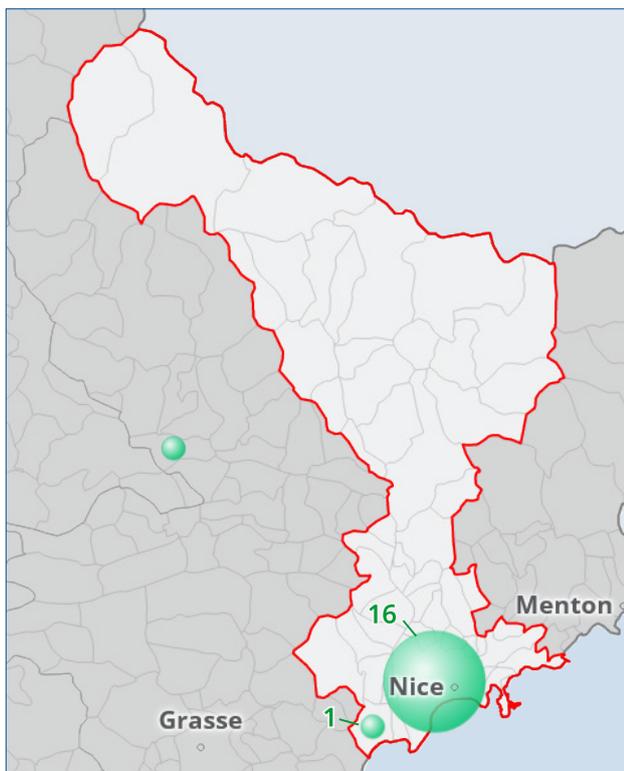


Figure 79 : Nombre de centres de santé polyvalents, 2022 (Source : FINESS 2022)

Fin 2022, 17 centres de santé polyvalents étaient en activité au sein de la métropole Nice Côte d'Azur. Parmi eux, tous étaient situés sur le littoral, à Nice (n=16) et Cagnes-sur-Mer (n=1) (Figure 79). Le territoire comptait également 9 Centre de Soins Dentaires (CSD), là encore tous localisés sur le littoral (7 à Nice et 2 à Saint-Laurent-du-Var) (Source : FINESS 2022).

En 2021, 3,7 % des actes de médecine générale de la métropole avaient été réalisés dans des centres de santé, une proportion un peu plus importante que dans la région (3,3 %) (Source : SNDS 2021).

3.5 Les soins non programmés

➔ Permanence des soins ambulatoires

Le département des Alpes-Maritimes est divisé en 25 territoires de permanence des soins ambulatoires (PDSA), dont 1 secteur interdépartemental commun aux Alpes-de-Haute-Provence. Sur ce territoire, l'organisation est la suivante :

- ➔ 39 lignes de garde actives les soirs de 20h à minuit en semaine et 40 le week-end ;
- ➔ 23 lignes de garde actives de minuit à 8h en semaine et le week-end ;
- ➔ 45 lignes de garde actives le samedi après-midi ;
- ➔ 45 lignes de garde actives les dimanches, jours fériés en journée et 42 lignes les journées de pont.

En 2022, 48 médecins généralistes participaient à la PDSA au sein de la métropole (Tableau 6). A noter qu'aucun médecin ne participait à la PDSA dans le secteur de Tourette-Levens et une baisse du nombre de médecins participant à la PDSA dans le secteur de Roquebilière Vésubie.

➔ Visites à domicile

Plusieurs structures assurent les visites à domicile dans le secteur de Nice :

- ➔ SOS Médecins de Nice, dans les secteurs de Nice, Saint-André, la Trinité, Drap, Villefranche, Saint-Jean et Beaulieu-sur-Mer, 7 jours sur 7 ;
- ➔ L'association Nice médecins de garde et d'urgence, dans les secteurs de Nice, Villefranche-sur-Mer, Beaulieu-sur-Mer et Eze-sur-Mer, 7 jours sur 7 ;
- ➔ L'association de Saint-Laurent-du-Var, dans les communes de Saint-Laurent-du-Var, la Colle-sur-Loup, Cagnes-sur-Mer, Saint-Paul-de-Vence et Villeneuve-Loubet, en semaine de 8h à 14h, les samedis, dimanches et jours fériés de 8h à minuit.

Tableau 6 : Etat des lieux de la permanence des soins ambulatoires au sein de la métropole de Nice (source : CNR Santé de Nice)

Etat des lieux PDSA CNR santé NICE (Nice agglomération et territoire métropole Nice Côte d'Azur)				
Secteur PDSA	nb MG en PDSA en 2014	% réalisation PDSA - octobre 2014	nb MG en PDSA en 2022	% réalisation PDSA - octobre 2022
NICE AGGLO 06015 (incluant Carros - La Gaude et Villefranche sur Mer)	37	100%	38	65%
ROQUEBILLIERE - VESUBIE 06017	4	100%	4	50%
VALDEBLORE - TINEE 06020	4		2	100%
ST ETIENNE DE TINEE (HAUTE TINEE et Isola 2000) 06018 (et 012)	3	100%	4 (et 2 remplaçants)	100%
TOURRETTE LEVENS - 06019	0	0	0	0 %

➔ Cabinets à horaires élargis

L'agglomération de Nice compte également plusieurs cabinets à horaires élargis : le centre de consultation SOS pédiatrie de la Polyclinique Saint-Georges à Nice, l'espace de santé de Carros, la maison médicale MMF Santé de Saint-Martin-du-Var, les Centres C7 L'Ariane, Nice Ouest, Nice Centre et le Port à Nice et de Cagnes-sur-Mer, ainsi que le Centre Maeday Nice Ouest Méridia.

3.6 L'exercice coordonné

En juin 2023, la métropole Nice Côte d'Azur compte 12 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) labellisées : la moitié d'entre elles sont situées sur le littoral (5 à Nice et 1 à Saint-Laurent-du-Var), alors que 3 sont situées dans le Moyen Pays (Gattières, La Trinité et Levens) et 3 dans le Haut Pays (Roquebillière, Saint-Etienne-de-Tinée et Valdeblore). Par ailleurs, la métropole est couverte par 6 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), qui couvrent le littoral (CPTS Nice Nord et ses collines, Nice Ouest Vallée, Nice Centre et Nice Est), le Moyen Pays (CPTS des Baous, Vallée des Paillons, de la Banquière et du Férion) et le Haut Pays (CPTS Tinée Vésubie) (Figure 80).

Impacts sanitaires : les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles

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 sous-dotés médicalement (79). Les MSP semblent contribuer au maintien et au développement de l'offre de soins dans les territoires sous-dotés, notamment par qu'elles attirent les jeunes médecins généralistes (80). La qualité des soins et des services rendus y serait également plus élevée que celle observée en exercice isolé (81,82).

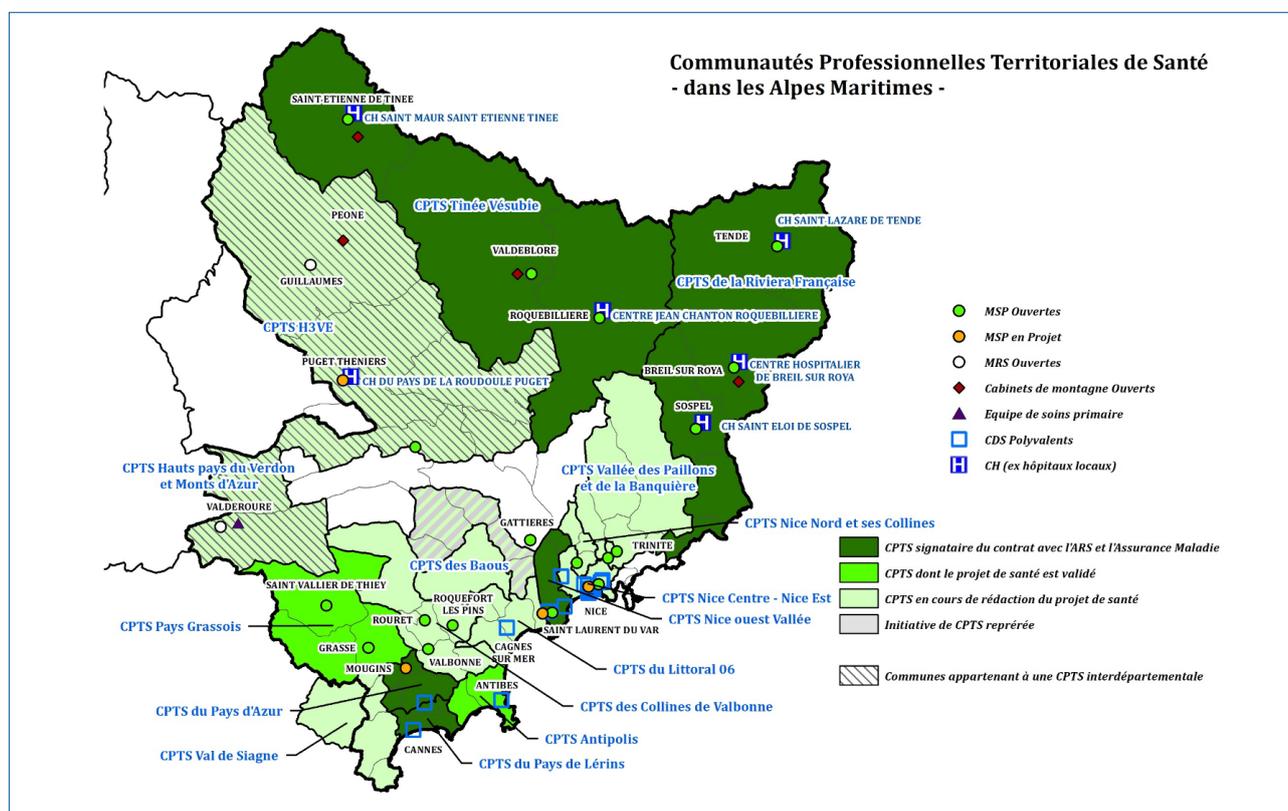


Figure 80 : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé et Maisons de Santé Pluriprofessionnelles ouvertes et en projet dans les Alpes-Maritimes, janvier 2023 (Source : Agence Régionale de Santé - DPRS - Département des Études, Enquêtes et Évaluations 2023)

3.7 Les consultations avancées et la télémédecine

Des consultations avancées de spécialistes ou des dispositifs de télémédecine ont été mises en place dans des hôpitaux de proximité ou dans des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles dans les Moyen et Haut Pays, dans le cadre de conventions avec le Groupement Hospitalier de Territoire des Alpes-Maritimes (GHT 06) (Figure 81). Ces dispositifs ont pour vocation de faciliter l'accès à des consultations spécialisées dans des territoires éloignés de l'offre de spécialistes. Par ailleurs, des projets sont en cours de développement sur les hôpitaux de Roquebillière et de Saint-Etienne-de-Tinée.

4. L'OFFRE DE SOINS HOSPITALIÈRE

4.1 L'accès aux services d'urgences

En 2023, 6 services d'urgences sont en activité dans la métropole Nice Côte d'Azur, dont 1 service pédiatrique, soit un taux d'équipement d'1,0 service d'urgences pour 100 000 habitants, équivalent à celui de la région. Tous les services d'urgences sont localisés sur la bande littorale : 4 à Nice (dont 1 pédiatrique), 1 à Saint-Laurent-du-Var et 1 à Cagnes-sur-Mer (Figure 82) (Source : Finess 2023 - Insee, BPE 2021).

Par ailleurs, deux maisons médicales de garde sont ouvertes à Nice, l'une pour les adultes au CHU Pasteur et l'autre pour les enfants au CH Lenval.

En 2022, le temps d'accès au service d'urgences le plus proche variait entre 0 à 105 minutes selon la commune de résidence. Les villes de l'ouest du littoral (Nice, Saint-Laurent-du-Var et Cagnes-sur-Mer) et les communes de la première couronne du Moyen Pays bénéficiaient des temps d'accès les plus courts. En revanche, les temps de trajet étaient plus élevés dans les communes du Moyen et du Haut Pays. Ainsi, 48 510 habitants, soit 8,8 % de la

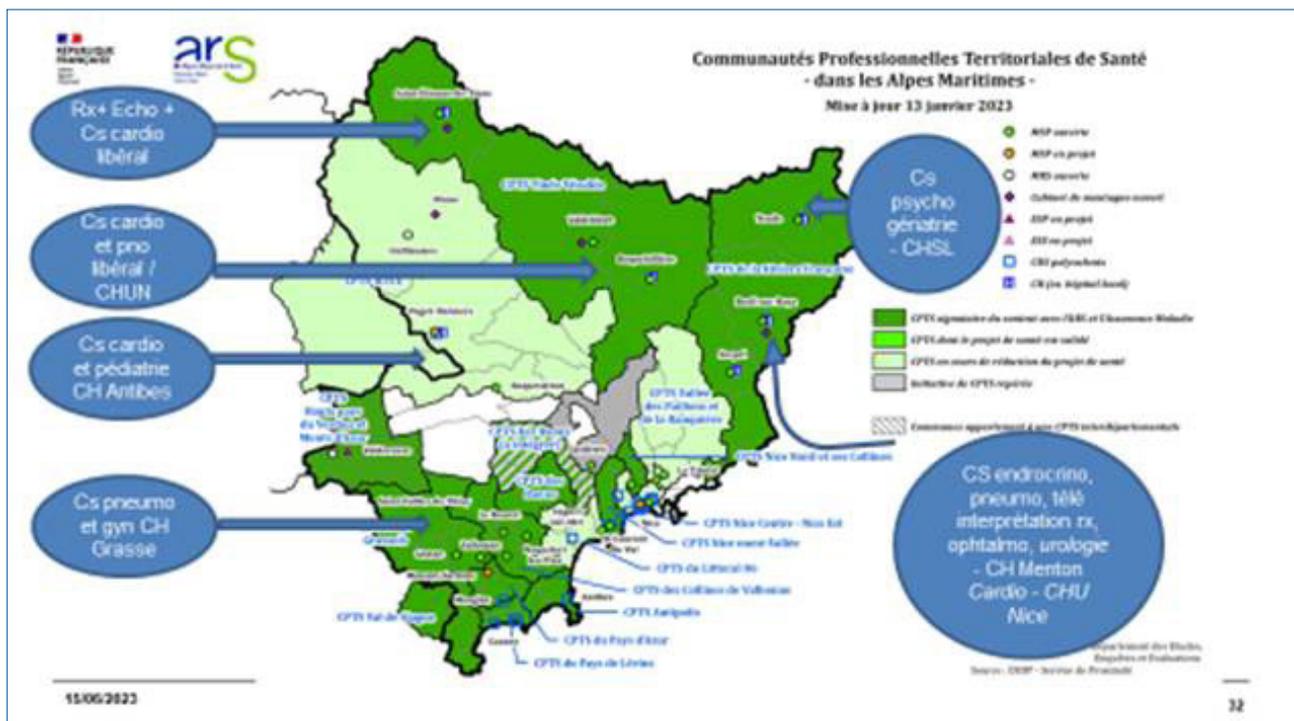


Figure 81 : Consultations avancées et dispositifs de télémédecine dans les Alpes-Maritimes au 1^{er} janvier 2023 (Source : ARS PACA, 2023)

population, devait parcourir au moins 30 mn de trajet pour atteindre le service d'urgences le plus proche et 6 959 habitants, soit 1,0 % de la population, plus d'1 heure (Figure 83) (Source : FNPS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2022).

Dans les territoires éloignés des services d'urgence, notamment dans les zones montagneuses du Haut Pays, le déploiement d'un réseau de Médecins

Correspondants du Samu (MCS) animé par le Centre Hospitalier Universitaire de Nice constitue l'un des dispositifs permettant de sécuriser les prises en charge en urgence de patients en vallée et d'améliorer les temps d'accès à un SMUR (Figure 84). Ils complètent les médecins sapeurs-pompiers volontaires, historiquement présents dans les Alpes-Maritimes (83).

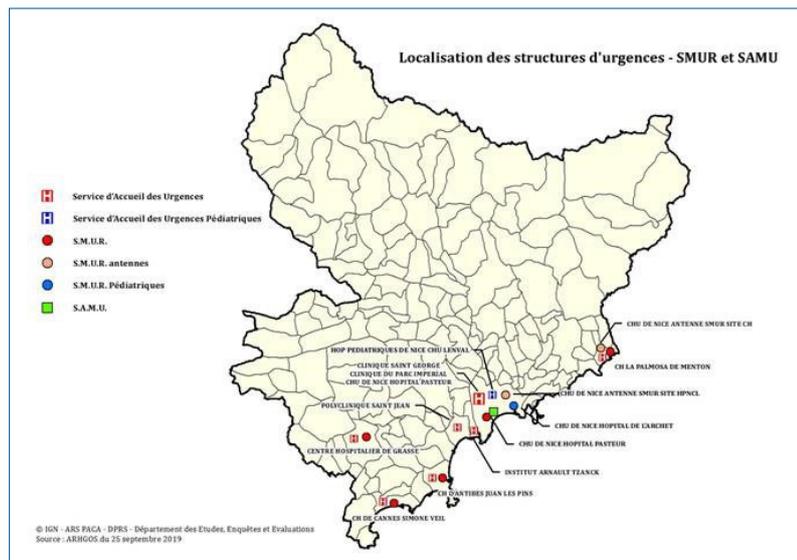


Figure 82 : Localisation des structures d'urgences, SMUR et SAMU dans les Alpes-Maritimes (Source : ARS PACA DPRS – département des études, enquêtes et évaluations)

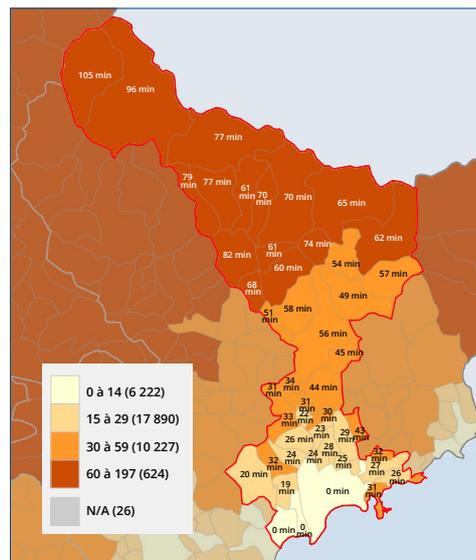


Figure 84 : Médecins Correspondants du Samu des Alpes-Maritimes, 1^{er} janvier 2023 (Source : ARS PACA, 2023)

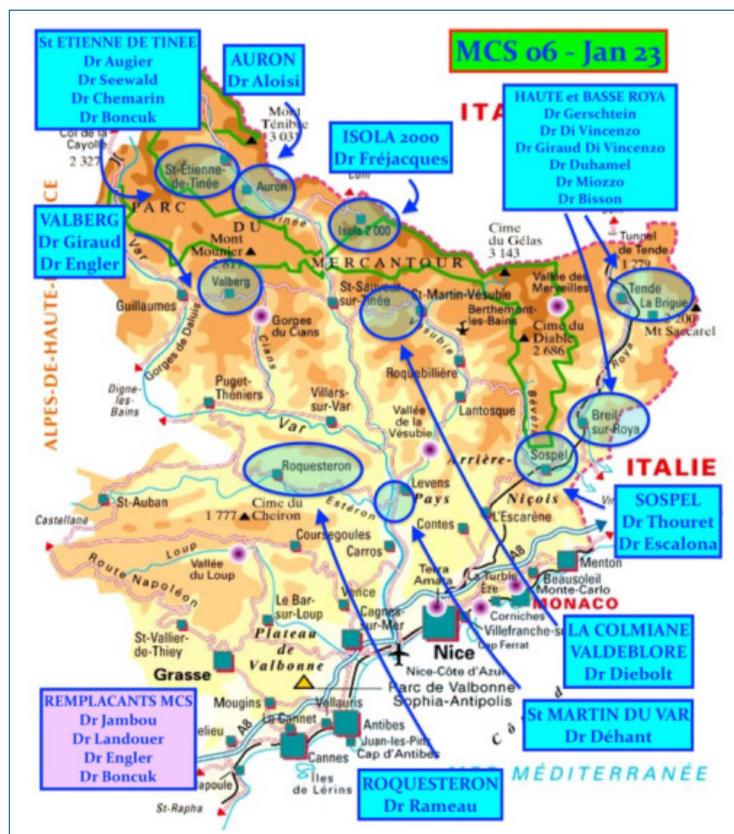


Figure 83 : Temps d'accès par commune aux services d'urgences dans la métropole Nice Côte d'Azur (Source : FNPS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2022)

4.2 Le taux de passage aux urgences dans les Alpes-Maritimes

En 2022, 350 344 passages aux urgences ont été enregistrés dans les Alpes-Maritimes : ils représentaient 1 passage de la région sur 5 (19,6 %). Le département occupait le 2^e rang concernant les taux de passage aux urgences chez les moins de 18 ans (27,8 %) derrière les Bouches-du-Rhône (28,5 %), mais aussi chez les 75 ans ou plus (16,3 %), derrière le Var (16,9 %). L'activité des services d'urgences est variable selon les années, mais on constate cependant une augmentation de la sévérité des patients et de l'activité en soirée et en nuit profonde. La plupart des services d'urgences du département enregistrent un pic d'activité pendant la saison estivale. En 2022, les recours aux urgences en juillet-août représentaient 20,4 % des passages annuels.

Enfin, les deux services d'urgences (adultes et pédiatriques) les plus fréquentés de la région en 2022 sont localisés au sein de la métropole : il s'agit des services d'urgences du CHU Nice Pasteur (81 929 passages) et de l'hôpital Lénval (58 572 passages).

4.3 Les établissements sanitaires

En 2020, le département des Alpes-Maritimes comptait 73 établissements sanitaires (21 % de l'offre régionale), dont 3 sur 4 (75 %) étaient dans le secteur privé (Tableau 6). Même si la majorité des établissements de santé du département sont localisés sur la bande littorale, le Moyen Pays et le Haut Pays sont maillés en centres hospitaliers de proximité (sauf la vallée de l'Estéron). Cependant, certains établissements sont de première importance en médecine chirurgie obstétrique (exemple : Grasse), alors que d'autres constituent des établissements de soins de suite spécialisés (exemple des établissements de Levens et Vence) (Source : SAE 2020, exploitation FNORS).

Tableau 6 : Nombre d'établissements sanitaires publics et privés ayant eu une activité au cours de l'année au sein des Alpes-Maritimes, 2022 (Source : SAE 2022, exploitation FNORS)

Secteur public		
	Alpes-Maritimes	Région
Centre hospitalier régional (CHR/CHU)	5	18
Centre hospitalier (CH) (dont anciens hôpitaux locaux)	12	63
Établissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	0	6
Autre unité du service public	0	2
Ensemble du secteur public	17	89
Secteur privé		
Etablissement de soins de courte durée	12	63
Centre de lutte contre le cancer	2	4
Établissement de lutte contre les maladies mentales (y compris CHS)	6	27
Établissement de soins de suite et de réadaptation	21	90
Centre de dialyse	10	51
Autre établissement privé	5	22
Ensemble du secteur privé	56	257
Ensemble des établissements sanitaires publics et privés	73	346
Dont établissements ayant une maternité	7	37

4.4 La capacité hospitalière

Tableau 7 : Taux d'équipement par spécialité pour 10 000 habitants dans les Alpes-Maritimes, 2021 (Source : DREES, SAE, Insee RP 2021)

	Métropole Nice Côte d'Azur		Taux d'équipement région	Taux d'équipement France
	Nombre de lits/places	Taux d'équipement		
Médecine Chirurgie Obstétrique	2 740	49,8	39,8	34,5
Soins de suite et de réadaptation	1 042	18,9	23,9	nd
Soins de longue durée	136	20,3	32,2	48,1
Psychiatrie	871	15,8	14,6	12,5
• Psychiatrie générale	759	11,9	12,0	9,7
• Psychiatrie infanto-juvénile	100	1,7	1,6	1,7
Hospitalisation à domicile	330	6,0	3,5	3,4

En 2021, la métropole Nice Côte d'Azur présentait des taux d'équipement hospitalier supérieurs aux moyennes départementales et régionales pour la plupart des spécialités, sauf pour les soins de longue durée (20,3 places pour 10 000, contre 32,2 pour 10 000 dans la région et 48,1 pour 10 000 en France) et les soins de suite et de réadaptation (18,9 places pour 10 000, contre 23,9 dans la région) (Tableau 7).

L'offre hospitalière est inégalement répartie au sein de la métropole : elle est concentrée sur le littoral, à l'exception des soins de suite et de réadaptation, davantage présents dans le Moyen et le Haut Pays (Source : Drees, SAE - Insee RP 2021).

4.5 L'accès aux établissements sanitaires

Le temps d'accès aux établissements sanitaires pour les différentes spécialités est très variable selon la commune de résidence. Les communes du littoral sont les plus proches de l'offre et sont situées entre 0 à 14 minutes des différentes spécialités. En revanche, les communes du Haut Pays en sont les plus éloignées, avec des temps de trajet souvent supérieurs à 30 mn, voire à 1h (Figures 85 à 88).

Impacts sanitaires : le virage ambulatoire des établissements sanitaires

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 (84).

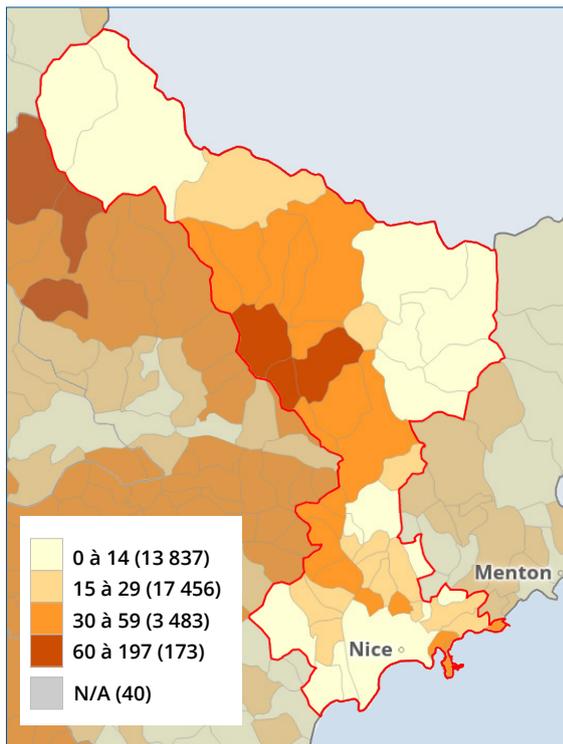


Figure 85 : Temps d'accès aux services de soins de suite par commune dans la métropole Nice Côte d'Azur 2022 (Source : FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2022)

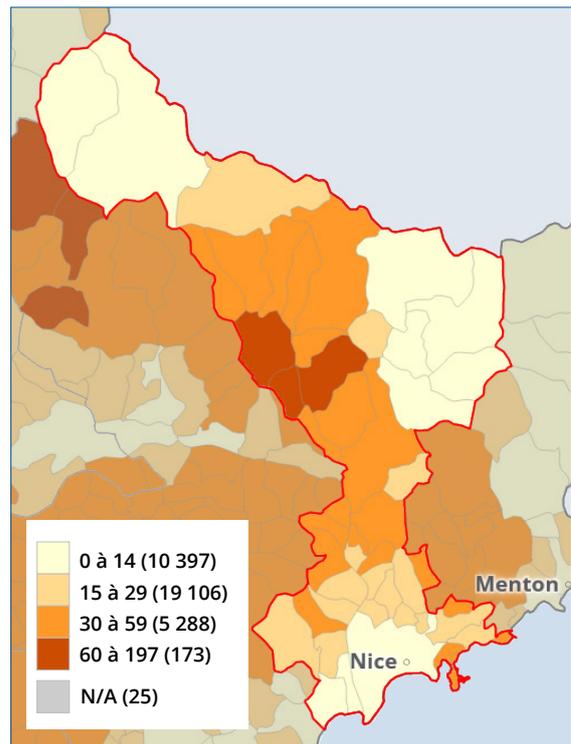


Figure 86 : Temps d'accès aux services de médecine par commune dans la métropole Nice Côte d'Azur 2022 (Source : FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2022)

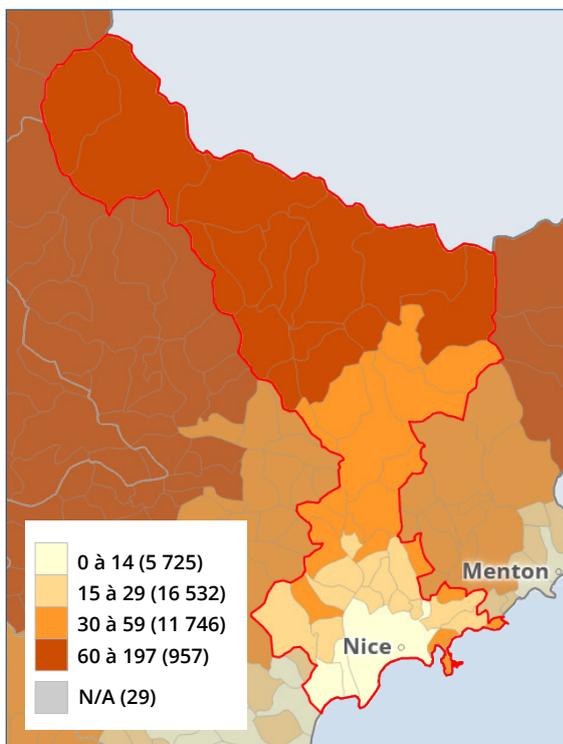


Figure 87 : Temps d'accès aux services de chirurgie par commune dans la métropole Nice Côte d'Azur 2022 (Source : FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2022)

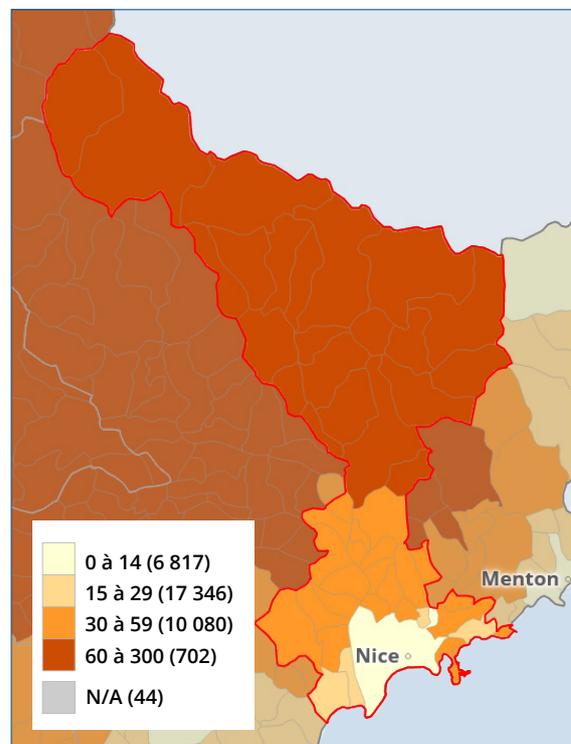


Figure 88 : Temps d'accès aux services de longs séjours par commune dans la métropole Nice Côte d'Azur 2022 (Source : FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS 2022)

5. L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

Les établissements et services médico-sociaux ont pour mission d'apporter un accompagnement et une prise en charge aux publics dits « fragiles », en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance.

5.1 Les structures d'hébergement et services pour personnes âgées

Les établissements et services accueillent des personnes âgées en perte d'autonomie ou ils leur apportent une assistance dans les actes de la vie quotidienne, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale à leur domicile. Ces établissements et services comprennent les structures d'hébergement, les services de soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile.

En 2023, la métropole est moins bien équipée que la région et que la France pour les différents types de structures d'hébergement et services médico-sociaux pour les personnes âgées (Tableau 8). L'écart à la moyenne nationale est particulièrement marqué pour les EHPA/EHPAD (71,5 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, contre 94,1 en France), les logements foyers (3,9 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, contre 18,4 en France) et les hébergements temporaires (0,5 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus, contre 2,2 en France).

Le Moyen et le Haut Pays sont mieux équipés en EHPA/EHPAD que le littoral, sauf dans l'ESP de Valdeblorre qui ne dispose d'aucune structure. La tendance inverse est relevée pour les logements foyers, qui ne sont représentés que sur la bande littorale. En ce qui concerne les services de soins infirmiers à domicile, 3 ESP du Haut Pays (ESP de Saint-Etienne-de-Tinée et de Saint-Sauveur-sur-Tinée) et du Moyen Pays (ESP de Tourrette-Levens) ne sont pas pourvus. Enfin, les accueils de jour et les hébergements temporaires sont principalement présents dans le Moyen Pays et sur le littoral.

Tableau 8 : Nombre de places et taux d'équipement (pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus), 2023 (Source : Drees, Finess (data.gouv.fr) - Insee, RP 2023)

	Nb de places	Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus		
		Métropole Nice Côte d'Azur	Région	France
EHPA/EHPAD	4 799	71,5	79,8	94,1
Logements foyers	264	3,9	14,1	18,4
Services de soins infirmiers à domicile	1 136	16,9	16,7	19,2
Accueil de jour	131	2,0	2,1	2,5
Hébergement temporaire	33	0,5	1,2	2,2

5.2 Les structures d'hébergement pour les adultes avec un handicap

Les établissements et services médico-sociaux qui accueillent les personnes en situation de handicap proposent un accueil et un accompagnement médico-social favorisant le développement, l'autonomie et l'insertion des personnes avec un handicap.

En 2023, la métropole disposait de 718 places dans des structures d'hébergement pour les adultes avec un handicap, soit un taux d'équipement de 2,7 places pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans, largement inférieur à la moyenne régionale (4,2 pour 1 000). Les taux d'équipement en Maisons d'accueil spécialisé et en établissements d'accueil médicalisés étaient proches des moyennes régionales et nationales, contrairement à la capacité en établissements d'accueil non médicalisés, plus de 2 fois inférieure aux moyennes régionale et nationale (Tableau 9) (Source : Finess - Insee, RP 2023).

5.3 Les structures de prise en charge pour les enfants avec un handicap

En 2023, la métropole disposait de 1 251 places dans des structures de prise en charge pour les enfants avec un handicap, soit un taux d'équipement de 10,6 places pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans, légèrement supérieur à la moyenne régionale (10,0 pour 1 000). Les taux d'équipement en Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), en établissements pour déficients moteurs et sensoriels, en Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) étaient supérieurs à la moyenne régionale. Par contre, la métropole ne disposait d'aucun Centre d'action médico-sociale précoce et présentait un taux d'équipement en Instituts médico-éducatifs inférieur à la moyenne régionale (2,9 places pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans, contre 3,8 dans la région) (Tableau 10) (Source : Finess - Insee, RP 2023).

Tableau 9 : Nombre de places et taux d'équipement (pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans), 2023 (Source : Finess - Insee, RP 2023)

	Nb de places	Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 20 à 59 ans		
		Métropole Nice Côte d'Azur	Région	France
Maisons d'accueil spécialisées	233	0,9	0,9	0,7
Etablissements d'accueil médicalisés	157	0,6	0,7	0,6
Etablissements d'accueil non médicalisés	328	1,2	2,5	2,7
Ensemble des structures d'hébergement	718	2,7	4,2	nd

Tableau 10 : Nombre de places et taux d'équipement (pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans), 2023 (Source : Finess - Insee, RP 2023)

	Nb de places	Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de moins de 20 ans	
		Métropole Nice Côte d'Azur	Région
Instituts médico-éducatifs	346	2,9	3,8
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques	117	1,0	0,8
Établissements pour enfants ou adolescents polyhandicapés	51	0,4	0,5
Établissements pour déficients moteurs	157	1,3	0,3
Établissements pour déficients sensoriels	100	0,8	0,3
Services d'éducation spéciale et de soins à domicile	480	4,1	3,0
Centres d'action médico-sociale précoce	0	0,0	1,3
Ensemble des structures de prise en charge	1 251	10,6	10,0

PARTIE 4 : LE RECOURS AUX SOINS ET A LA PRÉVENTION

L'ESSENTIEL

Une proportion importante d'assurés sans médecin traitant déclaré ;

Un recours aux médecins généralistes et spécialistes plus élevé sur le littoral que dans le Moyen et le Haut Pays ;

8 % des assurés sans aucun recours aux soins au cours des 24 derniers mois, davantage que dans la région et qu'en France ;

Un recours aux antidépresseurs et aux neuroleptiques significativement plus élevé que dans la région, notamment sur le littoral ;

Près de la moitié des femmes sans consultation auprès d'un gynécologue au cours des 24 derniers mois, davantage dans le Haut Pays ;

Une participation au dépistage du cancer colorectal moins élevée que dans la région et qu'en France dans les différents sous-territoires ;

Des couvertures vaccinales à améliorer, notamment dans le Moyen et Haut Pays ;

Une réalisation des actes de prévention plus fréquente dans le Moyen Pays que dans le Haut Pays et sur le littoral (bilans bucco-dentaires, dépistage des cancers).

1. LE RECOURS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

1.1 Les assurés sans médecin traitant déclaré

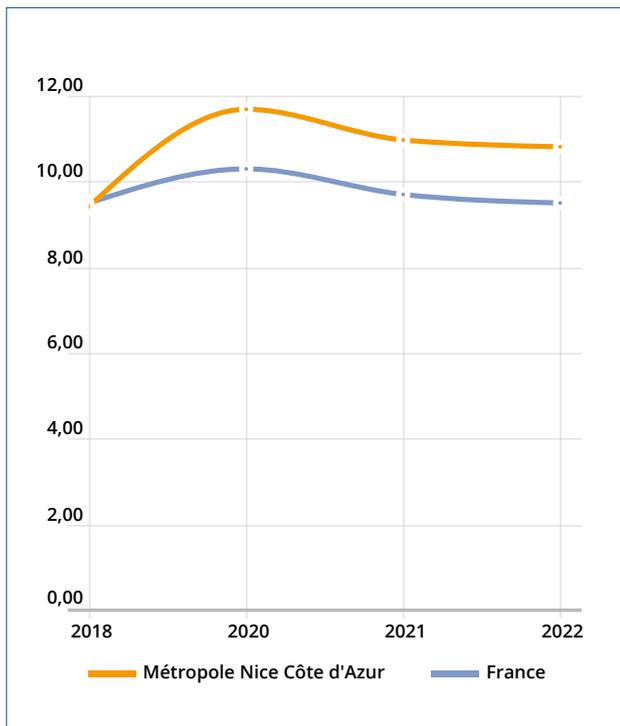


Figure 89 : Evolution de la proportion d'assurés du régime général sans médecin traitant déclaré (%), 2018-2022 (Source : CNAM SIAM ERASME 2018-2022)

En 2022, parmi les assurés âgés de 16 ans ou plus résidant au sein de la métropole, un peu plus d'1 sur 10 (10,8 %) n'avait pas de médecin traitant déclaré, une proportion plus élevée que dans la région (9,4 %) et qu'en France (9,5 %). De plus, 3,0 % des seniors âgés de 60 ans ou plus étaient dans cette situation, là encore une proportion plus élevée que dans la région (2,7 %) (Source : CNAM SIAM ERASME 2022). La proportion d'assurés sans médecin traitant déclaré était particulièrement élevée dans la commune de Nice. A l'inverse, ils étaient presque deux fois moins nombreux dans le Moyen et le Haut Pays (respectivement 6,4 % et 6,7 %). Depuis 2020, la proportion d'assurés sans médecin traitant déclaré est en baisse dans la métropole (- 7,7 %), comme en France (- 7,8 %) (Figure 89).

1.2 Les bénéficiaires de soins généralistes

En 2021, parmi les habitants de la métropole Nice Côte d'Azur, 86,8 % ont bénéficié de soins généralistes, une proportion proche de la moyenne régionale (87,7 %), mais plus élevée qu'en France (83,7 %) (Source : SNDS Insee 2021). Chaque habitant a consulté en moyenne 5,1 fois dans l'année, une fréquence plus élevée que dans la région et qu'en France (respectivement 4,6 et 4,3 actes par assuré et par an). Parmi ces consultations, plus de 3 sur 4 (77,1 %) ont été réalisées dans la commune de résidence du bénéficiaire (Source : SNDS 2021).

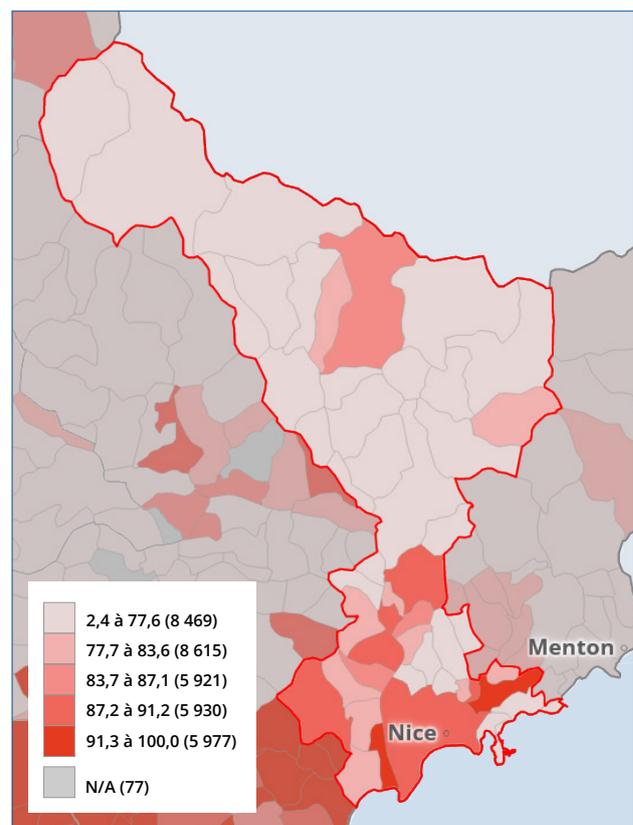


Figure 90 : Part des bénéficiaires de soins généralistes au sein de la population (%), 2021 (Source : SNDS Insee 2021)

La consommation de soins généralistes était particulièrement importante sur le littoral (87,8 %), et notamment dans la commune de Nice (89,1 %) (Source : SNDS Insee 2021). Les habitants de ce territoire avaient également tendance à consulter plus fréquemment que dans le reste de la métropole (5,3 actes par assuré et par an). Au contraire, dans le Haut Pays, le recours au médecin généraliste était beaucoup moins important (69,8 % de la population) (Figure 90) (Source : SNDS 2021).

1.3 La consommation intra-zone

En 2021, parmi les personnes ayant consulté un médecin généraliste, plus de 3 sur 4 (77,1 %) ont consulté dans leur commune de résidence, une proportion plus importante que dans la région (59,8 %) et qu'en France (48,9 %). Ce constat est particulièrement vrai sur le littoral (81,7 %), et notamment à Nice (88,3 %). Cependant, dans le Moyen et le Haut Pays, moins de la moitié des consultations en médecine générale ont lieu dans la commune de résidence (respectivement 47,7 % et 41,7 %), ce qui signifie que la majorité des habitants se déplacent pour consulter un médecin (Source : SNDS - INSEE, 2021).

1.4 Les pôles d'attraction des médecins généralistes

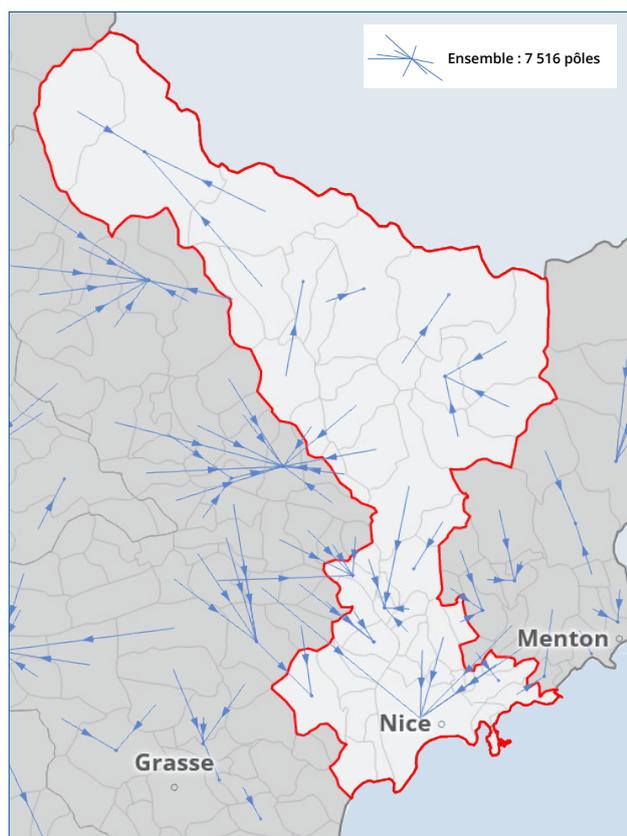


Figure 91 : Pôles d'attraction* des médecins généralistes libéraux, 2021 (Source : SNDS 2021)

* Flux majoritaires de consommation - un trait représente le flux le plus important (en nombre d'actes puis en nombre de bénéficiaires si flux équivalent) de la commune de résidence des patients à la commune d'exercice du professionnel

En 2022, la métropole Nice Côte d'Azur comptait plusieurs pôles d'attractivité des soins de premiers recours, répartis dans les différents secteurs du

territoire (Figure 91). Le pôle le plus important était constitué par la commune de Nice, attirant 16 communes du Moyen Pays : les patients faisaient jusqu'à 50 kilomètres de trajet pour se rendre dans cette commune (85).

1.5 Le non recours aux soins

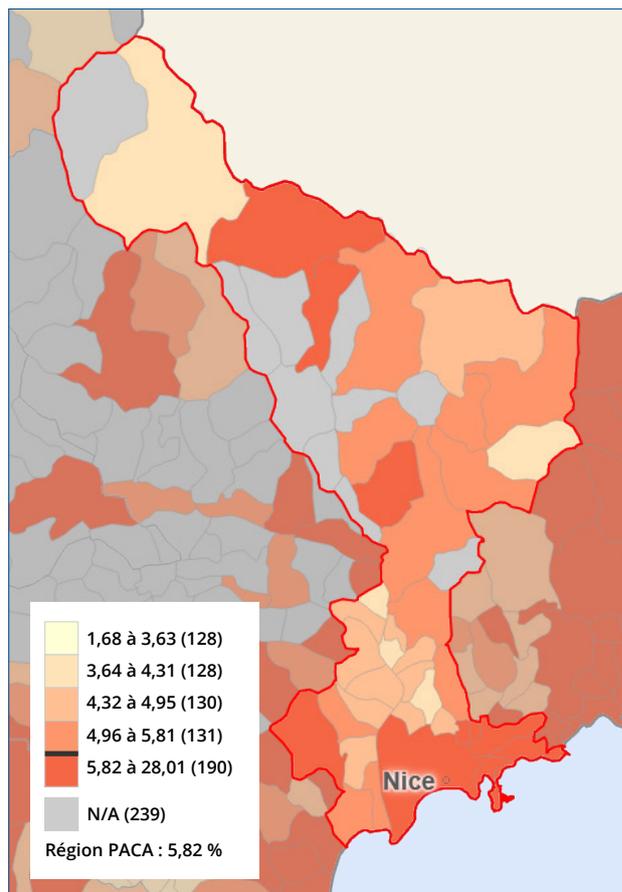


Figure 92 : Part des bénéficiaires sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois du régime général (%) - 16 ans et plus, 2022 (Source : CNAM SIAM ERASME 2022)

En 2022, parmi les assurés du régime général âgés de 16 ans ou plus et résidant au sein de la métropole, 8,4 % n'avaient eu aucun recours aux soins au cours des 24 derniers mois, une proportion bien supérieure à la moyenne régionale (5,8 %), mais moins élevée qu'en France métropolitaine (10,8 %). Les proportions les plus élevées étaient relevées sur le littoral, et notamment à Nice (9,6 %), mais aussi dans certaines communes du Haut Pays (Figure 92). Chez les seniors âgés de 65 ans et plus, le non-recours aux soins concernait 4,6 % des assurés (5,2 % à Nice), contre 3,8 % dans la région et 3,6 % en France (Source : CNAM SIAM ERASME 2022).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

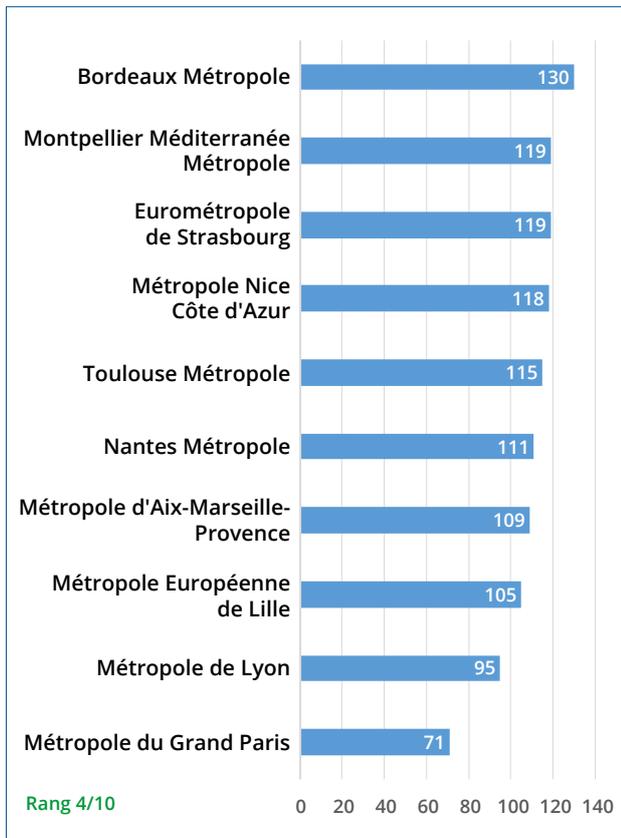


Figure 93 : Part des bénéficiaires du régime général sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois (%) 2022 (Source : CNAM SIAM ERASME 2022)

Impacts sanitaires : la faible densité médicale est un facteur de renoncement aux soins, notamment chez les plus pauvres

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 (86).

2. LE RECOURS AUX MÉDECINS SPÉCIALISTES LIBÉRAUX

2.1 Les bénéficiaires de soins spécialisés

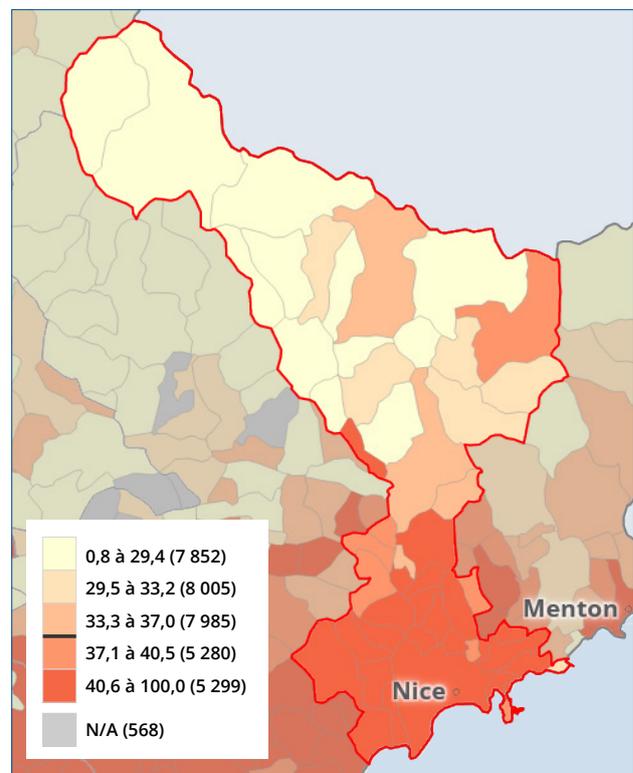
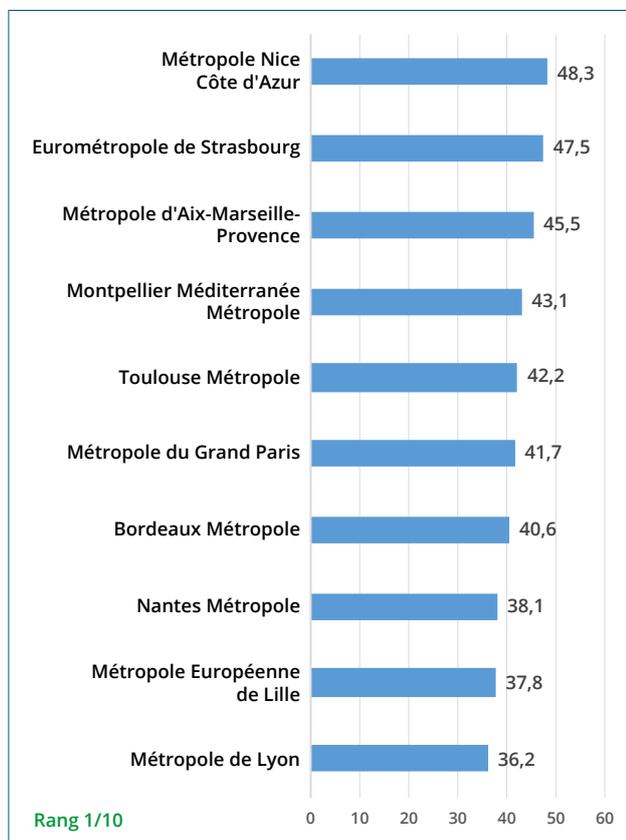


Figure 94 : Part de bénéficiaires d'actes de spécialistes par rapport au nombre d'habitants (%), 2021 (Source : SNDS 2021)

En 2021, 48,3 % de la population métropolitaine a eu recours à un médecin spécialiste libéral, une proportion supérieure aux moyennes régionale (44,4 %) et nationale (38,2 %). Par exemple, à cette date, 4,8 % des assurés de la métropole avaient consulté un psychiatre libéral (région : 3,8 %), soit un recours significativement plus élevé que dans la région (+27,3 %) et 34,0 % avaient consulté un pédiatre, là encore, un recours significativement plus élevé que dans la région (+27,3 %). A noter que le recours aux spécialistes était presque deux fois plus élevé sur le littoral (49,5 %) que dans le Haut Pays (28,9 %) (Figure 94).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

Figure 95 : Bénéficiaires de soins spécialisés dans la population des métropoles (%) 2021 (Source : SNDS 2021)

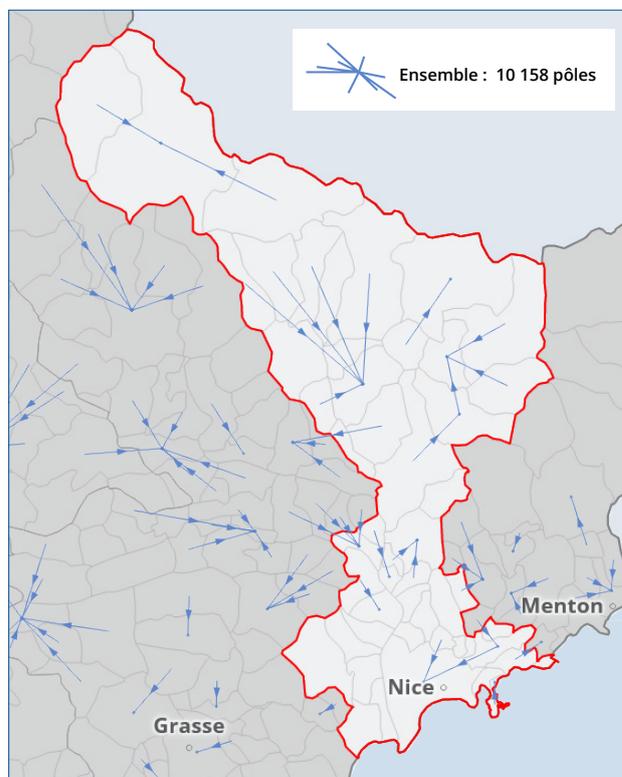


3. LE RECOURS AUX PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX

3.1 Les bénéficiaires d'actes infirmiers

En 2021, 26,6 % de la population a bénéficié d'actes infirmiers, une proportion inférieure à celles de la région (29,1 %) et de la France (28,2 %). Les personnes âgées de 75 ans et plus (23,1 %) et de 60-74 ans (19,3 %) représentaient près de la moitié des bénéficiaires. Le recours aux infirmiers était plus élevé dans le Moyen Pays (31,7 %) et le Haut Pays (34,7 %) que sur le littoral (25,6 %) (Source : SNDS Insee 2021).

Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, on observait un recours aux actes infirmiers plus élevé au sein de la métropole (23,1 %) que dans la région (20,7 %) et qu'en France (19,2 %), surtout sur le littoral (24,6 %). A l'inverse, il était moins élevé dans le Moyen (16,4 %) et le



Haut Pays (17,1 %) (Source : SNDS Insee 2021).

Figure 96 : Pôles d'attraction des infirmiers dans la métropole Nice Côte d'Azur, 2021 (Source : SNDS 2021)

Sur le littoral et dans la 1^{ère} couronne du Moyen Pays, les habitants ont tendance à consulter un infirmier dans leur commune de résidence. Par contre, dans le Moyen et le Haut Pays, les habitants se déplacent dans leur bassin de vie pour consulter un infirmier (Figure 96) (Source : SNDS 2021).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

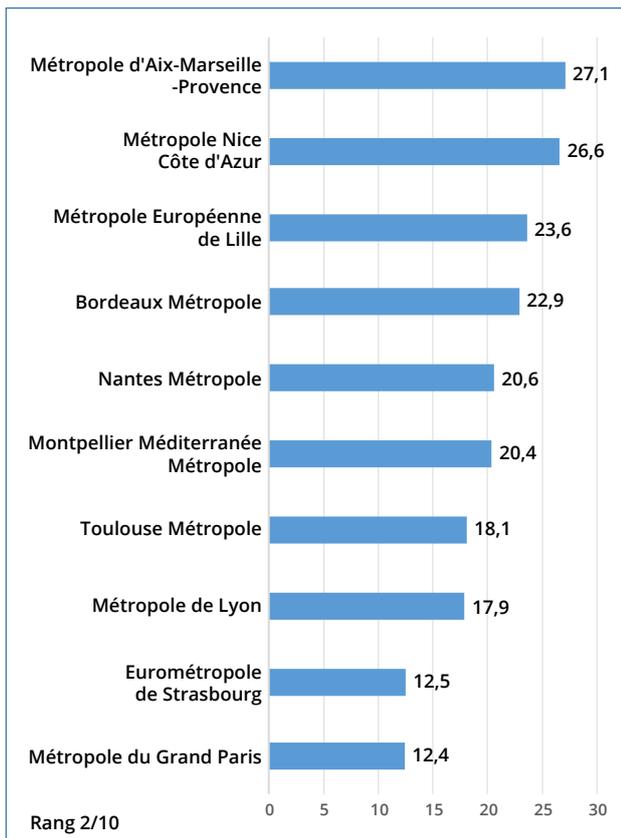


Figure 97 : Bénéficiaires d'actes infirmiers dans la population des métropoles (%), 2021 (Source : SNDS-INSEE 2021)

3.2 Les bénéficiaires d'actes de kinésithérapie

En 2021, plus d'un habitant sur 5 (22,2 %) avait bénéficié d'au moins un acte de kinésithérapie au sein de la métropole, une proportion plus élevée que dans la région (21,2 %) et qu'en France (16,1 %). Les personnes âgées de 75 ans et plus (25,0 %) et de 60-74 ans (23,2 %) représentaient plus de la moitié des bénéficiaires. Là encore, on observait des proportions plus élevées sur le littoral (22,8 %) que dans les Moyen (19,6 %) et Haut pays (14,0 %) (Source : SNDS Insee 2021).

Près de la moitié des personnes âgées de 75 ans ou plus (43,8 %) avait bénéficié d'actes de kinésithérapie, une proportion bien supérieure aux moyennes régionale (37,0 %) et nationale (30,0 %), notamment sur le littoral (44,6 %) (Source : SNDS Insee 2021).

La commune de Nice constitue le principal pôle d'attraction pour le littoral et le Moyen Pays. Dans le Haut Pays, la commune de Roquebillière constitue un pôle d'attractivité secondaire (Figure 98) (Source : SNDS Insee 2021).

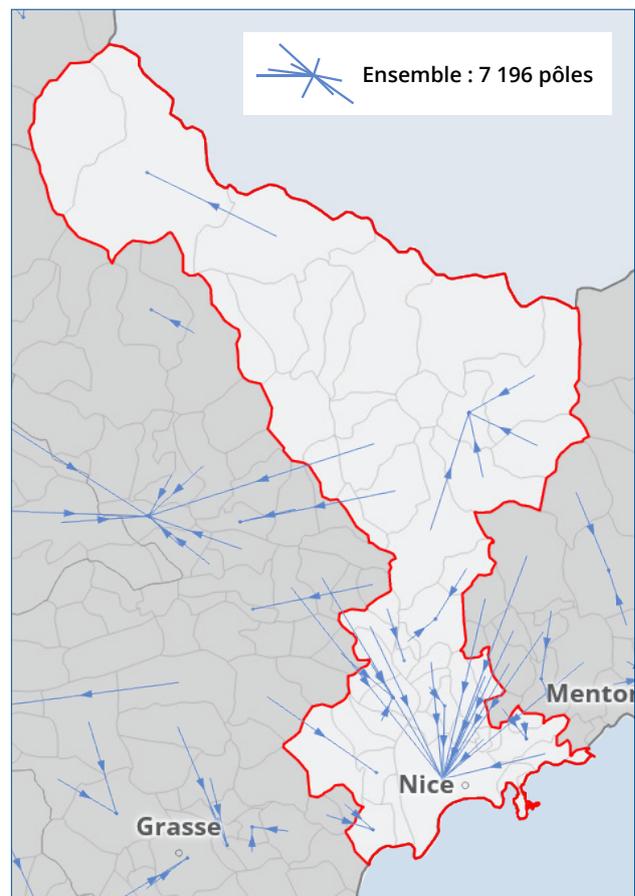


Figure 98 : Pôles d'attraction des masseurs-kinésithérapeutes dans la métropole Nice Côte d'Azur, 2021 (Source : SNDS 2021)

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

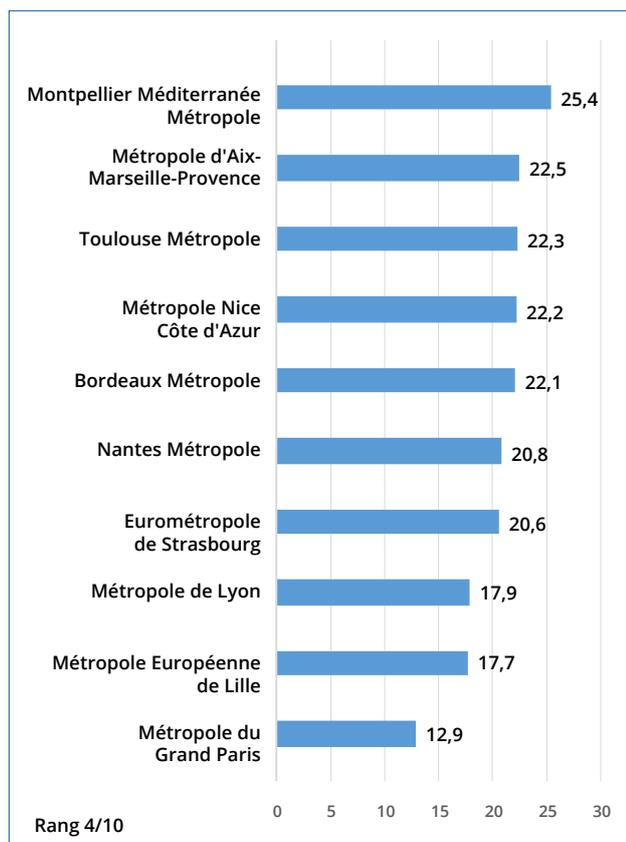


Figure 99 : Bénéficiaires d'actes de kinésithérapie dans les 10 grandes métropoles (%) 2021 (Source : SNDS - INSEE 2021)

3.3 Les bénéficiaires d'actes d'orthophonie

En 2021, 2,8 % de la population métropolitaine a bénéficié de soins d'orthophonie, une proportion plus élevée que dans la région (2,6 %) et qu'en France (2,1 %). Les enfants âgés de 6 à 10 ans (33,7 %) et de 11 à 17 ans (20,7 %) constituaient plus de la moitié des bénéficiaires des soins d'orthophonie (Source : SNDS Insee 2021).

La commune de Nice constitue le principal pôle d'attraction pour le littoral et la 1^{ère} couronne du Moyen Pays. Les données ne sont pas disponibles pour le Haut Pays et une partie du Moyen Pays, pour des raisons de secret statistique (Figure 100) (Source : SNDS 2021).

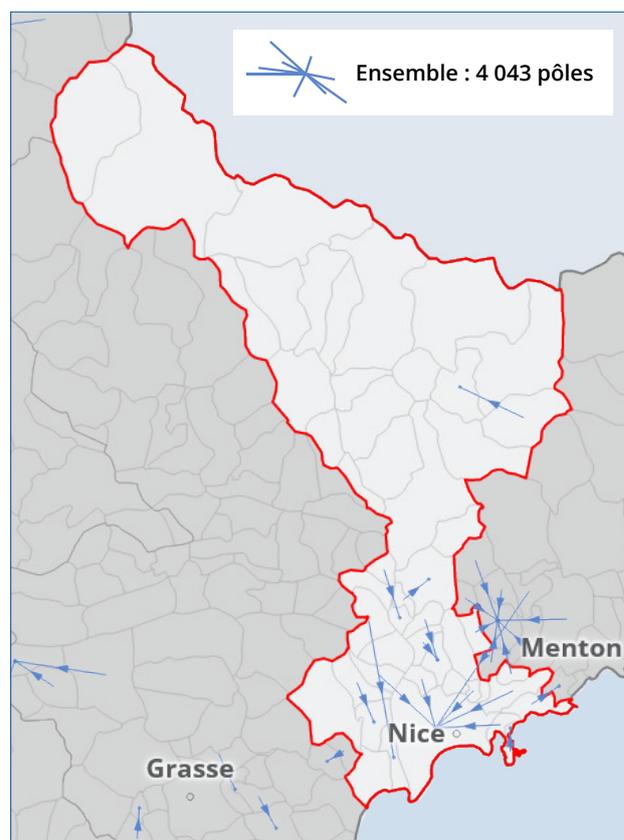


Figure 100 : Pôles d'attraction des orthophonistes dans la métropole Nice Côte d'Azur, 2021 (Source : SNDS 2021)

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

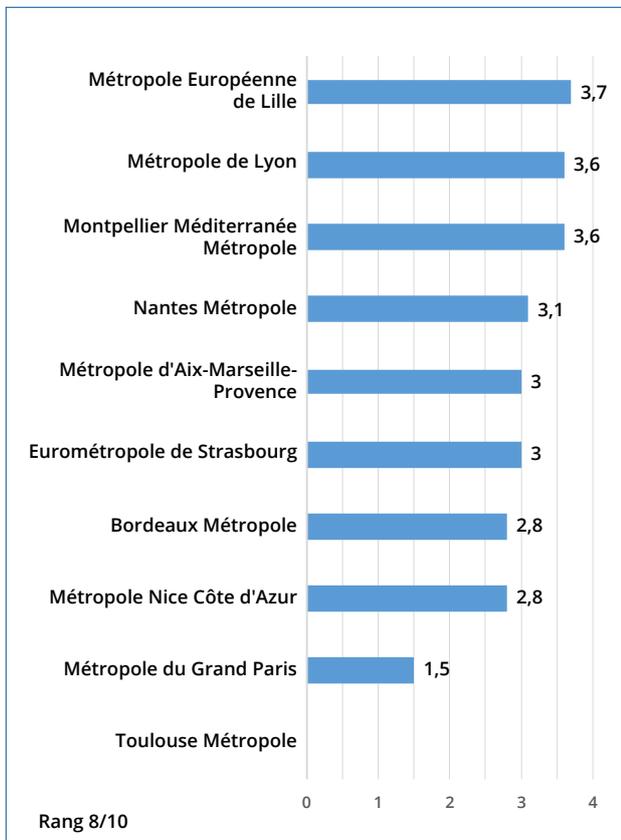


Figure 101 : Bénéficiaires d'actes d'orthophonie dans les 10 grandes métropoles (%) 2021 (Source : SNDS - INSEE 2021)

3.4 Les bénéficiaires de soins de sages-femmes

En 2021, 4,3 % de femmes ont bénéficié de soins de sages-femmes dans la métropole Nice Côte d'Azur, une proportion inférieure aux moyennes régionale (5,7 %) et nationale (7,0 %), et ce dans les 3 sous-territoires (4,4 % dans le Moyen Pays, 4,2 % sur le littoral et 4,0 % dans le Haut Pays) (Source : SNDS - INSEE 2021).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

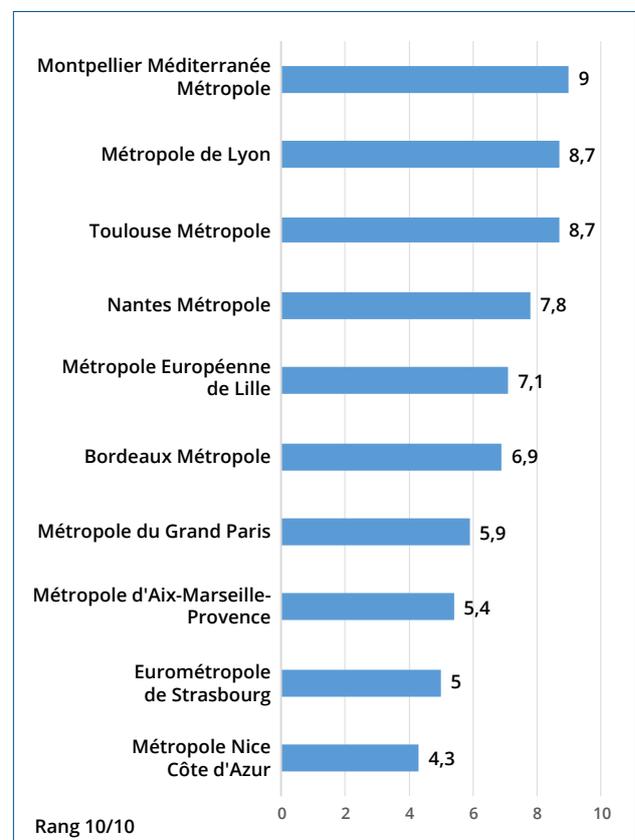


Figure 102 : Bénéficiaires de soins de sages-femmes dans la population féminine des 10 grandes métropoles (%) 2021 (Source : SNDS - INSEE 2021)

4. LES REMBOURSEMENTS DE MÉDICAMENTS

A noter que les données de remboursements des médicaments ne sont disponibles que pour la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, dans le cadre d'une convention avec la Direction Régionale du Service Médical (DRSM).

4.1 Les remboursements de médicaments psychotropes

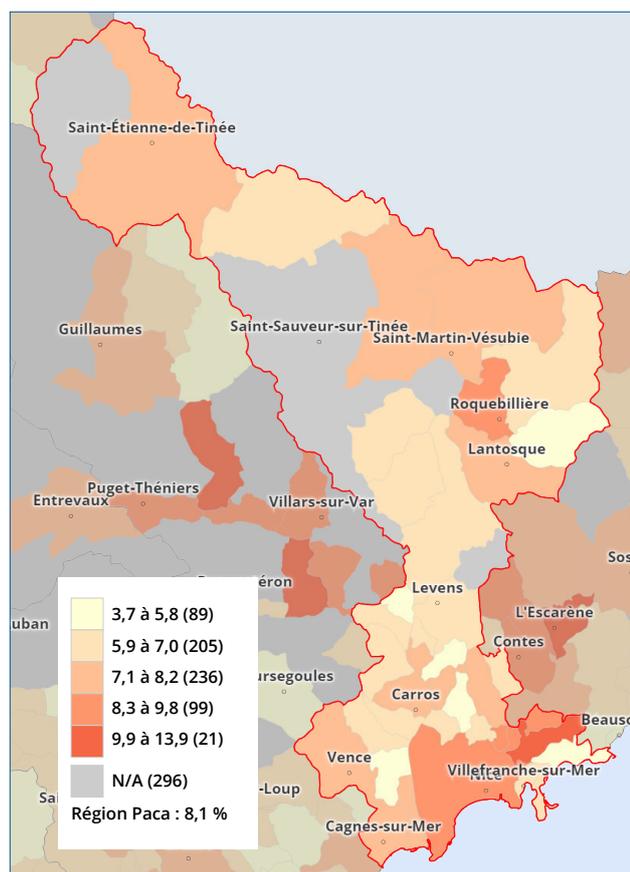


Figure 103 : Taux comparatif d'assurés du régime général ayant eu au moins 6 remboursements de psychotropes (%), 2021 (Source : DRSM Paca-Corse, 2021)

En 2021, 8,2 % des assurés du régime général résidant au sein de la métropole ont reçu au moins 6 remboursements pour des médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques-hypnotiques et neuroleptiques), contre 8,1 % dans la région (différence non significative).

On observait cependant des différences en fonction des médicaments :

- 4,5 % des assurés (5,9 % des femmes et 2,9 % des hommes) avaient reçu au moins 6 remboursements d'antidépresseurs, significativement plus que dans la région (+1,5 %) ;
- 4,7 % des assurés (5,5 % des femmes et 3,6 % des hommes) avaient reçu au moins 6 remboursements d'anxiolytiques-hypnotiques, significativement moins que dans la région, tous sexes confondus (-2,0 %) et chez les femmes (-2,4 %) ;
- 1,6 % des assurés (1,6 % des femmes et des hommes) avaient reçu au moins 6 remboursements de neuroleptiques, significativement plus que dans la région (+23,4 %), chez les hommes (+20,7 %) comme chez les femmes (+25,7 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

Les niveaux de recours les plus faibles étaient relevés sur le littoral est (-47,9 % à Eze, -28,9 % au Cap-d'Ail, -28,1 % à Saint-Jean-Cap-Ferrat) et dans certaines communes du Moyen Pays (par exemple -34,4 % à La Gaude, -31,3 % à Bonson, -28,7 % à Saint-Blaise, -28,1 % à Aspremont). A l'inverse, un recours aux médicaments psychotropes significativement plus élevé que dans la région était observé dans plusieurs communes du littoral (+43,9 % à la Trinité, +12,3 % à Saint-André-de-la-Roche et +4,6 % à Nice) (Figure 103).

A noter que le recours aux médicaments psychotropes est en augmentation dans la métropole depuis 2019 (+12,3 %), comme dans la région (+11,1 %).

4.2 Les remboursements d'antiasthmatiques

En 2021, 6,6 % des assurés du régime général âgés de 18 à 44 ans et résidant au sein de la métropole ont eu au moins 1 remboursement d'antiasthmatiques, une proportion significativement moins élevée que dans la région (7,7 % ; soit -15,2 %). De plus, 2,2 % des assurés en ont eu au moins 3, contre 2,5 % dans la région (-12,7 %). Les écarts avec la région étaient particulièrement importants sur le littoral (-16,9 % et -14,5 %) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

4.3 Les prescriptions d'antibiotiques chez les enfants et les adultes

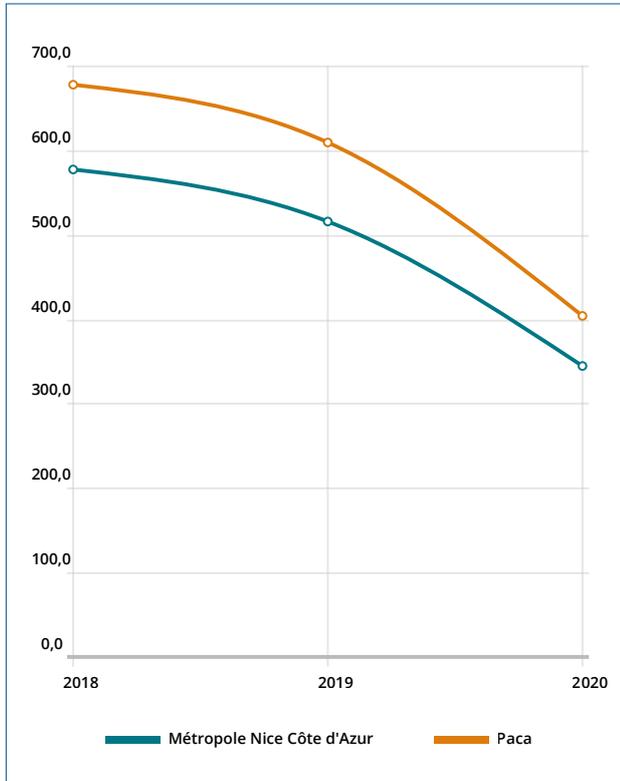


Figure 104 : Nombre de prescriptions d'antibiotiques à visée systémique pour 1 000 enfants de moins de 16 ans, 2021 (Source : DRSM Paca-Corse 2021)

En 2020, 345,4 antibiotiques à visée systémique ont été prescrits pour 1 000 enfants de moins de 16 ans, un chiffre moins élevé que dans la région (403,2 pour 1 000). Une baisse du nombre de prescriptions d'antibiotiques chez les enfants est relevée au sein de la métropole, comme dans la région entre 2018 et 2020 (Figure 104) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

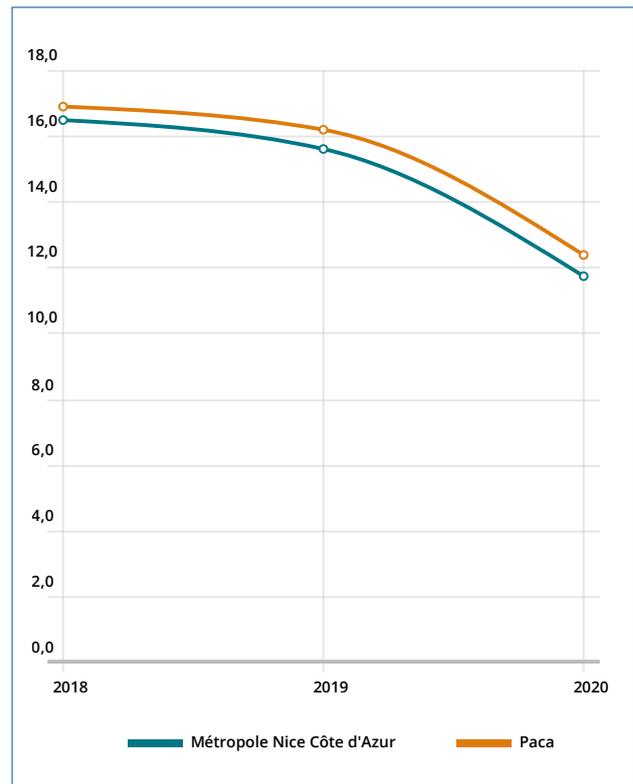


Figure 105 : Nombre de prescriptions d'antibiotiques à visée systémique pour 1 000 adultes de 16 ans ou plus, 2021 (Source : DRSM Paca-Corse 2021)

Chez les adultes, 11,7 antibiotiques à visée systémique ont été prescrits pour 1 000 personnes âgées de 16 ans ou plus, là encore, un chiffre moins élevé que dans la région (12,4 pour 1 000). Une baisse du nombre de prescriptions d'antibiotiques chez les adultes est également relevée au sein de la métropole, comme dans la région entre 2018 et 2020 (Figure 105) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

5. LA RÉALISATION DES ACTES DE PRÉVENTION

5.1 La santé buccodentaire

En 2021, plus de 4 habitants de la métropole Nice Côte d'Azur sur 10 (41,5 %) ont bénéficié de soins dentaires au moins une fois dans l'année, une proportion supérieure aux moyennes régionale (40,2 %) et nationale (36,7 %). Les bénéficiaires de soins dentaires étaient plus nombreux dans le Moyen Pays (44,0 %) que sur le littoral (41,0 %) et dans le Haut Pays (32,1 %) (Figure 106) (Source : SNDS - Insee 2021).

En 2020, 42,2 % des enfants âgés de 6 ans avaient bénéficié d'un bilan de santé buccodentaire ou une consultation chez un dentiste libéral, une proportion moins élevée que dans la région (43,5 %), sauf dans le Moyen Pays (49,8 %).

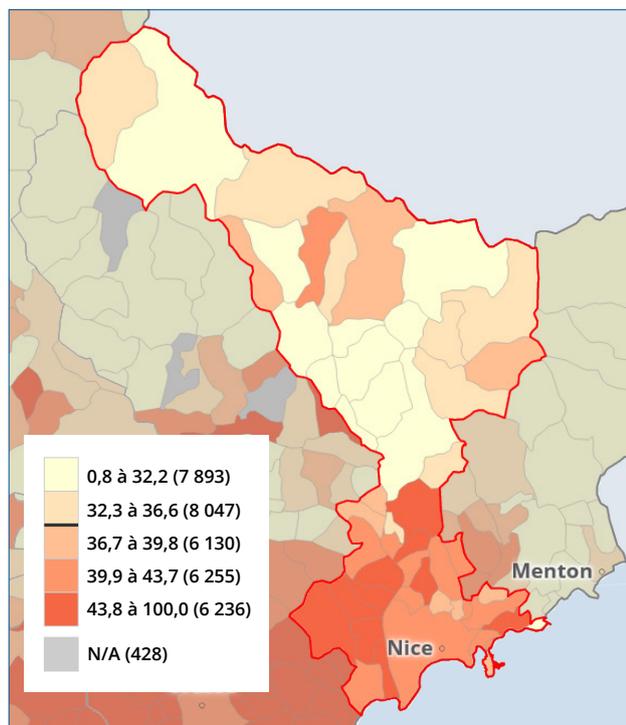


Figure 106 : Part des bénéficiaires de soins dentaires dans la population (%), 2021 (Source : SNDS - Insee 2021)

Au sein de la métropole, les bénéficiaires de la C2S étaient plus nombreux à avoir réalisé ce bilan (52,3 %) que les non bénéficiaires (40,4 %), contrairement à la tendance régionale (44,1 % pour les non bénéficiaires et 41,1 % pour les bénéficiaires). La même tendance était observée dans la commune de Nice (51,4 % chez les bénéficiaires de la C2S, 37,3 % chez les non bénéficiaires) (Figure 107) (Source : DRSM Paca-Corse 2021).

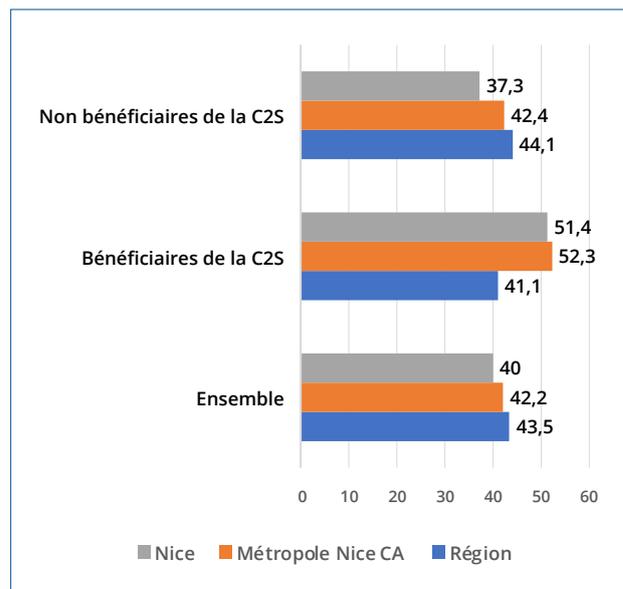


Figure 107 : Part d'enfants de 6 ans bénéficiaires d'un bilan de prévention bucco-dentaire ou d'une visite chez le dentiste selon le statut C2S (%), 2020 (Source : DRSM Paca-Corse 2020)

Impacts sanitaires : les comportements de santé chez les enfants

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 (87).

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 (88).

5.2 Le suivi gynécologique

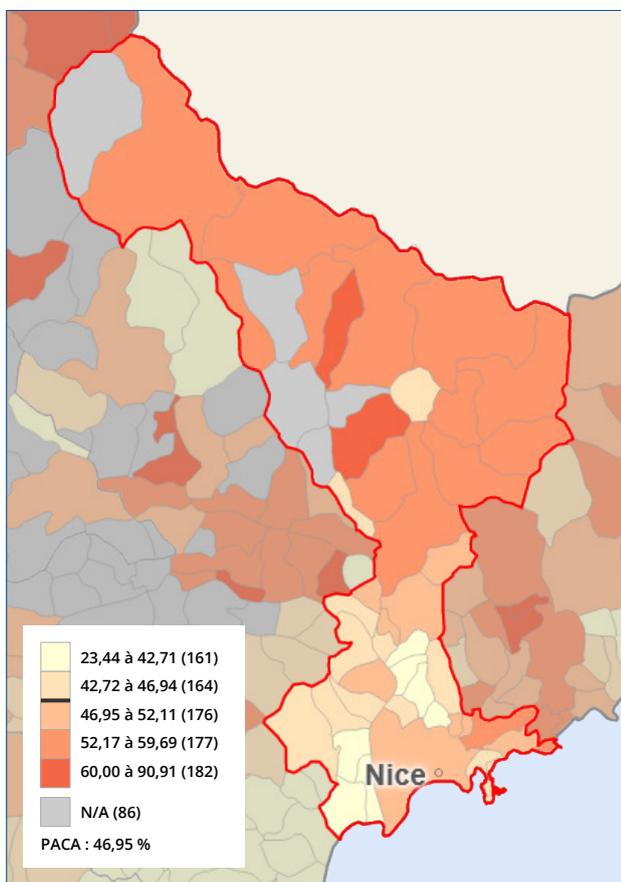


Figure 108 : Part des bénéficiaires femmes de 20-64 ans du régime général n'ayant pas eu d'acte réalisé par un gynécologue sur les 24 derniers mois (%), 2022 (Source : SNDS - Insee 2022)

En 2022, près de la moitié des femmes âgées de 20 à 64 ans (46,2 %) n'avaient pas consulté de gynécologue libéral au cours des 24 derniers mois au sein de la métropole, comme dans la région (46,2 %). La proportion de non-recours au gynécologue était particulièrement élevée dans les communes du Haut Pays et elle était au contraire moins élevée dans le Moyen Pays et dans certaines communes du littoral (Figure 108) (Source : CNAM SIAM ERASME 2021).

Depuis 2018, la proportion de femmes sans suivi par un gynécologue a augmenté au sein de la métropole (+18,4 %), mais de façon moins marquée que dans la région (+27,7 %).

Impacts sanitaires : le suivi gynécologique

Le suivi gynécologique régulier par un gynécologue ou une sage-femme est essentiel. L'examen gynécologique permet un dépistage de différentes pathologies notamment précancéreuses comme le cancer du sein (1^{er} cancer le plus fréquent chez les femmes en France), le cancer du col de l'utérus, le cancer des ovaires ou encore cancer de l'endomètre, d'infections sexuellement transmissibles ou encore de dysfonctionnements hormonaux (89).

5.3 Le dépistage organisé des cancers

➔ Cancer du sein

En 2022, 64,4 %¹ des femmes âgées de 50-74 ans et résidant au sein de la métropole ont participé au dépistage du cancer du sein (organisé et individuel), une proportion supérieure aux moyennes régionale (63,2 %) et nationale (63,1 %). La participation la plus élevée était relevée dans le Moyen Pays (66,3 %), et la plus faible dans le Haut Pays (58,9 %). Le littoral (62,1 %), et notamment la commune de Nice (61,3 %), présentent également des chiffres de participation moins élevés que dans la métropole et dans la région (Source : DCIR/ SNDS/SNIIRAM, 2022).

La participation au dépistage organisé du cancer du sein est marquée par des inégalités sociales. On observe un écart de 2,6 points de pourcentage entre les bénéficiaires de la Couverture Santé Complémentaire (26,2 %) et les non bénéficiaires (28,8 %). Cet écart est cependant plus réduit dans le Moyen Pays (0,5 points) et à Nice (0,8 points) (Source : DRSM Paca-Corse 2021-2022).

➔ Cancer du col de l'utérus

En 2022, parmi les femmes âgées de 25 ans à 65 ans, 52,6%² ont participé au dépistage du cancer du col de l'utérus (au moins un remboursement pour un frottis au

¹ Commune(s) neutralisée(s) : Bairols, Duranus, Ilonse, Marie, Rimplas, Saint-Dalmas-le-Selvage, Venanson

² Commune(s) neutralisée(s) : Bairols, Ilonse, Marie, Rimplas, Saint-Dalmas-le-Selvage, Venanson

cours des 3 dernières années), un chiffre supérieur à la valeur régionale (50,1 %), mais inférieure à la moyenne nationale (53,1 %).

Une nouvelle fois, le Moyen Pays est le territoire qui présente la plus forte participation (58,6 %). Le Haut Pays la plus basse (49,9 %) inférieure aux moyennes régionale et nationale. La participation est également assez faible dans la commune de Nice (50,3 %). Le littoral présente un chiffre un peu en deçà de la moyenne métropolitaine (51,7 %). (Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM, 2022).

➔ Cancer du côlon-rectum

En 2022, 24,7%³ des hommes et femmes âgés de 50-74 ans ont participé au dépistage du cancer colorectal⁴, une proportion inférieure aux moyennes régionale (28,7 %) et nationale (33,4 %), et ce dans les 3 sous-territoires. Le littoral (24,3 %), et notamment la commune de Nice (23,1 %) se distinguaient avec un niveau de participation particulièrement faible (Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM, 2022).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

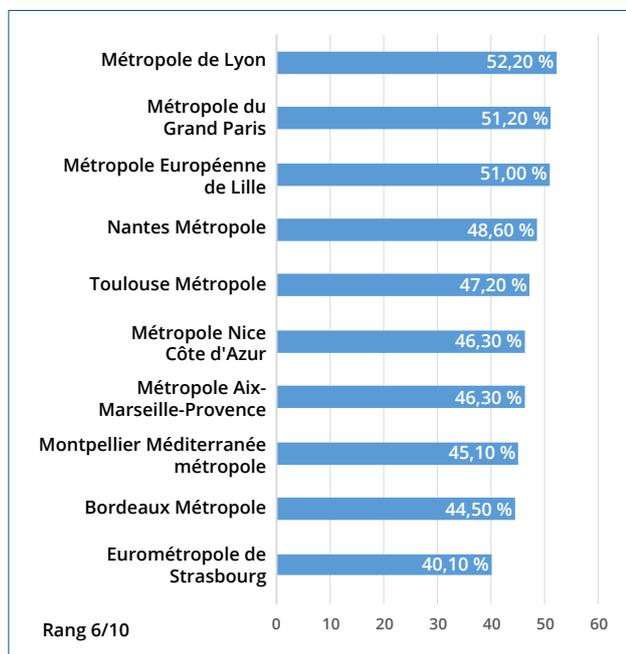


Figure 109 : Part des bénéficiaires femmes du régime général n'ayant pas eu d'acte réalisé par un gynécologue sur les 24 derniers mois (%) – 20 à 64 ans, 2022 (Source : CNAM SIAM ERASME 2022)

3 Commune(s) neutralisée(s) : Bairols, Duranus, Ilonse, Marie, Rimplas, Roubion, Roure, Saint-Dalmas-le-Selvage, Venanson

4 Patients consommateurs de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années (1 remboursement des actes CCAM ciblés)

Impacts sanitaires : le dépistage des cancers

L'amélioration du dépistage précoce des cancers est un levier pour améliorer la survie et la qualité de vie des personnes atteintes et limiter les séquelles de la maladie. Par exemple, pour le cancer du sein, cancer le plus fréquent en France et première cause de décès par cancer chez la femme (40), plus la détection est précoce 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 (90).

De même, pour le cancer du col de l'utérus, responsable d'environ 1 000 décès par an, plus de 9 du 10 pourraient être évités grâce au dépistage et à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (91).

5.4 La vaccination

➔ 5.4.1 Couvertures vaccinales métropolitaines

Vaccination contre la grippe

En 2022, plus de la moitié des personnes âgées de 65 ans (53,7 %⁵) ont été vaccinées contre la grippe saisonnière, une proportion similaire à valeur régionale (53,7 %) mais inférieure à la moyenne nationale (57,8 %). Les couvertures vaccinales relevées dans le Haut (48,6 %) et le Moyen Pays (52,0 %) étaient moins élevées que celles relevées sur le littoral (54,0 %). Par contre, la couverture vaccinale chez les personnes à risque⁶ était moins élevée (25,4 %⁷) que les moyennes régionale (26,5 %) et nationale (31,1 %), et ce dans les 3 sous-territoires (25,4 % sur le littoral et 25,3 % dans le Moyen Pays) (Données non disponibles pour le Haut Pays) (Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM 2022).

5 Commune(s) neutralisée(s) : Bairols, Duranus, Ilonse, Marie, Rimplas, Roubion, Saint-Dalmas-le-Selvage, Tournefort

6 Population consommante de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) avec au moins un remboursement pour les médicaments ou prestations relatifs au vaccin antigrippal

7 Commune(s) neutralisée(s) : Bairols, Belvédère, La Bollène-Vésubie, Châteauneuf-Villevieille, Clans, Duranus, Ilonse, Isola,

Lantosque, Marie, Rimplas, La Roquette-sur-Var, Roubion, Roure, Saint-Dalmas-le-Selvage, Saint-Étienne-de-Tinée,

Saint-Jean-Cap-Ferrat, Saint-Martin-Vésubie, Saint-Sauveur-sur-Tinée, La Tour, Tournefort, Utelle, Valdeblorre, Venanson

Impacts sanitaires : la grippe saisonnière

L'épidémie de grippe saisonnière est responsable chaque année d'environ 8 000 à 14 500 décès dont la très grande majorité rapportée chez les personnes de 65 ans et plus (92). 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 (93).

→ Vaccination contre la Covid-19

En janvier 2023, 7 habitants de la métropole Nice Côte d'Azur sur 10 (69,7 %) avaient reçu le schéma complet de vaccination contre la COVID-19⁸, une couverture vaccinale moins élevée que dans la région (74,9 %) et qu'en France métropolitaine (79,2 %) (Source : *Vaccin Covid, Cnam, analyse Santé publique France 2022*).

La commune de Nice a accueilli 3 centres de vaccination contre la covid-19 : Le centre vaccination Quai Lunel qui accueillait des enfants âgés de 5 à 11 ans, le centre de vaccination de la ville de Nice accessible à tout public et le centre de vaccination de l'Aéroport Nice qui faisait de l'aller vers.

Impacts sanitaires : la vaccination contre la COVID-19

En France, la COVID-19 a provoqué environ 166 000 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 était 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 (94).

→ 5.4.2 Couvertures vaccinales départementales

Vaccination HPV – schéma complet à 16 ans

En 2022, un peu plus d'un tiers des filles (34,6 %) avaient un schéma complet contre le papillomavirus à 16 ans, une couverture vaccinale proche de celle relevée dans la région (34,3 %) mais moins élevée qu'en France (41,0 %).

Chez les garçons de 16 ans, la couverture vaccinale était bien moins élevée (5,7 % avaient un schéma complet à 16 ans), là encore, des chiffres proches de la moyenne régionale (5,9 %) mais bien inférieurs à la moyenne nationale (8,5 %) (Source : *Santé publique France - SNDS (DCIR) 2022*).

Vaccination contre le méningocoque C à 24 mois

A 24 mois, un peu plus de 9 enfants sur 10 avaient reçu leur rappel de vaccin contre le méningocoque C (91,5 %), une proportion un peu moins élevée que dans la région (92,2 %) et qu'en France (92,7 %) (Source : *Santé publique France - SNDS (DCIR) 2022*).

Vaccination contre l'hépatite B à 24 mois

En 2020, environ 8 enfants âgés de 24 mois sur 10 (8,6 %) étaient vaccinés contre l'hépatite B, une couverture vaccinale bien inférieure à celles relevées dans la région (88,8 %) et en France (95,2 %) (Source : *Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois, 2020*).

Vaccination contre la rougeole (2 doses)

En 2020, 89,4 % des enfants âgés de 24 mois ont reçu 2 doses de vaccin contre la rougeole, une proportion un peu plus élevée que dans la région (88,4 %), mais un peu moins élevée qu'en France (90,4 %) (Source : *Drees, Remontées des services de PMI – Certificat de santé du 24^e mois, 2020*).

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé peuvent bénéficier d'un financement pour développer des actions de santé publique ou parcours de de prévention prioritaires dans le cadre des accords conventionnels interprofessionnel avec l'Assurance Maladie.

⁸ Sont pris en compte les cas suivants : deux injections de vaccin (cas général), une seule injection de vaccin avec une infection à la Covid-19 (avant ou après la première injection), une seule injection avec le vaccin Janssen ou trois injections de vaccin pour les patients immuno-déprimés.

PARTIE 5 : L'ÉTAT DE SANTE DE LA POPULATION

L'ESSENTIEL

Davantage de naissances prématurées que dans la région ;

Une prévalence de maladies chroniques moins importante que dans la région, sauf pour les affections psychiatriques de longue durée ;

Une espérance de vie plus élevée dans les Alpes-Maritimes que dans la région et qu'en France ;

Près d'1 décès sur 2 lié à un cancer ou à une maladie de l'appareil cardio-vasculaire ; Des indicateurs de mortalité plus favorables que dans la région, sauf dans le Haut Pays ;

Des points de vigilance : la mortalité prématurée et infantile et les maladies infectieuses ;

Des maladies vectorielles en augmentation dans le département ;

Des données de mortalité moins favorables chez les hommes que chez les femmes dans la commune de Nice.

1. LA SANTE DES ENFANTS DE 0 À 6 ANS

1.1 Les naissances prématurées

Sur la période 2015-2019, 462 naissances prématurées⁹ (accouchement entre la 22^e et la 37^e semaine d'aménorrhée (SA)) ont été relevées en moyenne chaque année dans la métropole Nice Côte d'Azur, soit 7,8 % des naissances, une proportion plus élevée que dans la région (6,8 %). Les cas de très grande prématurité (entre la 22^e et la 27^e SA) représentaient 0,4 % des naissances (région : 0,3 %), les cas de grande prématurité (entre la 28^e et la 31^e SA) 0,8 % des naissances (région : 0,7 %) et les cas de prématurité moyenne (entre la 32^e et la 37^e SA) 6,6 % des naissances (région 5,8 %) (Données non disponibles pour les sous-territoires) (Source : PMSI, SNDS, 2015-2019).

A noter la présence à Nice d'un centre de référence pour la prise en charge des grossesses à risques d'accouchement avant 32 semaines d'aménorrhée et des nouveau-nés prématurés.

1.2 Le poids et la trophicité à la naissance

Sur la période 2015-2019, les naissances vivantes à terme (> 37 SA) hypotrophes (poids de naissance inférieur à 2 500g) représentaient 2,4 % des naissances, une proportion un peu moins élevée que dans la région (2,8 %). Les naissances vivantes à terme (> 37 SA) macrosomes (poids de naissance supérieur à 4 000g) représentaient quant à elles 6,3 % des naissances, une proportion proche de la valeur régionale (6,4 %) (Données non disponibles pour les sous-territoires) (Source : PMSI, SNDS, 2015-2019).

⁹ Nombre des naissances enregistrées selon le centre de référence prématurité

1.3 Les hospitalisations des enfants de 0-6 ans en court séjour

Parmi les enfants âgés de 0 à 6 ans, 11,6 % ont été hospitalisés en court séjour sur la période 2015-2019, une proportion inférieure à celle de la région (12,3 %), sauf dans la commune de Nice (12,4 %). Le taux d'hospitalisations en court séjour pour lésion traumatique était de 0,5 % chez les 0 à 6 ans, un taux un peu moins élevé que dans la région (0,6 %) (Source : PMSI, SNDS, 2015-2019).

2. LES MALADIES CHRONIQUES

2.1 Les bénéficiaires d'une Affection de longue durée

En 2022, environ 110 000 personnes étaient bénéficiaires d'une Affection Longue Durée au sein de la métropole Nice Côte d'Azur, soit 16,7 % des assurés, une proportion significativement moins élevée que dans la région (17,2 %). Dans la commune de Nice, la proportion de bénéficiaires d'ALD (17,1 %) était proche de la moyenne régionale (Source : DRSM Paca-Corse 2022).

2.2 Les principales causes d'affections de longue durée

Tableau 11 : Prévalence brute des Affections de longue durée les plus fréquentes chez les patients consommateurs (%), 2022 (Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM 2022)

	Métropole	Région	France
Diabète de type 1 et 2	4,9 %	5,0 %	5,2 %
Tumeur maligne	3,8 %	4,0 %	3,7 %
Affections psychiatriques de longue durée	3,2 %	2,8 %	2,5 %
Maladie coronaire	2,5 %	2,5 %	2,3 %
Insuffisance cardiaque / troubles du rythmes graves	2,2 %	2,4 %	2,2 %

En 2022, les pathologies responsables du grand nombre d'affections de longue durée au sein de la métropole Nice-Côte d'Azur étaient le diabète de type 1 et 2 (4,9 %), les tumeurs malignes (3,8 %) et les affections psychiatriques (3,2 %) (Tableau 11).

Comparativement à la région et à la France, on relevait au sein de la métropole un peu moins de bénéficiaires d'ALD pour le diabète, mais bien plus de bénéficiaires pour une affection psychiatrique de longue durée (Tableau 12) (Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM 2022).

Globalement, les proportions de bénéficiaires d'ALD les plus faibles étaient relevées dans le Moyen Pays. Les écarts avec la métropole étaient particulièrement marqués pour les affections psychiatriques de longue durée (2,1 %, contre 3,2 % au sein de la métropole) et pour le diabète de type 1 et 2 (4,2 %, contre 4,9 % au sein de la métropole).

Le littoral, et notamment la commune de Nice, présentait des proportions de bénéficiaires d'ALD un plus élevées que dans les autres sous-territoires pour certaines pathologies, comme les affections psychiatriques de longue durée et le diabète.

Enfin, c'est dans le Haut Pays que les bénéficiaires d'ALD étaient les plus nombreux. Ce territoire se distinguait notamment par des proportions de bénéficiaires d'ALD plus élevées pour les tumeurs malignes (4,3 %, contre 3,8 % dans la métropole), les maladies coronaires (3,1 %, contre 2,5 %) et l'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme (2,5 %, contre 2,2 %) (Tableau 12) (Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM 2022).

Comparaison : les 10 plus grandes métropoles de France

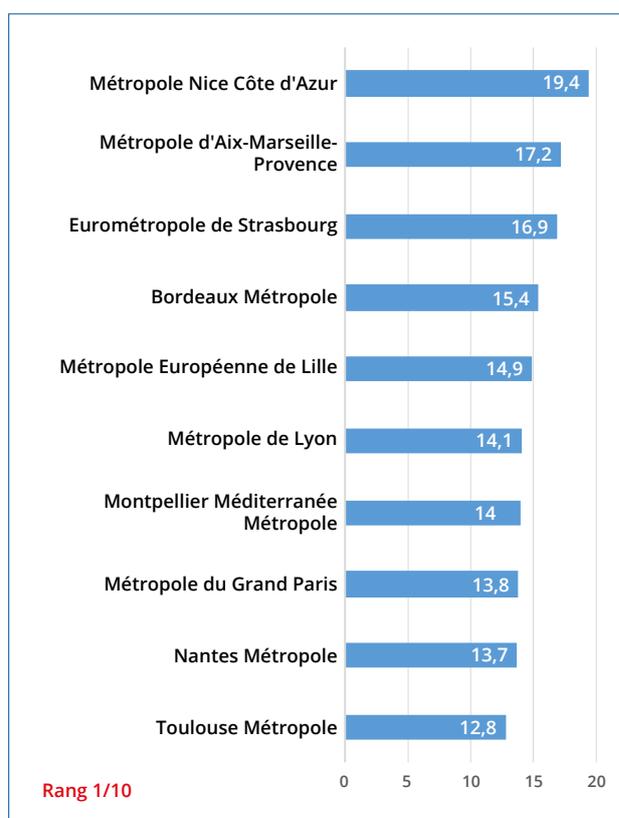


Figure 110 : Part des bénéficiaires en ALD dans la population, 2021 (Source : SNDS 2021)

La métropole Nice Côte d'Azur occupe le 1^{er} rang des métropoles pour la part de bénéficiaires d'une ALD dans la population. Cependant, ce constat peut s'expliquer en partie par le fait que la population de la métropole est plus âgée que celle des autres métropoles. En effet, la prévalence des maladies chroniques augmente avec l'âge.

Tableau 12 : Prévalence brute des Affections de longue durée les plus fréquentes chez les patients consommateurs (%), 2022 (Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM 2022)

	Nice	Littoral	Moyen Pays	Haut Pays	Métropole
Diabète de type 1 et 2	4,9 %	5,0 %	4,2 %	4,8 %	4,9 %
Tumeur maligne	3,7 %	3,8 %	3,9 %	4,3 %	3,8 %
Affections psychiatriques de longue durée	3,6 %	3,4 %	2,1 %	2,7 %	3,2 %
Maladie coronaire	2,4 %	2,5 %	2,4 %	3,1 %	2,5 %
Insuffisance cardiaque / troubles du rythme graves	2,2 %	2,3 %	2,1 %	2,5 %	2,2 %

3. LES PERSONNES AVEC UN HANDICAP

Les données de cette partie sont uniquement disponibles à l'échelle du département des Alpes-Maritimes.

3.1 La file active de la Maison départementale des personnes handicapées des Alpes-Maritimes

En 2020, 114 820 personnes avaient des droits ouverts à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) des Alpes-Maritimes, soit un taux de 10,6 bénéficiaires, le plus élevé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (8,6 % ; France : 8,9 %).

En 2020, 57 991 demandes ont été déposées auprès de la MDPH des Alpes-Maritimes, majoritairement pour des adultes (83,0 %) (Source : *Rapports d'activité harmonisés des MDPH (CNSA) INSEE 2020 – Handidonnées PACA*) (95).

3.2 Les bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé et de l'Allocation d'Education des Enfants Handicapés

En 2022, près de 23 000 personnes âgées de 20 à 64 ans étaient bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) dans les Alpes-Maritimes, soit un taux de 38,5 bénéficiaires pour 1 000 personnes âgées

de 20 à 64 ans, plus élevé que dans la région (35,2 pour 1 000) et qu'en France (33,9 pour 1 000). Plus de 9 sur 10 (91,7 %) vivaient à domicile et moins d'1 sur 10 (8,3 %) en établissement. Près de la moitié d'entre eux (43,8 %) avaient des revenus inférieurs au seuil de pauvreté (région : 45,9 % ; France : 42,6 %) Ce chiffre est en augmentation depuis 2016 (38,5 bénéficiaires pour 1 000 en 2022, contre 34,8 pour 1 000 en 2016) (Source : *Cnaf MSA 2022*) (95).

Par ailleurs, près de 7 100 familles résidant dans les Alpes-Maritimes ont bénéficié de l'Allocation d'Education des Enfants Handicapés (AEEH) pour 7 633 enfants, soit un taux de 32,8 bénéficiaires pour 1 000 enfants âgés de 0 à 19 ans, plus élevé que dans la région (31,8 pour 1 000) et qu'en France (27,2 pour 1 000). Ce chiffre a presque doublé en 6 ans : il était de 19,2 pour 1 000 en 2016 (région : 39,3 %) (Source : *Cnaf MSA 2022*) (95).

3.3 Estimation du nombre de personnes avec un handicap

En 2020, la population avec un handicap sévère était estimée à environ 9 100 adultes (soit 15,7 personnes handicapées pour 1 000 adultes) et à environ 3 400 enfants (15 personnes handicapées pour 1 000 enfants de moins de 20 ans).

D'après les estimations disponibles, les handicaps les plus fréquents chez les enfants en 2020 étaient les troubles du spectre autistique (5,8 %), les déficiences motrices (3,2 %) et les déficiences intellectuelles sévères (2,7 %) (Tableau 13) (95).

Tableau 13 : Estimation du nombre d'enfants par type de déficience, 2020 (Source : RHEOP 2020, Insee, estimation population 2020 – Handidonnées 2022)

Catégorie de déficience	Alpes-Maritimes		Provence-Alpes-Côte d'Azur	
	Nombre	Prévalence pour 1 000 enfants < 20 ans	Nombre	Prévalence pour 1 000 enfants < 20 ans
Troubles du spectre autistique	1 316	Non disponible	6 547	5,8
Déficiences motrices	726	Non disponible	3 612	3,2
Déficiences intellectuelles sévères	613	Non disponible	3 048	2,7
Déficiences auditives sévères	159	Non disponible	790	0,7
Déficiences visuelles sévères	91	Non disponible	452	0,4

3.4 L'autisme et les Troubles du Spectre Autistique

En 2020, dans les Alpes-Maritimes, 325 adultes avec autisme ou un Trouble du Spectre Autistique étaient accompagnés dans le secteur médico-social, dont 135 en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) (41,5 %), 127 en Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) (39,1 %) et 46 en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) (14,2 %).

Par ailleurs, 636 enfants avec autisme ou un Trouble du Spectre Autistique étaient accompagnés dans le secteur médico-social, dont 350 en Institut Médico-Educatif (IME) (55,1 %), 169 en Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) (26,6 %) et 97 en Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP) (15,3 %) (Source : *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social (ATIH - ANAP), 2020*).

4. LES CAUSES DE MORTALITÉ

4.1 L'espérance de vie à la naissance

En 2022, l'espérance de vie à la naissance s'élevait dans les Alpes-Maritimes à 79,6 ans chez les hommes et 85,8 ans chez les femmes, des chiffres un peu plus élevés que dans la région (79,5 ans chez les hommes et 85,3 ans chez les femmes) et qu'en France (79,3 ans chez les hommes et 85,2 ans chez les femmes) (Source : *Insee État civil, estimations de population 2022*).

Q 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 différence 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 (96).

4.2 Les principales causes de mortalité

Sur la période 2013-2017, 5 736 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année au sein de la métropole de Nice Côte d'Azur, dont 1 sur 7 était prématuré (décès survenu avant l'âge de 65 ans) (14,3 %) (région : 15,2 %).

Tableau 14 : Principales causes de décès au sein de la métropole, 2013-2017 (Source : Inserm CépiDC, exploitation ORS Paca 2013-2017)

	Nombre annuel moyen de décès	% de l'ensemble des décès
Cancers	1417	24,7 %
Maladies de l'appareil circulatoire	1310	22,8 %
Maladies de l'appareil respiratoire	424	7,4 %
Maladies du système nerveux	348	6,1 %
Traumatismes, empoisonnements, accidents et suicides	337	5,9 %
Maladies endocriniennes	207	3,6 %
Pathologies liées à l'alcool	130	2,3 %
Maladies infectieuses	113	2,0 %

Les principales causes de décès dans la métropole étaient, comme dans la région, les cancers (24,7 % des décès) les maladies de l'appareil circulatoire (22,8 % des décès), les maladies de l'appareil respiratoire (7,4 % des décès) et les maladies du système nerveux (6,1 % des décès) (Tableau 14) (Source : *Inserm CépiDC 2013-2017*).

4.3 Comparaison avec la région

Globalement, la métropole présentait des données de mortalité globalement plus favorables que dans la région. Ainsi, une sous-mortalité significative était relevée par rapport à la région pour différentes causes de décès, parmi lesquelles :

- Les cancers (-3,7 %) et notamment les cancers de la plèvre (-41,2 %) et des tissus lymphatiques et hématologiques (-7,8 %) ;
- Les maladies de l'appareil circulatoire (-5,5 %), dont les cardiopathies ischémiques (-9,4 %) ;
- Les maladies du système nerveux (-11,1 %) ;
- Les traumatismes (-8,4 %), et notamment les accidents de la circulation (-20,0 %) et les accidents de la vie courante (-10,3 %) ;
- Le diabète (-12,8 %).

Quelques points de vigilance doivent cependant être relevés. En effet, une surmortalité significative a été relevée dans la métropole par rapport à la région pour la mortalité prématurée (+6,1 %), la mortalité chez les enfants de moins de 14 ans (+26,3 %) et certaines maladies infectieuses, comme les hépatites virales (+78,2 %) et le Sida (+68,3 %).

4.4 Les inégalités territoriales de mortalité

Le littoral

Sur la période 2013-2017, 3 777 décès ont été recensés en moyenne chaque année sur le littoral (différence non significative par rapport à la région).

Ce territoire présentait globalement des données de mortalité plutôt favorables. Sur le littoral, on relevait ainsi une sous-mortalité significative par rapport à la région pour différentes causes de décès, parmi lesquelles :

- Les cancers (-2,9 %), dont les cancers de la prostate (-13,0 %), des tissus lymphatiques et hématologiques (-12,9 %), de la plèvre (-43,9 %), l'œsophage (-20,0 %) ;
- Les maladies de l'appareil circulatoire (-6,2 %), dont les cardiopathies ischémiques (-8,1 %) ;
- Les traumatismes (-10,2 %), dont les accidents de la vie courante (-11,8 %) et les accidents de la circulation (-24,6 %) ;

- Les maladies du système nerveux et des organes de sens (-14,6 %) ;
- Le diabète (-18,2 %).

Par contre, on relevait sur ce territoire une surmortalité significative par rapport à la région pour la mortalité prématurée (+10,5 %), la mortalité infantile (+32,5 %) et pour certaines maladies infectieuses comme les hépatites virales (+76,4 %) et le Sida (+85,4 %).

Le Moyen Pays

Sur la période 2013-2017, 683 décès ont été recensés en moyenne chaque année dans le Moyen Pays (différence non significative par rapport à la région).

Ce territoire présentait globalement des données de mortalité plutôt favorables. On relevait ainsi dans le Moyen Pays une sous-mortalité significative par rapport à la région pour différentes causes de décès, parmi lesquelles :

- La mortalité prématurée (-20,0 %) ;
- Les cardiopathies ischémiques (-17,8 %) ;
- Les cancers du poumon (-16,7 %) ;
- Les maladies infectieuses (-27,9 %) ;
- Les maladies de l'appareil digestif (-17,2 %).

Par contre, on relevait sur ce territoire une surmortalité significative par rapport à la région pour :

- La maladie d'Alzheimer (+24,1 %) ;
- Les maladies endocriniennes (+20,4 %) ;
- Les suicides chez les 65 ans et plus (+64,5 %).

Le Haut Pays

Sur la période 2013-2017, 163 décès ont été recensés en moyenne chaque année dans le Haut Pays, soit une surmortalité significative par rapport à la région de +15,8 %.

Ce territoire présentait des données de mortalité moins favorables que les autres territoires de la métropole. Ainsi, une surmortalité significative par rapport à la région était observée dans le Haut Pays pour différentes causes de décès, comme :

- Les maladies de l'appareil respiratoire (+35,1 %) ;
- Les maladies du système nerveux (+32,5 %) ;
- Les traumatismes (+42,5 %), dont les accidents de la vie courante (+44,5 %) ;
- Le diabète (+81,2 %) ;
- La grippe (+92,3 %).

A l'inverse, une sous-mortalité significative par rapport à la région était observée pour les cancers du poumon (-38,0 %).

4.5 Les inégalités de mortalité selon le genre

→ Principales causes de décès

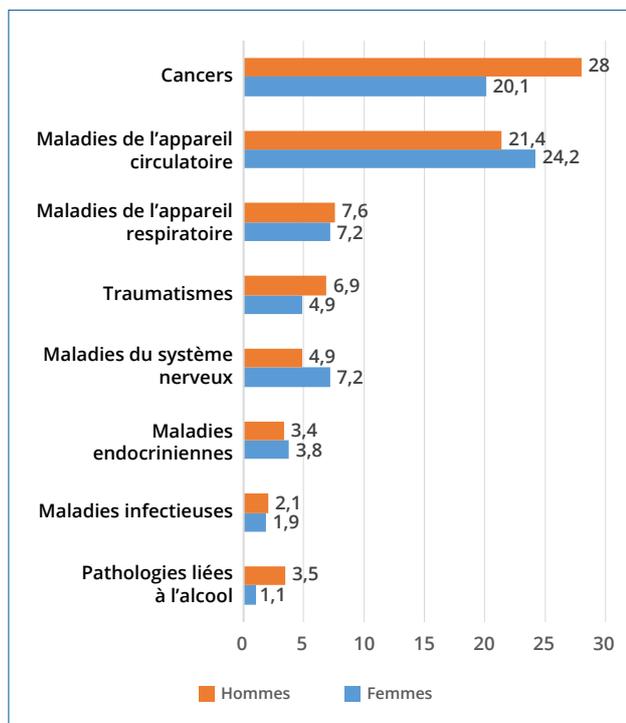


Figure 111 : Principales causes de mortalité selon le genre dans la métropole Nice Côte d'Azur 2013-2017 (Source : INSERM CépiDC 2013-2017, exploitation ORS Paca)

Sur la période 2013-2017, les principales causes de mortalité chez les hommes dans la métropole Nice Côte d'Azur étaient les cancers (28,0 % des décès), les maladies liées à l'appareil circulatoire (21,4 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (7,6 %). A l'inverse, chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire constituaient la première cause de décès (24,2 %), suivies des cancers à 20,1 % et des maladies de l'appareil respiratoire (7,2 %). (Figure 111).

Les mêmes constats étaient observés dans la commune de Nice et dans les sous-territoires.

→ Comparaison avec la région

Métropole

Globalement, on observe des tendances similaires chez les hommes et les femmes, pour de nombreuses pathologies (maladies de l'appareil circulatoire, maladies du système nerveux, maladies infectieuses, traumatismes). Quelques singularités peuvent cependant être relevées, à savoir une sous-mortalité par cancers chez les hommes et une sous-mortalité par diabète chez les femmes (Tableau 15).

Tableau 15 : Causes de sous et de surmortalité significative par rapport à la région sur la métropole (Source : INSERM CépiDC 2013-2017, exploitation ORS Paca)

	Sous-mortalité significative par rapport à la région		Surmortalité significative par rapport à la région	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Mortalité toutes causes	-	-		
Mortalité prématurée	-	-	+5,1 %	+8,1 %
Cancers	Ensemble des cancers (-5,2 %) Cancers de la plèvre (-45,7 %)	-	-	-
Maladies de l'appareil circulatoire	- 4,8 %	- 6,0 %	-	-
Maladies de l'appareil respiratoire	-	-	-	-
Maladies du système nerveux	- 10,0 %	- 13,4 %	-	-
Diabète	-	- 19,8 %	-	-
Maladies infectieuses	-	--	Hépatites virales (+54,7 %) Sida (+87,6 %)	Hépatites virales (+117 %)
Pathologies liées à l'alcool	-	-		
Traumatismes, accidents et suicides	- 7,5 %	- 8,6 %	-	-

Nice

Les données de mortalité dans la commune de Nice sont plus favorables chez les femmes que les hommes.

En effet, on observe une sous-mortalité par rapport à la région pour différentes causes de mortalité (les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies du système nerveux, le diabète et les traumatismes) chez les femmes, mais pas chez les hommes.

Chez les hommes, on relève une surmortalité toutes causes confondues par rapport à la région que l'on n'observe pas chez les femmes. A noter cependant une sous-mortalité par cancers que l'on n'observe que chez les hommes (Tableau 16).

Tableau 16 : Causes de sous et de surmortalité significative par rapport à la région dans la commune de Nice (Source : INSERM CépiDC 2013-2017, exploitation ORS Paca)

	Sous-mortalité significative par rapport à la région		Surmortalité significative par rapport à la région	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Mortalité toutes causes	-		+3,4 %	
Mortalité prématurée	-		- 16,7 %	+21,3 %
Cancers	Cancer du foie (-16,5 %) Cancer de l'œsophage (-26,1 %) Cancer de la plèvre (-45,4 %)		Cancer du rein (+28,2 %)	Cancer du poumon (+16,9 %)
Maladies de l'appareil circulatoire	-	- 6,8 %	-	-
Maladies de l'appareil respiratoire	-		-	-
Maladies du système nerveux	-	- 20,0 %	-	-
Diabète	-	- 31,5 %	-	-
Maladies infectieuses	-	-	Hépatites virales (+70,3 %) Sida (+173,3 %)	Hépatites virales (+141,1 %)
Pathologies liées à l'alcool	-	-	-	-
Traumatismes, accidents et suicides	-	Accidents de la vie courante chez les > 65 ans (-16,5 %) Accidents de la circulation (-50,1 %)	-	-

Le littoral

Globalement, on observe des tendances similaires chez les hommes et les femmes, pour de nombreuses pathologies (maladies de l'appareil circulatoire, maladies du système nerveux, accidents, maladies infectieuses,

surmortalité prématurée). Quelques singularités peuvent cependant être relevées, à savoir une sous-mortalité par diabète et une surmortalité par cancers du poumon chez les femmes (Tableau 17).

Tableau 17 : Causes de sous et de surmortalité significative par rapport à la région sur le littoral (Source : INSERM CépiDC 2013-2017, exploitation ORS Paca)

	Sous-mortalité significative par rapport à la région		Surmortalité significative par rapport à la région	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Mortalité toutes causes	-	-	-	-
Mortalité prématurée	-	-	+9,0 %	+13,2 %
Cancers	Cancers (-4,4 %) Cancer de la plèvre (-48,3 %)	Cancer du sang (-13,4 %)	-	Cancer du poumon (+11,9 %)
Maladies de l'appareil circulatoire	- 4,3 %	- 7,7 %	-	-
Maladies de l'appareil respiratoire			-	-
Maladies du système nerveux	- 8,1 %	- 18,5 %	-	-
Diabète	-	- 25,6 %	-	-
Maladies infectieuses	-	-	Hépatites virales (+52,2 %) Sida (+119,7 %)	Hépatites virales (+111,1 %)
Pathologies liées à l'alcool	-	-	-	-
Traumatismes, accidents et suicides	Accidents (-10,6 %)	Accidents (-16,1 %)	-	-

Le Moyen pays

Dans le Moyen Pays, on observe des données de mortalité proches de celles de la région, chez les hommes comme chez les femmes. Quelques points défavorables peuvent être relevés chez les femmes, à

savoir sur surmortalité toutes causes confondues et une surmortalité pour les maladies du système nerveux.

A noter également sur ce territoire une sous-mortalité par cancers du poumon chez les femmes (Tableau 18).

Tableau 18 : Causes de sous et de surmortalité significative par rapport à la région dans le Moyen Pays (Source : INSERM CépiDC 2013-2017, exploitation ORS Paca)

	Sous-mortalité significative par rapport à la région		Surmortalité significative par rapport à la région	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Mortalité toutes causes	-	-	-	+5,4 %
Mortalité prématurée	- 18,6 %	- 22,8 %	-	-
Cancers	-	Cancer du poumon (-30,1 %)	-	-
Maladies de l'appareil circulatoire	-	-	-	-
Maladies de l'appareil respiratoire	-	-	-	-
Maladies du système nerveux	-	-	-	+24,6 %
Maladies endocriniennes	-	-	-	-
Maladies infectieuses	-	-	-	-
Pathologies liées à l'alcool	-	-	-	-
Traumatismes, accidents et suicides	-	-	-	-

Le Haut Pays

Dans le Haut Pays, les hommes se démarquent par une sous-mortalité par rapport à la région pour les cancers dont le cancer du poumon et les maladies cardiovasculaires et par une surmortalité pour les maladies respiratoires et pour les suicides chez les 65 ans et plus.

Les femmes, quant à elles, présentent une surmortalité par rapport à la région pour les maladies du système nerveux, contrairement aux hommes (Tableau 19).

Tableau 19 : Causes de sous et de surmortalité significative par rapport à la région dans le Haut Pays (Source : INSERM CépiDC 2013-2017, exploitation ORS Paca)

	Sous-mortalité significative par rapport à la région		Surmortalité significative par rapport à la région	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Mortalité toutes causes	-	-	-	+27,9 %
Mortalité prématurée	-	-	-	-
Cancers	Cancer du poumon (-46,3 %)	-	-	-
Maladies de l'appareil circulatoire	Cardiopathies ischémiques (-40,4 %)	-	-	-
Maladies de l'appareil respiratoire	-	-	+49,9 %	-
Maladies du système nerveux	-	-	-	+58,6 %
Maladies endocriniennes	-	-	+81,8 %	+78,0 %
Maladies infectieuses	-	-	-	-
Pathologies liées à l'alcool	-	-	-	-
Traumatismes, accidents et suicides	-	-	Suicides chez les 65 ans et plus (+192,4 %)	-

5. LES PRINCIPALES PATHOLOGIES

5.1 Les cancers

➔ Assurés pris en charge pour un cancer

En 2021, 68 550 personnes ont été prises en charge pour un cancer dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence de 5,8 %, plus élevée que dans la région (5,5 %) (Source : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, données mises à jour en juillet 2023).

➔ Mortalité

Les cancers constituent la première cause de mortalité dans la métropole, comme dans la région et en France. Sur la période 2013-2017, 1 431 personnes sont décédées de cancers en moyenne chaque année sur le territoire de la métropole (24,6 % des décès). 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, la métropole Nice Côte d'Azur présentait une sous-mortalité significative par rapport à la région pour l'ensemble des cancers (-3,5 %) et pour différents cancers, comme les cancers de la prostate (-13,0 %), des tissus lymphatiques et hématologiques (-12,9 %), de la plèvre (-43,9 %), l'œsophage (-20,0 %) mais aussi pour les cancers de la plèvre (-41,2 %) et des tissus lymphatiques et hématologiques (-7,8 %) (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).

Le littoral se distinguait des autres sous-territoires par des données de mortalité liée aux cancers plus favorable que les autres sous-territoire. On relevait ainsi une sous-mortalité significative par rapport à la région pour l'ensemble des cancers (-2,9 %) et pour différents cancers : de la prostate (-13,0 %), des tissus lymphatiques et hématologiques (-12,9 %), de la plèvre (-43,9 %), l'œsophage (-20,0 %). Le Moyen et le Haut Pays présentaient tous deux une sous-mortalité pour les cancers du poumon (respectivement -16,7 % et -38,0 %).

Impacts sanitaires : Les cancers

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 (97).

La survenue d'un cancer est à l'origine de nombreuses séquelles, auxquelles 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. 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 (96).

5.2 Les maladies cardio-vasculaires

➔ Assurés pris en charge pour une maladie cardio-vasculaire

En 2021, 97 860 personnes ont été prises en charge pour une maladie cardio-vasculaire dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence de 8,3 %, proche de la moyenne régionale (8,4 %). Par ailleurs, 11,7 % des assurés du département suivaient un traitement pour le risque vasculaire (hors pathologies), une proportion un peu plus élevée que dans la région (11,5 %) (Source : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, données mises à jour en juillet 2023).

➔ Mortalité

Sur la période 2013-2017, 1 329 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil circulatoire dans la métropole Nice Côte d'Azur (22,8 % de l'ensemble des décès) : il s'agissait de la deuxième cause de décès dans la métropole, comme dans la région.

La métropole présentait une sous-mortalité significative par rapport à la région pour les maladies circulatoires (-4,9 %) et notamment pour les cardiopathies ischémiques (-9,4 %). Le niveau de mortalité lié aux maladies cérébrovasculaires était par contre proche de celui de la région (différence non significative).

Sur le littoral, on relevait une sous-mortalité significative par rapport à la région pour les maladies de l'appareil circulatoire (-6,2 %) et les cardiopathies ischémiques (-8,1 %). Le Moyen Pays présentait une sous-mortalité pour les cardiopathies ischémiques (-17,8 %). Les chiffres relevés dans le Haut Pays ne différaient pas de ceux de la région.

Impacts sanitaires : les maladies cardiovasculaires

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

5.3 Les maladies de l'appareil respiratoire

➔ Assurés pris en charge pour une maladie de l'appareil respiratoire

En 2021, 61 280 personnes ont été prises en charge pour une maladie respiratoire chronique (hors mucoviscidose) dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence de 5,2 %, un peu plus faible que la moyenne régionale (5,4 %) (Source : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, données mises à jour en juillet 2023).

➔ Mortalité

Sur la période 2013-2017, 424 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil respiratoire dans la métropole Nice Côte d'Azur (7,4 % de l'ensemble des décès).

La métropole, de même que deux sous-territoires, présentaient des niveaux de mortalité pour les maladies de l'appareil respiratoire proches de ceux de la région. Seul le Haut Pays présentait une surmortalité significative par rapport à la région pour cette cause de décès (+35,1 %).

Impacts sanitaires :

Tabagisme en Provence-Alpes-Côte d'Azur : données du Baromètre Santé 2021

En 2021, 29,1 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement (33,2 % chez les hommes et 25,3 % chez les femmes) en Provence-Alpes-Côte d'Azur, une prévalence significativement plus élevée qu'en France (25,3 %). La consommation de tabac a diminué (-2,3 points de pourcentage) entre 2017 et 2021 dans la région, mais cette baisse n'était pas significative. Toutefois, une baisse significative a été observée dans la classe d'âge des 31-45 ans (-8,1 points de pourcentage). Parmi les fumeurs quotidiens, 51 % ont déclaré avoir eu l'envie d'arrêter de fumer et 31 % avoir fait une tentative d'arrêt dans l'année. Par ailleurs, 41 % des 18-75 ans déclaraient avoir déjà expérimenté le vapotage, principalement les 18-30 ans (63 %). Cependant, seuls 5 % rapportaient un vapotage quotidien (98).

La consommation de tabac favorise ou aggrave 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 ceux de la gorge, de la bouche, des lèvres, du pancréas, des reins, de la vessie et de l'utérus (99).

Les maladies respiratoires chroniques

Les maladies respiratoires chroniques sont des maladies chroniques qui affectent les voies aériennes et d'autres parties du poumon. Parmi les plus courantes, on retrouve l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le cancer du poumon, la mucoviscidose, l'apnée du sommeil et les maladies pulmonaires professionnelles. Les maladies respiratoires se manifestent à tout âge. La plupart de ces maladies sont par nature chroniques et elles ont des répercussions importantes non seulement sur la personne atteinte, mais sur sa famille, la collectivité et le système de soins de santé. Les deux plus importants facteurs de risque des maladies respiratoires sont la fumée du tabac (le fait de fumer soi-même et l'exposition à la fumée secondaire de tabac) et l'exposition à une mauvaise qualité de l'air (à l'intérieur et à l'extérieur).

5.4 Les maladies du système nerveux

➔ Assurés pris en charge pour une maladie neurologique ou dégénérative

En 2021, 31 700 personnes ont été prises en charge pour une maladie neurologique ou dégénérative dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence de 2,7 %, un peu plus élevée que dans la région (2,6 %) (Source : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, données mises à jour en juillet 2023).

➔ Mortalité

Sur la période 2013-2017, 348 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie neurologique ou dégénérative dans la métropole Nice Côte d'Azur, soit 6,1 % de l'ensemble des décès. Comparativement à la région, le territoire métropolitain présentait une sous-mortalité significative pour les maladies du système nerveux (-11,1 %).

Une sous-mortalité était également observée sur le littoral (-14,6 %), mais pas dans les autres territoires. Ainsi, une surmortalité significative par rapport à la région était relevée dans le Haut Pays (+32,5 %) pour l'ensemble des maladies du système nerveux et dans le Moyen Pays pour la maladie d'Alzheimer (+24,1 %).

Impacts sanitaires : la maladie d'Alzheimer

La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro dégénérative 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.

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 (100). 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.

A noter qu'il existe une plateforme de répit à Nice.

5.5 Les traumatismes

➔ Mortalité liée aux accidents de la vie courante

Sur la période 2013-2017, 212 personnes sont décédées en moyenne chaque année suite à un accident de la vie courante au sein de la métropole Nice Côte d'Azur, représentant 4,0 % de l'ensemble des décès. Parmi ces décès, plus de 8 sur 10 (81,6 %) concernaient une personne âgée de 65 ans ou plus.

On relevait une sous-mortalité significative par rapport à la région pour les décès liés à un accident de la vie courante au sein de la métropole (-10,3 %) et sur le littoral (-11,8 %). Aucune différence significative n'a été relevée dans le Moyen Pays. Une surmortalité significative par rapport à la région a été relevée dans le Haut Pays (+44,5 %).

Impacts sanitaires : Les chutes chez les personnes âgées

Chaque année, en France, 2 millions de chutes de personnes âgées de plus de 65 ans sont responsables de 10 000 décès (1^e cause de mortalité accidentelle) et de plus de 130 000 hospitalisations. Les chutes ont des conséquences physiques, psychologiques, sociales et réduisent la qualité de vie des individus. Elles constituent par ailleurs une rupture dans le parcours de vie des sujets âgés sur le plan de l'autonomie. En 2022, un plan national antichute a été lancé, avec l'objectif de réduire le nombre de chutes mortelles ou entraînant des hospitalisations des personnes âgées de 20 % d'ici 2024 (101).

La chute est un événement multifactoriel qui résulte de l'interaction de plusieurs facteurs de risques liés à la condition de l'individu, à ses comportements et à son environnement. On estime que 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. Par ailleurs, certaines conditions santé peuvent faire augmenter de façon significative le risque de chute des aînés, parmi lesquels l'existence de certains problèmes de santé (diabète, arthrite, maladie de Parkinson, hypotension orthostatique...), les déficits visuels et l'altération des capacités motrices (altération de la démarche et de

l'équilibre, diminution de la force et de la puissance musculaire, vitesse de réaction, difficultés à se lever d'une chaise ou à se pencher), l'état cognitif et psychologique (la peur de tomber, les déficits cognitifs, la dépression, l'anxiété) et la prise de certains médicaments (psychotropes, laxatifs). Enfin, certains comportements augmentent les risques de chutes : il s'agit principalement de la consommation d'alcool, la sédentarité, la malnutrition et la prise de risque (102).

➔ Mortalité liée aux accidents de la circulation

En 2021, 445 accidents corporels ont été dénombrés au sein de la métropole, soit 8,4 % des accidents de la région. Suite à ces accidents, 23 personnes sont décédées et 572 ont été blessés (dont 163 hospitalisés). Le nombre d'accidents de la route a fortement baissé entre 2016 et 2021 au sein de la métropole (-36,6 %), davantage que dans la région (-22,5 %) et qu'en France (-5,7 %) (Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), fichier BAAC (bulletins d'analyse des accidents corporels de la circulation), 2016-2021).

Sur la période 2013-2017, 24 personnes sont décédées en moyenne chaque année dans un accident de la circulation au sein de la métropole Nice Côte d'Azur (0,4 % de l'ensemble des décès).

On relevait une sous-mortalité significative par rapport à la région pour les décès liés à un accident de la circulation au sein de la métropole (-20,0 %) et sur le littoral (-24,6 %). Aucune différence significative n'a été relevée dans le Moyen et le Haut Pays.

➔ Noyades

Sur la période 2013-2017, 6 personnes sont décédées en moyenne chaque année suite à une noyade au sein de la métropole Nice Côte d'Azur (0,1 % de l'ensemble des décès).

Aucune différence significative avec la région n'a été observée concernant la mortalité par noyades.

Impacts sanitaires : les noyades

En France, les noyades accidentelles sont responsables chaque année d'environ 1 000 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. 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 (103).

5.6 Les pathologies liées à l'alcool

➔ Consommation d'alcool chez les adultes et chez les jeunes

En 2017, la prévalence standardisée de la consommation quotidienne d'alcool parmi les 18-75 ans en région Provence-Alpes-Côte d'Azur était de 11,4 % et était comparable à la moyenne des autres régions métropolitaines (moyenne nationale : 10,0 %). La consommation d'alcool quotidienne était plus élevée chez les hommes (16,4 %) que chez les femmes (6,6 %), comme dans le reste de la France. A noter que la consommation des femmes était significativement plus élevée dans la région qu'en France. Dans la région, la prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes (6 verres ou plus en une seule occasion) mensuelles était de 16,3 % et était également comparable à la moyenne des autres régions métropolitaines (moyenne nationale : 16,2 %) (104).

En 2017, parmi les jeunes de 17 ans résidant dans la région et interrogés dans le cadre de l'enquête Escapad¹⁰, 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 %) (105).

➔ Mortalité

Sur la période 2013-2017, 130 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie liée à la consommation de l'alcool dans la métropole Nice Côte d'Azur (1,8 % de l'ensemble des décès). Aucune différence significative avec la région n'a été relevée ni dans la métropole ni dans les sous-territoires.

Impacts sanitaires : la consommation d'alcool

La consommation d'alcool a 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. Le cancer de l'œsophage est plus fréquent en cas d'association du tabac et de l'alcool (106).

10 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.

5.7 Le diabète

➔ Assurés pris en charge pour un diabète

En 2021, 68 170 personnes ont été prises en charge pour une maladie neurologique ou dégénérative dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence de 5,8 %, moins élevée que dans la région (6,1 %) (Source : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, données mises à jour en juillet 2023).

➔ Mortalité

Sur la période 2013-2017, 95 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil respiratoire dans la métropole Nice Côte d'Azur (2,4 % de l'ensemble des décès).

On relevait une sous-mortalité significative par rapport à la région pour les décès liés à un diabète au sein de la métropole (-12,8 %) et sur le littoral (-18,2 %). Aucune différence significative n'a été relevée dans le Moyen Pays. Le Haut Pays présentait une surmortalité significative par rapport à la région de +81,2 %.

Impacts sanitaires : le diabète

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 (107).

5.8 Les maladies infectieuses

➔ 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). Les données de surveillance disponibles et les acteurs

du territoire font état d'une progression des cas de maladies vectorielles dans le département des Alpes-Maritimes.

Maladies liées au moustique tigre

Le moustique *Aedes Albopictus*, plus connu sous le nom de « moustique tigre », est un vecteur qui peut transmettre les virus du chikungunya et de la dengue, importés de pays étrangers infestés, majoritairement du fait des échanges internationaux. Etant un moustique urbain, il s'est adapté aux conditions climatiques tempérées et la progression de sa dissémination est rapide en métropole. Depuis 2006, un plan national « anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole » est mis en œuvre chaque année. Il associe un dispositif de surveillance humaine et entomologique à des mesures de prévention et de contrôle mis en œuvre par différents acteurs régionaux et nationaux (Santé publique France, CNR, ARS et EID). Ce dispositif est actuellement activé, du 1^{er} mai au 30 novembre (période d'activité des moustiques) dans les départements d'implantation du moustique, dont les Alpes-Maritimes.

En 2022, le dispositif de surveillance a permis la détection et le signalement de 5 cas importés confirmés de dengue dans les Alpes-Maritimes. Par ailleurs, 2 épisodes de transmission de dengue autochtone ont été identifiés dans ce département, totalisant 45 cas. Le foyer concernant les communes limitrophes de Saint-Jeannet et de Gattières (35 cas en tout) représente l'épisode de plus grande ampleur survenu en France en 2022 (108). Par contre, aucun cas de chikungunya ni de Zika n'a été repéré dans le département en 2022.

Infections à virus West-Nile

Depuis 2010, une circulation plus importante du virus West Nile est observée en Europe, en Russie et sur le pourtour méditerranéen. L'année 2018 a été marquée par la plus importante épidémie décrite avec, sur le pourtour méditerranéen français, 27 cas d'infection humaine (dont 7 formes neuro-invasives), majoritairement dans les Alpes Maritimes, et 13 cas équin confirmés dont 1 dans les Bouches-du-Rhône (109).

En 2023, 8 cas d'infections humaines ont été identifiés dans la région, dont 3 dans le département des Alpes-Maritimes (dans les communes de Cannes et Antibes), un nombre en augmentation. En 2022, 6 cas avaient été identifiés dans la région, mais aucun dans le département des Alpes-Maritimes (110).

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. Cependant, les acteurs du territoire signalent une recrudescence de cas dans le département ces dernières années (42).

Impacts sanitaires : les maladies vectorielles

L'expansion des maladies à transmission vectorielle découle aujourd'hui principalement de l'intensification et de la mondialisation des échanges de biens et des mouvements de personnes. Ce type de maladies devraient, sous l'effet des changements climatiques, être de plus en plus précoces et fréquentes (111).

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).

Les infections sexuellement transmissibles

Les hépatites virales

En 2021, les Alpes-Maritimes constituaient le département de la région comprenant le taux le plus élevé de personnes en Affection Longue Durée au titre d'une hépatite B (59,2 pour 100 000 habitants) ou C (219,6 pour 100 000 habitants) (région : respectivement 42,7 et 154,4 pour 100 000) (Source : Santé publique France - SNDS 2021).

Sur la période 2013-2017, 16 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une hépatite virale dans la métropole Nice Côte d'Azur (0,2 % de l'ensemble des décès). Comparativement à la région, une surmortalité significative pour les hépatites virales a été relevée

au sein de la métropole (+78,2 %) ainsi que sur le littoral (+76,4 %). Aucune différence significative n'a été relevée dans le Moyen et le Haut Pays (Source : Inserm CépiDC 2013-2017).

Impacts sanitaires : Les hépatites virales

Les infections par les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) constituent un enjeu important de santé publique du fait de leur gravité potentielle (évolution vers la cirrhose ou le cancer primitif du foie), du nombre de personnes infectées et du coût engendré par leur prise en charge (112). 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.

Le VIH / SIDA

En 2021, 26 840 personnes ont été prises en charge pour une maladie inflammatoire ou un VIH ou un Sida dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence de 2,3 %, proche de celle de la région (2,2 %) (Source : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, données mises à jour en juillet 2023).

Sur la période 2013-2017, 8 personnes sont décédées en moyenne chaque année du SIDA dans la métropole Nice Côte d'Azur (0,1 % de l'ensemble des décès).

Comparativement à la région, une surmortalité significative liée au SIDA a été relevée au sein de la métropole (+68,3 %) ainsi que sur le littoral (+85,4 %). Aucune différence significative n'a été relevée dans le Moyen et le Haut Pays.

Impacts sanitaires : Le VIH/Sida

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 (113)

→ La COVID-19

Au 29 mars 2023, 2 659 sont décédées suite au COVID-19 dans les Alpes-Maritimes, soit 18,7 % des décès liés au COVID-19 dans la région.

Q 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 (114).

La santé mentale

Une des conséquences de l'épidémie est la dégradation de l'état de santé mentale d'une partie de la population (peur de la maladie pour soi et son entourage, conditions de vie en période de confinement : promiscuité, isolement social, perte de salaire, etc.). Cette période a contribué à l'adoption d'habitudes de vie défavorables (consommation d'alcool et autres substances psychoactives, nutrition, sommeil, etc.), à l'augmentation des violences (notamment intrafamiliales) et a donné lieu à des interruptions momentanées de travail (115)

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 (116,117). 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). 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 (67).

→ La tuberculose

En 2021, 78 cas de tuberculose ont été déclarés dans les Alpes-Maritimes, soit 30,4 % des cas déclarés au sein de la région (*Source : Santé Publique France, déclaration obligatoire de tuberculose, 2021*).

Sur la période 2013-2017, 3 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une hépatite virale dans la métropole Nice Côte d'Azur. Comparativement à la région, aucune différence significative n'a été relevée au sein de la métropole ou dans un sous-territoire.

Impacts sanitaires : La tuberculose

La tuberculose est une maladie infectieuse due à une mycobactérie, *Mycobacterium tuberculosis*, qui atteint le plus souvent les poumons (tuberculose pulmonaire) mais qui peut atteindre d'autres organes (tuberculose extra-pulmonaire). Elle se transmet de personne à personne par voie aérienne, à partir des formes respiratoires de la maladie. C'est une maladie habituellement prolongée durant plusieurs mois.

5.9 La santé mentale

→ Assurés pris en charge pour une maladie psychiatrique

En 2021, 47 870 personnes ont été prises en charge pour une maladie psychiatrique¹¹ dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence de 4,1 %, moins élevée que dans la région (4,3 %). De plus, 8,9 % de patients étaient suivi pour traitements psychotropes (hors pathologies), une proportion un peu plus élevée que dans la région (8,7 %) (*Source : Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam), données mises à jour en juillet 2023*).

→ Les suicides

Sur la période 2013-2017, 70 personnes sont décédées en moyenne chaque année à la suite d'un suicide au sein de la métropole Nice Côte d'Azur (1,3 % de l'ensemble des décès).

Globalement, la mortalité par suicide observée au sein de la métropole et dans les différents sous-territoires était proche de celle relevée dans la région. Seul le Moyen Pays présentait une surmortalité par suicide chez les 65 ans et plus (+64,5 %).

Impacts sanitaires : idées suicidaires et tentatives de suicide en Provence-Alpes-Côte d'Azur

En 2017, 4,8 % des personnes interrogées (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 (*Source : Baromètre Santé, Santé Publique France 2017*) ; 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 %)(118).

¹¹ Personnes en ALD durant au moins une des 5 dernières années et ayant reçu au moins 3 délivrances de neuroleptiques au cours de l'année à différentes dates.

➔ La santé mentale des enfants

Aucune donnée n'est disponible à l'échelle départementale sur la santé mentale des enfants.

Selon Santé Publique France, 13 % des enfants âgés de 6 à 11 ans présentent un trouble probable de santé mentale. Ainsi, 6,6 % présentent un trouble oppositionnel probable, 5,6 % un trouble émotionnel probable et 3,2 % un trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité probable. Le taux de prévalence est du même ordre de grandeur que ceux observés dans d'autres pays en Europe sur la même tranche d'âge en 2010 et 2017 (119).

➔ Conséquences psychologiques liées aux attentats à Nice

Le 14 juillet 2016, environ 30 000 personnes étaient présentes à Nice lors de l'attaque terroriste, des habitants comme des touristes. Au cours de cette attaque, 86 personnes sont décédées, dont 15 enfants. Les troubles de stress post-traumatique (TSPT) pédiatrique étant fréquents après une attaque terroriste, un centre de consultation pédiatrique a été créé au CHU pour enfants de Nice (120). Trois ans plus tard, plus de 4700 consultations ont été réalisées.

Une étude a été réalisée auprès de 271 patients ambulatoires par la Fondation Lenval (CHU de Nice) pour évaluer la fréquence des diagnostics de TSPT et d'autres troubles mentaux chez les enfants (121). Le nombre moyen de diagnostics par enfant était de 2,4. Dans l'ensemble, 62 % des enfants souffraient de stress post-traumatique, 79 % avaient des troubles anxieux, 9 % avaient un trouble dépressif majeur, 18 % avaient des troubles du contrôle des impulsions et 33 % avaient un trouble déficitaire de l'attention (TDA) ou un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Certains participants remplissaient les critères de plusieurs troubles.

RÉFÉRENCES

1. Métropole Nice Côte d'Azur. Elaboration du Plan Local d'Urbanisme Métropolitain : analyse de l'état initial de l'environnement [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www2.nice.fr/habitat-urbanisme/plu-metropolitain/Tome2-RP-EIE-Appro.pdf>
2. Métropole Nice Côte d'Azur. Elaboration du Plan Local d'Urbanisme Métropolitain : analyse de l'état initial de l'environnement [Internet]. 2018. Disponible sur: <http://www2.nice.fr/habitat-urbanisme/plu-metropolitain/Tome2-RP-EIE-Appro.pdf>
3. Métropole Nice Côte d'Azur. Cap sur la transition maritime.
4. GREC Sud. Climat et ville : interactions et enjeux en Provence-Alpes-Côte d'Azur. 2017.
5. Nieuwenhuijsen. Environmental health : a global access science source. 2016 [cité 16 juin 2020]. Urban and Transport Planning, Environmental Exposures and Health-New Concepts, Methods and Tools to Improve Health in Cities. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26960529/>
6. Davdand P, Villanueva C, Font-Ribera L, Martinez D, Basagana X, Belmonte J, et al. Risks and Benefits of Green Spaces for Children: A Cross-Sectional Study of Associations with Sedentary Behavior, Obesity, Asthma, and Allergy. *Env Health Perspect*. 2014;(122):1329-35.
7. Beaudoin M, Levasseur ME. Verdir les villes pour la santé de la population [Internet]. INSPQ; 2017 [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2265_verdir_villes_sante_population.pdf
8. World Health Organisation regional office for Europe. Urban green space interventions and health: A review of impacts and effectiveness [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/337690/FULL-REPORT-for-LLP.pdf
9. Giles-Corti B, Timperio A, Bull F, Pikora T. Understanding physical activity environmental correlates: increased specificity for ecological models. *Exerc Sport Sci Rev*. oct 2005;33(4):175-81.
10. INSEE Provence-Alpes-Côte d'Azur. Équipements et services : bonne accessibilité dans les communes peu denses grâce au tourisme [Internet]. INSEE Flash n°22; 2016. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/1895167/pr_inf_22.pdf
11. Groupe aéroports de la Côte d'Azur. Nice côte d'azur, 2ème plateforme aéroportuaire de France [Internet]. Disponible sur: <https://societe.nice.aeroport.fr/le-groupe/presentation>
12. HEAT : un outil de l'OMS pour encourager la pratique du vélo et de la marche [Internet]. Disponible sur: file:///C:/Users/helene.dumesnil/Downloads/79232_doc00002980-2.pdf
13. Préfecture des Alpes-Maritimes. Plan Départemental d'Actions de Sécurité Routière [Internet]. Disponible sur: <http://www.alpes-maritimes.gouv.fr/content/download/30551/243491/file/PDASR%202019.pdf>
14. Meunier & Dupont. Dossier thématique - conséquences des accidents de la route pour les victimes. [Internet]. Institut Belge pour la Sécurité Routière - Centre de connaissance Sécurité routière; 2017. Disponible sur: https://www.vias.be/publications/Themadossier%20verkeersveiligheid%20n%C2%B010%20-%20Menselijke%20impact%20van%20verkeersongevallen/Dossier_thematique_n%C2%B010.pdf
15. AtmoSud. Bilan de la qualité de l'air 2015 - Alpes-Maritimes [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.atmosud.org/sites/paca/files/atoms/files/150000_bilan_territoire_alpes_maritimes_2015.pdf
16. Atmosud. Bilan d'activité 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.atmosud.org/article/qualite-de-lair-de-la-region-le-constat-datosud>
17. Métropole Nice Côte d'Azur. Mesurer la qualité de l'air [Internet]. Disponible sur: <https://transitionecologique.nicecotedazur.org/mesurer/air/>
18. Santé Publique France. Dossier thématique : pollution atmosphérique, quels sont les risques ? [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/pollution-et-sante/air/articles/pollution-atmospherique-quels-sont-les-risques>
19. 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.
20. 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>
21. 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/ORSACA_BAROMETRE_ENV.pdf
22. RNSA. Bilan de la saison pollinique en Provence-Alpes-Côte d'Azur - Année 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/media/95981/download?inline>
23. Observatoire Régional de la Santé PACA. Les pollens, les pollinoses et autres maladies respiratoires allergiques. Note de synthèse. [Internet]. 2021. Disponible sur: <http://orspaca.org/sites/default/files/fiche-pollens.pdf>
24. Laaidi M, Chinest T, Aegerter P. Allergies au pollen, pollution et climat : revue de la littérature. *Rev Fr Allergol* [Internet]. 2011;51(7). Disponible sur: <https://www.sciencedirect-com.gate2.inist.fr/science/article/pii/S1877032011001515?via%3Dihub>
25. Préfecture des Alpes-Maritimes. Dossier départemental sur les risques majeurs dans les Alpes-Maritimes - édition 2021 [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.alpes-maritimes.gouv.fr/Politiques-publiques/Environnement-risques-naturels-et-technologiques/Les-risques-naturels-et-technologiques/Dossier-Departemental-sur-les-risques-majeurs-Edition-2021/DDRM-en-version-integrale-a-telecharger>
26. 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>
27. GREC Sud. Impacts du changement climatique et transition(s) dans les Alpes du Sud - Cahier thématique du groupe de travail « Montagne » [Internet]. 2018. Disponible sur: http://www.grec-sud.fr/wp-content/uploads/2019/03/Cahier_montagne_GREC_SUD_octobre_2018_ref.pdf
28. Redmond AD. Natural disasters. *BMJ*. 28 mai 2005;330(7502):1259-61.
29. 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.
30. Verger P, Hunault C, Rotily M, Baruffo 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.
31. 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.
32. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. TABLEAU DE BORD RÉGIONAL SANTÉ-ENVIRONNEMENT - ÉDITION 2012 [Internet]. 2012. Disponible sur: http://www.sistepaca.org/sites/default/files/pdf/tbse/tbse_2010-12_SY2.pdf
33. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Tableau de bord régional santé sécurité conditions de travail édition 2020 [Internet]. 2021. Disponible sur: www.orspaca.org/sites/default/files/tbse-2020.pdf

34. Métropole Nice Côte d'Azur. La Métropole Nice Côte d'Azur face aux risques climatiques [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.nicecotedazur.org/uploads/files/Cahier_territorial_NCA_GREC_SUD_juin_2021_VF_HD_28072021.pdf
35. GREC Sud. Climat et changement climatique en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Association pour l'innovation et la recherche au service du climat; 2016.
36. CEREMA. Vers une cartographie des îlots de chaleur urbain dans la métropole de Nice [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.cerema.fr/system/files/documents/2022/05/synthese_demonstrateur_version_finale_page_par_page-1.pdf
37. GREC Sud. La santé face au changement climatique en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2019. Disponible sur: http://www.grec-sud.fr/wp-content/uploads/2019/11/cahier_sante_GREC_SUD_112019-VF.pdf
38. Lancet Countdown. Lancet Countdown : tracking progress on health and climate change. Report 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.lancetcountdown.org/2019-report/>
39. Institut de Veille Sanitaire. Impact sanitaire de la vague de chaleur d'août 2003 : premiers résultats et travaux à mener. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 45-46 [Internet]. 2003; Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2003/45_46/beh_45_46_2003.pdf
40. Institut National du Cancer. Panorama des cancers en France - édition 2023 [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/content/download/466486/7065725/file/Panorama%20des%20cancers_2023.pdf
41. UNESCO. Rapport mondial des Nations Unies sur la mise en valeur des ressources en eau 2023 [Internet]. Disponible sur: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210026215/read>
42. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Portrait santé environnement. Diagnostic santé environnement de la métropole Nice Côte d'Azur. 2021.
43. 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>
44. Levallois P, Barn P, Valcke M, Gauvin D, Kosatsky T. Public Health Consequences of Lead in Drinking Water. *Curr Environ Health Rep.* juin 2018;5(2):255-62.
45. Santé Publique France. Dossier thématique légionellose [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/legionellose>
46. Métropole Nice Côte d'Azur. Plan de Prévention du Bruit dans l'Environnement [Internet]. Disponible sur: http://auditorium.nicecotedazur.org/ppbe_2.php
47. Alain Muzet, Gilberte Tinguely, Michel Berengier, Florence Coignard, Anne Sophie Evrard, et al. Évaluation des impacts sanitaires extra-auditifs du bruit environnemental: Saisine 2009-SA-0333: avis de l'ANSES: Rapport d'expertise collective [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00845574/document>
48. Brown AL, van Kamp I. WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review of Transport Noise Interventions and Their Impacts on Health. *Int J Environ Res Public Health.* 3 août 2017;14(8):873.
49. Agence Européenne pour l'environnement. Noise in europe 2020 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.eea.europa.eu/publications/environmental-noise-in-europe/download>
50. Comité Régional du Tourisme Côte d'Azur. Tourisme chiffres clés édition 2020 Côte d'Azur.
51. Innovation e-santé Sud. Panorama 2019 - Activité des services d'urgence [Internet] [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/00460588720879ad770d4>
52. Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt. Fiche territoriale synthétique du recensement agricole 2020 - Métropole Nice Côte d'Azur [Internet]. 2022. Disponible sur: https://draaf.paca.agriculture.gouv.fr/IMG/html/06_fts_ra2020_metropole_nice_cote_d_azur.html
53. Métropole Nice Côte d'Azur. Stratégie agricole métropolitaine [Internet]. Disponible sur: <https://www.nicecotedazur.org/services/environnement/agriculture/strategie-agricole-metropolitaine/>
54. Métropole Nice Côte d'Azur. Projet Alimentaire Territorial (PAT).
55. Gigonzac V, Breuillard E, Bossard C, Guseva Canu I, Khiredine Medouni I. Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011 [Internet]. *Santé Publique France*; 2017. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/183059/2308801>
56. 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>
57. Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement PACA Service, Énergie et Logement, unité Politiques de l'habitat. L'ACCES ET LE MAINTIEN DANS LE PARC SOCIAL DES SENIORS ET DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP : rapport de synthèse des travaux [Internet]. 2022. Disponible sur: https://www.paca.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/dreal_paca_etude_v18012023.pdf
58. Rapport inter-associatif. Analyse comparée des conditions d'accès au logement social des ménages à faibles ressources dans 12 métropoles régionales [Internet]. 2022. Disponible sur: https://franceurbaine.org/fichiers/documents/franceurbaine_org/activite/urbanisme_et_logement/2021-rapport_interasso_acces_ls_12_metropoles.pdf
59. Ministère de la justice, Cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales. Circulaire du 8 février 2019 relative au renforcement et à la coordination de la lutte contre l'habitat indigne [Internet]. févr, 2019. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2019/02/circulaire_2019-02-08_justice_cohesion-des-territoires_lutte_contre_habitat_indigne.pdf
60. Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire. Connaître le potentiel radon de ma commune [Internet]. Disponible sur: <https://www.irsn.fr/FR/connaissances/Environnement/expertises-radioactivite-naturelle/radon/Pages/5-cartographie-potentiel-radon-commune.aspx#.YUnpe3069hE>
61. Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire. Le risque radon dans les habitations en 10 questions [Internet]. Disponible sur: <https://www.irsn.fr/FR/connaissances/Environnement/expertises-radioactivite-naturelle/radon/Pages/1-Le-risque-radon-dans-les-habitations-en-10-questions.aspx#.YW2RYX069hE>
62. Singh A, Daniel L, Baker E, Bentley R. Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. *Am J Prev Med.* août 2019;57(2):262-72.
63. Madec P. Rapport congrès de l'union sociale pour l'habitat.pdf [Internet]. 2018 [cité 20 juill 2020]. Disponible sur: https://www.union-habitat.org/sites/default/files/articles/pdf/2018-09/rapport_congres_hlm_2018.pdf
64. Santé Publique France. Dossier thématique - Quel est l'impact sanitaire de l'intoxication au monoxyde de carbone ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/monoxyde-de-carbone/les-enjeux-de-sante/quel-est-l-impact-sanitaire-de-l-intoxication-au-monoxyde-de-carbone>
65. Ajrouche R, Roudier C, Cléro E, Ielsch G, Gay D, Guillevic J, et al. Quantitative health impact of indoor radon in France. *Radiat Environ Biophys.* août 2018;57(3):205-14.
66. Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme. Logement étudiant : observer pour agir. Guide 3. Pour comprendre la diversité des approches sur le logement des étudiants et des jeunes [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.fnau.org/wp-content/uploads/2023/03/guide-logement-etudiant-2023-web-hd.pdf>

- 67.** Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. SYNTHÈSE SANTÉ ET CONDITIONS DE VIE DES ÉTUDIANTS EN RÉGION PROVENCE ALPES-CÔTE D'AZUR [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/synthese-enquete-etudiants.pdf>
- 68.** Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme. Métroscopie : les 22 métropoles françaises, analyses chiffrées et focus sur la qualité de vie [Internet]. 2020. Disponible sur: <http://www.fnau.org/wp-content/uploads/2020/05/metroscopie-2020-web-bd.pdf>
- 69.** OCDE European Observatory on Health Systems and Policies. France : Profils de santé par pays 2021 [Internet]. Editions OCDE, Paris; 2021. Disponible sur: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_fr_french.pdf
- 70.** Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. 2016. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=F648A51B5590B2B32083BC3CEC065C5D?sequence=1
- 71.** Académie nationale de médecine. Multimorbidité : Prise en charge par le médecin généraliste [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2018/03/multimorbidite-2018-01-22-version-finale-1.pdf>
- 72.** 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
- 73.** 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
- 74.** OCDE. Les aspects psycho-sociaux des familles monoparentales.
- 75.** 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
- 76.** Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les effets de la couverture maladie universelle sur le recours aux soins. Etudes Résultats N° 944 [Internet]. 2015; Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er944.pdf>
- 77.** Oswald N. Implantation de l'offre de soins libérale dans les quartiers prioritaires. In: Observatoire national de la politique de la ville : rapport annuel 2016 [Internet]. Observatoire National de la Politique de la Ville. 2017. Disponible sur: <http://i.ville.gouv.fr/download/referenc/14157>
- 78.** Muriel Barlet, Magali Coldefy, Clémentine Collin, Véronique Lucas-Gabrielli. L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Etudes et résultats n° 795 [Internet]. Direction de la Recherche, des Etudes et Statistiques; Institut de Recherche et de Documentation Economie de la Santé. mars 2012; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er795.pdf>
- 79.** 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>
- 80.** Chevillard G, Mousquès J. Medically underserved areas: are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? Soc Sci Med 1982. oct 2021;287:114358.
- 81.** Mousquès J, Bourgueil Y. L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 [Internet]. 2014. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf>
- 82.** 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>
- 83.** Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Conférence de presse : L'accès aux soins de proximité dans les Alpes-Maritimes [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-04/Dossier%20presse%20PTAS06.pdf>
- 84.** 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>
- 85.** Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cartographie des flux de patients un outil au service des CPTS en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2019. Disponible sur: http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/diapos_cartographie_flux_patients_CPTS2019.pdf
- 86.** 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>
- 87.** 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>
- 88.** 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>
- 89.** Assistance publiques des hôpitaux de Paris. Dossier : Cancers gynécologiques [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.aphp.fr/cancers-gynecologiques>
- 90.** Santé Publique France, Réseau français des registres des cancers, Service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices Civils de Lyon (HCL), Institut national du cancer. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 : SYNTHÈSE DES RÉSULTATS : TUMEURS SOLIDES ET HÉMOPATHIES MALIGNES. 2021.
- 91.** Santé Publique France. Dossier : Cancer du col de l'utérus [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus>
- 92.** AMELI. Vaccination contre la grippe saisonnière [Internet]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/assurance-maladie/campagnes-vaccination/vaccination-grippe-saisonniere>
- 93.** Haute Autorité de Santé. Place du vaccin quadrivalent haute dose EFLUELDA dans la stratégie de vaccination contre la grippe saisonnière chez les personnes de 65 ans et plus [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3186428/fr/place-du-vaccin-quadrivalent-haute-dose-efluelda-dans-la-strategie-de-vaccination-contre-la-grippe-saisonniere-chez-les-personnes-de-65-ans-et-plus
- 94.** 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;
- 95.** CREAI Paca Corse. HandiDonnées PACA 2022 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://paca.handidonnees.fr/>
- 96.** Institut National du Cancer. VICAN 5 - La vie cinq ans après un diagnostic de cancer. [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.proinfocancer.org/sites/default/files/2018-6-19-la_vie_cinq_ans_apres_un_diagnostic_de_cancer_rapport_mel_inserm-inca.pdf

- 97.** 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
- 98.** Santé Publique France. Tabac en Provence-Alpes-Côte d'Azur : données régionales du baromètre 2021. Bulletin de santé publique Provence-Alpes-Côte d'Azur. juill 2023;
- 99.** 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>
- 100.** Fondation Médéric Alzheimer. Baromètre : Perte d'autonomie, maladie d'Alzheimer et Aidance : qu'en disent les Français ? [Internet]. 2020. Disponible sur: http://www.gerontopolesud.fr/sites/default/files/Publication_du_barom_tre_Fondation_Mederic_Alzheimer__1600705624.pdf
- 101.** 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
- 102.** Guillaume Burigusa. La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : Recension des écrits du Cadre de référence [Internet]. Institut National de Santé Publique du Québec; 2018. Disponible sur: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-02W.pdf>
- 103.** 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>
- 104.** Santé Publique France. Consommation d'alcool dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Bull Santé Publique Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. janv 2020; Disponible sur: file:///C:/Users/helene.dumesnil/Downloads/bsp_alcool_paca_janvier_2020.pdf
- 105.** Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les drogues à 17 ans : analyse régionale Enquête ESCAPAD [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxs9.pdf>
- 106.** Santé Publique France. Dossier : Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ?
- 107.** Santé Publique France. Dossier diabète [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete>
- 108.** Clémentine Calba, Amandine Cochet, Frédéric Jourdain, Gilda Grad 3,4 , Guillaume André Durand, Anne Guinard, Lucie Fournier, Alexia Barbry, , Anaïs Soares, Laura Verdurme, Benoit Visseaux, Marie-Claire Paty, Florian Franke. SURVEILLANCE DES ARBOVIROSES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE : NETTE AUGMENTATION DES CAS DE DENGUE AUTOCHTONE EN 2022 [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/551006/3979159?version=1>
- 109.** 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>
- 110.** Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Surveillance épidémiologique des infections à virus West-Nile [Internet]. [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.paca.ars.sante.fr/surveillance-epidemiologique-des-infections-virus-west-nile>
- 111.** Tajudeen YA, Oladunjoye IO, Mustapha MO, Mustapha ST, Ajide-Bamigboye NT. Tackling the global health threat of arboviruses: An appraisal of the three holistic approaches to health. Health Promot Perspect. 2021;11(4):371-81.
- 112.** 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
- 113.** Santé Publique France. Bulletin de santé publique VIH-IST [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/393745/3276807>
- 114.** Marie Jardin, Bérengère Davin, Dimitri Scronias, Patrick Kurkdji, Romain Lutaud, Valérie Guagliardo, Pierre Verger. Retour d'expérience sur l'impact de la crise liée à la Covid-19 sur les soins de premier recours pendant les premiers confinement et déconfinement. Données de surveillance d'activité & résultats d'enquêtes [Internet]. Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur; 2021. Disponible sur: <http://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/Synthese-impact-epidemie-soins-premier-recours.pdf>
- 115.** 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>
- 116.** Observatoire de la vie étudiante. La vie étudiante au temps du COVID-19 : Incertitudes, transformations et fragilités. OVE Infos n°42 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ove-national.education.fr/wp-content/uploads/2020/09/OVE-INFOS-42-La-vie-etudiante-au-temps-du-COVID-19.pdf>
- 117.** 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.
- 118.** Santé Publique France. Conduites suicidaires - Provence-Alpes-Côte d'Azur. Bull Santé Publique [Internet]. févr 2019; Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/50236/document_file/bsp-suicides-paca-fevrier-2019.pdf
- 119.** Santé publique France. Premiers résultats d'Enabee sur le bien-être et la santé mentale des enfants âgés de 6 à 11 ans vivant en France métropolitaine et scolarisés [Internet]. 2023. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants/documents/premiers-resultats-de-l-etude-enabee-sur-le-bien-etre-et-la-sante-mentale-des-enfants-de-6-a-11-ans-en-france-metropolitaine>
- 120.** Haas H, Fernandez A, Bréaud J, Dupont A, Tran A, Solla F. Terrorist attack in Nice: the central role of a children's hospital. Lancet Lond Engl. 11 mars 2017;389(10073):1007.
- 121.** Askenazy F, Bodeau N, Nachon O, Gittard M, Battista M, Fernandez A, et al. Analysis of Psychiatric Disorders by Age Among Children Following a Mass Terrorist Attack in Nice, France, on Bastille Day, 2016. JAMA Netw Open. 1 févr 2023;6(2):e2255472.



DIAGNOSTIC SOCIO-SANITAIRE ET ENVIRONNEMENTAL

Métropole Nice Côte d'Azur

Réalisé dans le cadre du Contrat Local de Santé métropolitain

ORS PACA - Octobre 2023
Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales
27 Boulevard Jean Moulin,
13385 Marseille Cedex 5

Tél. 04 91 32 48 00 | Emil : accueil@orspaca.org

www.orspaca.org