

LES ALPES-MARITIMES PORTRAIT SOCIO-SANITAIRE ET ENVIRONNEMENTAL

2025



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

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

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

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

- ▶ La description des caractéristiques et spécificités de chaque département, comparativement à la région Provence-Alpes-Côte d'Azur et à la France métropolitaine, quand les données sont disponibles ;
- ▶ La mise en évidence des inégalités territoriales et sociales ;
- ▶ Des encadrés présentant de façon pédagogique des données de mise en perspective issues de la recherche et d'études (impacts et enjeux sanitaires, déterminants...).

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

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

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

L'ensemble des documents produits est disponible sur :

le site de l'ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur

www.orspaca.org

et sur le Système d'Information Régional en Santé

www.sirsepaca.org

SOMMAIRE

4 SOUS-TERRITOIRES SINGULIERS AU SEIN DU DÉPARTEMENT..... 1

LE TERRITOIRE2

L'ESSENTIEL.....2

Un territoire contrasté, entre mer et montagne3

Des contraintes de mobilité liées à la topographie
du territoire4

Un département globalement bien doté
en équipements, malgré une répartition inégale
sur le territoire5

Une économie orientée vers le secteur tertiaire.....6

Le tourisme7

L'agriculture8

L'industrie9

Des enjeux liés à la qualité de l'air
sur la bande littorale10

Un département exposé à différents risques
naturels, en particulier les inondations et les feux
de forêt.....11

Le risque inondation.....12

Le risque incendie de forêt.....12

Le risque mouvement de terrain13

Des changements climatiques prononcés
dans le département.....14

Les tendances observées dans le département.....14

Tendances climatiques futures14

Les îlots de chaleur urbain.....15

Une qualité des eaux de consommation
qui s'améliore16

Des difficultés d'accès au logement marquées
dans le département.....16

Caractéristiques des logements.....16

Coût des logements.....17

Logements sociaux.....17

Logements suroccupés17

Habitat indigne.....18

LA POPULATION.....19

L'ESSENTIEL.....19

Une population concentrée sur le littoral20

Un renforcement de la croissance démographique
grâce à un solde migratoire en hausse.....21

Moins d'enfants et de jeunes que dans la région22

Une population âgée, surtout dans le Haut Pays
et sur le littoral.....23

Environ 181 000 habitants âgés de 75 ans ou plus
en 2035, dont plus d'1 sur 4 en perte d'autonomie
à domicile.....23

Plus de 4 ménages sur 10 composés d'une seule
personne, la proportion la plus élevée de la région.....24

3 familles sur 10 sont en situation
de monoparentalité.....25

Le revenu fiscal médian le plus élevé de la région,
mais des inégalités sociales marquées.....25

Un taux de pauvreté moins élevé que dans la région,
sauf dans les grandes villes du département26

Des bénéficiaires de prestations sociales parmi
les moins nombreux de la région, sauf à Nice
et dans certains secteurs du Haut Pays.....27

Plus d'un tiers de la population diplômée
du supérieur dans le Moyen Pays et dans les grandes
villes du littoral28

Un des taux de chômage parmi les moins élevés
de la région, y compris chez les jeunes.....29

L'OFFRE DE SOINS30

L'ESSENTIEL.....30

L'offre de soins libérale31

Une densité de médecins généralistes plus élevée que dans la région, mais plus de la moitié des communes sans aucun médecin généraliste en exercice.....	31
Une baisse de la densité médicale de presque 10% en 10 ans, mais plus marquée sur le littoral	32
Près de 4 médecins généralistes libéraux sur 10 âgés de 60 ans ou plus dans le département	33
2 communes sur 3 classées Zones d'interventions prioritaires dans le département	34
24 maisons de santé pluriprofessionnelles labellisées dans le département	34
1 patient sur 10 sans médecin traitant déclaré.....	35
Des niveaux de recours au médecin généraliste élevés sur le littoral et dans le Moyen Pays.....	35
Des densités paramédicales supérieures ou égales à la moyenne régionale, sauf pour les sage-femmes	36
La densité de spécialistes libéraux la plus élevée de la région, malgré de grandes inégalités de répartition	37
Plus de 5% de la population du département à plus de 30 minutes de route d'une offre spécialisée libérale.....	38
Une baisse de la densité de spécialistes libéraux de presque 6% en 10 ans, moins importante que dans le reste de la région	38
Le taux de recours aux spécialistes libéraux le plus élevé de la région.....	39

L'offre de soins hospitalières39

40 minutes en moyenne pour se rendre dans le service d'urgences le plus proche	39
Un taux de passage aux urgences plus élevés sur le littoral que dans le reste du département	40
Des taux d'équipements en structures sanitaires parmi les plus faibles de la région	41

L'offre médico-sociale42

Des taux d'équipements en établissements et services pour les personnes âgées plus élevés que dans la région, mais moins élevés qu'en France	42
Un taux d'équipement en structures d'accompagnement des adultes avec un handicap parmi les plus faibles de la région.....	43
Le 2 ^e département de la région le moins équipé en structures de prise en charge des enfants avec un handicap.....	44

LA RÉALISATION DES ACTES DE PRÉVENTION45

L'ESSENTIEL.....45

Une réalisation de bilan buccodentaire plus élevée que dans la région, surtout sur le littoral.....	46
---	----

4 femmes sur 10 n'ont pas consulté de gynécologue au cours des 2 dernières années	46
---	----

Des niveaux faibles de participation au dépistage du cancer colorectal dans le département, et pour les différents cancers dans le Haut Pays	47
--	----

Les couvertures vaccinales infantiles parmi les plus basses de la région, surtout dans le Haut Pays et sur le littoral de la Riviera	48
--	----

Des retards de vaccination d'environ 6 mois par rapport au calendrier vaccinal	48
--	----

Des couvertures vaccinales plus basses que dans la région pour les vaccins recommandés	49
--	----

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION50

L'ESSENTIEL.....50

La part des naissances prématurées la plus élevée de la région.....	51
---	----

La plus faible proportion de bénéficiaires d'une affection de longue durée de la région.....	51
--	----

Les prévalences de maladies cardio-neurovasculaires, neurologiques et dégénératives, et psychiatriques les moins élevées de la région	52
---	----

Des difficultés spécifiques chez les personnes en situation de handicap	52
---	----

La 2 ^e espérance de vie à la naissance la plus élevée de la région, chez les femmes et chez les hommes.....	53
--	----

Une mortalité prématurée significativement moins élevée que dans la région	53
--	----

Plus de 4 décès sur 10 lié à un cancer ou une maladie de l'appareil circulatoire	54
--	----

Données par pathologies.....55

Les cancers	55
Les maladies cardio-vasculaires.....	57
Les maladies respiratoires.....	58
Le diabète	59
Les accidents de la vie courante	60
Les accidents de la circulation.....	61
La santé mentale.....	61
Les pathologies liées au tabac et à l'alcool	63
Les maladies dégénératives.....	65
Les maladies infectieuses	66

CONCLUSION70

Principaux constats issus du portrait	71
---	----

Évolution de la situation du territoire.....	73
--	----

Perspectives d'intervention.....	73
----------------------------------	----

BIBLIOGRAPHIE74

4 SOUS-TERRITOIRES SINGULIERS AU SEIN DU DÉPARTEMENT

Le département des Alpes-Maritimes peut être découpé en 4 territoires singuliers : le littoral ouest, le littoral de la Riviera française, le Moyen Pays et le Haut Pays (Figure 1).

Le littoral ouest est un territoire côtier, fortement urbanisé et peuplé. Il compte 9 communes, dont les trois plus grandes villes du département (Nice, Antibes et Cannes). Il concentre plus de la moitié de la population départementale (59%). Ce territoire dispose de nombreux atouts : plages, accessibilité, accès aux équipements et à l'emploi...

Le littoral de la Riviera française s'étend à l'est du département, entre les communes de Villefranche-sur-Mer et Menton. Ce territoire côtier compte 9 communes et rassemble 7% de la population départementale. Il s'agit d'un territoire touristique, prisé pour son cadre de vie et sa localisation géographique privilégiée (proximité des axes routiers, de l'Italie, de la montagne...).

Le Moyen Pays représente 30% de la surface du département et 33% de sa population. Ce vaste territoire d'arrière-pays, transition entre le littoral et le Haut Pays, compte 75 communes et est composé de plaines, collines, forêts et vallées agricoles. Il constitue le poumon vert de la zone urbaine et un lieu de desserrement résidentiel du littoral.

Le Haut Pays est le plus vaste territoire du département (2 741 km²), mais aussi le moins peuplé (3 % de la population départementale). Il comporte le parc national du Mercantour, mais également des territoires pouvant être très isolés et éloignés des pôles d'équipements et d'emploi du département. Néanmoins, le Haut Pays présente une attractivité touristique liée aux activités et sports de montagne.

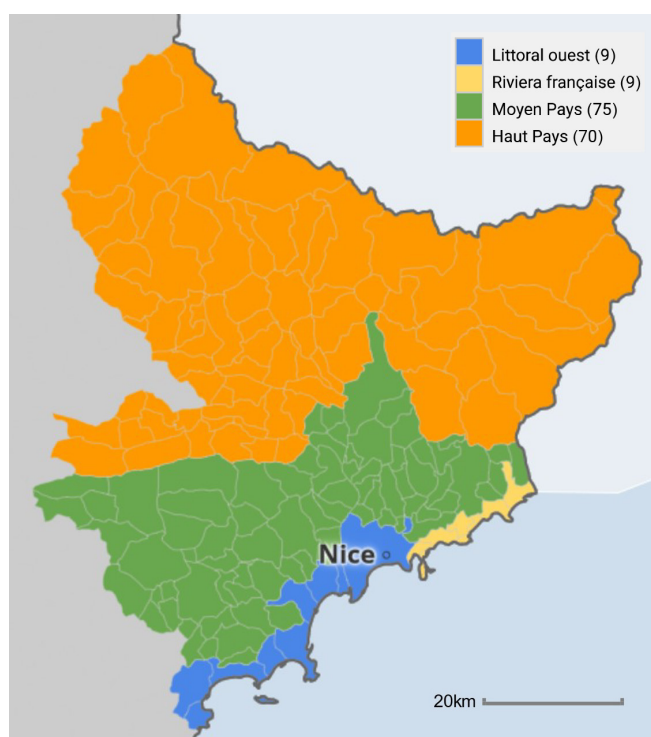


Figure 1 : Proposition de zonage du département des Alpes-Maritimes en 4 sous-territoires, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur



1

LE TERRITOIRE

L'essentiel

- ▶ Un département marqué par des contrastes territoriaux importants ;
- ▶ Le Haut Pays : un territoire éloigné des pôles urbains, un accès difficile aux équipements et services publics ;
- ▶ Une activité touristique importante, dynamisant le territoire mais mettant la pression sur ses équipements et services ;
- ▶ Une pollution de l'air importante sur le littoral ;
- ▶ Des risques naturels, notamment liés aux feux de forêt et aux inondations, qui devraient devenir plus fréquents et plus dangereux dans les années à venir ;
- ▶ Des changements climatiques déjà visibles et qui devraient s'accroître dans les années à venir ;
- ▶ Des difficultés d'accès au logement et une suroccupation notable, notamment sur le littoral et en montagne.

Un territoire contrasté, entre mer et montagne

Les Alpes-Maritimes, département localisé à l'est de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, est frontalier de l'Italie et des départements des Alpes-de-Haute-Provence et du Var. Il est délimité par la mer Méditerranée au sud et le massif du Mercantour au nord. Ce territoire s'étend sur 4 295 km² et compte 163 communes, dont Nice, ville centre du département et 2^{ème} plus grande ville de Provence-Alpes-Côte d'Azur.



Figure 2 : Carte du département des Alpes-Maritimes (Source : encyclopédie Larousse)

Ce département se caractérise par une grande diversité de reliefs et de paysages (Figure 2). La bande littorale, qui s'étend du Var à l'Italie, est très urbanisée et densément peuplée. L'arrière-pays, transition entre le littoral et la montagne, est composé de plaines et de vallées. Les territoires de montagne sont majoritairement présents dans le nord et le centre du département : près des $\frac{3}{4}$ du territoire se trouvent à une altitude supérieure à 700 m, avec un pic culminant à 3 000 m dans le massif du Mercantour (1).

En 2018, 86,4 % de la superficie du département était couverte par les espaces naturels, la proportion la plus élevée de la région (67,5 %). Le département abrite des sites naturels renommés (vallée des Merveilles, les Baous, Cap Ferrat, Estérel...) et de nombreux espaces protégés, représentant près des deux tiers de la superficie du territoire (62,7%), dont 57 000 hectares sous protection forte (13,2% du territoire), la protection la plus élevée de la région (6,7%) (Source : Conservatoires botaniques nationaux alpin et méditerranéen et Conservatoire d'espaces naturels Paca). Les Alpes-Maritimes comptent de nombreux parcs naturels : le Parc naturel national du Mercantour, le Parc naturel régional des Préalpes d'Azur, mais aussi 20 parcs départementaux (19 terrestres et 1 maritime). Au total, près de 269 000 hectares sont protégés, soit avec une frange côtière de 60 kilomètres de long, les Alpes-Maritimes bénéficient également d'un accès privilégié à la Méditerranée favorisant une activité touristique et économique importante (2).



En 2018, avec 9,6% des surfaces artificialisées, le département des Alpes-Maritimes était le 3^e le plus urbanisé de la région (7,2%), derrière les Bouches-du-Rhône et le Var. Entre 2009 et 2023, 1612 hectares d'espaces naturels, agricoles et forestiers ont été consommés dans le département, soit 0,4% du territoire (région : 0,6%). La bande littorale et la première couronne du Moyen Pays étaient particulièrement concernés (Source : Cerema, portail de l'artificialisation des sols) (Figure 3).

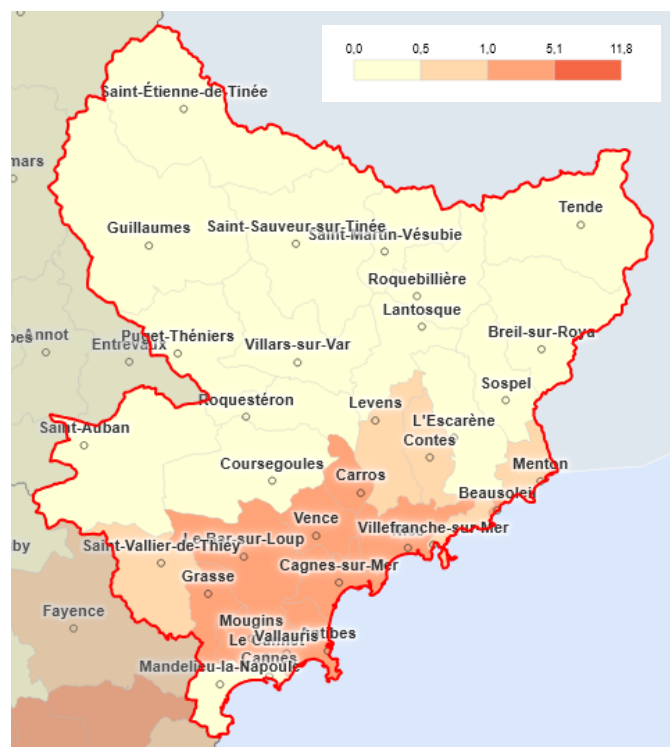


Figure 3 : Part d'espaces naturels, agricoles et forestiers consommés, 2009-2023 (%)
(Source : Cerema, portail de l'artificialisation des sols)

Depuis une vingtaine d'années, le concept One Health (« Une seule santé ») s'est largement imposé à travers le monde sous l'impulsion d'institutions telle que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ce concept reconnaît les liens complexes entre santé humaine, santé animale et état de l'environnement. Il repose sur le principe selon lequel la protection de la santé de l'homme passe par celle de l'animal et de l'environnement et promeut une prise en compte pluridisciplinaire et globale des enjeux sanitaires. Dans la région, de nombreuses pressions liées aux activités humaines s'exercent sur les ressources naturelles et la biodiversité (fragmentation des espaces naturels, pollutions, surexploitation des ressources, changements climatiques, invasions biologiques...). Pourtant, la biodiversité a de nombreux bienfaits pour la santé et la qualité de vie des populations : apport de nourriture et de médicaments, loisirs, impact positif sur la santé mentale, régulation du climat, réduction des risques naturels et infectieux, lutte contre les ravageurs (3).



Des contraintes de mobilité liées à la topographie du territoire

La bande littorale, regroupant les principales villes et infrastructures du département, constitue la polarité centrale du département. Ce territoire comprend un réseau routier structurant, composé notamment de l'autoroute A8, traversant les Alpes-Maritimes d'ouest en est, 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. La plupart de ces axes sont très fréquentés et sont par conséquent régulièrement saturés en période de pointe. Dans le Haut Pays, territoire éloigné des grandes villes du département, l'accessibilité routière est largement conditionnée par la topographie du territoire. Les temps de trajet pour rejoindre le littoral sont longs (routes escarpées, franchissement de cols d'altitudes...), et dépassent souvent une heure. Les conditions climatiques peuvent limiter l'usage de ces axes en les rendant dangereux, voire impraticables (chutes de pierres et de neige, fortes pluies entraînant des glissements de terrain...).

Dans les Alpes-Maritimes, 3,3 millions de déplacements sont réalisés en moyenne quotidiennement. Les principaux modes de déplacement déclarés par les habitants sont la voiture (46 %), la marche et les transports en commun (39 %). La voiture est plutôt utilisée pour accompagner des proches, se rendre au travail et faire les courses, tandis que la marche est privilégiée pour effectuer les déplacements de proximité (achats, démarches, promenades, visites chez le médecin...). Entre 2009 et 2023, l'usage de la voiture a diminué dans le département, au profit de l'usage du vélo (+ 52 %) et de la marche. Les engins de déplacement personnels représentent 1 déplacement sur 10 : il s'agit dans plus de la moitié des cas d'une trottinette (4).

Dans les Alpes-Maritimes, les actifs résident en moyenne à 14 kilomètres de leur lieu de travail et ont un temps de trajet médian de 29 minutes. En 2021, la voiture restait le mode de transport privilégié dans le département (62,9 %), mais il était le moins élevé de la région (72,1 %) et inférieur à la moyenne nationale (69,2 %). A noter également une baisse de l'usage de la voiture plus marquée dans le département (- 3,2 % depuis 2015), que dans la région (- 0,3 %) et qu'en France (- 0,6 %). Cependant, l'utilisation de la voiture reste très importante dans le Moyen et le Haut Pays (respectivement 79,4 % et 72,0 %).

En 2021, 14,5 % des actifs se rendaient au travail en transports collectifs, la deuxième proportion la plus élevée de la région (10,9%) après les Bouches-du-Rhône. Elle restait cependant légèrement inférieure à la moyenne nationale (15,2 %). L'utilisation des transports était particulièrement importante dans les communes du littoral ouest (20,3 %), et notamment à Nice (29,0 %). A l'inverse, elle était très peu développée dans le Haut Pays (4,7 %) et dans le Moyen Pays (5,3 %). On observe une augmentation de l'utilisation des transports dans le département (+ 11 %) 2 fois plus importante que celle relevée dans la région (+ 5 %) : elle concerne principalement les pôles urbains littoraux (Figure 4) (Source : Insee – RP).

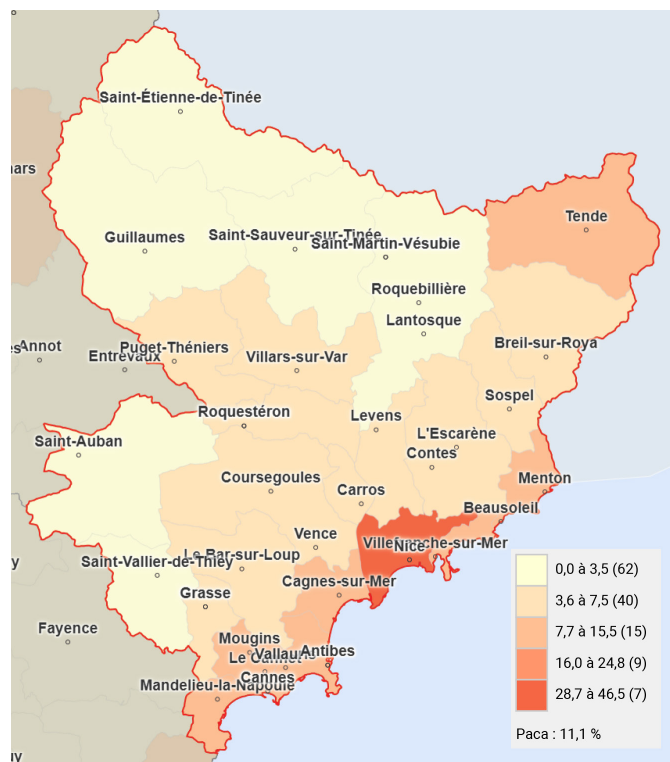


Figure 4 : Part des déplacements domicile-travail en transports en communs (%), 2021 (Source : Insee RP)



Un département globalement bien doté en équipements, malgré une répartition inégale sur le territoire

En 2023, le département des Alpes-Maritimes disposait d'environ 69 000 équipements, soit un taux de 62,5 pour 1000 habitants, le 2^{ème} le plus élevé de la région (54,1 pour 1000 habitants), à la suite du département des Hautes-Alpes. Comparé aux autres départements de la région, celui des Alpes-Maritimes était le plus équipé pour les services aux particuliers (34,9 contre 28,8 pour 1000) et les services de transport (3 contre 1,6 pour 1000). Il présentait un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale pour les commerces (8,5 contre 7,8 pour 1 000, 3^e rang régional), les services et équipements de la santé (11,9 contre 11,4 pour 1000, 3^e rang régional) et les équipements du tourisme (1,2 contre 1,0 pour 1000). En revanche, le département présentait le deuxième taux d'équipement le plus faible de la région en services et équipements de l'enseignement (0,9 contre 1,0 pour 1000), et en équipements de sport (2,2 contre 2,8 pour 1000) (Source : Insee – Base permanente des équipements).

Le Haut Pays (76,3 équipements pour 1000 habitants), territoire à vocation touristique, de même que le littoral ouest (66,5 pour 1 000), concentrant les grandes villes du département, présentaient des taux d'équipements plus élevés que dans le reste du département. À l'inverse, le Moyen Pays (54,1 pour 1 000) et la Riviera (59,0 pour 1 000) étaient moins équipés (Source : Insee – Base permanente des équipements).

En 2021, 4,8 % de la population des Alpes-Maritimes résidait à plus de 7 minutes de route des équipements de proximité, une proportion un peu plus élevée que dans la région (4,1 %), mais largement inférieure à la moyenne nationale (6,7 %). Les personnes éloignées d'équipements résidaient le plus souvent au nord et à l'est du département (Figure 5). Ainsi, dans le Haut Pays, 1 habitant sur 3 était éloigné des équipements de proximité (33,6 %). Ils étaient par contre peu nombreux sur le littoral (3,7% de la population dans la Riviera et 2,4 % sur le littoral ouest) (Source : Insee, Recensement de la population (RP) ; Base permanente des équipements (BPE) ; distancier Metric).

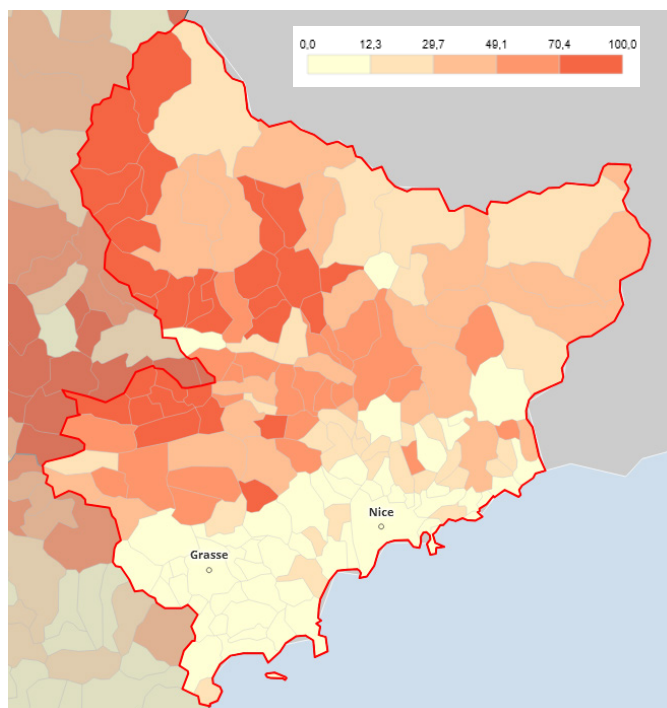


Figure 5 : Part de la population éloignée des équipements de proximité (plus de 7min), 2021 (%) (Source : Insee - RP; BPE; distancier Metric)

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



Une économie orientée vers le secteur tertiaire

En 2024, le département comptabilisait environ 154 000 entreprises, dont plus de 27 000 créations d'entreprises (5), soit un quart des créations d'entreprises de la région (25,6 %) (Source : Insee, Système d'information sur la démographie d'entreprises (SIDE) en géographie au 01/01/2025). Une forte proportion des entreprises sont de très petites tailles, avec 95,7% des établissements employant moins de 11 salariés. Seulement 4,2% des établissements sont de taille intermédiaire (entre 11 et 249 salariés) et 0,1% de grande taille (250 à 4 999 salariés). En 2022, une très grande majorité des emplois (93,4%) du département étaient localisés dans les zones du littoral ouest (65,2%) et du Moyen Pays (28,2%) restant concentrés autour du littoral. Entre 2016 et 2022, le nombre d'emplois a augmenté de + 5,8% dans le département, un peu plus bas que la région (+7%) (Source : Insee Statistiques locales).

L'économie des Alpes-Maritimes se caractérise par une économie fortement tertiaire. Ainsi, en 2024, 60 % des emplois du département sont dans les services (activités spécialisées, scientifiques et techniques, activités immobilières, hôtellerie restauration...), 22 % dans les commerces, 9 % dans la construction et 9 % dans l'industrie (5). Enfin, avec le technopôle Sophia Antipolis - 1^{er} technopôle d'Europe (6) - et les pôles de compétitivité Aktantis et Innov'Alliance, localisés à Valbonne et Grasse respectivement, le territoire s'oriente vers la technologie et la logistique (7,8). La quasi-totalité des entreprises sont de très petites tailles : 95,7% des établissements emploient 10 salariés maximum, alors que les entreprises de grande taille (250 à 4 999 salariés) ne représentent que 0,1 % de l'ensemble des entreprises du département.

Le tourisme

Le département des Alpes-Maritimes dispose de nombreux atouts touristiques : climat méditerranéen, paysages variés (côte, arrière-pays provençal, parc du Mercantour, vallées de la Vésubie, de la Tinée et de la Roya ...), stations balnéaires et de sports d'hiver, activités culturelles, proximité de l'Italie...⁽⁹⁾. En 2024, le département des Alpes-Maritimes et Monaco ont accueilli plus de 11,5 millions de touristes, dont plus de la moitié de clientèle étrangère ⁽¹⁰⁾. La ville de Nice, notamment, constitue la deuxième ville touristique de France après Paris et fait partie des 10 destinations européennes les plus visitées ⁽¹¹⁾. Le tourisme représente ainsi un des piliers de l'économie du département (15 %, contre 7,5 % en France) ⁽¹²⁾.

En 2021, le département comptait plus de 197 000 résidences secondaires : elles représentaient un quart du parc de logements du département (25 %), une proportion plus élevée que dans la région (17,7 %) et 2,5 fois plus élevée qu'en France métropolitaine (9,7 %). Dans certains secteurs du département, comme le Haut Pays (55,6 %) et la Riviera (44,1 %), les résidences secondaires représentent environ la moitié des logements (Figure 6).

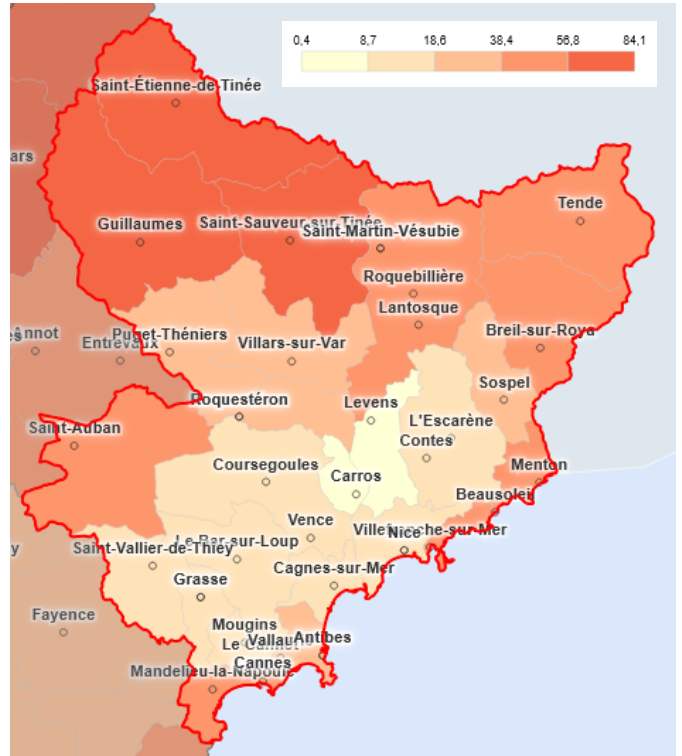
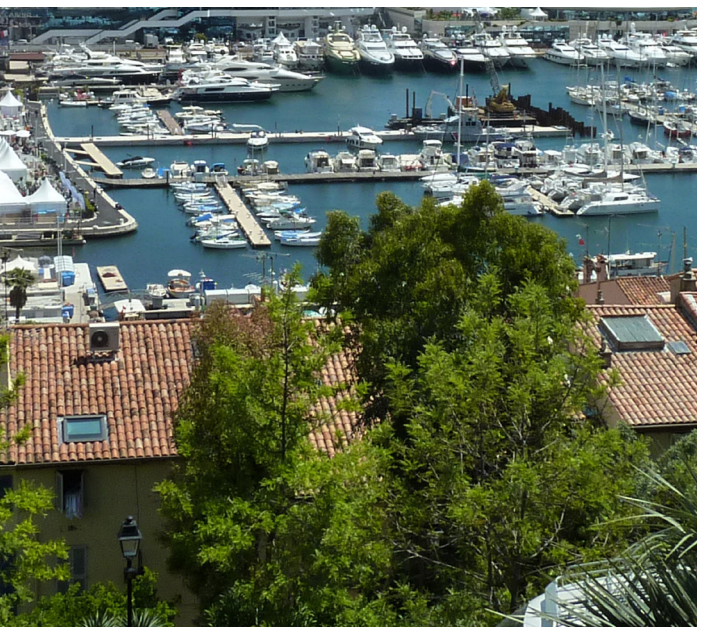


Figure 6 : Part de résidences secondaires ou de logements occasionnels (%), 2021 (Source : Insee RP)



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



L'agriculture

Le département des Alpes-Maritimes constitue le département de la région avec la plus faible surface agricole (3,9 %, contre 22,8 % dans la région et 51,1 % en France) (Source : CORINE Land Cover - CGDD-SDES 2018). Entre 2010 et 2020, la superficie agricole utilisée (SAU) a diminué dans le département (- 2 %), contrairement à la tendance régionale (+ 3,1 %).

Environ 1 140 exploitations agricoles ont été comptabilisées dans le département. Leur activité est principalement orientée vers le maraîchage et l'horticulture (32 %), l'élevage ovin et caprin (22 %) et l'arboriculture (17%) (Figure 7). Les Alpes-Maritimes constituent le deuxième département producteur horticole et le 3^{ème} producteur d'agrumes en France.

Dans le département, l'agriculture biologique couvre 20 % des surfaces agricoles et concerne 380 exploitations. L'enseignement agricole contribue au développement des pratiques agroécologiques en formant chaque année plus de 400 élèves et près de 500 apprentis dans le département (13).

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

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

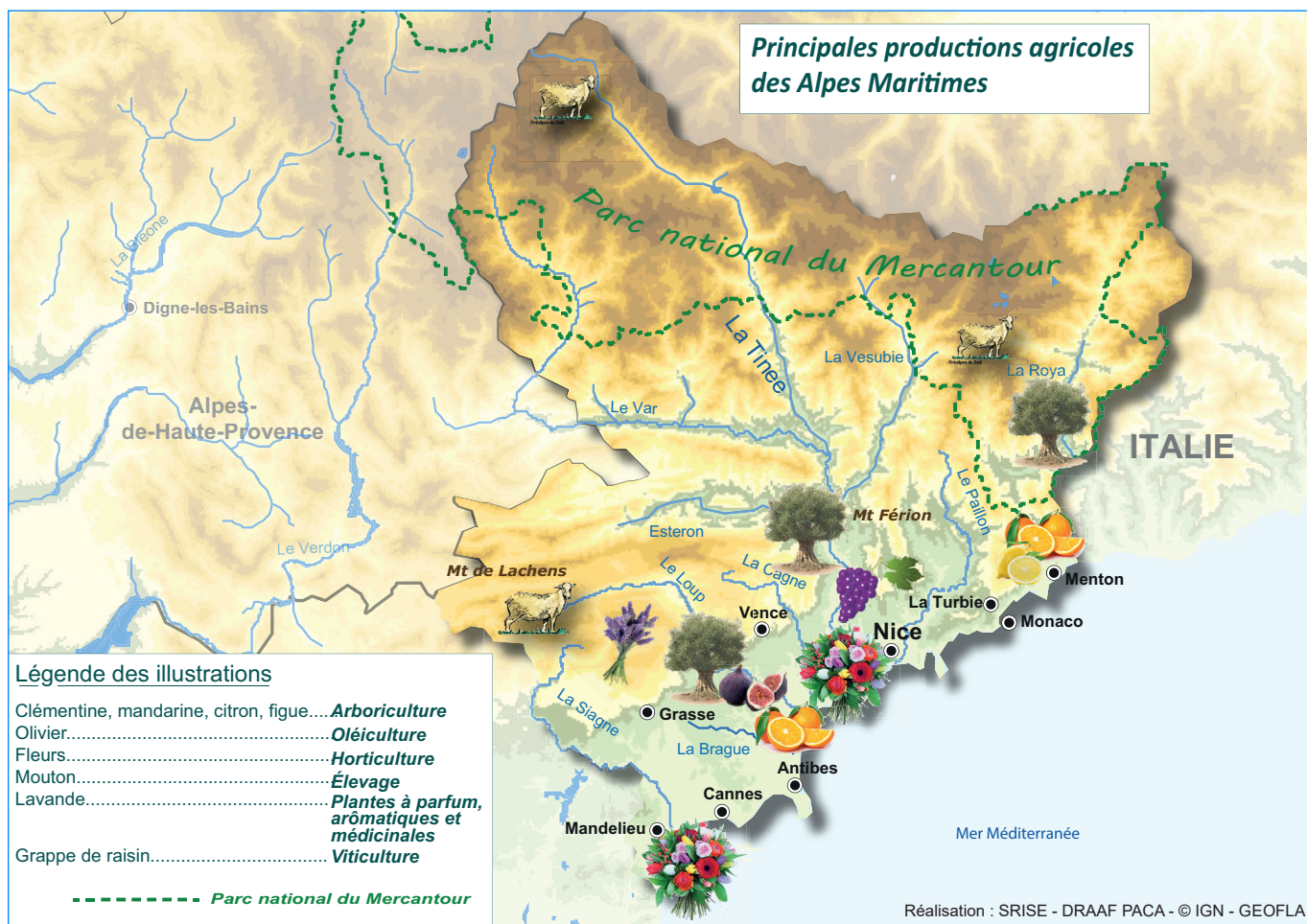


Figure 7: Principales productions agricoles des Alpes-Maritimes (Source: SRISE - DRAAF PACA, 2025)

L'industrie

Les Alpes-Maritimes abritent en 2024 plus de 5500 établissements actifs dans le secteur de l'industrie, représentant environ 31 000 emplois, soit 9 % des emplois du département. Le secteur manufacturier départemental est diversifié (industrie chimique, industries alimentaires, fabrication de produits informatiques, électroniques et optiques et de matériel de transports...). Les secteurs de l'industrie alimentaire (14,7 % des emplois du secteur) et de l'industrie chimique représentent notamment plus d'un tiers des emplois du secteur (14).

Le département compte plusieurs pôles industriels majeurs, localisés sur le littoral ou dans la première couronne du Moyen Pays. La technopole de Sophia Antipolis, véritable creuset de l'innovation et de la recherche, regroupe des entreprises de haute technologie, des laboratoires de recherche et des instituts académiques. La zone industrielle de Carros abrite des entreprises dans les secteurs de l'électronique, la mécanique et la pharmacie. A Cannes, la zone industrielle de La Bocca accueille des entreprises spécialisées dans l'industrie pharmaceutique, la chimie et la fabrication d'équipements électroniques et l'aérospatiale. La commune de Grasse, connue comme la capitale mondiale des parfums, abrite un cluster industriel dédié à l'industrie cosmétique et à la parfumerie. Enfin, Menton, à la frontière franco-italienne, abrite également un pôle industriel en développement, dans les secteurs de l'énergie, l'environnement et la construction durable (15).

Depuis 1982, pour prévenir les accidents industriels et leurs conséquences, la directive européenne « SEVESO », impose une réglementation stricte aux établissements présentant les dangers les plus graves pour la population ou l'environnement. Le département compte 7 établissements industriels classés SEVESO, dont 3 SEVESO seuil haut. Ils sont localisés dans le Moyen Pays (Figure 8) (Source : Bureau de Recherches Géologiques et Minières (BRGM)).

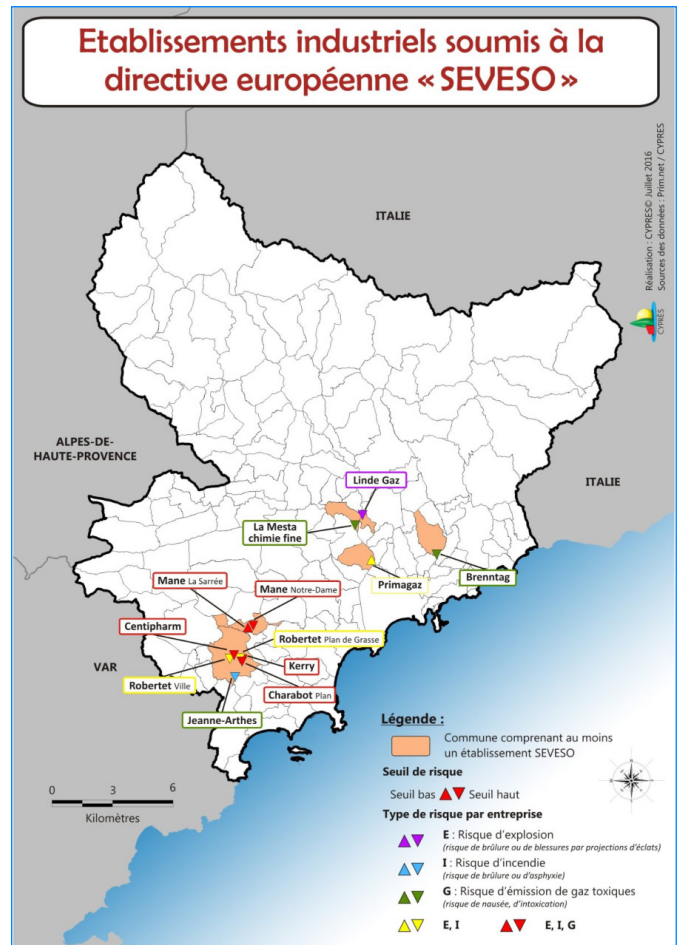


Figure 8 : Etablissements industriels soumis à la directive européenne SEVESO, 2021 (Source : CYPRES-DREAL)

Les accidents industriels

Les accidents industriels (incendies, explosions, fuites de liquides polluants, dispersion atmosphérique de gaz toxique) sont peu fréquents mais ils peuvent avoir une gravité importante en termes de victimes (blessés et décès) et de dommages aux biens et à l'environnement. En 2024, 400 accidents et 829 incidents sont survenus dans des installations classées pour la protection de l'environnement en France. Les secteurs les plus accidentogènes identifiés sont l'industrie agroalimentaire (18 %), les déchets (12 %), l'industrie chimique et pharmaceutique (8 %) et métallurgique (7 %). Environ 60 événements résultent de l'impact d'une catastrophe naturelle (inondations, températures extrêmes, foudre ...). La majorité des accidents ont eu des conséquences économiques (70 %) et environnementales (57 %). Plus d'1 sur 4 (27 %) a eu des conséquences humaines (16).

Des enjeux liés à la qualité de l'air sur la bande littorale

En 2022, dans le département, les principales sources d'émissions de polluants étaient les transports routiers (57 % des émissions d'oxydes d'azote et 17 % des particules fines PM2.5.), le secteur résidentiel (chauffage, brûlage des déchets verts...) (75 % des émissions de particules fines), ainsi que l'industrie et la gestion des déchets (4% des émissions des particules fines PM2.5).

Le département des Alpes-Maritimes, marqué par une diversité de reliefs et d'urbanisation, mais aussi par une répartition hétérogène des activités économiques et de la population, présente une qualité de l'air variable selon les territoires. Ainsi, l'étroite zone côtière, très urbanisée, est soumise à une pollution urbaine générée majoritairement par les transports et le secteur résidentiel (utilisation du chauffage), mais aussi par l'activité industrielle. Le Moyen et le Haut-Pays, espaces plus ruraux, sont moins concernés par cette pollution urbaine mais sont davantage exposés à une pollution photochimique (Figure 9).

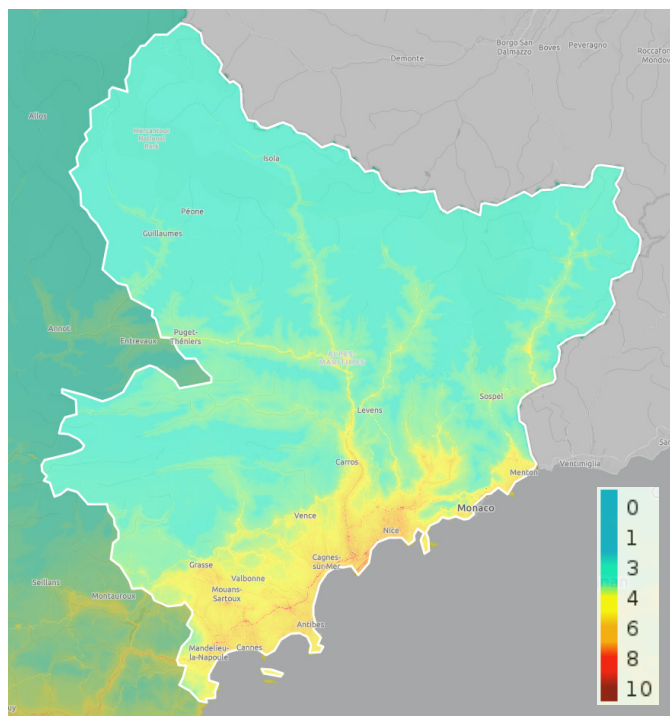


Figure 9. Indice cumulé annuel ICAIR3652, 2023 (Source : Atmosud)

Comme au niveau régional et national, le département voit sa qualité de l'air s'améliorer pour la plupart des polluants réglementés. Depuis 2000, les niveaux de dioxyde d'azote ont baissé de 47 % et ceux de particules fines PM10 d'environ 60 % dans le département.

L'OMS a annoncé fin septembre 2021 de nouveaux seuils relatifs à la qualité de l'air pour protéger la santé des populations. Sur cette nouvelle base, et malgré l'amélioration de la qualité de l'air ces dernières

années, toute la population de la région est concernée par le dépassement d'au moins une ligne directrice de l'OMS. En 2023, dans les Alpes-Maritimes, 9 habitants sur 10 étaient exposés à une concentration moyenne de dioxyde d'azote supérieure à la valeur guide de l'OMS (89,9 %) et 3 sur 4 à une concentration moyenne de particules fines (PM10) supérieure à la valeur guide de l'OMS (74,9 %), les proportions parmi les plus élevées de la région (respectivement 2^e et 1^{er} rang régional). Les populations du Moyen et du Haut Pays étaient cependant moins touchées (Figure 10) (Source : Atmosud).

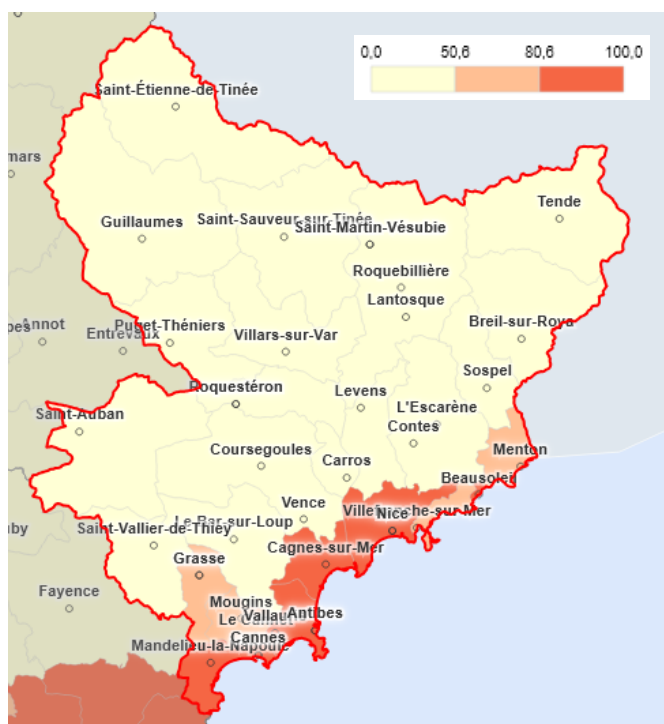


Figure 10 : Part de la population exposée à une concentration moyenne de PM10 supérieure à la valeur guide OMS, 2021 (%) (Source : Atmosud)

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

A scenic view of a coastal city, likely Monaco, featuring a dense cluster of modern and traditional buildings built into a hillside. The foreground shows a harbor filled with numerous white yachts and sailboats. The sky is overcast with heavy clouds.

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 feux de forêt, les inondations et les mouvements de terrain. Les changements climatiques, particulièrement importants dans l'arc méditerranéen, intensifient les enjeux liés aux risques naturels sur ce territoire (20).

En 2024, 6 communes des Alpes-Maritimes sur 10 (61 %) étaient couvertes par un ou plusieurs Plans de Prévention des Risques Naturels (PPRN), une proportion supérieure aux moyennes régionale (55 %) et nationale (41 %). Ainsi, par exemple, 71 communes faisaient l'objet d'un Plan de Prévention du Risque Mouvement de Terrain (44 %), 60 d'un Plan de Prévention du Risque Inondation (37 %), et 54 d'un Plan de Prévention du Risque Incendies de Forêt (33 %) (*Source : Ministère de la transition écologique et solidaire, Direction générale de la prévention des risques, base Gaspar, 2022*).

Le risque inondation

Les Alpes-Maritimes sont le 2^{ème} département de la région avec le risque d'inondations le plus marqué (24), après le Vaucluse. Ce territoire présente des risques variés : débordement de cours d'eau, inondations de plaine, crues torrentielles, ruissellement urbain ou encore submersions marines (25). Toutes les communes du département sont concernées par le risque inondation (Figure 13), mais le territoire de « Nice Cannes Mandelieu » est particulièrement à risque et fait partie d'un des 7 Territoires à Risques importants d'Inondations (TRI) de la région (25).



Figure 13 : Enveloppe Approchée des Inondations Potentielles, 2021 (Source : Cypres)

Au cours de la dernière décennie, 3 épisodes majeurs ont touché le département. En octobre 2015, l'ouest des Alpes-Maritimes a été touché par des inondations autour de Cannes et à Mandelieu, causant la mort de 20 personnes. En octobre 2020, le territoire a été fortement frappé par la tempête Alex. Elle a été particulièrement dévastatrice dans les vallées montagneuses de la Roya, la Vésubie et la basse Tinée, faisant 18 victimes (10 décès et 8 disparus), un milliard d'euros de dommages, des dégâts aux infrastructures publiques, réseaux et à près de 500 bâtiments (26). Enfin, la tempête Aline a de nouveau touchée les vallées de la Tinée et de la Vésubie en octobre 2023, engendrant à nouveau, d'importants dégâts matériels sur ces territoires (27). Ces événements réaffirment l'importance de la préparation à ce genre de risques naturels potentiels du département, expliquant l'augmentation des PPRN dans le département.

Le risque incendie de forêt

Avec plus de 300 000 hectares de forêts et garrigues, le département des Alpes-Maritimes est le troisième département le plus boisé de la région. Le risque d'incendie de forêt y est fort ou très fort sur une grande partie du territoire, pour plusieurs raisons : relief accidenté, couvert végétal dense et facilement inflammable, régime des vents, climat chaud... (Figure 12). Le littoral est plus vulnérable aux feux en été, le Haut Pays aux feux d'hiver, avec un risque mixte dans le Moyen Pays (21). Le risque d'incendie est particulièrement élevé dans les zones urbanisées en bordure de massifs forestiers. Entre 2014 et 2024, un peu plus de 900 incendies ont été recensés dans les Alpes-Maritimes : ils ont parcouru plus de 3 300 hectares (Source : BDIF). Les changements climatiques s'accompagnent d'une augmentation des risques de feux de forêt : aggravation du danger météorologique (sécheresse) et de la sensibilité au feu de la végétation, extension des zones sensibles aux incendies (22).

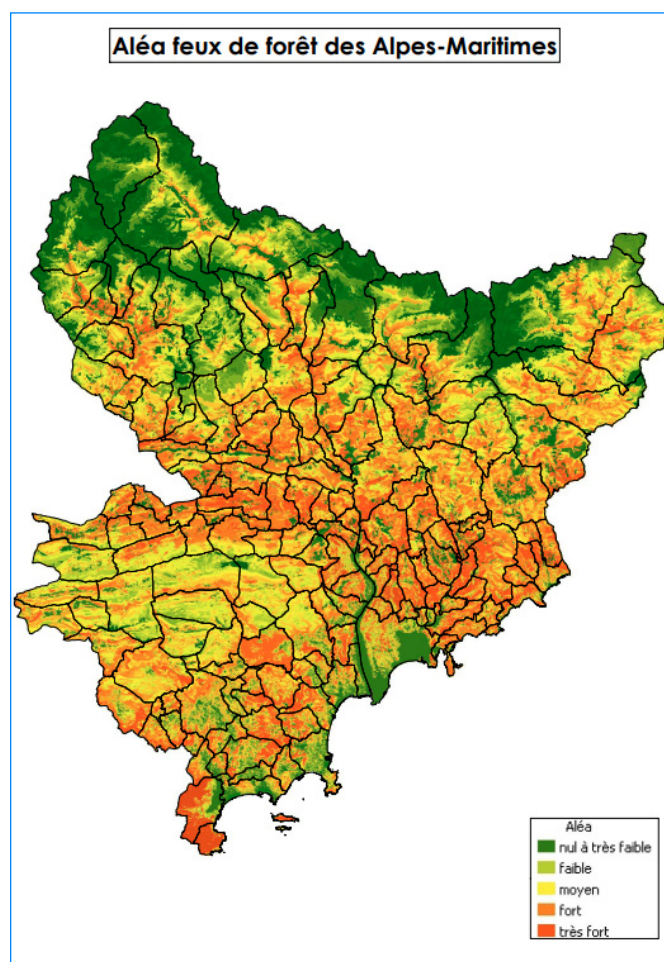


Figure 12: Carte départementale de l'aléa feu de forêt (Source : Préfecture des Alpes-Maritimes – Plan départemental de protection de la forêt contre les incendies 2019-2029, 2020)

Le risque mouvement de terrain

Les mouvements de terrain sont des déplacements, plus ou moins brutaux, du sol ou du sous-sol, d'origine naturelle ou résultant d'activités humaines. Les volumes en jeu sont compris entre quelques mètres cubes et quelques millions de mètres cubes. Les déplacements peuvent être lents (quelques millimètres par an) ou très rapides (quelques centaines de mètres en quelques secondes). En 2024, toutes les communes du département sont concernées par le risque mouvements de terrain de différents ordres (glissements de terrain, chutes de bloc, retrait-gonflement des argiles, effondrements et cavités souterraines). Ainsi, dans les Alpes-Maritimes, plus de la moitié de la superficie (60,8 %) et la quasi-totalité des logements (94,7 %) sont catégorisées en aléa moyen ou fort pour le retrait-gonflement des argiles (*Source : BRGM*). Par ailleurs, le glissement de terrain de la Clapière à Saint-Étienne-de-Tinée, le plus grand d'Europe, est instrumenté et surveillé en permanence. En mouvement permanent depuis le début du 20^{ème} siècle, il est constitué par un volume de l'ordre de 55 à 60 millions de m³ de roches et couvre une centaine d'hectares (28).

Les catastrophes naturelles constituent un problème majeur de santé publique, en ce sens qu'elles touchent un grand nombre de personnes et ont des conséquences physiques, psychologiques et sociales importantes. Ces conséquences peuvent survenir rapidement après la catastrophe, ou de façon différée, et perdurer plusieurs années (29). Les conséquences somatiques sont variables et dépendent notamment du type de catastrophe naturelle ainsi que des niveaux d'exposition : décès, traumatismes, brûlures, hypothermies, infections bactériennes, affections cardio-vasculaires, etc. Les conséquences psychologiques sont également nombreuses (troubles anxieux et dépressifs, état de stress post-traumatique, suicides, etc.) (30), 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 (31,32).





Des changements climatiques prononcés dans le département

Dans le bassin méditerranéen, les changements climatiques sont déjà visibles et se traduisent notamment par une intensification et une plus forte fréquence des événements climatiques extrêmes (canicules, sécheresses, pluies intenses) et une fragilisation des écosystèmes naturels et agricoles.

Les tendances observées dans le département

Depuis 1960, on observe une hausse de +0,3 °C par décennie des températures moyennes en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Sur cette même période, à Nice, l'anomalie de la température moyenne a évolué de +1,5 °C. Les températures maximales subissent en moyenne une hausse plus forte que les températures minimales et la saison la plus touchée est l'été. Par ailleurs, le nombre de nuits « tropicales » (température minimale ≥ 20 °C) a été multiplié par 5 entre les années 1960-70 et aujourd'hui, ce qui marque un profond changement en matière de confort thermique pour les habitants, notamment au cœur des villes. En altitude, les nuits tropicales sont rares, mais le nombre de jours anormalement chauds (température maximale supérieure d'au moins 5°C par rapport à la normale) augmente sur tout le territoire, y compris en zone de montagne (+ 14 jours en moyenne à Nice, + 70 jours à Saint-Martin-Vésubie depuis 1960).

De plus, les cumuls annuels de précipitations, très variables selon les années, ont tendance à baisser, aussi bien sur le littoral que dans le Haut Pays : en 60 ans, le cumul de précipitations a baissé de près de 13 % à Nice et 20 % à Saint-Martin-Vésubie par rapport à la normale. Cette baisse est surtout significative au printemps et en été, ce qui signifie que les cumuls de précipitations déficitaires se multiplient ces dernières années (20).

Tendances climatiques futures

Ces prochaines décennies, l'évolution du climat dépendra des quantités de gaz à effet de serre émises dans l'atmosphère à l'échelle globale et locale. 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 conséquences d'une telle hausse bouleverseraient radicalement les conditions de vie locales. Les températures estivales du sud du département se rapprocheraient de celles de l'intérieur des terres du Maghreb, voire des abords septentrionaux du Sahara. La température de 41 °C pourrait être dépassée 10 % du temps en été dans certains secteurs. Les zones fraîches, notamment en montagne, reculeraient de manière très forte. Les scénarios plus optimistes indiquent une hausse de température plus modérée en été, mais nécessitant, malgré tout, des actions d'adaptation et d'atténuation.

La modélisation des précipitations revêt plus d'incertitudes que celles des températures pour lesquelles les différents modèles climatiques convergent. Globalement, les projections du modèle climatique régional ALADIN-Climat ne montrent pas d'évolutions majeures en juillet, avec toutefois une tendance à une légère hausse des précipitations. Pour le mois d'octobre, par contre, les tendances sont plus affirmées et montrent une hausse des cumuls (20).

Les îlots de chaleur urbain

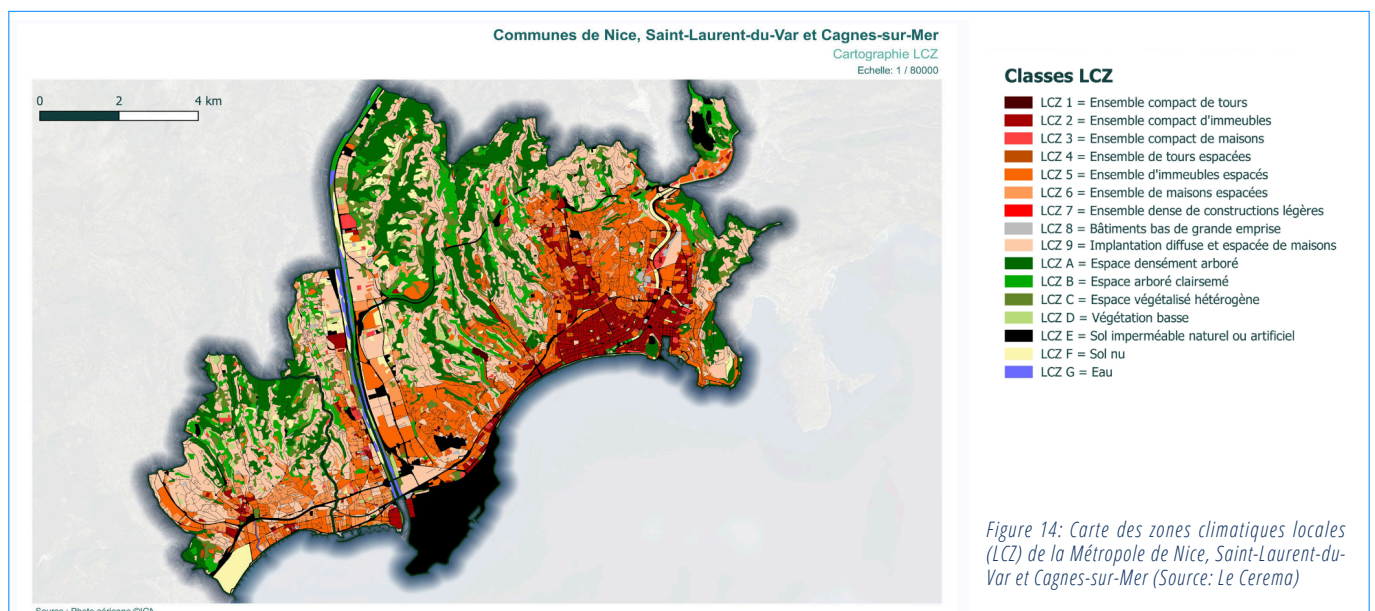
Le phénomène d'îlot de chaleur urbain (ICU) renvoie au fait que les températures de surface ou de l'air sont plus élevées de 5 à 10°C dans les zones urbaines que dans les secteurs péri-urbains et ruraux environnants. Le phénomène est notamment lié à l'urbanisation, aux activités humaines (transports, industries, chauffage domestique, éclairage, etc.), et aux pratiques d'aménagement des villes (faible végétalisation, minéralité ...) (33).

Le Cerema a développé une méthode de classification géo-climatique fondée sur le concept international des zones climatiques locales. Les cartes produites constituent un pré-diagnostic climatique permettant à la collectivité d'identifier les secteurs à enjeux sur lesquels affiner les analyses et prioriser les actions (34). Si on prend l'exemple de la commune de Nice, (Figure 14), la classe LCZ2 « ensemble compact d'immeubles », la plus encline au phénomène d'îlot de chaleur urbain, est fortement représentée dans le centre de Nice et couvre une superficie de 430 ha. Or, il concentre population résidente, commerces, établissements liés au tourisme, services et équipements accueillant des populations sensibles (écoles, maisons de retraite, structures hospitalières...). Le centre de Nice constitue donc un enjeu fort en termes d'adaptation au changement climatique et de préservation de la santé des populations.

Les pics de chaleur peuvent engendrer un stress thermique, un inconfort, des coups de chaleur, une déshydratation et aggraver des maladies chroniques préexistantes (35). Les personnes âgées, les jeunes enfants, les personnes souffrant de maladies chroniques sont plus vulnérables à ces effets que le reste de la population.

Entre 2017 et 2024, la mortalité attribuable à la chaleur sur l'ensemble de la saison estivale (1^{er} juin – 15 septembre) a été estimée à 34 000 décès en France, dont 9 700 pendant les périodes de canicule, soit 30 % des décès attribuable à la chaleur. Ces périodes de canicule ne correspondent cependant qu'à 4 % des jours, soulignant ainsi l'impact important des périodes de canicule sur la mortalité. Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, la mortalité attribuable à la chaleur a représenté un peu moins de 23 000 décès, soit près des deux tiers des décès. Chaque année, la chaleur représente de 1 à 4 % de la mortalité estivale et de 7 à 12 % de la mortalité pendant les canicules, des ordres de grandeur qui demeurent stables depuis 2017 (35).

Entre le 1^{er} juin et le 15 septembre 2024, près de 2 000 passages aux urgences (dont 66 % suivis d'une hospitalisation) et 300 actes SOS Médecins pour l'indicateur iCanicule ont été enregistrés en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Environ 10 % des passages et des hospitalisations après passage aux urgences, ainsi que 8 % des actes médicaux SOS Médecins pour iCanicule, ont été enregistrés pendant les jours de canicule. Pendant ces épisodes, la moitié des passages et 60 % des actes SOS Médecins concernaient des personnes âgées de 75 ans ou plus. Cette classe d'âge représentait également près des deux tiers des hospitalisations pour iCanicule. Sur l'ensemble de l'été, 500 décès attribuable à la chaleur ont été estimés dont 37 % durant les épisodes de canicule. Près des trois quarts de ces décès attribuable à la chaleur concernaient des personnes âgées de 75 ans et plus (36).



Une qualité des eaux de consommation qui s'améliore

Dans le département des Alpes-Maritimes, 354 captages sont actuellement utilisés pour l'alimentation en eau potable de la population. Ils permettent de prélever chaque année près de 199 millions de mètres cubes d'eau dans les ressources superficielles et souterraines. Le département concentre ainsi 18 % des ouvrages, mais 26 % des débits captés dans la région. La moitié des captages du département (49,2 %) bénéficient d'une protection administrative par une déclaration d'utilité publique (DUP), la 2^e proportion la plus faible de la région derrière les Alpes-de-Haute-Provence (région : 67,0 %), mais les procédures d'instruction sont en cours pour 48,6 % des captages (région : 21,6 %). Pour 1,7 % des captages, la procédure d'instruction n'a pas encore été engagée (région : 10,8 %).

Dans le département, 328 unités de distribution (UDI) desservent la population en eau potable, soit une moyenne de 2 UDI par commune. Les petites UDI de moins de 500 habitants sont majoritaires (69 %) dans les Alpes-Maritimes, comme dans les autres départements alpins (région : 63 %). Plus de la moitié de la population (56 %) est desservie par des eaux mixtes, ce qui nécessite souvent le recours à des mélanges d'eaux pendant la période estivale au regard de l'augmentation importante des besoins.

Sur la période 2018-2022, 76,5 % des UDI présentaient un taux de conformité bactériologique supérieur à 95 %, une proportion supérieure à la moyenne régionale (69,0 %). De même, 22,0 % des UDI présentaient un taux de conformité compris entre 70 et 95 % et 1,5 % inférieur à 70 % : elles étaient pour la plupart situées dans les zones de montagne frontalières des Alpes-de-Haute-Provence et de l'Italie.

Par ailleurs, la valeur guide de 25 mg/m en nitrates n'a été dépassée dans aucune des 327 UDI testées. Enfin, une recherche des produits phytosanitaires a été réalisée pour 87 % des UDI. Sur les 286 UDI testées, seule 1 contenait une quantité de pesticides dépassant la limite réglementaire pendant plus de 30 jours, mais ne présentant pas de risque sanitaire (37). Dans certains secteurs du Haut Pays (notamment la haute Vésubie et la haute Tinée), l'eau présente une faible minéralisation susceptible de favoriser la dissolution de métaux des canalisations, dont le plomb, et l'intoxication des consommateurs. Cependant, des travaux importants ont été entrepris et ont donné lieu à une amélioration notable de la qualité de l'eau (38).

Des difficultés d'accès au logement marquées dans le département

Caractéristiques des logements

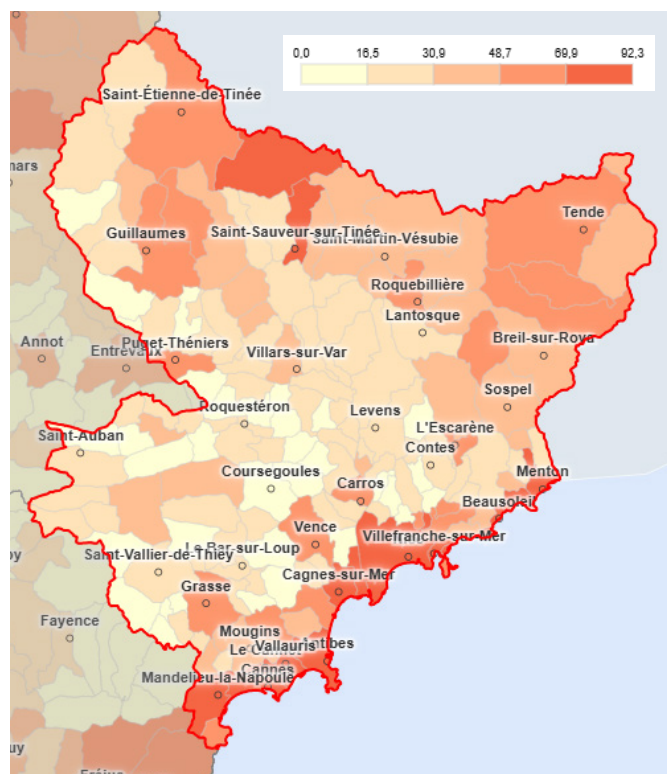


Figure 15 : Part de résidences principales de type appartement, 2021 (%) (Source : Insee - RP)

En 2022, le département des Alpes-Maritimes comptabilisait environ 534 000 logements occupés au titre d'une résidence principale, dont près de 3 sur 4 étaient des appartements (76,0 %), la proportion la plus élevée de la région (59,6 %) et parmi les plus élevées de France (44,1 %), au 4^e rang national. Les appartements étaient particulièrement représentés sur le littoral (86,8 % sur le littoral ouest et 83,2 % sur la Riviera), mais aussi dans certaines communes de montagne (par exemple, 77,0 % à Saint-Sauveur-sur-Tinée et 74,7 % à Isola) (Figure 15). Les maisons individuelles représentaient 1 logement sur 4 (25,8 %), la proportion la plus faible de la région (41,8 %), et plus de 2 fois inférieure à la moyenne nationale (56,0 %). Cependant, les maisons représentaient plus de la moitié des logements dans le Moyen (59,7 %) et le Haut Pays (56,9 %) (Source : Insee - RP).

Enfin, en 2022, 15,0 % des logements avaient une date de construction antérieure à 1946, une des proportions les plus faibles de la région (16,0 %), également inférieure à la moyenne nationale (19,7 %). Les logements anciens étaient cependant davantage représentés dans certains secteurs du Haut Pays.

Coût des logements

En 2023, la valeur médiane des loyers s'élevait à 14,6 €/m² dans les Alpes-Maritimes (tous types de logements, toutes tailles de logements et toutes dates d'emménagement des locataires confondus). Ainsi, ce territoire faisait partie des territoires parmi les plus chers de France (4^e rang), parmi les 53 territoires couverts par un observatoire des loyers. Les niveaux de loyers observés fluctuaient de façon importante selon le type et la taille des logements (loyer médian de 18,2 €/m² pour les petits logements, 11,9 €/m² pour les grands logements), la période de construction et la date d'emménagement des locataires. Ils différaient également largement selon la localisation des logements : ainsi, on observait un écart de 6,7 €/m² entre le loyer médian des zones la moins chère et la plus chère. Les loyers les plus chers étaient relevés sur le littoral est (Riviera). On observait globalement un gradient décroissant du littoral vers le Haut Pays (Figure 16). Ainsi, pour de nombreux ménages, notamment ceux disposant de bas revenus, de contrats de travail précaires ou des personnes vivant seules, l'accès à la location ou à la propriété, est très difficile (39).

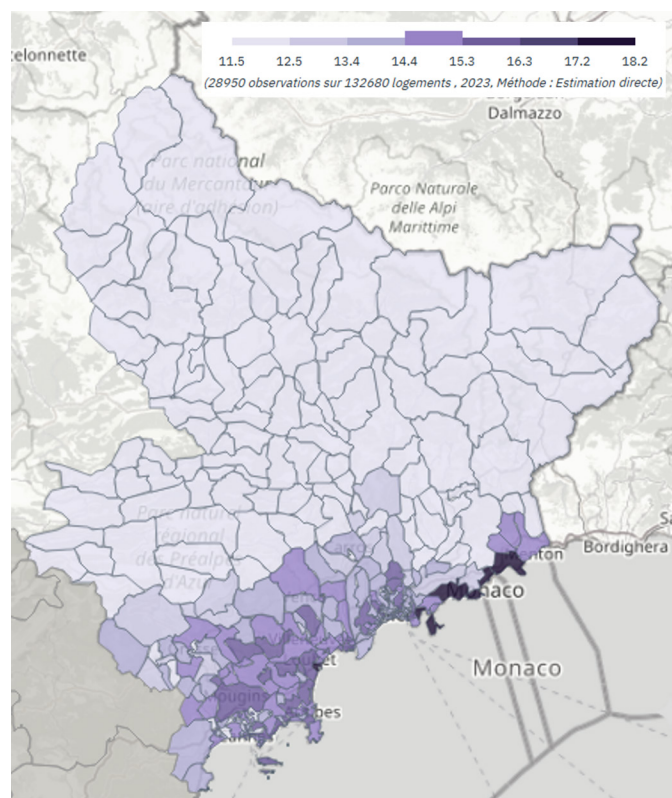


Figure 16 : Loyer médian (€/m²), 2023 (Source : Observatoire des loyers des Alpes-Maritimes)

Logements sociaux

En 2022, plus de 51 000 logements étaient des résidences principales en HLM : ils représentaient 1 logement sur 10 dans le département (9,6%), contre 11,8 % dans la région et 14,6 % en France. L'offre de logements en HLM était inégalement répartie : plus des deux tiers de l'offre était concentrée sur le littoral ouest (70,1 %). Les logements sociaux représentaient 10,9 % du parc de logements du littoral ouest, mais moins de 5 % de ceux du Haut Pays (Figure 17) (Source : Insee – RP).

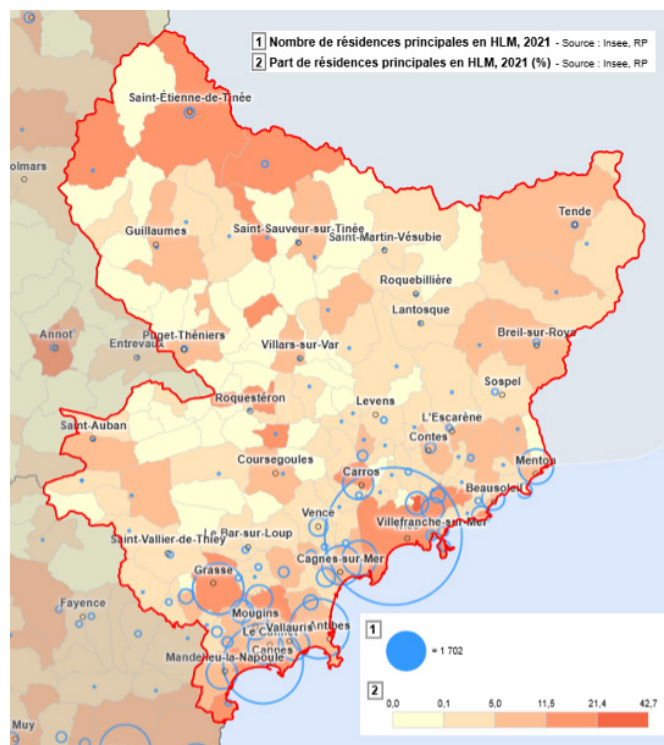


Figure 17 : Part (%) et nombre des résidences principales en HLM, 2021 (Source : Insee, RP)

Logements suroccupés

La définition de la suroccupation repose sur la composition du ménage et le nombre de pièces du logement : un logement est classé en situation de suroccupation accentuée quand il lui manque au moins deux pièces par rapport à la norme d'occupation normale, fondée sur le nombre de pièces nécessaires au ménage. En 2022, 2,0 % des résidences principales du département étaient en situation de suroccupation accentuée (2,0 %), la proportion la plus élevée de la région (1,2 %) et parmi les plus élevées de France métropolitaine (7^e rang national ; moyenne française : 0,9 %). Les logements suroccupés étaient particulièrement nombreux sur le littoral de la Riviera française et sur le littoral ouest, mais aussi dans certaines stations du Haut Pays (Figure 18).

Habitat indigne

L'habitat indigne désigne les locaux ou installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage, ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes, pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé. Dans les Alpes-Maritimes, le parc privé potentiellement indigne était estimé à environ 15 600 logements en 2019, représentant 3,1 % du parc de logements, la proportion la moins élevée de la région (5,8 %), sauf dans le Haut Pays, et notamment dans le secteur de la Roya.

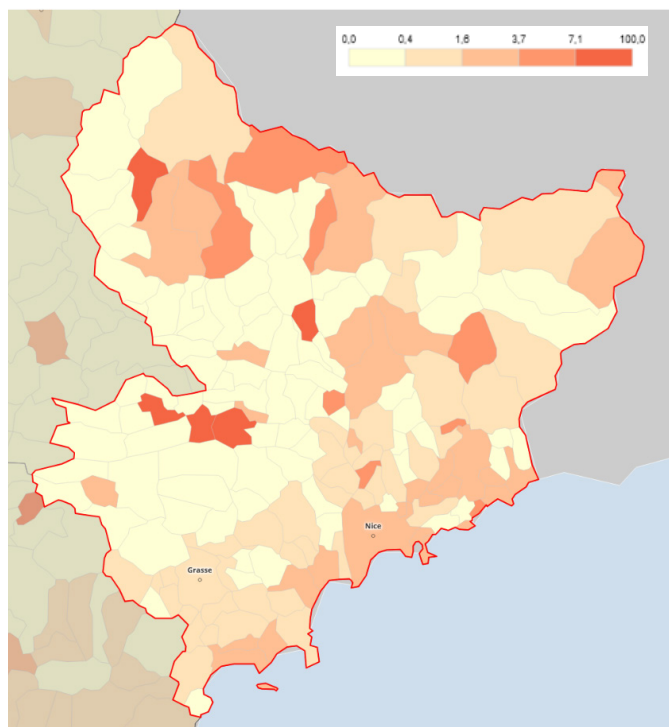


Figure 18: Part des résidences principales en suroccupation accentuée (%), 2022 (Source: Insee - RP)

L'accès à un logement décent est un droit fondamental et un déterminant majeur de santé reconnu comme tel par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les effets de la mauvaise qualité du logement et de sa suroccupation sur la santé mentale, l'anxiété, la dépression, l'agressivité ont été scientifiquement démontrés. Le mal-logement a aussi un impact majeur sur la santé physique en favorisant la propagation des maladies infectieuses. La présence de moisissures constitue un risque pour la santé, notamment d'irritation et de symptômes respiratoires, particulièrement pour les personnes à risque. Il existe donc des liens clairs entre la santé des personnes, la qualité de leur logement et l'endroit où elles habitent. Selon l'OMS Europe, on compte chaque année près de 130 000 décès associés à des conditions de logements inadéquates en Europe.

Signalements relatifs aux logements potentiellement non-décents, insalubres ou indignes en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Une étude a été réalisée par la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement en Provence-Alpes-Côte d'Azur pour quantifier et qualifier les signalements relatifs aux logements potentiellement non-décents, insalubres ou indignes dans la région. Les problèmes déclarés concernaient majoritairement de la moisissure et des infiltrations d'eau (40).

Enquête qualitative auprès de ménages avec des conditions de logement dégradées dans 3 régions

Santé Publique France a réalisé une enquête qualitative auprès de 32 ménages ayant des conditions de logement dégradées en Île-de-France, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Qualisurv-habitat). Les problématiques les plus souvent décrites concernaient l'humidité et la moisissure, la précarité énergétique et la suroccupation, ainsi que la vétusté électrique et l'instabilité des bâtis. Les ménages ont constaté des effets sur leur santé et sur leur qualité de vie : plus de la moitié a évoqué des difficultés de santé importantes telles que le cancer, le saturnisme, la déficience physique, les problèmes cardio-vasculaires ou les troubles psychiques ; 3 ménages sur 4 ont déclaré entre un et trois problèmes de santé. La santé respiratoire et la santé psychique étaient, du point de vue des participants, les deux sphères les plus affectées par les conditions de logement dégradées. De plus, ces conditions de logements contribuaient à isoler les ménages qui cumulaient déjà de nombreuses difficultés sociales. Par ailleurs, les actions entreprises par les ménages pour remédier à leur situation étaient liées à la durée de leur présence dans le logement et à l'existence d'un entourage familial et amical structurant (41).

Risques liés à l'habitat ancien

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

Suroccupation des logements

Dans les logements suroccupés, la diffusion de pathologies se fait beaucoup plus facilement du fait de la promiscuité des occupants. Le manque d'intimité peut être la source de nombreux problèmes de santé : ils aggravent des maladies sous-jacentes et diminuent le bien-être global des individus. La suroccupation entraîne également une diminution de la concentration, des difficultés pour se reposer, de l'anxiété et du stress : l'impact sur les enfants est très important et des retards scolaires sont souvent observés.



2

LA POPULATION

L'essentiel

- ▶ Le 2^e département le plus peuplé de la région, mais avec une répartition très inégale sur le territoire ;
- ▶ Une croissance démographique parmi les plus élevées de la région, surtout sur le littoral et dans le Moyen Pays ;
- ▶ Une population âgée, notamment dans le Haut Pays et sur le littoral ;
- ▶ Moins d'enfants que dans la région sauf dans le Moyen Pays, des jeunes concentrés à Nice
- ▶ La proportion de personnes vivant seules la plus élevée de la région, y compris chez les personnes âgées ;
- ▶ Les revenus les plus élevés de la région, malgré des inégalités sociales marquées ;
- ▶ Environ 6 % de la population réside dans un quartier prioritaire de la politique de la ville ;
- ▶ Une des proportions les plus faibles de bénéficiaires de prestations sociales de la région ;
- ▶ La 2^e population la plus qualifiée de la région, surtout sur le littoral et dans le Moyen Pays ;
- ▶ Une concentration de publics fragiles à Nice et dans certains secteurs du Haut Pays.



Une population concentrée sur le littoral

En 2022, la population des Alpes-Maritimes s'élevait à 1 114 579 habitants, représentant 21,5 % de la population régionale. Il s'agit du 2^{ème} département le plus peuplé de la région, après les Bouches-du-Rhône (2 069 811 habitants). Le département témoignait cependant d'une répartition très inéquitable de la population, avec 6 habitants sur 10 résidant dans la zone du littoral ouest (59,8 %), contre 2,9 % dans le Haut Pays. Avec 353 701 habitants, la commune de Nice concentrait près d'un tiers de la population du département (31,7 %).

La densité de la population moyenne du département (259,3 habitants par km²) est la 2^e plus élevée de la région (164,5 habitants par km²) derrière Bouches-du-Rhône et plus de 2 fois supérieure à la moyenne nationale (107,1 habitants par km²). Les communes du littoral (2 977,5 habitants par km² sur le littoral ouest et 1 407,2 habitants par km² sur le littoral de la Riviera) et de la 1^{ère} couronne du Moyen Pays sont les plus densément peuplées. À l'inverse, le Haut Pays présentait une densité très faible (11,9 habitants par km²) (Figure 19).

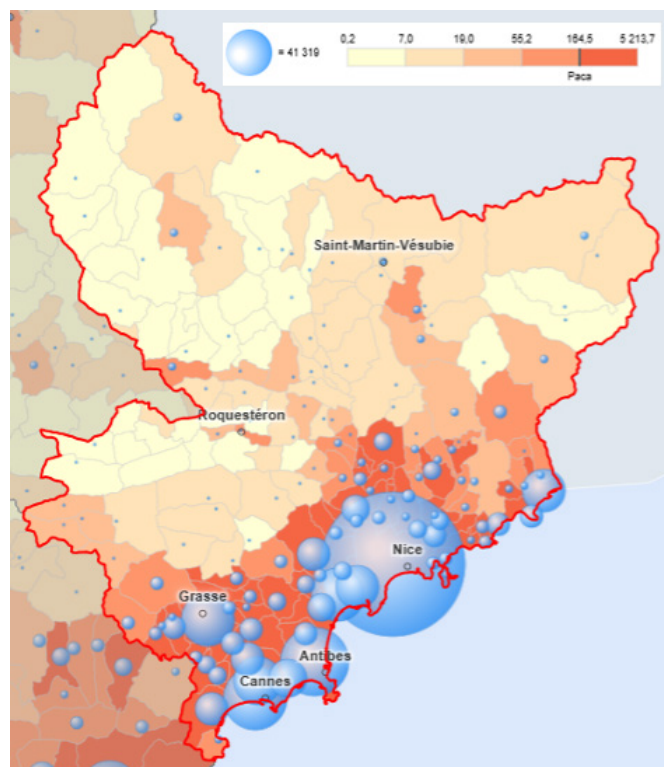


Figure 19: Population municipale et densité de la population (habitants par km²) par commune, 2022 (Source : Insee - RP)

Un renforcement de la croissance démographique grâce à un solde migratoire en hausse

Sur la période 2016-2022, le département des Alpes-Maritimes a accueilli en moyenne chaque année 5 146 nouveaux habitants, soit une croissance de + 0,5 % par an, la 2^{ème} la plus élevée de la région (+ 0,5 % par an) après le Var (+ 0,8% par an) et à égalité avec les Alpes-de-Haute-Provence, et plus élevée qu'en France (+ 0,3% par an).

La dynamique démographique relevée dans le département est singulière : ce territoire présentait un solde naturel négatif (- 0,1 % par an), contrairement aux tendances régionale (+ 0,1 %) et nationale (+ 0,2 %). De plus, il présentait un solde migratoire (+ 0,5 % par an) plus élevé que dans la région (+ 0,4 %) et qu'en France (+ 0,2 %).

Par rapport à la période précédente, le taux moyen de variation de la population est en augmentation dans le département : cette tendance s'explique par une augmentation du solde migratoire (+ 0,5 %, contre 0,0 % sur 2011-2016), et ce malgré une baisse du solde naturel (- 0,1 %, contre + 0,1 % sur 2011-2016), liée au vieillissement de la population (Tableau 1) (Source : Insee RP).

Tableau 1: Taux annuel moyen de variation de la population dans les sous-territoires des Alpes-Maritimes, 2016-2022
(Source : Insee RP 2016-2022)

	Taux annuel moyen de variation de la population (%), 2016-2022	Lié au solde naturel	Lié au solde migratoire
Littoral Ouest	+0,6	0,0	+0,5
Littoral de la Riviera	-0,1	-0,5	+0,4
Moyen Pays	+0,5	0,0	+0,6
Haut Pays	-0,3	-0,9	+0,6
Alpes-Maritimes	+0,5	-0,1	+0,5
Région	+0,5	+0,1	+0,4
France	+0,3	+0,2	+0,2

Des tendances différentes sont cependant observées au sein des sous-territoires des Alpes-Maritimes (Tableau 1). Sur la période 2016-2022, la moitié des sous-territoires ont gagné des habitants (littoral ouest et Moyen Pays) alors que l'autre moitié en a perdu (littoral de la Riviera et Haut Pays). L'ensemble des sous-territoires présentaient un solde migratoire supérieur ou égal à la région et plus élevé qu'en France. La différence entre les sous-territoires tenait au solde naturel : le littoral ouest et le Moyen Pays présentaient un solde naturel nul, alors que le Haut Pays et le littoral de la Riviera présentaient des soldes naturels négatifs (respectivement - 0,9 % et - 0,5 %).



Moins d'enfants et de jeunes que dans la région

En 2022, près de 233 000 personnes étaient âgées de moins de 20 ans dans le département : elles représentaient environ 1 habitant sur 5 (20,9 % de la population), une proportion moins élevée que dans la région (21,9 %) et qu'en France métropolitaine (23,8 %). (Figure 20).

Les enfants âgés de moins de 14 ans représentaient 15,4 % de la population (3^e rang régional) : ils étaient moins nombreux que dans la région (16,2 %), sauf dans le Moyen Pays (16,6 %). Les jeunes âgés de 15 à 29 ans (15,5 %) étaient également moins représentés que dans la région (15,9 %), sauf sur le littoral ouest (16,5 %) et notamment à Nice (18,4 %) (Source : Insee RP).

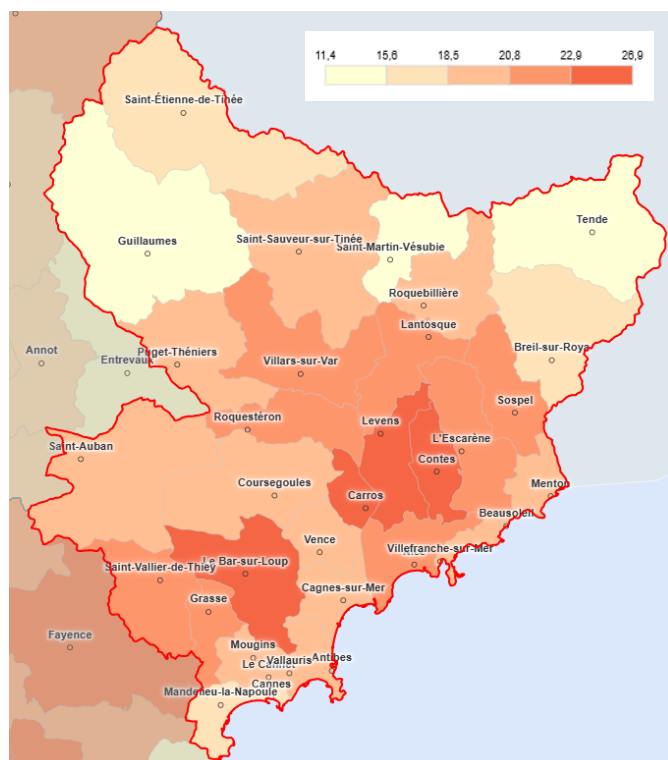


Figure 20 : Part de la population âgée de moins de 20 ans (%) 2022 (Source : Insee RP)

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



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

En 2022, environ 145 000 personnes étaient âgées de 75ans ou plus dans le département des Alpes-Maritimes, soit 13,0 % des habitants, la 3^{ème} proportion la plus élevée de la région (11,5%) derrière le Var et les Alpes-de-Haute-Provence, et bien supérieure à la moyenne nationale (9,6 %). Le Haut Pays présentait la proportion la plus élevée du département (16,9 %), suivi par le littoral ouest (13,8 %) et le littoral de la Riviera (13,5 %). Le Moyen Pays se distinguait des autres sous-territoires avec une proportion nettement moins élevée (11,2 %), mais proche de la moyenne régionale et supérieure à la moyenne nationale (Figure 21).

Parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus, environ 59 000 vivaient seules à leur domicile, soit près de la moitié de cette classe d'âge (44,2 %), la proportion la plus élevée de la région (41,8 %) (Source : Insee RP). Parmi elles, près de 3 sur 10 (28,8 %) présentaient une perte d'autonomie modérée ou sévère (26,9 % dans la région) (42).

Enfin, en 2021, 11 310 personnes âgées résidaient dans un établissement médico-social, soit 8,0 % de la population âgée de 75 ans ou plus, une proportion à un peu plus élevée que celle de la région (7,7 %). Cette population était particulièrement représentée dans le Haut Pays (16,9 %) et le Moyen Pays (12,4 %), contrairement au littoral de la Riviera (5,9 %) et au littoral ouest (5,3 %) (Source : Insee RP).

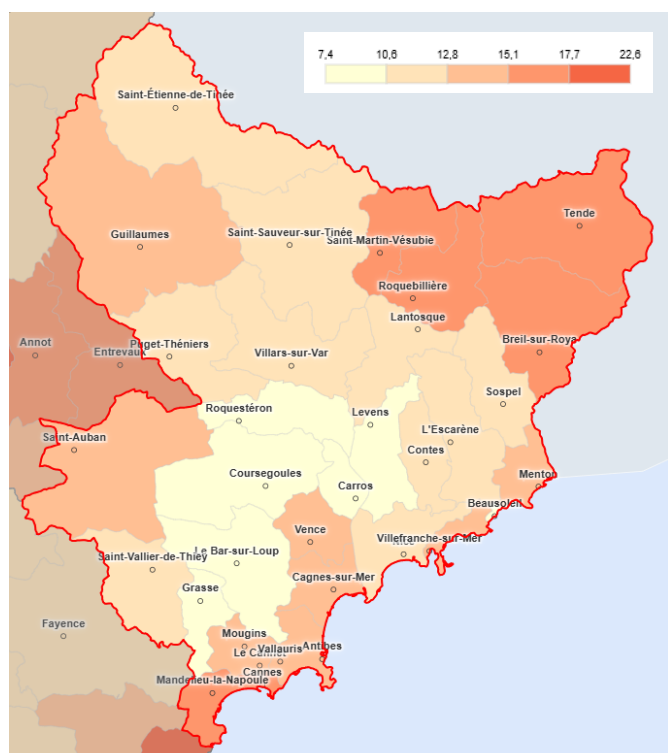


Figure 21: Part des personnes âgées de 75ans ou plus, 2022 (%) (Source : Insee RP, exploitation principale)



Environ 181 000 habitants âgés de 75 ans ou plus en 2035, dont plus d'1 sur 4 en perte d'autonomie à domicile

D'après les estimations de l'Insee, environ 181 050 habitants du département seront âgés de 75 ans ou plus en 2035, soit 16,5 % de la population totale du département, une proportion plus élevée que celle de la région (15,7 %). À cette date, environ 48 700 personnes en perte d'autonomie sévère ou modérée vivront à domicile (26,9 %), nécessitant près de 14 000 équivalents temps plein d'aide formelle et 43 000 équivalents temps plein d'aide informelle (42).

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

En France, d'après une étude réalisée par l'association des Petits Frères des Pauvres en 2021, environ 36 % des personnes âgées de 60 ans et plus (6,5 millions de personnes) se sentent seules fréquemment et 14 % tous les jours ou très souvent (2,5 millions de personnes). 530 000 personnes seraient dans un isolement extrême et ne rencontrent quasiment jamais ou très rarement d'autres personnes et sont en situation de « mort sociale », un chiffre en augmentation de + 77 % par rapport à 2017. La solitude semble toucher davantage certains profils : les femmes, les personnes très âgées et vivant seules. Le sentiment de solitude serait également plus marqué en ville qu'en milieu rural. Les conséquences sur la santé sont nombreuses : dépression, perte d'estime de soi, mais aussi aggravation de certaines pathologies (43).

Plus de 4 ménages sur 10 composés d'une seule personne, la proportion la plus élevée de la région

En 2022, le département comptait environ 534 200 ménages, qui étaient composés en moyenne de 2,04 personnes, une moyenne proche de celle de la région (2,09 personnes) mais moins élevée qu'en France (2,15 personnes). Plus de 4 ménages sur 10 étaient composés d'une personne (41,7 %), la proportion la plus élevée de la région (39,8 %) et plus élevée qu'en France métropolitaine (38,6 %). Ils étaient particulièrement nombreux sur le littoral ouest (45,9 %), et notamment dans les communes de Cannes (48,3 %) et Nice (46,6 %), ainsi que dans le Haut Pays, dans les vallées de la Roya et de la Tinée (Figure 22). À l'inverse, ils ne représentaient qu'1 ménage sur 3 dans le Moyen pays (32,9 %) (Source : Insee RP, exploitation complémentaire).

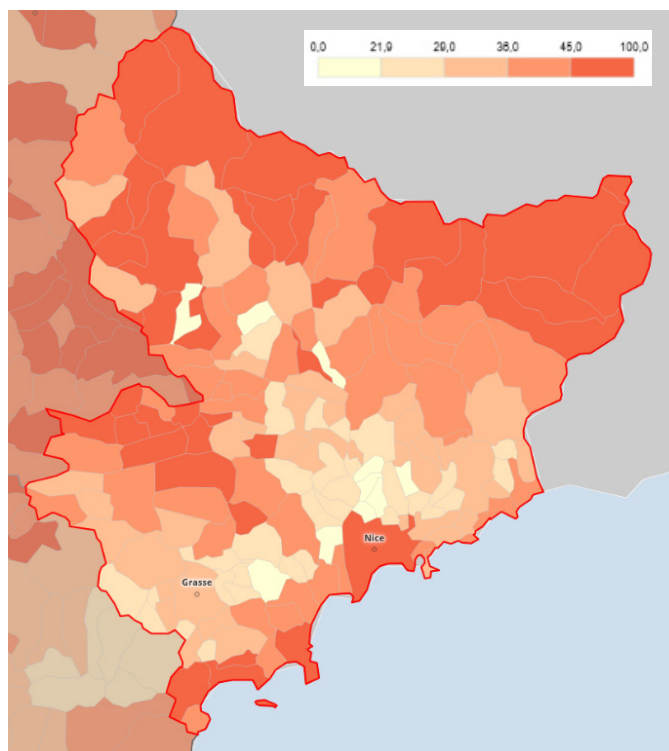
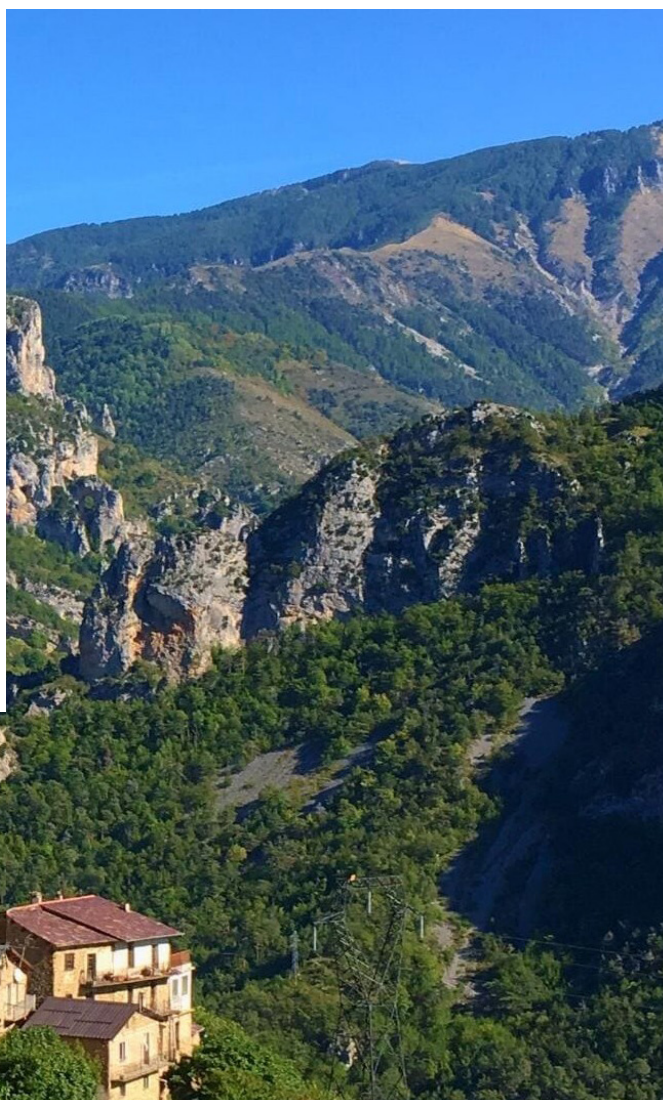


Figure 22 : Part des ménages d'une personne (%), 2022 (Source : Insee, Recensement de la population (RP), exploitation complémentaire)

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

De l'étudiant à la personne âgée vivant en milieu rural, le fait de vivre seul regroupe des réalités qui n'ont souvent rien à voir. Pour certains, cette situation est un mode de vie choisi. Pour d'autres, elle est plus ou moins acceptée et subie par exemple après une séparation ou suite à un décès. Certaines conditions ou expériences augmentent le risque d'isolement social et de solitude : avoir une maladie chronique (physique ou mentale) ou un handicap, avoir un accès limité aux ressources (personnes vivant en milieu rural, sans moyen de transport, ne parlant pas la langue...), être en situation de précarité et/ou au chômage, ou encore faire face à un divorce ou un deuil (44).



3 familles sur 10 sont en situation de monoparentalité

En 2022, le département comptait environ 150 000 familles avec au moins un enfant de moins de 25 ans (2^e rang régional après les Bouches-du-Rhône), dont 3 sur 10 (30,0 %) monoparentales, une proportion proche de la moyenne régionale (29,9 %), mais supérieure à la moyenne nationale (27,1 %). Les familles monoparentales représentaient un tiers des familles dans le littoral ouest (33,2 %), mais seulement 1 famille sur 4 dans le Moyen Pays (25%)^[1] (Figure 23) (Source : Insee RP).

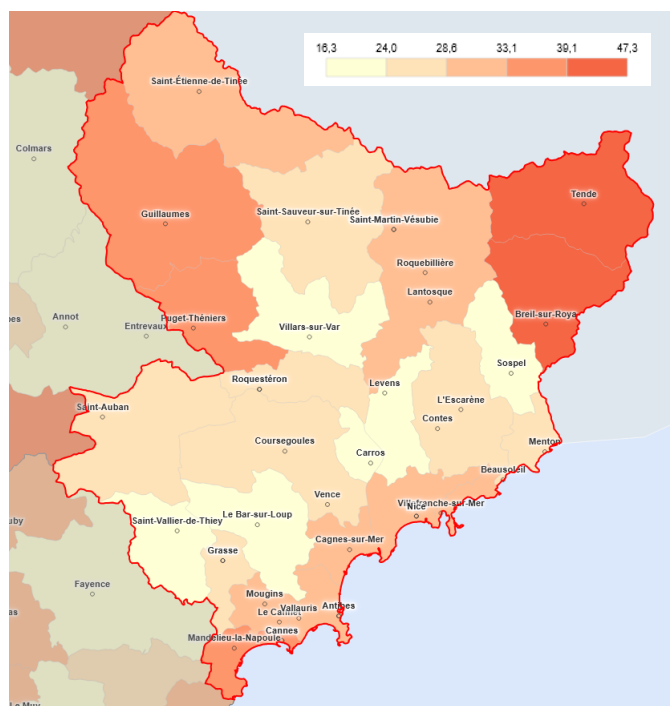


Figure 23 : Part de familles monoparentales, 2022 (%) (Source : Insee RP)

La monoparentalité est une situation de plus en plus courante, qui touche toutes les catégories sociales. Fin 2021, 12 % des enfants de moins de 6 ans vivaient dans une famille monoparentale, majoritairement chez leur mère (83 %). Si, parmi les jeunes enfants concernés, 13 % passent un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires chez leur père, 25 % – soit environ 130 000 enfants – n'ont aucun contact avec lui. Cette situation, souvent temporaire, constitue un accélérateur de fragilités sociales. Ainsi, comparées à d'autres types de ménages, les familles monoparentales sont surexposées à la pauvreté (30 %, contre 13 % des couples parentaux), à la précarité de l'emploi et du logement à l'isolement social (45).

[1] À noter qu'un grand nombre de communes dans le Haut Pays et le Moyen Pays présente des effectifs faibles de familles monoparentales, ce qui peut avoir un impact sur la validité de l'interprétation des données.



Le revenu fiscal médian le plus élevé de la région, mais des inégalités sociales marquées

En 2021, le département présentait le revenu fiscal médian annuel (23 530 €) le plus élevé de la région (22 680 €). Il pouvait cependant varier du simple au double (15 760 € à 36 690 €) selon les communes. Les revenus les plus élevés étaient relevés dans la première couronne du Moyen Pays, mais aussi dans certaines communes du littoral de la Riviera. À l'inverse, les revenus les plus faibles étaient relevés dans le Haut Pays, dans les zones frontalières de l'Italie et des Alpes-de-Haute-Provence (Figure 24) (Source : Insee, DGFIP, FiLoSoFi).

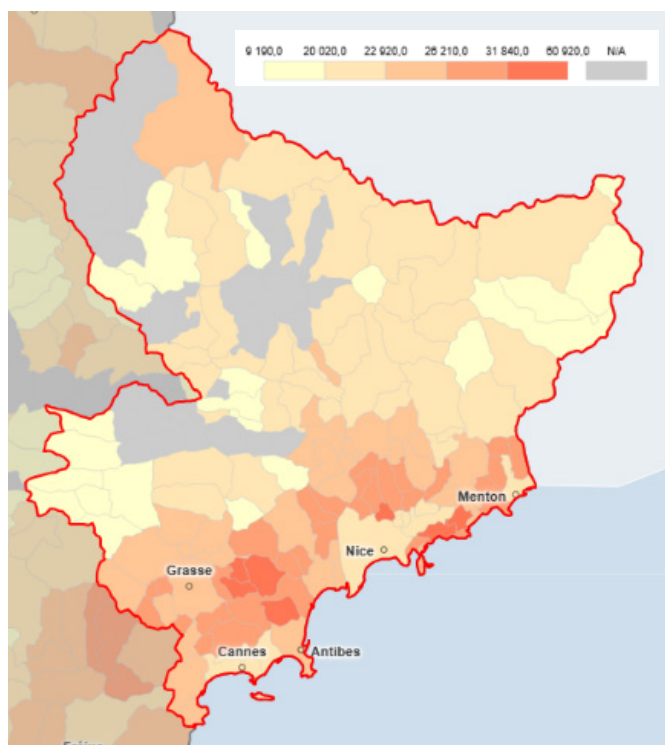


Figure 24 : Revenu fiscal médian, 2021 (euros par unité de consommation) (Source : Insee, DGFIP, FiLoSoFi)

En 2021, le rapport interdécile des revenus^[2], c'est-à-dire le rapport entre les revenus des 10 % des ménages les plus aisés et ceux des 10 % les plus pauvres, était de 6,0 dans les Alpes-Maritimes, le 2^e le plus élevé de la région derrière les Bouches-du-Rhône, à égalité avec le Vaucluse (région : 6,0). Les inégalités sociales étaient particulièrement marquées dans les communes de Nice (rapport de 9,0) et de Cannes (rapport de 8,0) (*Source : DGFIP FiloSoFi*).

Environ 70 000 personnes vivent dans un quartier prioritaire de la politique de la ville dans les Alpes-Maritimes

Le département compte 14 quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), répartis dans 11 communes du littoral et du Moyen Pays (Cannes, Carros, Drap, Grasse, La Trinité, Le Cannet, Nice, Saint-André-de-la-Roche, Saint-Laurent-du-Var, Vallauris et Vence) : ils représentent 1 QPV de la région sur 10 (10,3 %). En 2020, environ 70 100 personnes résidaient dans un QPV des Alpes-Maritimes, soit 6,4% de la population départementale, une proportion moins élevée que dans la région (10,6 %) et qu'en France (7,9 %). (*Source : Insee RP 2020*).

La population des QPV est particulièrement touchée par la pauvreté : en 2021, le revenu médian dans les QPV des Alpes-Maritimes s'élevait à 13 328 €, contre 23 500 € dans l'ensemble du département. Il s'agissait de plus du 2^e revenu le plus faible en QPV de la région derrière les Bouches-du-Rhône (46).



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

Un taux de pauvreté moins élevé que dans la région, sauf dans les grandes villes du département

En 2021, 16,4 % de la population du département était en situation de pauvreté^[3], une proportion inférieure à celle de la région (17,4 %) mais bien supérieure à celle de la France (14,1 %). Cependant, certaines communes présentaient un taux de pauvreté bien supérieur aux moyennes régionale et nationale, comme Nice (22,0 %), Cannes (21,0 %), ou encore Antibes (19,0 %). De même, certains groupes de population étaient particulièrement touchés par la pauvreté, à savoir les familles monoparentales (27,9 %, contre 31,5 % dans la région) et les jeunes de moins de 30 ans (23,1 % contre 25,0 % dans la région) (*Source : Insee, FiloSoFi et Enquête Budget de Famille*).

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

Espérance de vie : on observe un écart d'espérance de vie entre les 10 % des ménages avec les revenus les plus faibles et les 10 % avec les revenus les plus élevés s'élevant à 13 ans chez les hommes et 8 ans chez les femmes (47).

Tabagisme quotidien : en 2023, on observe en France 12 points d'écart de prévalence du tabagisme quotidien entre les plus bas et les plus hauts revenus (28,9 % versus 17,3 %) (48).

Vaccination : en 2021, on observe un écart de 10,2 points de pourcentage dans la couverture vaccinale contre la grippe chez les 65-85 ans entre les revenus les plus élevés (71,0 %) et les plus faibles (60,8 %) (49).

Renoncement aux soins : en 2017, 3 % des Français ont déclaré avoir renoncé à des soins. Le risque de renoncer aux soins était 3 fois plus élevé chez les personnes en situation de pauvreté, voire 8 fois que plus élevé chez les personnes en situation de pauvreté et vivant dans une zone sous-dotée en médecins généralistes (50).

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

Des bénéficiaires de prestations sociales parmi les moins nombreux de la région, sauf à Nice et dans certains secteurs du Haut Pays

En 2021, près de 225 000 personnes résidant dans les Alpes-Maritimes bénéficiaient d'au moins une allocation de la CAF, soit une couverture de 45,6 % de la population (4^e rang régional), inférieure à la moyenne de la région (48,9 %), sauf dans les communes de Nice (52,7 %) et Carros (51,0 %).

Plus d'1 allocataire sur 5 (21,3 %) avait des revenus dépendant au moins pour moitié des allocations, une proportion moins élevée que la région (24,0 %), sauf dans certains secteurs du Haut Pays (31,0 % dans l'espace de proximité de Tende, 26,6 % dans celui de Puget-Théniers) ou encore dans la commune de Nice (25,2 %) (Figure 25).

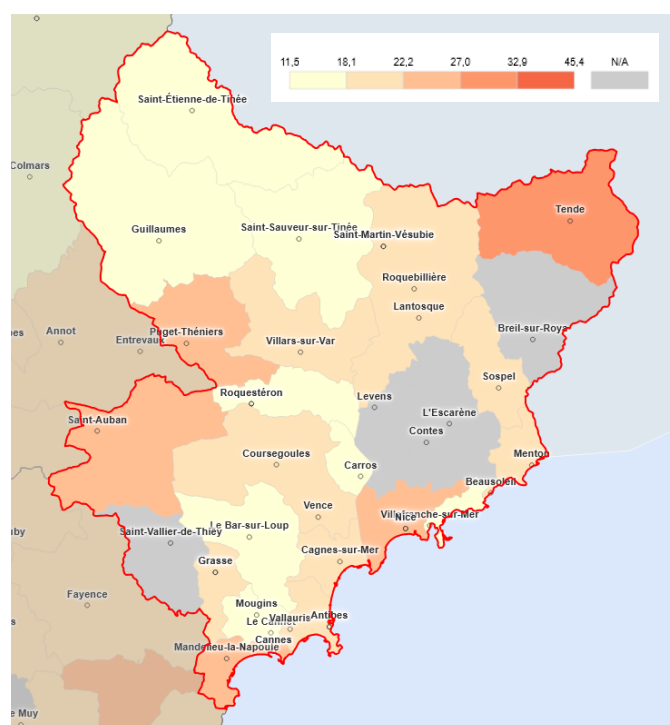


Figure 25 : Part d'allocataires dont les prestations sont supérieures ou égales à 50 % des ressources (%), 2021 (Source : CNAF-DSE, FILEAS Base Communale Allocataires (BCA), Insee RP)

En 2021, 3,8 % de la population des Alpes-Maritimes était bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA), soit le 2^e taux le plus faible de la région (6,1%) derrière les Hautes-Alpes. L'ensemble des sous-territoires présentaient des proportions inférieures à la moyenne régionale (Source : CNAF-DSE, FILEAS Base Communale Allocataires (BCA), Insee RP).

Enfin, en 2022, plus de 90 000 assurés du régime général et âgés de moins de 65 ans étaient bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire gratuite (C2S) dans le département, soit 1 assuré sur 10 (9,9 %), la 2^e proportion la plus faible de la région (13,4 %) derrière les Hautes-Alpes. Seule la commune de Nice (14,5 %) et quelques communes du Haut-Pays comptaient davantage de bénéficiaires de la C2S que dans la région (Source : DRSM Paca Corse 2022).





Plus d'un tiers de la population diplômée du supérieur dans le Moyen Pays et dans les grandes villes du littoral

En 2022, parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus et résidant dans les Alpes-Maritimes, 1 sur 4 (25,0 %) ne disposait d'aucun diplôme, une proportion proche de la moyenne régionale (région : 25,3 %), malgré des disparités territoriales. Des proportions plus importantes de non diplômés étaient cependant relevées dans le Haut Pays (26,2 %), notamment dans les espaces de santé de proximité de Puget-Théniers (30,4 %), Tende (29,9 %) et Breil-sur-Roya (28,0 %). Certaines communes littorales présentaient également des proportions élevées de non diplômés (30,5 % à Vallauris, 28,6 % à Cannes, 26,5 % à Cagnes-sur-Mer et 26,4 % à Nice).

En parallèle, plus d'un tiers de la population (35,5 %) était diplômée de l'enseignement supérieur, la 2^e proportion la plus élevée de la région (32,9 %) après les Bouches-du-Rhône, et également plus élevée qu'en France (32,5 %). Les diplômés du supérieur étaient particulièrement nombreux dans le Moyen Pays (36,3 %) et dans les communes du littoral ouest (36,2 %). Ils étaient cependant moins représentés dans le Haut Pays (25,2 %) (Figure 26) (Source : Insee RP).

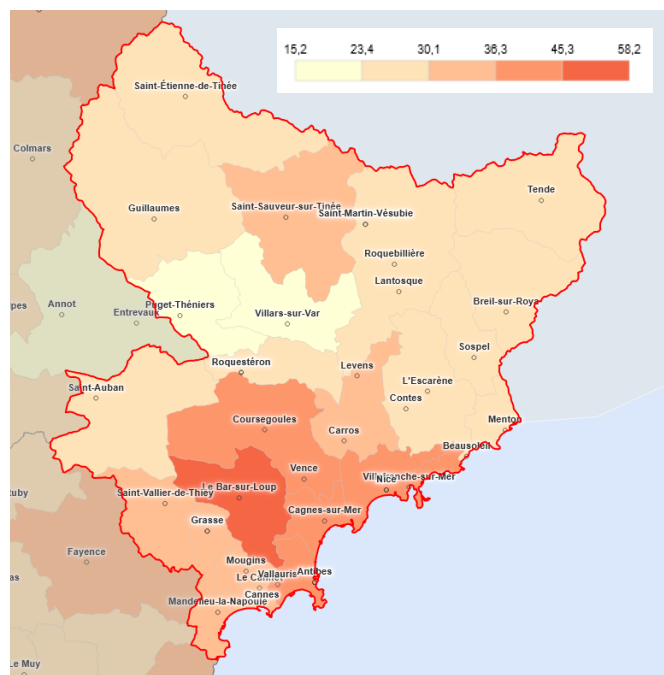


Figure 26 : Part de personnes diplômées du supérieur (%), 2022 (Source : Insee, RP)

En 2022, près de 49 000 étudiants étaient inscrits dans un établissement de l'enseignement supérieur dans les Alpes-Maritimes : ils représentaient plus d'un quart (27,6 %) des effectifs de la région. Plus de 8 étudiants sur 10 étaient localisés à Nice (81 %) (Source : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, rentrée 2022).

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 (51).

Un des taux de chômage parmi les moins élevés de la région, y compris chez les jeunes

En 2022, parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans, près de 57 000 étaient au chômage, soit un taux de chômage de 11,3 %, la 2^e proportion la plus faible de la région (12,0 %) après les Hautes-Alpes, sauf sur le littoral ouest (12,6 %), et notamment dans les communes de Cannes (15,4 %), Vallauris (13,9 %) et Nice (13,1 %). Les hommes (10,5 %) étaient moins touchés que les femmes (12,1 %), comme dans la région (respectivement 11,2 % et 12,8 %). Près d'un quart des jeunes âgés de 15 à 24 ans étaient au chômage (23,2 %), là encore, un taux inférieur à la moyenne régionale (région : 24,1 %), sauf sur le littoral ouest (24,1 %) (Figure 27) (Source : Insee RP).

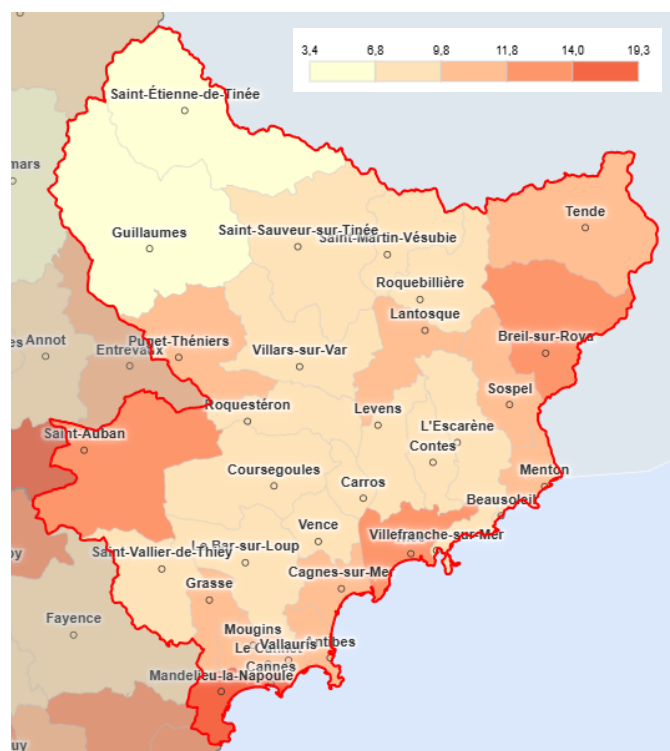


Figure 27 : Taux de chômage chez les 15-64 ans (RP) - Total, 2022 (%) (Source : Insee RP)



Une santé dégradée peut être un facteur favorisant la perte d'emploi et freinant l'entrée ou le retour à l'emploi et réciproquement le fait d'être sans emploi peut s'avérer être un facteur de dégradation de la santé. Les personnes sans emploi présentent un surrisque de mortalité, de problèmes cardiovasculaires, de santé mentale et sont plus susceptibles d'adopter des comportements à risque pour leur santé comme la consommation excessive d'alcool, de tabac et de cannabis. Les raisons de la surmortalité des personnes sans emploi sont multiples : un état de santé déficient qui provoque la perte d'emploi, les conséquences financières et psychologiques du chômage de longue durée, le rôle de l'effet propre du chômage de type « catalyseur » qui révèle ou accentue les effets sur la santé (52).

3

L'OFFRE DE SOINS

L'essentiel

L'offre de soins libérale

- ▶ Une offre médicale importante, mais inégalement répartie au sein du département ;
- ▶ Une baisse de la densité médicale un peu moins marquée que dans la région, mais qui a davantage touché le littoral ;
- ▶ Un vieillissement de médecins généralistes plus marqué dans la région, surtout dans le Haut Pays et sur le littoral ;
- ▶ Des densités paramédicales équivalentes ou supérieures à la moyenne régionale ;
- ▶ De nombreuses communes restaient très sous-dotées en chirurgiens-dentistes et en sage-femmes ;
- ▶ 1 habitant sur 10 sans médecin traitant déclaré ;
- ▶ Un niveau de recours aux soins médicaux élevé, surtout sur le littoral et dans le Moyen Pays.

L'offre hospitalière et médico-sociale

- ▶ Une offre hospitalière concentrée dans le sud du département ;
- ▶ Environ 40 000 habitants à plus de 30 minutes de route du service d'urgences le plus proche, principalement du Haut Pays ;
- ▶ Des taux d'équipement en structures sanitaires parmi les plus faibles de la région ;
- ▶ Le 2^e département de la région le moins équipé en structure de prise en charge des enfants avec un handicap.



L'offre de soins libérale

Une densité de médecins généralistes plus élevée que dans la région, mais plus de la moitié des communes sans aucun médecin généraliste en exercice

Au 31 décembre 2024, le département comptait 1 220 médecins généralistes (MG) libéraux en exercice, soit une densité de 111 médecins généralistes pour 100 000 habitants (2^e rang régional), supérieure aux moyennes régionale (102 pour 100 000 habitants) et nationale (82 pour 100 000 habitants) (Source : FNPS-INSEE). À noter que 174 médecins généralistes, soit 14 % de l'effectif total, n'exerçaient pas toute l'année, une proportion proche de la moyenne régionale (13 %) mais plus élevée qu'en France (9 %) (Source : SNDS).

L'offre de médecine générale est inégalement répartie au sein du département : elle est concentrée sur le littoral et dans la 1^{re} couronne du Moyen Pays, alors que le reste du territoire est peu doté. Ainsi, la moitié de l'offre de médecine générale (49,6 %) est concentrée dans 3 communes : Nice (35,0 %), Antibes (7,4 %) et Cannes (7,2 %). Les densités les plus élevées étaient relevées dans le Moyen Pays (185 médecins généralistes pour 100 000 habitants) et les plus faibles dans le Haut Pays (98 pour 100 000).

Sur les 163 communes du département, plus de la moitié (54,0 %), rassemblant environ 39 000 habitants, soit 3,5 % de la population, ne disposaient d'aucun médecin généraliste. De plus, environ 22 000 habitants, soit 2 % de la population, résidaient à plus de 10 minutes de route du médecin généraliste le plus proche (Figure 28) (Source : FNPS-Insee-Distancier METRIC).

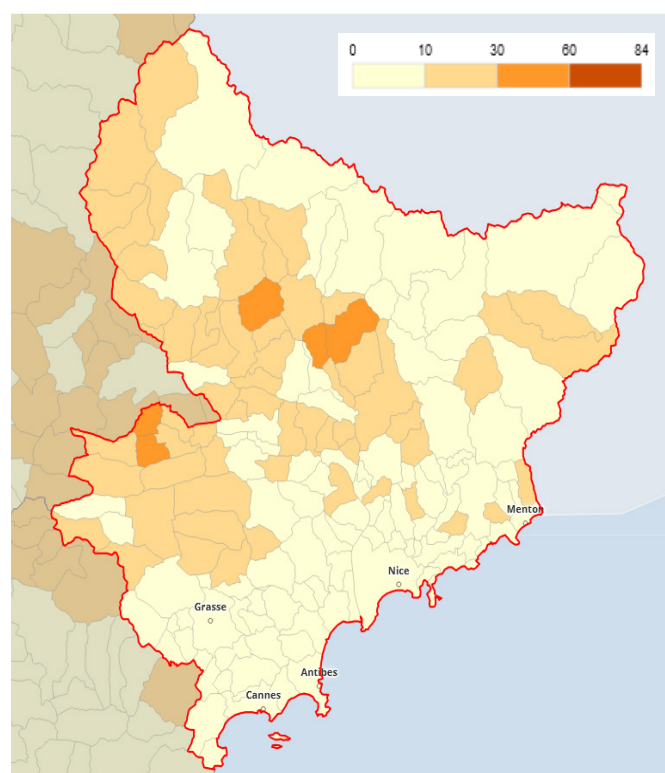


Figure 28 : Temps d'accès au médecin généraliste libéral le plus proche en minutes (min) 2024 (Source : FNPS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS)

Une baisse de la densité médicale de presque 10% en 10 ans, mais plus marquée sur le littoral

Entre 2014 et 2024, la densité de médecins généralistes libéraux a baissé de 10 % dans les Alpes-Maritimes, à un rythme un peu moins élevé que celui de la région (-14%) et de la France métropolitaine (-12 %). Tous les territoires n'ont pas été touchés avec la même intensité : les territoires du littoral de la Riviera (- 20 %) et du littoral ouest (- 14 %) ont été les plus touchés, alors qu'au contraire le Moyen Pays a vu sa densité stagner (- 1 %). Depuis 2023, on observe une reprise de la densité médicale dans le département, contrairement à la tendance régionale. Cette tendance laisse présager une évolution favorable de la situation dans les années à venir (Figure 29) (Source : FNPS-INSEE).

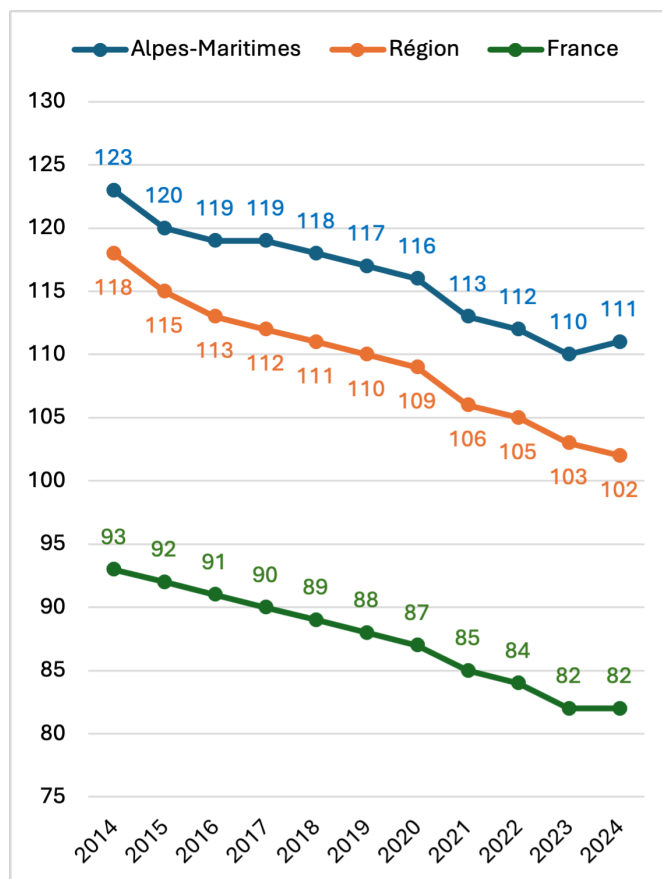
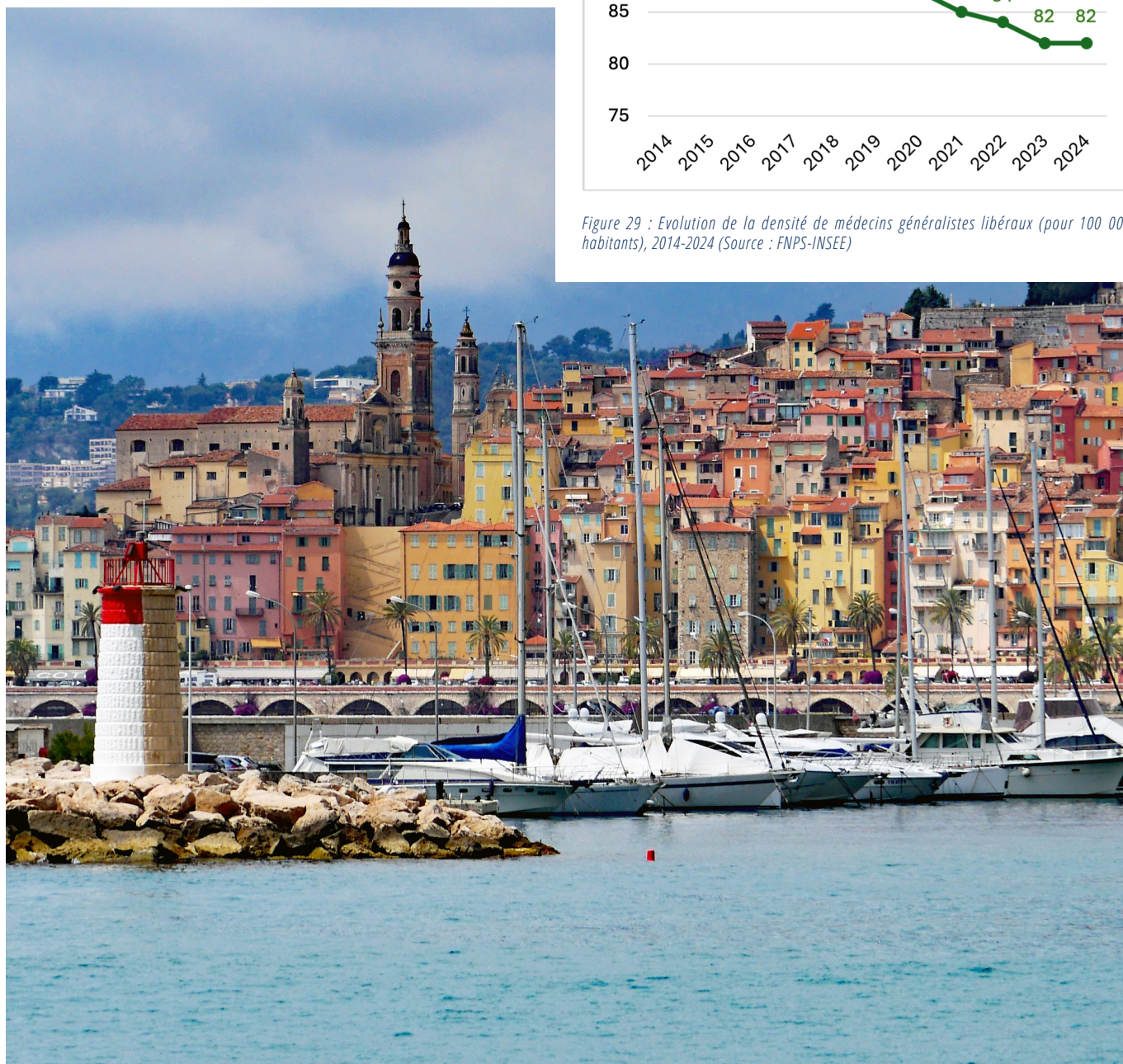


Figure 29 : Evolution de la densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 habitants), 2014-2024 (Source : FNPS-INSEE)



Près de 4 médecins généralistes libéraux sur 10 âgés de 60 ans ou plus dans le département

En 2024, parmi les médecins généralistes libéraux en exercice dans les Alpes-Maritimes, près de 4 sur 10 étaient âgés de 60 ans ou plus (38,6 %), une proportion plus élevée que celle de la région (37,0 %) et qu'en France (31,1%) et en augmentation (+ 24 % en 10 ans).

Le vieillissement des médecins généralistes était particulièrement marqué dans le Haut-Pays (46,9 %), et notamment dans le bassin de vie de Puget-Théniers, où la totalité des médecins derniers étaient âgés de 60 ans ou plus, mais aussi sur le littoral (42,7 % sur le littoral de la Riviera et 41,4 % sur le littoral ouest). A l'inverse, dans le Moyen Pays, moins d'un tiers des médecins étaient âgés de 60 ans ou plus (30,4 %).

Entre 2014 et 2024, la proportion de médecins généralistes âgés de 60 ans ou plus a augmenté dans le département (+ 24 %), comme dans la région (+ 24 %), mais plus rapidement qu'en France (+ 11 %) (Source : FNPS) (Figure 30).

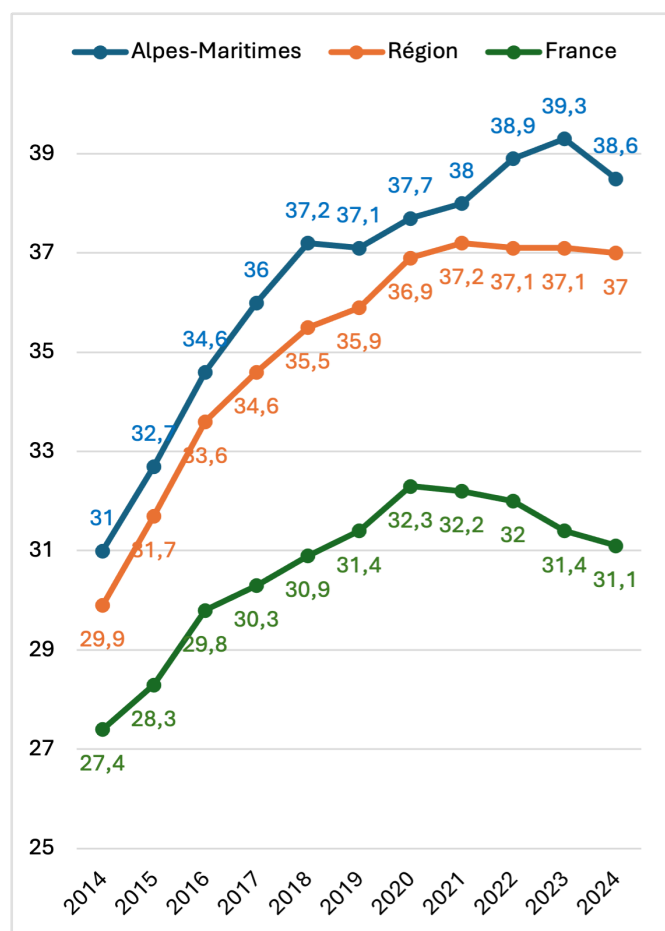


Figure 30 : Evolution de la proportion de médecins généralistes libéraux âgés de 60 ans ou plus (%), 2014-2024 (Source : FNPS)

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

Résultats du volet quantitatif : En 2022, parmi les médecins généralistes interrogés dans le cadre du panel national d'observation des pratiques et des conditions d'exercice (n=1 530), 78 % estimaient que l'offre de médecine générale était insuffisante sur leur territoire (+ 11 points par rapport à 2019). Par ailleurs, 73 % anticipaient une baisse de l'offre de soins forte (48 %) ou légère (25 %) dans les années à venir. Cela conduisait les médecins à des stratégies d'adaptation de leur façon de pratiquer et de s'organiser. Par exemple, 65 % des répondants ont déclaré refuser de prendre en charge de nouveaux patients dits « médecin traitant » (+ 12 points par rapport à 2019), 57 % ont déclaré augmenter les délais de rendez-vous et 44 % voire moins fréquemment certains patients qu'ils suivaient régulièrement. De plus, la moitié des médecins interrogés ont déclaré rogner sur leur temps de formation (53).

Résultats du volet quantitatif :

Les participants ont constaté un recul de l'accès aux soins dans tous les types de territoires (ruraux, urbains et périurbains), mais pensent que les difficultés des zones urbaines sont moins reconnues par les pouvoirs publics. Selon eux, l'évolution de la démographie médicale s'accompagne d'une dégradation de leurs conditions de travail et de la qualité des soins (charge et cadence de travail devenues insoutenables, pression permanente, impression de travail bâclé ...), mais aussi, chez certains, d'un épuisement physique et psychologique. Le sentiment de pratiquer une médecine dégradée et contraire à leurs valeurs est la principale source d'insatisfaction citée par les médecins. Face aux difficultés qu'ils rencontrent, certains médecins se montrent combattifs et en recherche de solutions, d'autres se disent fatalistes et découragés. Les adaptations décrites par les participants répondent à différents objectifs (réguler la demande de soins, optimiser leur temps, faciliter l'accès aux consultations spécialisées) et sont, pour la plupart, improvisées et informelles. Certaines d'entre elles posent la question de leur efficacité et de leur efficacité (54).



2 communes sur 3 classées Zones d'interventions prioritaires dans le département

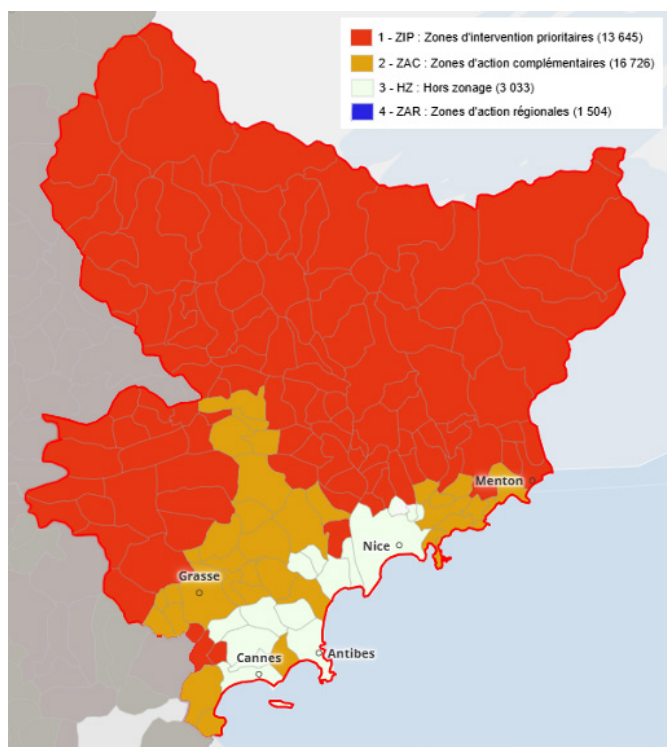


Figure 31 : Zonage conventionnel des médecins généralistes, 2022 (Source : Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur 2022)

D'après le zonage des médecins généralistes libéraux^[4], deux tiers des communes des Alpes-Maritimes (68,7 %) ont été classées en Zones d'Interventions Prioritaires (ZIP), compte tenu d'une offre de soins insuffisante ou de la difficulté d'accéder aux soins. Le Haut Pays était particulièrement concerné, avec plus de 9 communes sur 10 (91,4 %) classées ZIP. A l'inverse, les deux sous-territoires du littoral ne comptaient qu'une seule commune classée ZIP (Menton) (Source : ARS Paca) (Figure 31).

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

24 maisons de santé pluriprofessionnelles labellisées dans le département

En octobre 2025, le département des Alpes-Maritimes compte 23 Maisons de santé Pluriprofessionnelles (MSP) labellisées, représentant 14 % des MSP de la région. Sur les 24 MSP du département, 9 étaient localisées sur le littoral ouest (38 %), dont 7 dans la commune de Nice, 7 dans le Haut Pays (29 %), 6 dans le Moyen Pays (25 %) et 1 sur le littoral de la Riviera (4 %) (Source : FINESS).

Par ailleurs, le département des Alpes-Maritimes compte 15 Communautés Professionnelles territoriales de Santé (CPTS) labellisées, ainsi que plusieurs en projet, assurant une bonne couverture du département (Figure 32) (Source : FINESS).

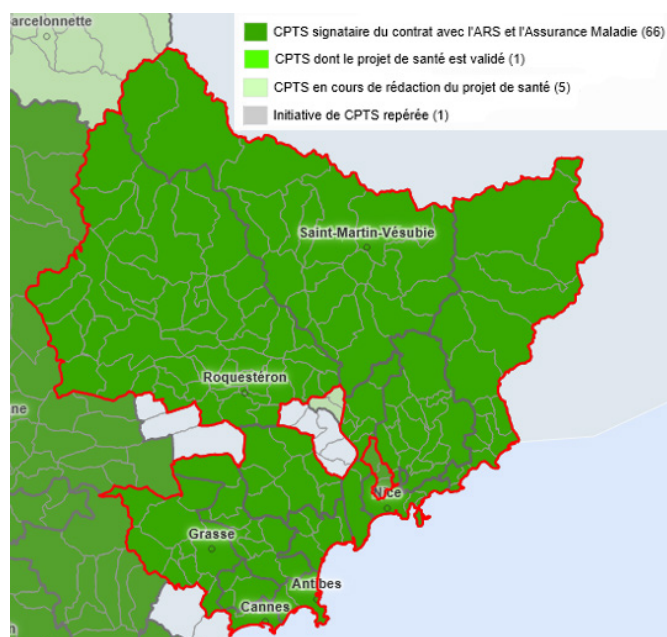


Figure 32 : Niveau de maturité des CPTS, 30/06/2025 (Source : ARS Paca)

Enfin, le département compte 22 centres de santé polyvalents, tous situés sur le littoral ouest (15 à Nice, 4 à Cannes, 1 à Cagnes-sur-Mer et au Cannet), sauf 1, localisé dans le Haut-Pays, à Puget-Théniers (Source : FINESS).

Le mode d'exercice en structure d'exercice coordonnée, de plus en plus prisé des professionnels, et notamment des jeunes médecins, constitue l'un des dispositifs promus par les pouvoirs publics pour lutter contre la désertification médicale. En 2024, plus de 2 500 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) étaient labellisées en France. Début 2022, en France, on estimait qu'1 médecin sur 6 travaillait dans une MSP (55).

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 (56). La qualité des soins et des services rendus y serait également plus élevée que celle observée en exercice isolé (57).

1 patient sur 10 sans médecin traitant déclaré

En 2024, parmi les patients âgés de 17ans ou plus résidant en Alpes-Maritimes, environ 1 sur 10 (10,6 %) n'avaient pas de médecin traitant déclaré, une proportion moins élevée que dans la région (11,6 %) et qu'en France (11,6 %) (Source : Interrégime (CNAM, MSA)). Par ailleurs, 1,0 % des patients bénéficiaires d'une Affection de Longue Durée n'avaient pas de médecin traitant (région : 1,1 % ; France : 1,2 %), de même que 1,3 % que des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (région : 1,9 % ; France : 1,7 %), et 5,0 % des personnes âgées de 70 ans ou plus (région : 5,1 % ; France : 5,4 %) (Source DCIR/SNDS/SNIIRAM).

Des niveaux de recours au médecin généraliste élevés sur le littoral et dans le Moyen Pays

En 2023, 88,3 % des habitants ont consulté au moins une fois un médecin généraliste libéral dans l'année, une proportion proche de celle de la région (88,9 %), mais bien supérieure à celle de la France (84,5 %). Chaque assuré a consulté en moyenne 6,4 fois dans l'année, la fréquence la plus élevée de la région (5,9 consultations par an), et plus importante qu'en France (5,5 consultations par an). Les niveaux de recours étaient plus élevés sur le littoral et dans le Moyen Pays que dans le Haut Pays (Figure 33) (Source : SNDS – INSEE).

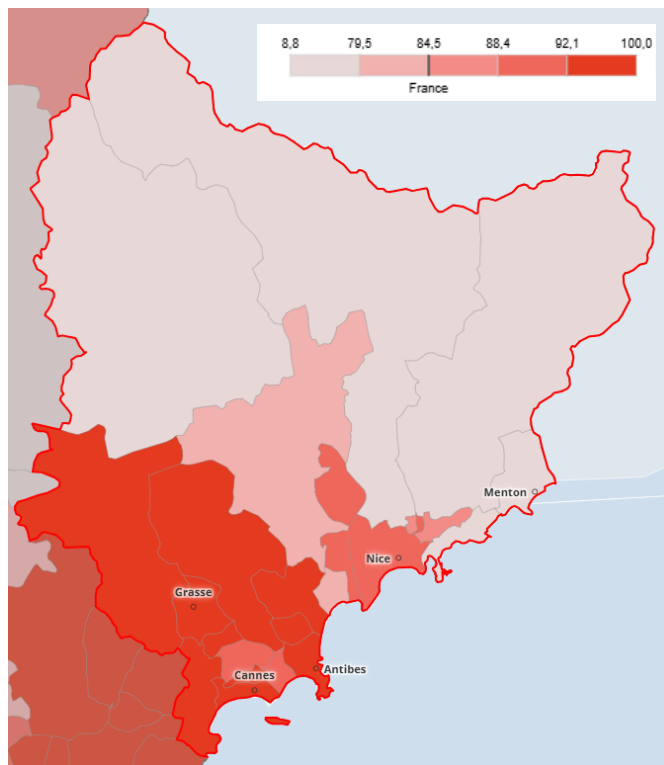
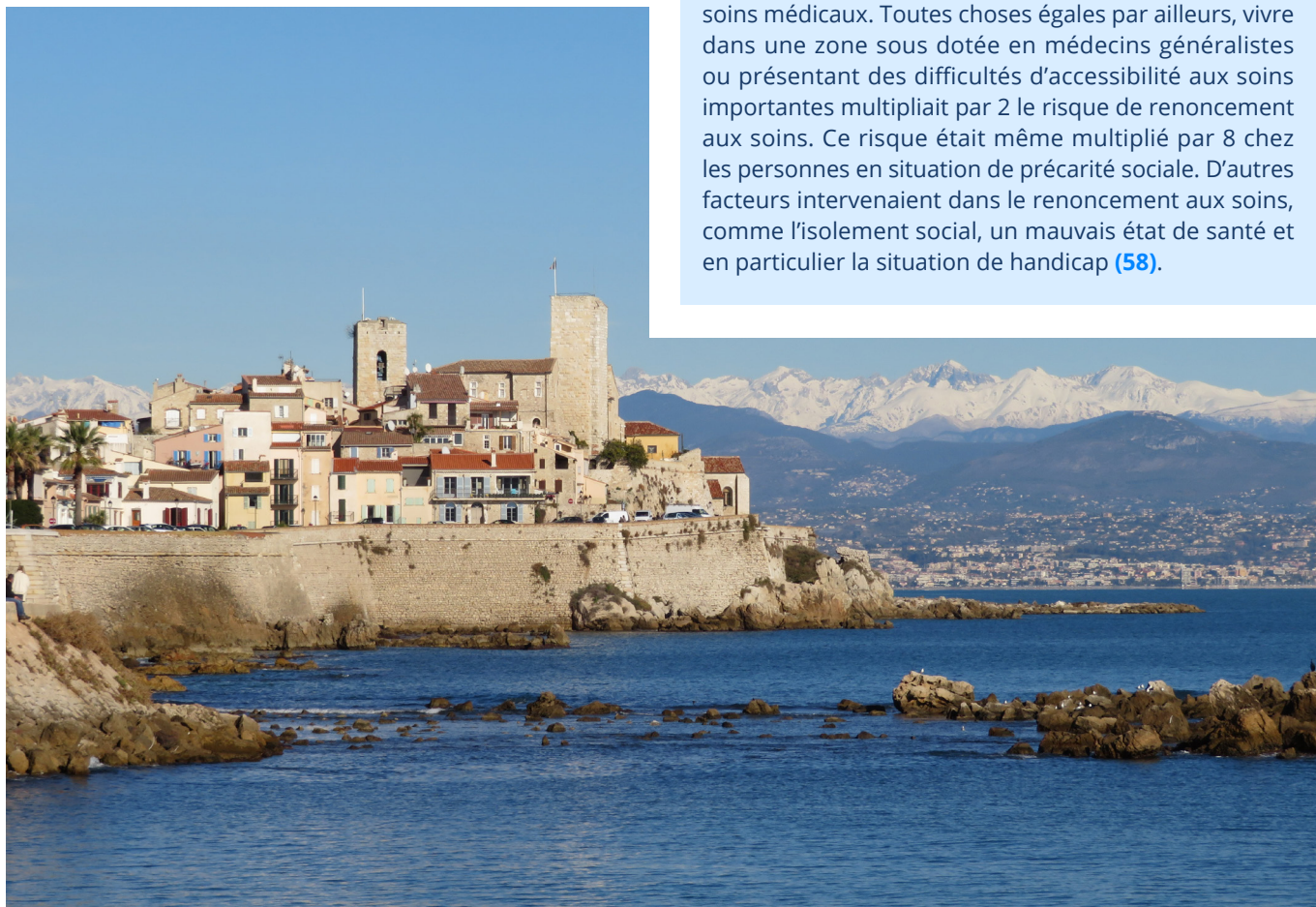


Figure 33 : Part des bénéficiaires de soins généralistes dans la population (%), 2023 (Source : SNDS - Insee)

En 2017, 3,1 % des Français interrogés dans le cadre de l'enquête « Statistiques sur les ressources et conditions de vie » de l'Insee ont déclaré avoir déjà renoncé à des soins médicaux. Toutes choses égales par ailleurs, vivre dans une zone sous dotée en médecins généralistes ou présentant des difficultés d'accessibilité aux soins importantes 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 (58).





Des densités paramédicales supérieures ou égales à la moyenne régionale, sauf pour les sage-femmes

En 2024, dans les Alpes-Maritimes, globalement, les densités relevées pour les professions de santé libérales étaient proches ou supérieures à la moyenne régionale, et bien supérieures à la moyenne nationale. Le département était le mieux doté de la région pour les chirurgiens-dentistes, mais au 3^e rang régional pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes). Il était par contre le moins bien doté de la région en sage-femmes libérales (Tableau 2).

D'après les zonages applicables aux professionnels de santé et réalisés par l'Agence régionale de la santé^[5], certaines zones du département étaient sous-dotées en certaines professions de santé, sauf pour les infirmiers et les orthophonistes libéraux (Source : CNAMTS – ARS) :

- ▶ Chirurgiens-dentistes (zonage entré en vigueur le 24 décembre 2024) : 112 communes étaient classées « très sous dotées » et 12 « sous dotées » dans les Alpes-Maritimes. Elles étaient situées, pour la plupart, dans le Haut Pays, et représentaient plus de la moitié des communes du Moyen Pays aussi ;
- ▶ Masseurs-kinésithérapeutes (zonage entré en vigueur le 6 juin 2025) : seulement 14 communes classées comme étant « sous dotées », toutes groupées dans l'est du Moyen Pays, chevauchant sur le Haut Pays ;
- ▶ Sage-femmes (zonage entré en vigueur le 5 mars 2025) : 99 communes classées « très sous dotées », dont 67 se situaient dans le Haut Pays et le reste dans le centre du Moyen Pays, et 20 classées « sous dotées » dont 3 dans le Haut Pays, 15 dans l'est et l'ouest du Moyen Pays et 2 communes sur le littoral de la Riviera (Menton et Roquebrune-Cap-Martin).

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

	Nombre	Évolution en 5 ans	Densité pour 100 000 habitants		
			Alpes-Maritimes	Région	France
Infirmiers	2 701	↓ -103	242	259	153
Masseurs-kinésithérapeutes	1 967	↑ +198	182	176	124
Chirurgiens-dentistes	1 093	↑ +81	99	79	56
Orthophonistes	517	↑ +64	46	43	33
Sage-femmes	131	↑ +36	22	26	24
Pharmacies	438	↓ -12	39,7	36,1	30,2

[5] <https://www.paca.ars.sante.fr/zonages-des-professionnels-de-sante-liberaux-0> (page actualisée le 8 juillet 2025)

La densité de spécialistes libéraux la plus élevée de la région, malgré de grandes inégalités de répartition

En 2022, 1 569 médecins spécialistes libéraux étaient en exercice dans les Alpes-Maritimes (26 % de l'offre régionale), soit une densité globale de 143,3 spécialistes pour 100 000 habitants, la plus élevée de la région (119,1 pour 100 000). Les spécialités les plus représentées en nombre de praticiens étaient la psychiatrie (191 spécialistes), la cardiologie (134 spécialistes), la radiologie (127 spécialistes), l'ophtalmologie (110 spécialistes) et la gynécologie obstétrique (108 spécialistes).

L'offre spécialisée libérale est cependant inégalement répartie au sein du département : 80 % de l'offre spécialisée est concentrée sur le littoral ouest et près de la moitié dans la seule commune de Nice (46 %), alors que le Haut Pays n'en compte aucun. Ainsi, en 2022, le littoral ouest présentait une densité de spécialistes libéraux de 191 pour 100 000, contre 82 pour 100 000 sur le littoral de la Riviera, 69 pour 100 000 dans le Moyen Pays et 0 pour 100 000 dans le Haut Pays (Figure 34) (Source : DRSM Paca-Corse).



Figure 34 : Nombre et densité de médecins spécialistes libéraux (pour 100 000 habitants), 2022 (Source : ARS Paca, DRSM Paca-Corse)

En 2024, le département des Alpes-Maritimes présentait des densités supérieures à la région et à la France pour la totalité des spécialités médicales (Figure 35). Ce département était le mieux doté de la région pour de nombreuses spécialités, parmi lesquelles : la dermatologie (7,4 pour 100 000 ; région : 5,4 ; France : 3,6), la gynécologie obstétrique (29,7 pour 100 000 ; région : 22,1 ; France : 6,5), l'oto-rhino-laryngologie (6,1 pour 100 000 ; région : 5,0 ; France : 2,9), la pédiatrie (46,6 pour 100 000 ; région : 35,9 ; France : 22,9), la pneumologie (4,1 pour 100 000 ; région : 3,0 ; France : 1,8), la psychiatrie (19,9 pour 100 000 ; région : 14,8 ; France : 9,3), ou encore la radiologie (13,3 pour 100 000 ; région : 12,1 ; France : 8,6). Le département présentait les 2^e densités les plus élevées de la région derrière les Bouches-du-Rhône pour la cardiologie (12,4 pour 100 000 ; région : 11,8 ; France : 7,5), la rhumatologie (3,1 pour 100 000 ; région : 2,8 ; France : 2,1) et la neurologie (2,7 pour 100 000 ; région : 2,6 ; France : 1,7) était très proche de celle de la région (2,6 pour 100 000), mais bien supérieure à la moyenne nationale (1,7 pour 100 000) (Source : FNPS-Insee).

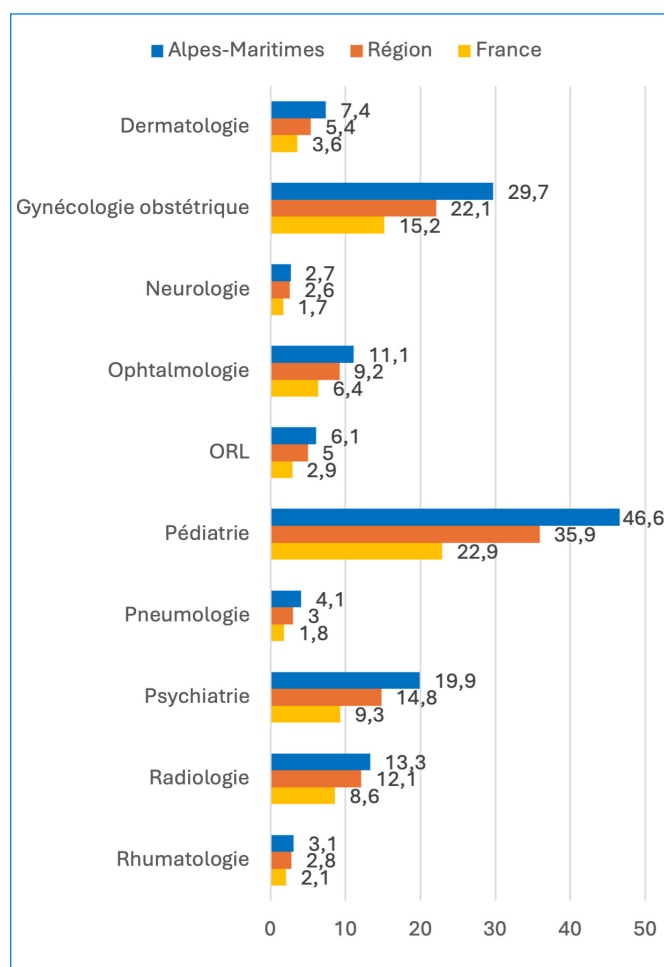


Figure 35 : Densité des principales spécialités libérales (pour 100 000 habitants), 2024 (Source : FNPS - INSEE)

Plus de 5% de la population du département à plus de 30 minutes de route d'une offre spécialisée libérale

Dans certains secteurs du département, notamment dans les Moyen et Haut Pays, les temps d'accès à l'offre spécialisée pouvaient être très élevés. Ainsi, environ la moitié des communes étaient situées à plus de 30 minutes en voiture du pneumologue le plus proche (54,0 %), ou encore d'un dermatologue (52,7 % des communes), d'un rhumatologue (52,1%) ou d'un pédiatre (50,3 %) (Source : FNPS – INSEE – Distancier METRIC / Calculs ARS).

Par exemple, en 2024, le temps d'accès au gynécologue libéral le plus proche variait, selon le lieu de résidence, entre 0 et 95 minutes. Environ 58 000 habitants, soit 5,2 % de la population départementale devaient faire plus de 30 minutes de trajet en voiture pour se rendre chez un gynécologue libéral. Près de 14 000 habitants du Haut Pays (1,2 % de la population des Alpes-Maritimes) devaient quant à eux parcourir plus d'1 heure de trajet (Figure 36) (Source : FNPS – INSEE – Distancier METRIC / Calculs ARS).

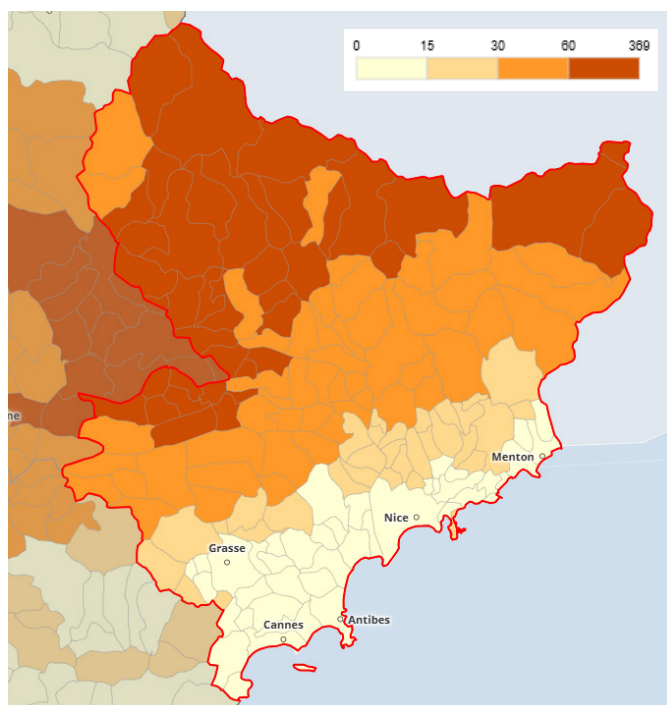


Figure 36 : Temps d'accès au gynécologue obstétricien le plus proche (en minutes), 2024 (Source : FNPS - INSEE-Distancier METRIC/Calculs ARS)

Une baisse de la densité de spécialistes libéraux de presque 6% en 10 ans, moins importante que dans le reste de la région

En 10 ans, la densité de spécialistes a baissé de 5,9 % dans les Alpes-Maritimes, moins rapidement que dans la région (- 9,9 %). Après avoir baissé jusqu'en 2019, la densité de spécialistes est de nouveau en augmentation (+ 3 % en 3 ans), contrairement à la tendance régionale (Figure 37).

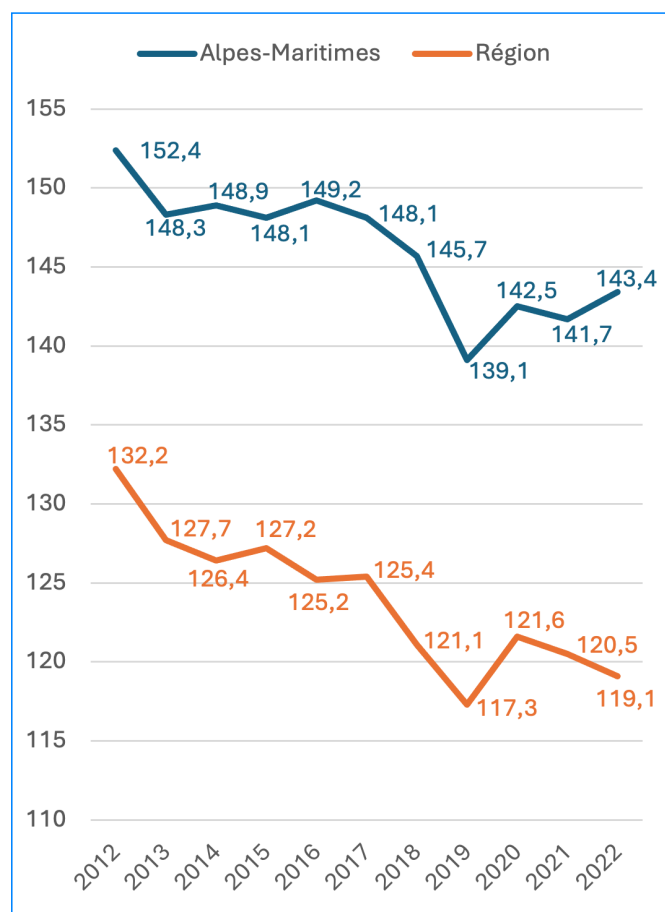


Figure 37 : Evolution de la densité de médecins spécialistes libéraux (pour 100 000 habitants), 2012-2022 (Source : FNPS-INSEE)

L'évolution variait cependant selon les spécialités. Ainsi, entre 2014 et 2024, des baisses de densités particulièrement fortes ont été observées pour les rhumatologues (- 28 %), les dermatologues (- 21 %) et les endocrinologues (- 19 %). Au contraire, les densités de gynécologues, pédiatres, pneumologues (+ 11 %) et psychiatres (+ 6 %) (Source : FNPS-INSEE).

De nouveaux départs à la retraite sont cependant à anticiper dans le département : en effet, en 2022, la moitié des médecins spécialistes libéraux du département (50,3 %) étaient âgés de 55 ans ou plus, une proportion proche de la moyenne régionale (50,8 %), mais en baisse (- 8 % en 10 ans) (Source : DRSM Paca-Corse).

Le taux de recours aux spécialistes libéraux le plus élevé de la région

En 2024, dans les Alpes-Maritimes, près de la moitié des habitants (48,0 %) ont eu recours au moins une fois dans l'année à un spécialiste libéral, la proportion la plus élevée de la région (44,6 %). Les niveaux de recours variaient cependant selon les sous-territoires : les plus faibles étaient relevés dans le Haut Pays (secret statistique) et sur le littoral de la Riviera (43,2 %), les plus élevés sur le littoral ouest (50,1 %) et dans le Moyen Pays (47,6 %) (Figure 38). Entre 2013 et 2023, la proportion d'assurés ayant bénéficié de soins spécialisés a diminué de 24 %, une tendance moins importante mais similaire à celle observée dans la région (-29%) et en France (-29%) (Source : SNDS Insee).

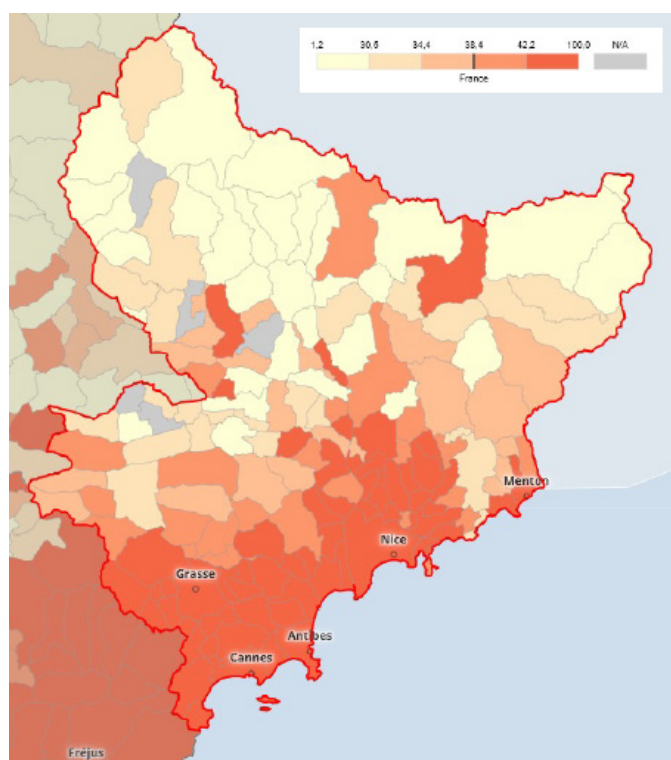


Figure 38 : Part de bénéficiaires d'actes de spécialistes rapporté au nombre d'habitants (%), 2024 (Source : SNDS)



L'offre de soins hospitalières

40 minutes en moyenne pour se rendre dans le service d'urgences le plus proche

En 2024, 9 services d'urgences, ainsi qu'un service d'urgences pédiatriques, étaient en activité dans les Alpes-Maritimes. Ils étaient localisés dans 7 communes (Antibes, Cagnes-sur-Mer, Cannes, Grasse, Menton, Nice et Saint-Laurent-du-Var).

Dans le département, il fallait en moyenne 40 minutes pour se rendre dans le service d'urgences le plus proche. Cependant, le trajet pouvait varier, selon le lieu de résidence, entre 0 à 124 minutes : au plus le territoire est éloigné du littoral, au plus le temps de trajet au service d'urgences augmente. Environ 44 000 habitants se trouvaient à plus de 30 minutes de route d'un service d'urgences, soit 4 habitants sur 10 (39,8 %), 12 500 à plus d'une heure, soit un peu plus d'1 % de la population (Figure 39) (Source : Finess-SAE-ARS-Insee-Distancier METRIC 2024).

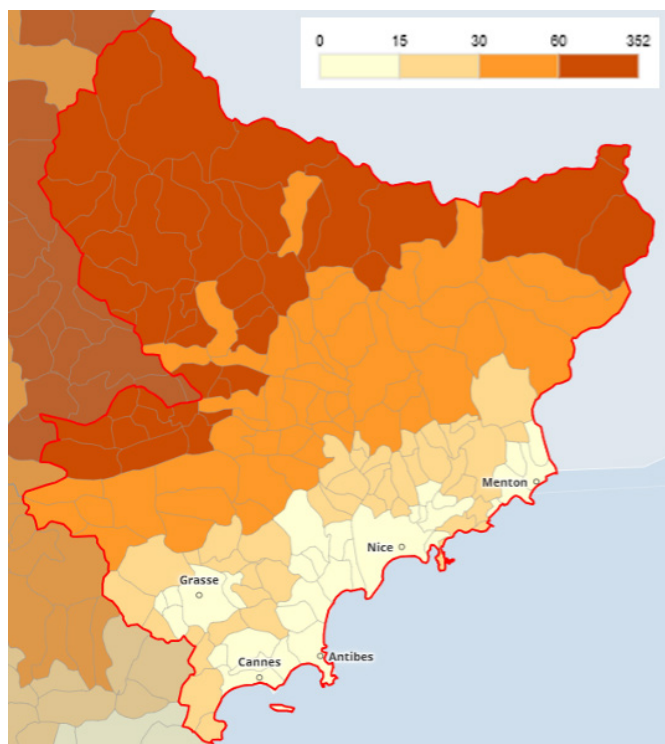


Figure 39 : Temps d'accès au service d'urgences le plus proche (min), 2024 (Source : FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS)

Dans les territoires du Haut Pays éloignés des services d'urgence (secteurs de Valderoure, des vallées de l'Estéron, du Haut Var, de la Haute Tinée, de Vesubie - Valdeblore, de la Roya et de la Bévéra), le déploiement d'un réseau de Médecins Correspondants du Samu animé par le Centre Hospitalier Universitaire de Nice constitue 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. Ils complètent les médecins sapeurs-pompiers volontaires, historiquement présents dans les Alpes-Maritimes.



Un taux de passage aux urgences plus élevés sur le littoral que dans le reste du département

En 2023, environ 378 300 passages aux urgences ont été enregistrés dans les Alpes-Maritimes, soit un taux de passage aux urgences de 34,5 pour 100 habitants, un peu plus élevé que la moyenne de la région (33,9 pour 100) et au 4^e rang régional. Cependant, ce taux variait fortement selon le territoire (Figure 40) : des taux de recours plus élevés que dans la région étaient observés dans le territoire du littoral ouest (38,0 passages pour 100 habitants). Par contre, des taux de recours nettement plus faibles étaient relevés dans le Haut Pays (19,4 pour 100), sur le littoral de la Riviera (25,7 pour 100) et dans le Moyen Pays (31,3 pour 100).

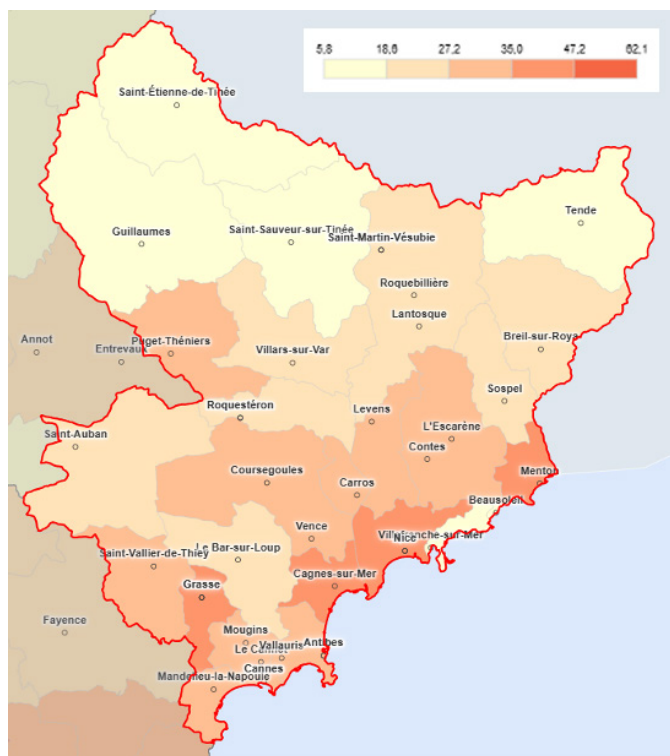


Figure 40 : Taux de recours aux urgences (pour 100 habitants), 2023 (Source : ATIH - Résumés des Passages aux Urgences (RPU) - Exploitation ORS Paca)

Dans le département, plus d'un quart des passages aux urgences (25,6 %) concernait des patients de moins de 18 ans et près d'1 sur 6 (17,8%) des patients de 75 ans ou plus (région : 25,6% et 16,0 %). La traumatologie représentait plus d'un quart des passages aux urgences (26,9 %), mais davantage chez les patients de moins de 18 ans (29,8 %). Ainsi, le taux de recours aux urgences avec un diagnostic lié à la traumatologie était globalement proche de celui de la région (9,3 contre 9,4 passages pour 100 habitants), mais il était le 2^e le plus élevé de la région pour les enfants de 0 à 5 ans (14,1 passages pour 100) et les personnes âgées de 75 ans et plus (11,7 pour 100) (région : 14,1 et 11,3 pour 100). Un patient sur 5 (20,5 %) a été hospitalisé à la suite de son passage aux urgences, avec un taux d'hospitalisation croissant avec l'âge : 10,9 % pour les patients de moins de 18 ans, mais 45,2 % pour les patients de 75 ans ou plus.

Environ 147 400 passages aux urgences relevaient potentiellement de la ville^[6] : ils représentaient 39,0 % de l'ensemble des passages (région : 39,7 %). Près de la moitié d'entre eux (44,1 %) eux étaient relatifs à la traumatologie (Source : ATIH - Résumés des Passages aux Urgences - Exploitation ORS Paca).

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

Pour en savoir plus : https://www.orspaca.org/travaux?field_themes_target_id=210

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

Des taux d'équipements en structures sanitaires parmi les plus faibles de la région

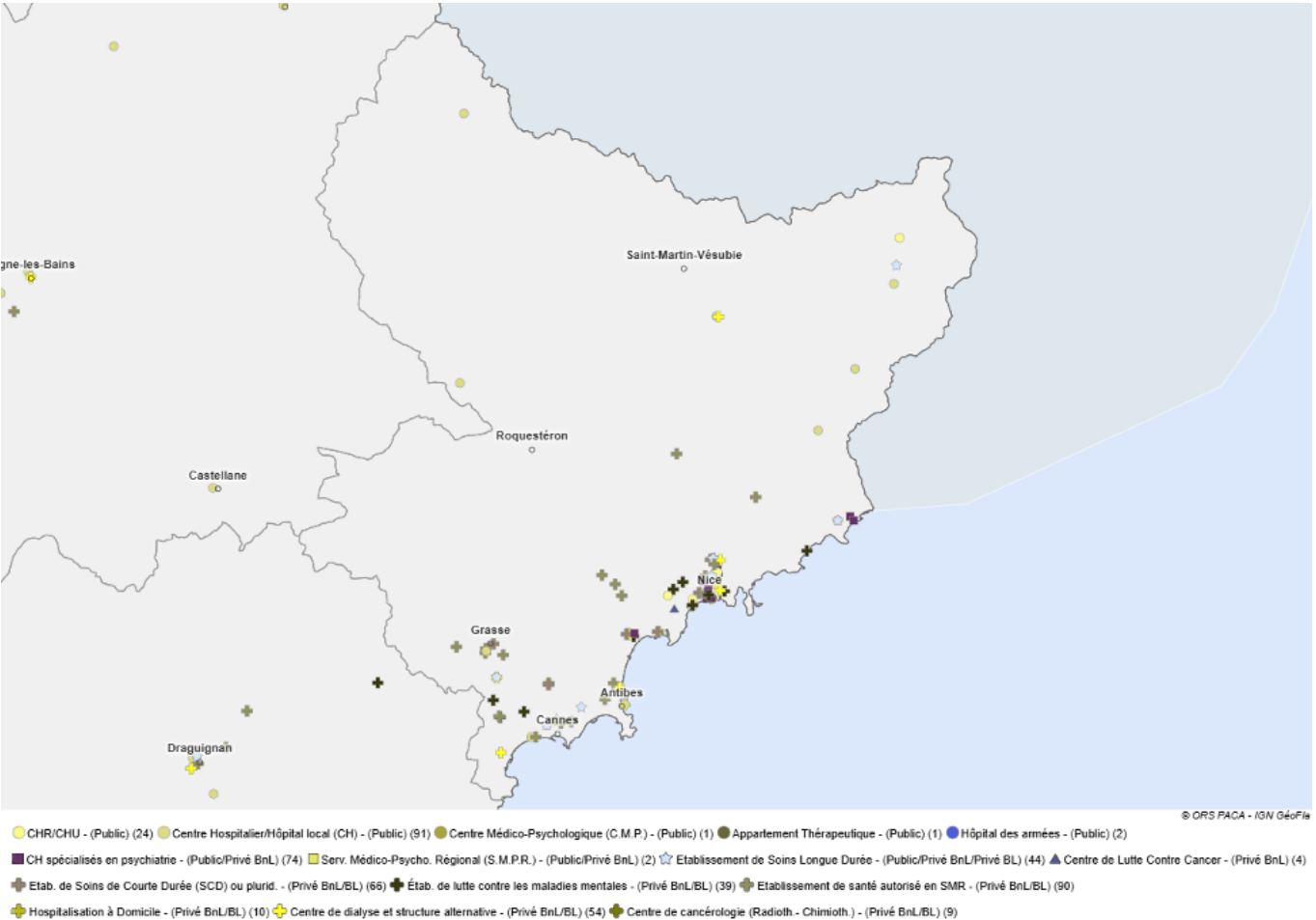
L'offre sanitaire des Alpes-Maritimes est essentiellement localisée dans les principales villes du département (Nice, Antibes, Cannes et Grasse). La partie sud du département est donc beaucoup mieux dotée que le nord (Figure 41). Le département dispose également d'un grand nombre de centres de référence labellisés et de centres d'expertise proposant des prises en charge d'excellence et des traitements innovants, mais aussi de filières de soins structurées, dont la cancérologie, la pédiatrie, la cardiologie et la psychiatrie, sur la base d'une collaboration du CHU de Nice avec des partenaires privés.

Au 31 décembre 2023, le département des Alpes-Maritimes présentait des taux d'équipements parmi les moins élevés de la région (5 ou 6^e rang régional) et moins élevés qu'en France pour la majorité des activités : psychiatrie générale (12,7 pour 10 000 habitants, contre 15,3 dans la région et 12,9 en France), psychiatrie infanto-juvénile (5,8 pour 10 000, contre 8,1 dans la région et 8,4 en France), soins de longue durée (28,8 pour 10 000, contre 31 dans la région et 45,1 en France). Par contre, il était mieux équipé en médecine chirurgie obstétrique (40,2 pour 10 000 habitants) que

la région et la France (respectivement 38,0 et 33,6 pour 10 000). Enfin, il présentait des taux d'équipement en hospitalisation à domicile (3,6 pour 10 000 habitants) et en soins médicaux et de réadaptation (23,3 pour 10 000) proches de la moyenne régionale (3,8 pour 10 000 et 23,3 pour 10 000), similaires ou supérieurs à la moyenne nationale (3,6 pour 10 000 et 21,8 pour 10 000) (Tableau 3).

Tableau 3 : Taux d'équipements par spécialité des établissements sanitaires (pour 10 000 habitants) en 2023 (Source : Drees, SAE - Insee, RP)

	Nombre de places et lits	Taux d'équipements (places pour 10 000 habitants)		
		Alpes-Maritimes	Région	France
Médecine chirurgie obstétrique	4 438	40,2	38	33,6
Psychiatrie générale	1 139	12,7	15,3	12,9
Psychiatrie infanto-juvénile	120	5,8	8,1	8,4
Soins de longue durée	408	28,8	31,0	45,1
Soins médicaux et de réadaptation	2 574	23,3	23,4	21,8
Hospitalisation à domicile	396	3,6	3,8	3,6



Comme l’offre de soins libérale, l’offre sanitaire est inégalement répartie au sein du département, ce qui peut poser d’importantes difficultés d’accès aux soins. Les zones du Haut Pays et la partie nord-est du Moyen Pays sont par exemple les plus éloignées des services de médecine (Figure 42) et de soins de longue durée (Figure 43).

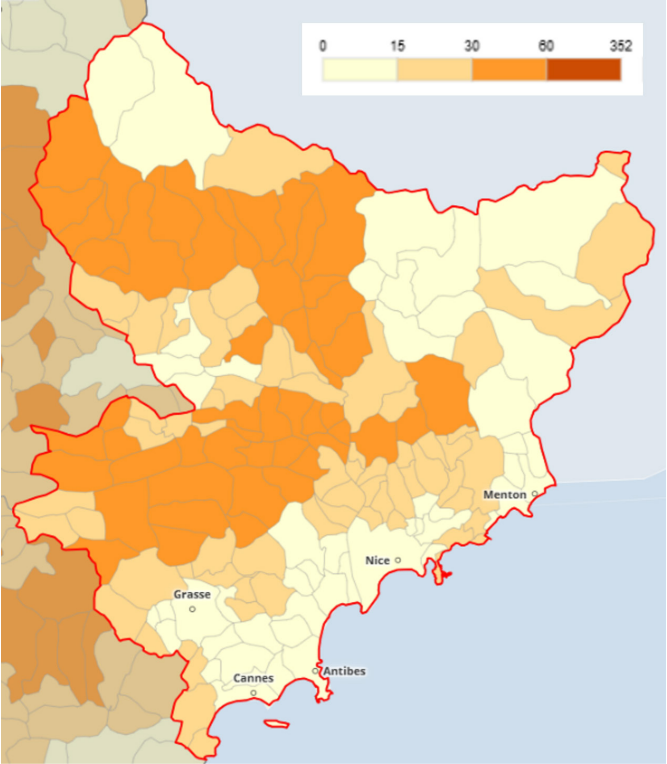


Figure 42 : Temps d'accès au service de médecine le plus proche (minutes), 2024 (Source : FINESS - SAE - ARS - INESS-Distancier METRIC / Calculs ARS)

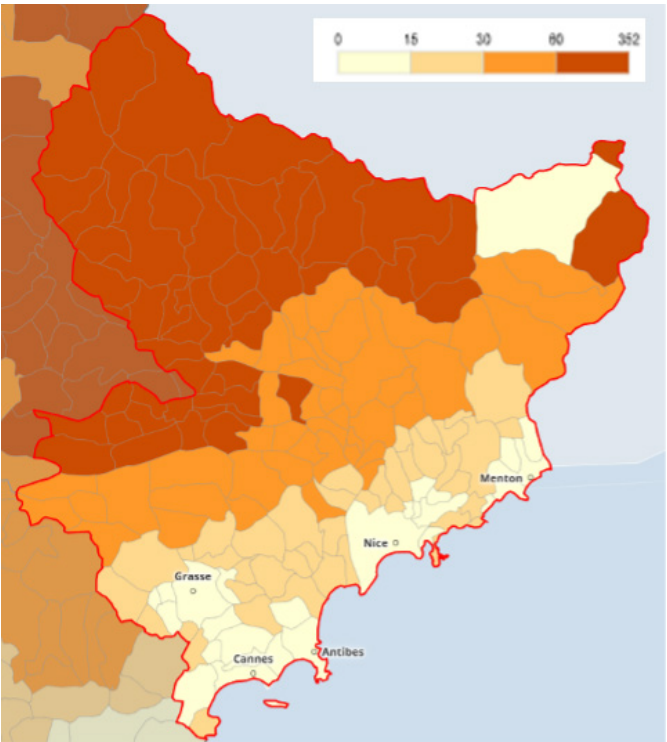


Figure 43 : Temps d'accès au service de soins de longue durée le plus proche (minutes), 2024 (Source : FINESS - SAE - ARS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS)



L'offre médico-sociale

Des taux d'équipements en établissements et services pour les personnes âgées plus élevés que dans la région, mais moins élevés qu'en France

En 2024, le département présentait des taux d'équipements inférieurs à la moyenne nationale pour les différents types de structures et services médico-sociaux pour les personnes âgées (EHPAD, logements foyers, services de soins infirmiers à domicile, accueils de jour et hébergements temporaires). Comparativement à la région, le département était mieux doté en EHPAD (82,6 contre 78,2 pour 1 000), services de soins infirmiers à domicile (18,2 contre 16,3 pour 1 000) et en accueils de jour (2,4 contre 2,1 pour 1 000). Cependant, il était moins bien équipé en logements foyers (11,2 contre 12,8 pour 1 000) et en hébergements temporaires (0,9 contre 1,1 pour 1 000) (Tableau 4) (Source : Drees, Finess – Insee RP).

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

	Nombre de places	Taux d'équipements pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus		
		Alpes-Maritimes	Région	France
EHPA/EHPAD	11 459	82,6	78,2	93,0
Logements foyers	1 547	11,2	12,8	17,7
Services de Soins Infirmiers à Domicile	2 525	18,2	16,3	19,0
Accueils de jour	328	2,4	2,1	2,5
Hébergements temporaires	130	0,9	1,1	2,2

À noter cependant que l'offre pour les personnes âgées est inégalement répartie au sein du département et selon le service : par exemple, le Haut et le Moyen Pays étaient mieux dotés en EHPAD que le littoral et la zone du Moyen Pays frontalière du Var (Figure 44). Pour les hébergements temporaires, par contre, le Moyen Pays et le littoral sont mieux dotés que le Haut Pays (Figure 45).

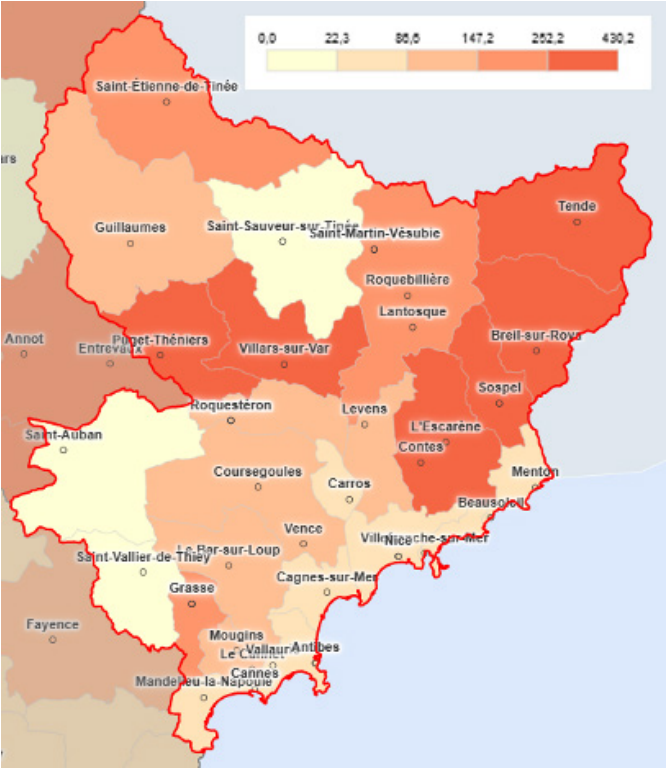


Figure 44 : Taux d'équipement en EHPA/EHPAD (pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus), 2024 (Source : Drees, Finess - Insee, RP)

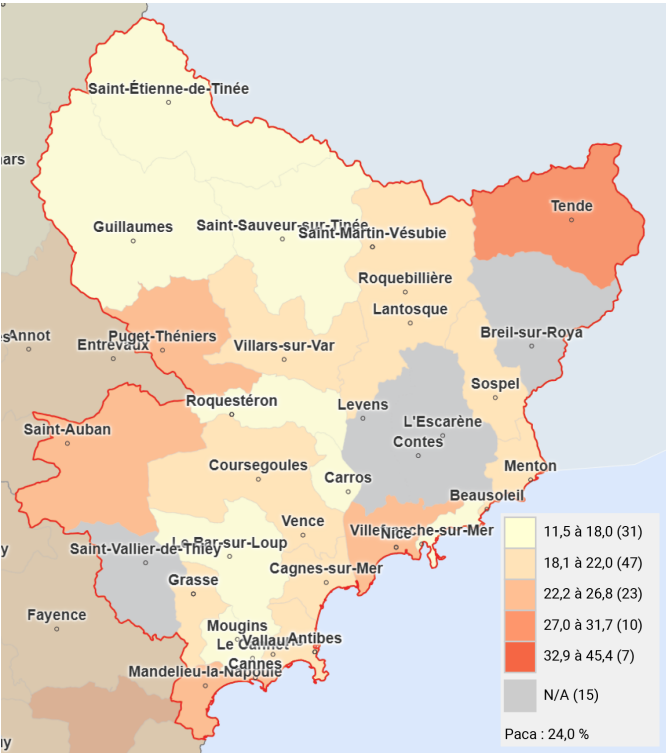


Figure 45 : Taux d'équipements en hébergement temporaire (pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus), 2024 (Source : Drees, Finess - Insee, RP)



Un taux d'équipement en structures d'accompagnement des adultes avec un handicap parmi les plus faibles de la région

En 2024, le département des Alpes-Maritimes présentait un taux d'équipement en structures d'hébergement (42 pour 10 000) et d'insertion professionnelle (33 pour 10 000 et 33,4 pour la région) pour les adultes avec un handicap équivalent à la région. A noter cependant que le département était le moins bien doté de la région en Maisons d'accueil spécialisées (0,7 places pour 1 000, contre 0,9 dans la région) et que les structures d'insertion étaient concentrées sur le littoral et au sud du Moyen Pays.

Par ailleurs, le département présentait un taux d'équipement en services d'accompagnement (14 pour 10 000) moins élevé que dans la région (16 pour 10 000). Le taux d'équipement en services de soins infirmiers à domicile (0,2 pour 1 000), notamment, était le moins élevé de la région (0,2 pour 1 000) (Tableau 5) (Source : Finess).

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

	Nombre de places	Taux d'équipements pour 10 000 personnes âgées de 20 à 59 ans	
		Alpes-Maritimes	Région
Structures d'hébergement	2 233	42	42
Structures d'insertion professionnelle	1 737	33	33,4
Services d'accompagnement	733	14	16

Le 2^e département de la région le moins équipé en structures de prise en charge des enfants avec un handicap

En 2024, dans les Alpes-Maritimes, environ 2 150 places ont été recensées dans des structures de prise en charge pour les enfants et adolescents avec un handicap, soit un taux d'équipements de 9,3 places pour 1 000 enfants, le 2^e le plus faible de la région (10,1 pour 1 000), après le Vaucluse (Tableau 6). Cependant, ce département présentait le taux le plus élevé en établissements pour les déficients moteurs (0,7 pour 1 000, contre 0,3 dans la région) et le 2^e le plus élevé en établissements pour les déficients sensoriels (0,4 pour 1 000, contre 0,3 dans la région). Par ailleurs, le département ne disposait d'aucune structure de centre d'action médico-sociale précoce et présentait le 2^e taux d'équipement le plus faible de la région en instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (0,8 pour 1 000, contre 0,9 dans la région) et en instituts médico-éducatifs (3,6 pour 1 000, contre 3,8 dans la région).

Tableau 6 : Nombre de places et taux d'équipement en structures et services médico-sociaux pour les enfants et adolescents avec un handicap par type de structures, 2024
(Source : Finess - Insee, RP)

	Nombre de places	Taux d'équipement pour 1 000 personnes âgées de 0 à 18 ans	
	Alpes-Maritimes	Région	
Structures de prise en charge	2 154	9,3	10,1
Structures de consultations	2	nd	nd

À noter que le Haut Pays, ainsi que l'ouest du Moyen Pays, ne disposaient d'aucune structure de prise en charge pour les enfants avec un handicap, (Figure 46).

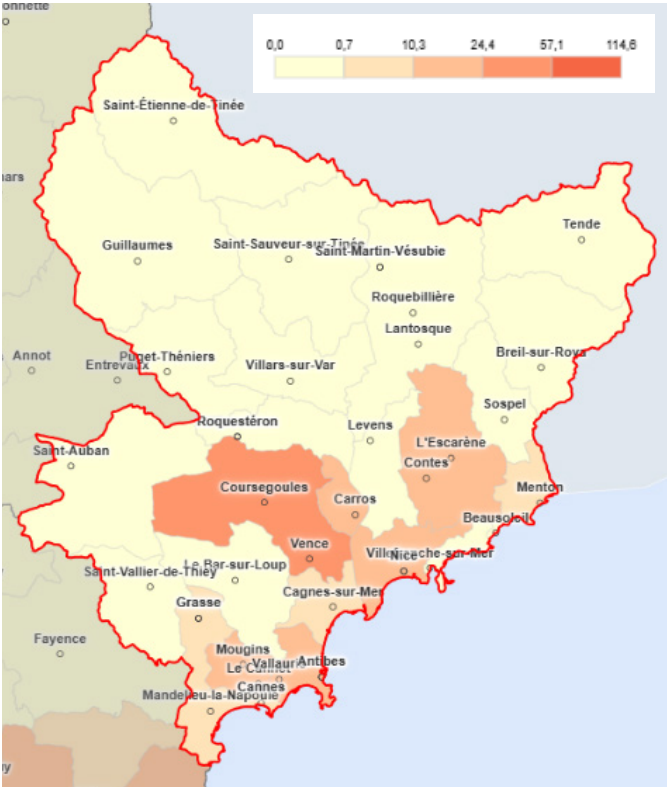


Figure 46 : Taux d'équipement en structures de prise en charge pour les enfants avec un handicap (pour 1 000 personnes de moins de 20 ans), 2024 (Source : Finess - Insee RP)





4

LA RÉALISATION DES ACTES DE PRÉVENTION

L'essentiel

- ▶ Près de la moitié des enfants de 6 ans a bénéficié d'un bilan buccodentaire, une proportion plus élevée que dans la région, notamment sur le littoral ;
- ▶ 4 femmes sur 10 sans suivi gynécologique au cours des 24 derniers mois, la proportion la plus basse de la région ;
- ▶ Une participation au dépistage des cancers globalement élevée, sauf dans le Haut Pays ;
- ▶ La participation au dépistage du cancer colorectal la plus faible de la région ;
- ▶ Des couvertures vaccinales moins élevées que dans la région, chez les enfants et les personnes à risque, sauf dans le Moyen Pays.

Une réalisation de bilan buccodentaire plus élevée que dans la région, surtout sur le littoral

En 2020, 44,6 % des enfants de 6 ans sous le régime général ont bénéficié d'un bilan buccodentaire ou d'une consultation chez un dentiste libéral dans les Alpes-Maritimes, une proportion plus élevée que la région (43,5 %, 3^e rang régional). Les proportions les plus élevées étaient relevées dans le Moyen Pays (49,3 %), alors que des chiffres bien inférieurs à la moyenne régionale étaient relevés sur le littoral de la Riviera (34,3 %) et dans le Haut Pays (38,0 %) (Figure 47). Contrairement à ce qui était observé dans la région, les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire étaient plus nombreux à avoir bénéficié d'un bilan buccodentaire (52,2 %) que les non-bénéficiaires (43,5 %), soit un écart de 8,7 points (région : - 3,0 points) (Source : DRSM Paca-Corse).

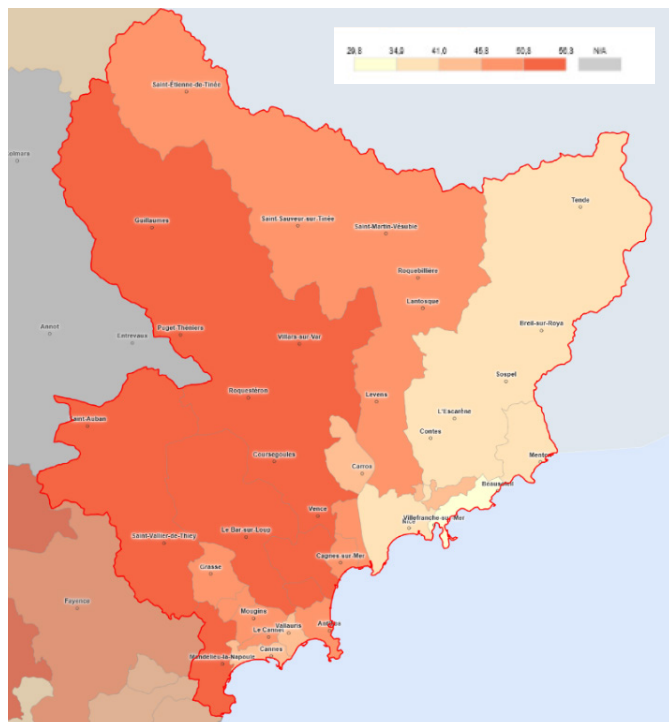


Figure 47 : Part d'assurés (enfants de 6 ans) avec au moins un remboursement pour un bilan ou une consultation de chirurgien-dentiste libéral selon le régime général, 2020 (%) (Source : DRSM Paca-Corse)

4 femmes sur 10 n'ont pas consulté de gynécologue au cours des 2 dernières années

En 2024, 39,0 % des femmes âgées de 20 à 64 ans et bénéficiaires du régime général n'avaient pas consulté de gynécologue au cours des 24 derniers mois, la proportion la plus faible de la région (42,5 %) et bien inférieure à la moyenne nationale (48,5 %), sauf sur le littoral de la Riviera (48,0 %) et à l'est du département, à la frontière italienne (Figure 48) (Source : GéoFragilité CNAM SIAM ERASME).

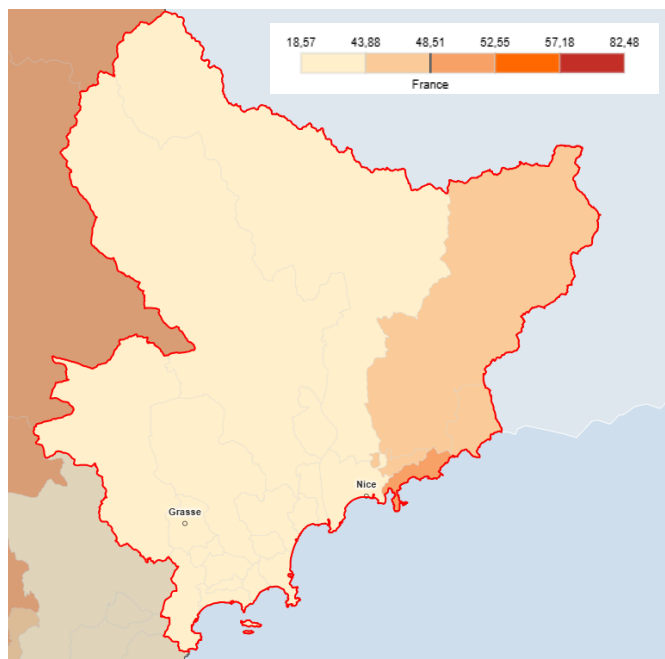


Figure 48 : Part des bénéficiaires femmes (de 20 à 64 ans) du régime général n'ayant pas eu d'acte réalisé par un gynécologue sur les 24 derniers mois (%) (Source : GéoFragilité CNAM SIAM ERASME)

Le suivi gynécologique régulier par un gynécologue ou une sage-femme est essentiel. En effet, les différents examens gynécologiques permettent le dépistage de cancers (cancer du sein, le plus fréquent chez les femmes en France, cancer du col de l'utérus, cancer des ovaires ou encore cancer de l'endomètre), d'infections sexuellement transmissibles ou encore de dysfonctionnements hormonaux (59).

Des niveaux faibles de participation au dépistage du cancer colorectal dans le département, et pour les différents cancers dans le Haut Pays

En 2023-2024, près des deux-tiers des femmes âgées de 50 à 74 ans (62,8 %) ont participé au dépistage organisé ou individuel du cancer du sein dans le département (région : 60,9 %), la proportion la plus élevée de la région (Figure 49). Des niveaux de participation inférieurs à la moyenne régionale ont été relevés dans le Haut Pays (54,6 %), dans la commune de Nice (59,3 %) et sur le littoral de la Riviera (60,2 %). Ils étaient par contre plus élevés dans le Moyen Pays (63,4 %) et sur le littoral ouest (61,2 %). Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé gratuite étaient moins nombreux à avoir participé au dépistage organisé ou individuel du cancer du sein que les non bénéficiaires (47,3 % contre 64,1 %), une tendance également observée dans la région (43,7 % contre 62,5 %). A noter cependant que les écarts relevés étaient moindres dans les Alpes-Maritimes (16,8 points de pourcentage) que dans la région (18,8 points de pourcentage), sauf dans le Moyen Pays (19,8 points de pourcentage).

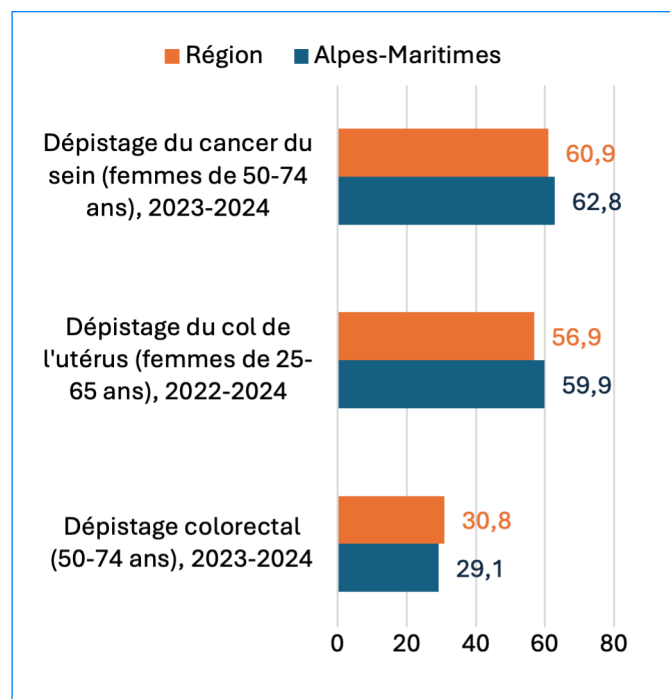


Figure 49 : Participation au dépistage des cancers (%), 2022-2024 (Source : SNDS (DCIR, PMSI) - Exploitation ORS Paca)

Par ailleurs, sur la période 2022-2024, 6 femmes âgées de 25 à 65 ans sur 10 (59,9 %) ont participé au dépistage triennal organisé ou individuel du col de l'utérus, la 2^e proportion la plus élevée de la région (56,9 %) derrière les Hautes-Alpes. Les niveaux de participation les plus faibles ont été relevés dans le Haut Pays (54,2 %) et sur le littoral ouest (55,9 %).

Le littoral de la Riviera (59,3 %) et le Moyen Pays (58,8 %) présentaient quant à eux des chiffres plus élevés que dans la région.

Enfin, sur la période 2023-2024, moins d'un tiers des personnes âgées de 50 à 74 ans (29,1 %) ont participé au dépistage organisé ou individuel colorectal, la proportion la plus faible de la région (30,8 %) (Figure 50). L'ensemble des sous-territoires présentaient des valeurs inférieures à la région. Les niveaux de participation les plus faibles étaient relevés dans le Haut Pays (25,3 %) et sur le littoral de la Riviera (26,4 %) (Source : SNDS (DCIR, PMSI) - Exploitation ORS Paca).

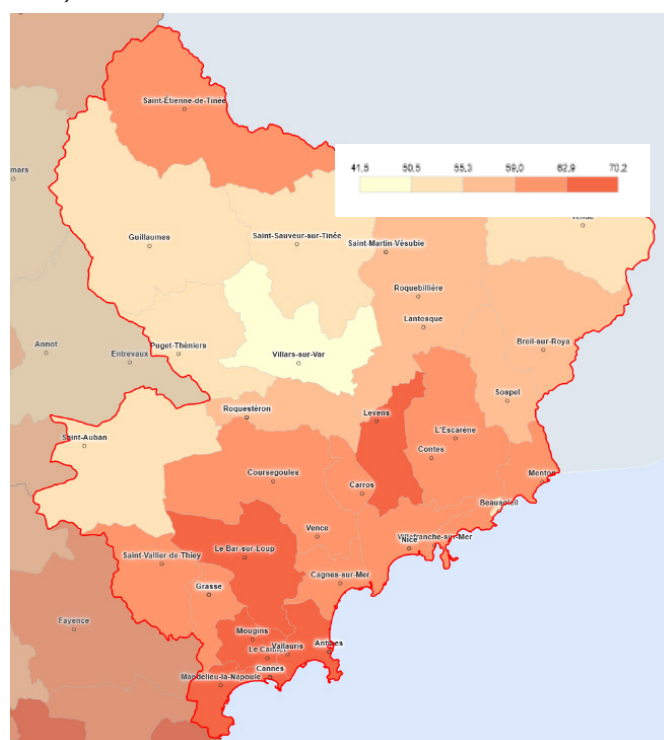


Figure 50 : Taux de participation au dépistage organisé ou individuel du cancer du sein des femmes de 50-74 ans, 2023-2024 (%) (Source : SNDS (DCIR, PMSI) - Exploitation ORS Paca)

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

Les couvertures vaccinales infantiles parmi les plus basses de la région, surtout dans le Haut Pays et sur le littoral de la Riviera

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

Parmi la cohorte d'enfants nés en 2020, 81,1% ont reçu deux doses du vaccin trivalent Rougeole Oreillons Rubéole (ROR) à l'âge de 33 mois, la 3^e proportion la plus faible de la région (82,7 %), derrière les Alpes-de-Haute-Provence et le Vaucluse. Sur les 4 sous-territoires composant le département, 3 présentaient des couvertures vaccinales inférieures à la moyenne régionale : 75,1 % sur le littoral de la Riviera, 80,2 % sur le littoral ouest (dont 76,5 % à Nice) et 81,1 % dans le Haut Pays. Seul le Moyen Pays présentait une couverture vaccinale (83,1 %) un peu plus élevée que dans la région (Figure 51). Par ailleurs, les couvertures vaccinales étaient moins élevées chez les bénéficiaires de la Complémentaire Santé gratuite que chez les non-bénéficiaires (70,5 % contre 83,9 %, soit 13,4 points d'écart), comme dans la région (74,3 % contre 85,8 %). L'écart relevé dans le département (13,4 points de pourcentage) était cependant un peu plus élevé que dans la région (11,5 points de pourcentage).

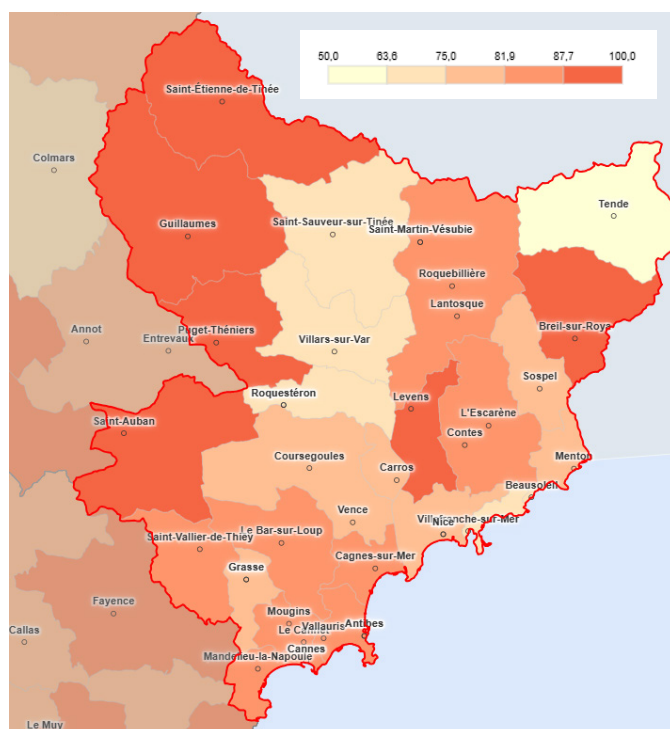


Figure 51 : Couverture vaccinale pour le vaccin trivalent ROR (2 doses) à 33 mois, cohorte de naissance 2020 (%) (Source : SNDS (DCIR) - Exploitation ORS Paca)

Toujours parmi la cohorte d'enfants nés en 2020, 81,4 % des enfants ont reçu deux doses de vaccin contre les infections méningocoques C à 21 mois, une couverture proche de la moyenne régionale (81,8 %, 3^e rang régional). Là encore, les couvertures vaccinales les plus basses étaient relevées dans le Haut Pays (71,2 %) et sur le littoral de la Riviera (78,8 %) et le Moyen Pays (82,8 %) était le seul territoire à présenter une couverture plus élevée que dans la région.

Enfin, 88,1 % des enfants avaient reçu trois doses contre les infections à pneumocoques à l'âge de 21 mois, la 2^e couverture la plus faible de la région (89,5%) derrière les Alpes-de-Haute-Provence. Comme pour les autres vaccins infantiles, les couvertures les plus basses étaient relevées sur le littoral de la Riviera (81,3 %), dans le Haut Pays (86,7 %) et sur le littoral ouest (87,4 %), alors que le Moyen Pays se démarquait avec une valeur (89,9 %) supérieure à la moyenne régionale (Source : SNDS (DCIR) - Exploitation ORS Paca).



Des retards de vaccination d'environ 6 mois par rapport au calendrier vaccinal

Entre la cohorte d'enfants nés en 2015 et celle des enfants nés en 2020, les couvertures vaccinales ont augmenté dans la région, vraisemblablement du fait des obligations vaccinales. Cependant, parmi les enfants nés en 2020, un nombre non négligeable était en retard pour leur 1^{er} ou 2^e (ou 3^e pour les infections pneumocoques) dose de vaccin : près de 3 700 enfants pour le vaccin ROR, environ 2 700 pour le vaccin contre les infections à pneumocoques et environ 3 000 pour celui contre les infections à méningocoques C. Ainsi, la vaccination complète était atteinte, selon les vaccins, avec un retard compris entre 5,7 et 6,3 mois en moyenne par rapport au calendrier vaccinal, pouvant favoriser l'émergence d'épidémies (Source : SNDS (DCIR) - Exploitation ORS Paca).

Des couvertures vaccinales plus basses que dans la région pour les vaccins recommandés

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

En 2024, 46,7 % des personnes âgées de 65 ans ou plus résidant dans le département étaient vaccinées contre la grippe, une proportion moins élevée que dans la région (47,7 %) et qu'en France (52,0 %). Parmi les personnes à risque^[7], près d'1 sur 5 (18,5%) a été vaccinée, encore une proportion moins élevée que dans la région (19,5 %) et qu'en France (23,5 %) (Source : DCIR/SNDS/SNIIRAM pour la période du 01/04/2024 au 31/12/2024).



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

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

[7] Patients âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de prévention



5

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

L'essentiel

- La 2^e espérance de vie à la naissance la plus élevée de la région, chez les hommes comme chez les femmes ;
- Une prévalence de maladies chroniques globalement moins élevée que dans la région, mais en augmentation ;
- Des données de mortalité globalement plus favorables que dans la région, malgré d'importantes inégalités territoriales ;
- Des problématiques de santé spécifiques dans le département (VIH, maladies vectorielles...).



La plus faible proportion de bénéficiaires d'une affection de longue durée de la région

En 2022, toutes choses égales par ailleurs^[8], 16,0 % des assurés du régime général résidant dans les Alpes-Maritimes étaient bénéficiaires d'une Affection de Longue Durée (ALD), soit la proportion la plus faible de la région (17,2 %) (Figure 52). Le département présentait une sous-morbidité significative par rapport à la région (-7,1 %), chez les femmes (-8 %) comme chez les hommes (-6,1 %). C'était le cas des différents sous-territoires (-16,9 % sur le littoral de la Riviera, -9,2 % dans le Moyen Pays et -5,1 % sur le littoral ouest), à l'exception du Haut Pays (différence non significative) (Source : DRSM Paca-Corse (régime stricto sensu), Insee RP).

La part des naissances prématurées la plus élevée de la région

Entre 2015 et 2019, environ 820 naissances prématurées (accouchement entre la 22^e et la 37^e semaine d'aménorrhée (SA)) ont été relevées en moyenne dans les Alpes-Maritimes, soit 7,4 % des naissances, la part la plus élevée de la région (6,8 %), et ce pour tous les niveaux de prématurité. 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) étaient 0,7 % des naissances comme dans les Bouches-du-Rhône (région : 0,7 %) et les cas de prématurité moyenne (entre la 32^e et la 37^e SA) représentaient 6,3 % des naissances (région : 5,8 %).

La part des naissances vivantes à terme (> 37 SA) hypotrophes (poids de naissance inférieur à 2 500 g) représentaient 2,5 % des naissances, la proportion la plus faible de la région (2,8 %). Pour les naissances vivantes à terme (> 37 SA) macrosomes (poids de naissance supérieur à 4 000 g), elles représentaient 6,2 % des naissances, une proportion un peu plus faible que dans la région (6,4 %) (Source : PMSI, SNDS).

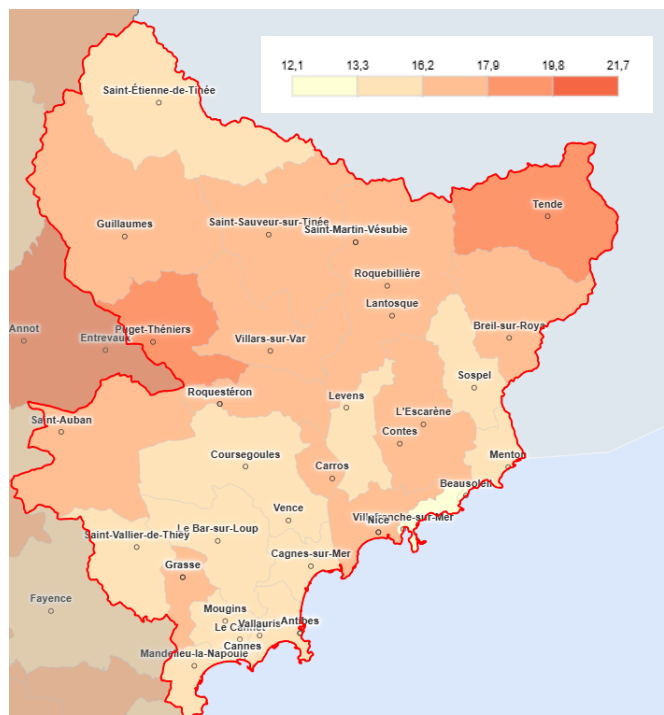


Figure 52 : Taux comparatif des assurés du régime général bénéficiaire d'une ALD, 2022 (%) (Source : DRSM Paca-Corse (régime général stricto sensu), Insee RP)

[8] Les taux comparatifs permettent de faire des comparaisons entre hommes et femmes et des comparaisons géographiques en éliminant les effets de structure (sexe et âge). La valeur de ces taux dépend de la structure par âge de la population de référence. C'est plus l'écart entre les taux comparatifs qui est à prendre en compte que leur valeur absolue.

Les prévalences de maladies cardio-
 neurovasculaires, neurologiques et
 dégénératives, et psychiatriques les
 moins élevées de la région

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

	Alpes-Maritimes		Région
	Nombre de patients pris en charge	Prévalence standardisée des patients pris en charge (%)	
Cancers	69 049	4,8	4,7
Diabète	71 368	5,1	5,5
Maladies cardio-neurovasculaires	98 557	6,56	7,1
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH/ SIDA	27 742	2,2	2,2
Maladies neurologiques ou dégénératives	34 231	2,3	2,4
Maladies psychiatriques	47 945	3,9	4,1
Maladies respiratoires chroniques	64 546	5,1	5,5

En 2022, les pathologies pour lesquelles le plus grand nombre de patients étaient suivis dans le département étaient, par ordre décroissant : les maladies cardio-neurovasculaires (98 557 patients), le diabète (71 368 patients), les cancers (69 049 patients) et les maladies respiratoires chroniques (64 546 patients).

Le département des Alpes-Maritimes présentait les prévalences standardisées les moins élevées de la région pour différentes pathologies, à savoir les maladies cardio-neurovasculaires (6,6 % contre 7,1 %), les maladies neurologiques ou dégénératives (2,3 % contre 2,4 %) et les maladies psychiatriques (3,9 % contre 4,1 %). Le département présentait aussi la 3^e prévalence (5,1 %) la plus faible de la région (5,5 %) après les Hautes-Alpes et Vaucluse pour les maladies respiratoires chroniques. Cependant, il présentait la 2^e prévalence de cancers (4,8 %) la plus élevée de la région (4,7 %) derrière le Var. Il était également au 3^e rang régional pour les prévalences de diabète ((5,1 % contre 5,5 % dans la région) et les maladies inflammatoires ou rares (2,2 %, comme dans la région) (Tableau 7) (Source : Cnam – SNDS (cartographie des pathologies version juillet 2023)).

Des difficultés spécifiques chez les
 personnes en situation de handicap

En 2022, environ 119 000 habitants des Alpes-Maritimes avaient des droits ouverts à la Maison Départementale des Personnes Handicapées, soit 10,8 % de la population du département.

En 2023, près de 8 500 enfants et jeunes de moins de 20 ans bénéficiaient de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH) dans les Alpes-Maritimes, soit un taux de 36,5 allocataires pour 1 000 habitants de moins de 20 ans, une proportion plus élevée que la région (33,8 pour 1 000) et qu'en France (29 pour 1 000). Cette proportion était en augmentation entre 2016 et 2023 (+ 78,7 % entre 2016 et 2023). Sur la période 2018-2019, 5 378 enfants avec un handicap étaient scolarisés en milieu ordinaire, dont 132 au sein d'une Unité localisée pour l'inclusion scolaire (ULIS) et 785 étaient en établissement médico-social (dont 37 % présentant un trouble intellectuel ou cognitif) (60).

Toujours en 2023, près de 24 000 adultes bénéficiaient de l'Allocations aux Adultes Handicapés (AAH) dans les Alpes-Maritimes, soit 39,9 allocataires pour 1 000 habitants de 20 à 64 ans, une proportion plus élevée que la région (36,0 pour 1 000 adultes) et qu'en France (36,1 pour 1 000). De plus, au sein de ce territoire, 1 590 personnes étaient accompagnés au sein de 16 ESAT, soit un taux d'équipement de 3 places pour 1 000 habitants de 20 à 64 ans (60).

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

En 2024, 21 % des personnes avec un handicap interrogées dans le département dans le cadre du Baromètre Handifaction ont déclaré ne pas avoir pu accéder aux soins dont ils avaient besoin, le chiffre le moins élevé de la région. Par ailleurs, 15 % ont déclaré avoir fait l'expérience d'un refus de soins et 31 % avoir abandonné leur soin après ce refus. Enfin, 13 % ont vu leur accompagnant être refusé par le soignant (66).

Dans la région, 5 sites de consultation ont été créés pour faciliter le parcours de soins des personnes en situation de handicap vivant à domicile mais aussi celles résidant en établissement et ayant besoin d'un accompagnement spécifique. Un site est situé dans le département des Alpes-Maritimes, à Nice.

La 2^e espérance de vie à la naissance la plus élevée de la région, chez les femmes et chez les hommes

En 2024, dans les Alpes-Maritimes, l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 86,2 ans pour les femmes et 80,7 ans pour les hommes. Comparativement au reste de la région, ce département se classait au 2^e rang régional pour l'espérance de vie à la naissance chez les femmes (région : 86,0 ans) et pour les hommes (région : 80,7 ans). Ces espérances de vie à la naissance étaient aussi plus élevées que celles de la France (femmes : 85,6 ans ; hommes : 80,0 ans) (Source : Insee, Etat civil, estimations de population).

Sur la période 2020-2022, les hommes cadres de 35 ans ont vécu en moyenne 5,3 ans de plus que les ouvriers. Chez les femmes, cet écart était moins marqué (3,4 ans). Par ailleurs, les ouvriers avaient plus de deux fois plus de risque que les cadres de mourir entre 35 et 65 ans, et 1,7 fois plus entre 65 et 75 ans. Depuis les années 1990, l'écart d'espérance de vie entre les cadres et les ouvriers a diminué pour les hommes (-1,7 an), alors qu'il a augmenté modérément pour les femmes (+0,8 an) (63).



Une mortalité prématurée significativement moins élevée que dans la région

Sur la période 2018-2022, 12 561 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Alpes-Maritimes, soit une sous-mortalité significative de - 3,1 % par rapport à la région. Parmi ces décès, plus de 1 500 étaient prématurés et sont survenus avant l'âge de 65 ans (12,2 % de l'ensemble des décès) et 669 auraient pu être évités par une réduction de comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcool, conduites dangereuses) (5,3 %).

Sur cette période, le département des Alpes-Maritimes présentait un taux de mortalité prématurée (124,7 décès prématurés pour 100 000 habitants) proche de celui de la région (125,8 pour 100 000), au 3^e rang régional après les Hautes-Alpes et les Bouches-du-Rhône (différence non significative).

Cependant, les niveaux de mortalité prématurée variaient de façon importante au sein du département : le littoral ouest était le seul territoire à présenter une mortalité prématurée significativement plus élevée que dans la région (+ 11,2 %, dont + 27,8 % à Cannes + 14,9 % à Nice notamment). Le littoral de la Riviera (- 33,8 %) et le Moyen Pays (- 11,3 %) présentaient au contraire une mortalité prématurée significativement moins élevée. Le Haut Pays, quant à lui, ne se distinguait pas de la région.

Globalement, la mortalité prématurée a diminué dans le département (- 24 %) depuis le début des années 2000, à un rythme similaire à celui de la région (- 26 %) (Figure 53) (Source : Inserm CépiDC, Insee).

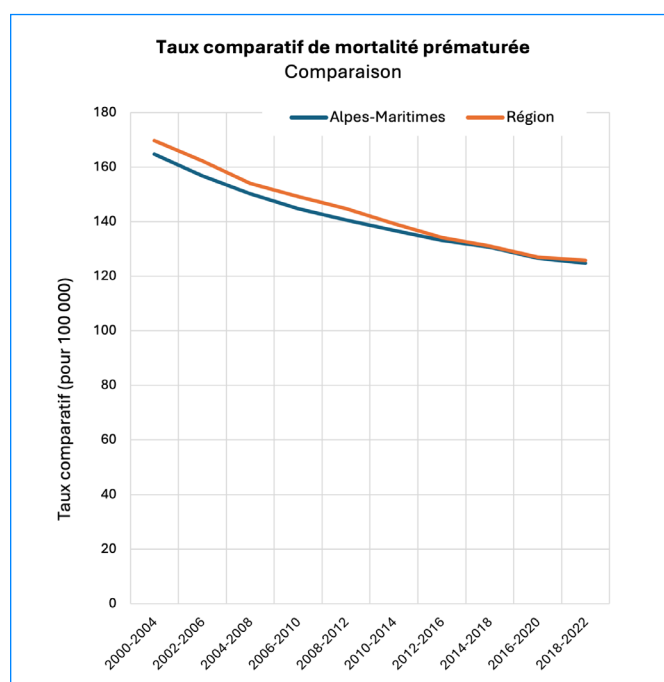


Figure 53 : Evolution du taux de mortalité prématurée dans les Alpes-Maritimes et dans la région entre 2000-2004 et 2018-2020 (Source : Inserm CépiDC Insee)

Plus de 4 décès sur 10 liés à un cancer ou une maladie de l'appareil circulatoire

Sur la période 2018-2022, les principales causes de décès dans le département étaient, comme dans la région, les cancers (23,4 % des décès) et les maladies de l'appareil circulatoire (21,4 %). Les maladies de l'appareil respiratoire (7,0 %), les traumatismes (6,5 %), les maladies du système nerveux (5,4 %) et les troubles mentaux et du comportement (5,1 %) représentaient également des causes non négligeables de mortalité (Figure 54).

Globalement, les données de mortalité relevées dans les Alpes-Maritimes étaient plus favorables que celles relevées dans la région. Ainsi, le département présentait une sous-mortalité significative par rapport à la région pour différentes causes de décès dont :

- ▶ Les cancers (2 938 décès par an en moyenne ; - 4,3 % par rapport à la région) ;
- ▶ Les maladies du système nerveux (680 décès par an en moyenne ; - 16,1% par rapport à la région) ;
- ▶ Les accidents (527 décès par an ; - 5,6 % par rapport à la région)
- ▶ Le diabète (198 décès par an ; - 10,5 % par rapport à la région)
- ▶ La grippe (29 décès par an ; - 21,0 % par rapport à la région)

Par contre, une surmortalité significative a été observée dans les Alpes-Maritimes pour la mortalité chez les enfants de moins de 14 ans (66 décès par an en moyenne ; + 19,0 % par rapport à la région) et le Sida (9 décès en moyenne par an, + 58,7 % par rapport à la région).

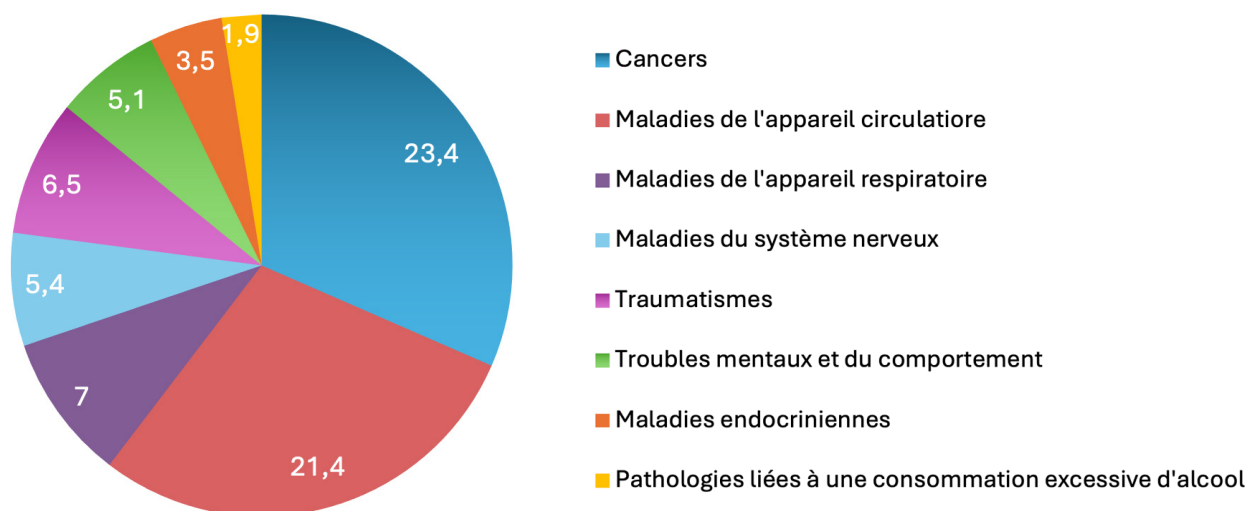


Figure 54 : Principales causes de mortalité dans les Alpes-Maritimes, 2018-2022 (%) (Source : Inserm CépiDC)





Données par pathologies

Les cancers

En 2022, environ 69 000 personnes ont été prises en charge^[9] pour un cancer dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence standardisée de 4,8 %, légèrement plus élevée que dans la région (4,8 %) (2^e rang, après le Var) (Source : Cnam – SNDS (cartographie des pathologies version juillet 2023)).

Entre 2018 et 2022, 2 938 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'un cancer dans les Alpes-Maritimes, soit 23,4 % de l'ensemble des décès. Il s'agit de la première cause de décès dans le département, comme dans la région et en France métropolitaine (Source : Inserm CépiDC). Les cancers responsables du plus grand nombre de décès masculins étaient, par ordre décroissant, le cancer du poumon (410 décès par an), de la prostate (166 décès par an), du côlon-rectum (149 décès par an) et des tissus lymphatiques et hématologiques (127 décès par an). Chez les femmes, le cancer du sein (206 décès par an) restait le plus fréquent, devant le cancer du poumon (166 décès par an), du côlon-rectum (138 décès par an) et des tissus lymphatiques et hématologiques (115 décès par an) (Source : Inserm CépiDC).

Le département des Alpes-Maritimes présentait une sous-mortalité significative par rapport à la région pour l'ensemble des cancers (- 4,3%) et pour différents types de cancers : poumon (572 décès par an, - 7,2%), côlon-rectum (283 décès par an, - 8,2 %), pancréas (230 décès par an, - 8,5 %), vessie (101 décès par an, - 10,2%) et plèvre (17 décès par an, - 34,3%).

Deux sous-territoires présentaient des données de mortalité par cancers particulièrement favorables : le territoire littoral de la Riviera présentait une mortalité significativement inférieure à la région pour l'ensemble des cancers (- 43,9 %) et pour différents types de cancers : colon-rectum (- 36,1 %), estomac (- 54,6 %), foie (- 43,7 %), œsophage (- 83,8 %), ovaire (- 47,0 %), pancréas (- 62,0 %), plèvre (- 66,4 %), poumon (- 62,8 %), rein (- 60,2 %), hématologique (- 35,9 %) et vessie (- 39,4 %). Le Moyen Pays, quant à lui, présentait une sous-mortalité par rapport à la région pour l'ensemble des cancers (- 5,6 %) et pour les cancers du côlon-rectum (- 12,5 %), de la lèvre, de la bouche et du pharynx (- 22,4 %), de la plèvre (- 32,7 %) et du poumon (- 7,3 %). Le Haut Pays présentait des données de mortalité par cancers similaires à la région, malgré une sous-mortalité par cancers du poumon par rapport à la région (- 19,0 %). Enfin, le littoral ouest était le seul à présenter une mortalité pour l'ensemble des cancers significativement plus élevée que dans la région (+ 3,2 %). Ce territoire présentait également une surmortalité pour les cancers de l'ovaire (+ 27,6 %).

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

En termes d'évolution, la mortalité par cancers était en baisse entre 2002-2006 et 2018-2022 dans le département (- 17,7 %) comme dans la région (- 18,7 %) (Figure 55).

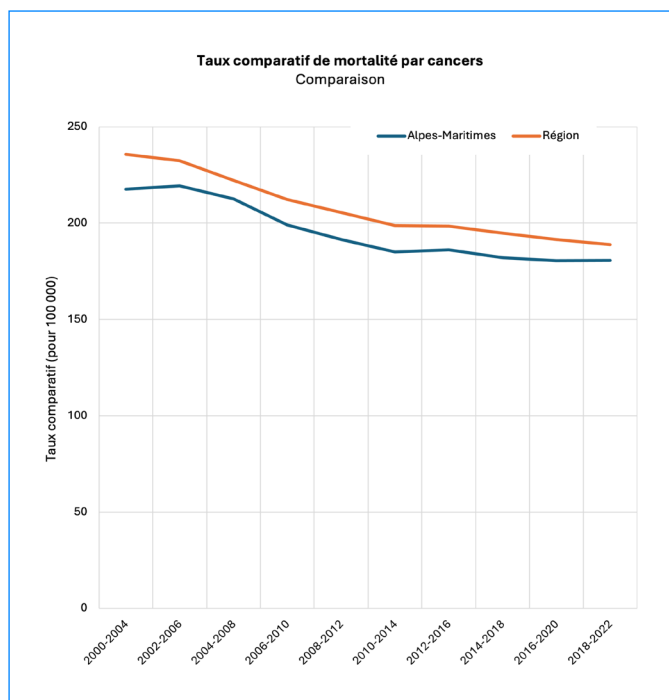
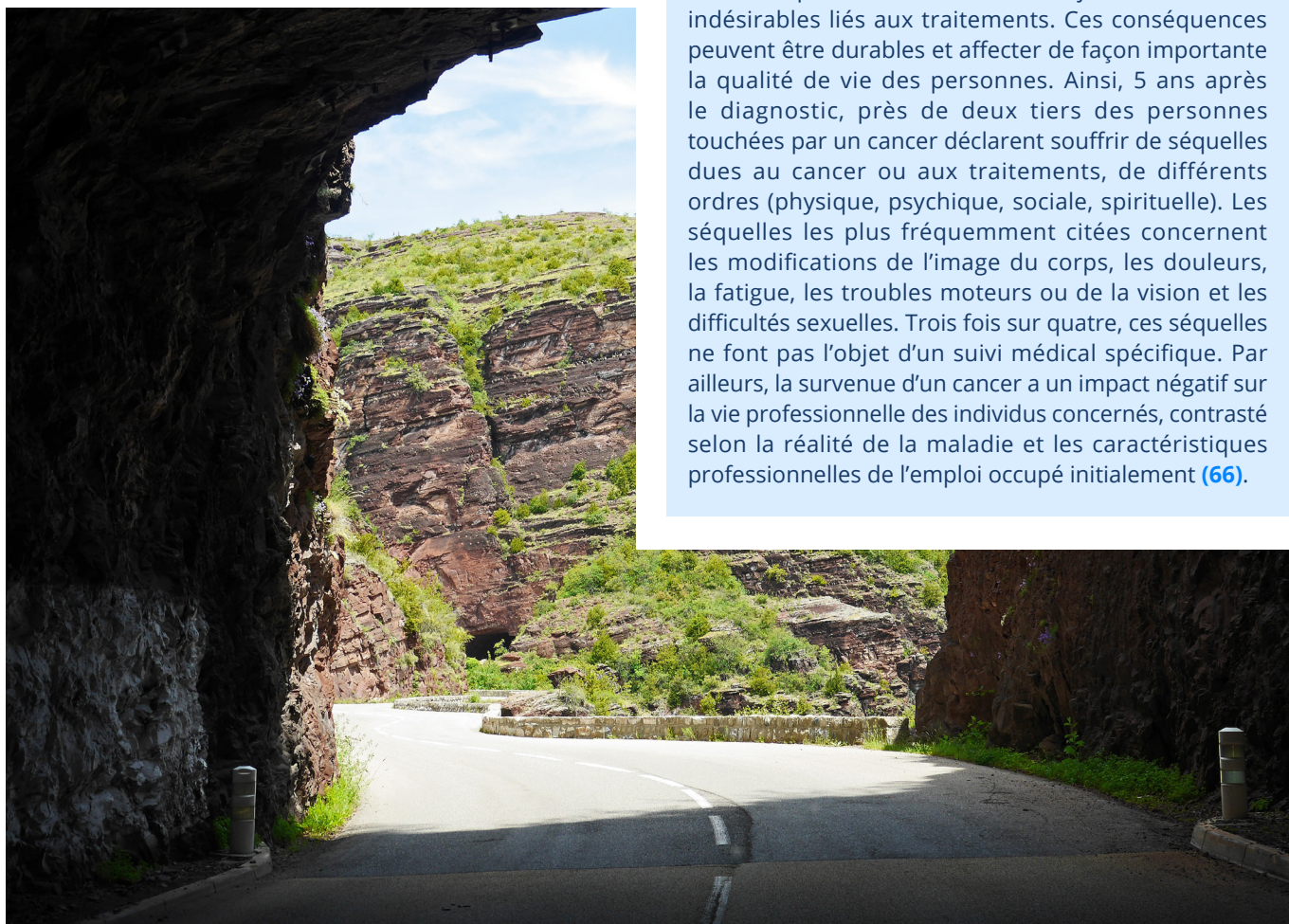


Figure 55 : Evolution du taux comparatif de mortalité par cancers dans les Alpes-Maritimes et dans la région, périodes 2000-2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)

En France, les cancers constituent la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme. Le cancer responsable du plus grand nombre de décès par cancer chez l'homme reste le cancer du poumon (23 000 décès par an). Viennent ensuite les cancers colorectal et de la prostate (respectivement 9 000 et 8 000). Chez la femme, trois cancers sont responsables du plus grand nombre de décès : le cancer du sein (12 000), du poumon (10 000) et colorectal (8 000). En 2023, le nombre total de nouveaux cas de cancer a été estimé à 433 000 : il a doublé depuis 1990. La progression de l'espérance de vie et le vieillissement de la population contribuent à l'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancers. Nos comportements et modes de vie (tabagisme, consommation excessive d'alcool, alimentation déséquilibrée, manque d'activité physique...) jouent également un rôle non négligeable (64). En 2015, on estimait en France métropolitaine qu'environ 41 % des cancers chez les plus de 30 ans étaient attribuables à des facteurs de risque modifiables comme le tabagisme la consommation d'alcool, l'alimentation, le surpoids et l'obésité, certains agents infectieux, certaines expositions professionnelles, ou encore l'exposition aux ultraviolets naturels et artificiels (65). La prévention de ces facteurs de risque constitue donc un enjeu majeur de santé publique.

La survenue d'un cancer est à l'origine de séquelles pouvant être nombreuses et variées chez les personnes touchées par la maladie. À cela s'ajoutent les effets indésirables liés aux traitements. Ces conséquences peuvent être durables et affecter de façon importante la qualité de vie des personnes. Ainsi, 5 ans après le diagnostic, près de deux tiers des personnes touchées par un cancer déclarent souffrir de séquelles dues au cancer ou aux traitements, de différents ordres (physique, psychique, sociale, spirituelle). Les séquelles les plus fréquemment citées concernent les modifications de l'image du corps, les douleurs, la fatigue, les troubles moteurs ou de la vision et les difficultés sexuelles. Trois fois sur quatre, ces séquelles ne font pas l'objet d'un suivi médical spécifique. Par ailleurs, la survenue d'un cancer a un impact négatif sur la vie professionnelle des individus concernés, contrasté selon la réalité de la maladie et les caractéristiques professionnelles de l'emploi occupé initialement (66).



Les maladies cardio-vasculaires

En 2022, près de 99 000 personnes ont été prises en charge pour une maladie cardio-vasculaire dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence de 6,6 %, la moins élevée de la région (7,1 %). Les pathologies les plus fréquemment prises en charge étaient les maladies coronaires (42 723 patients), les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque (31 973 patients), l'accident vasculaire cérébral (15 933 patients) et l'insuffisance cardiaque (14 078 patients). Par ailleurs, 9,8 % des patients suivaient un traitement pour le risque vasculaire (région : 10,1 %) et 3,8 % un traitement antihypertenseur (région : 3,9 %) (Source : CNAM).

Entre 2018 et 2022, 2 687 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil circulatoire dans les Alpes-Maritimes (21,4 % de l'ensemble des décès) : il s'agissait de la 2^e cause de mortalité dans le département, comme dans la région. Globalement, le département ne se distinguait pas de la région de façon significative mais on pouvait constater une différence liée au sexe : les hommes présentaient une mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire significativement plus élevée que dans la région (+ 3,6 %), contrairement aux femmes, qui présentaient quant à elles une mortalité significativement plus faible (- 3,4 %) que dans la région.

Par ailleurs, des inégalités territoriales de mortalité ont été relevées dans le département : le littoral de la Riviera présentait une sous-mortalité significative par rapport à la région pour l'ensemble des maladies circulatoires (- 27,8 %), mais aussi pour les cardiopathies ischémiques (- 22,1 %) et les maladies cérébrovasculaires (- 16,6 %). A l'inverse, le Moyen Pays présentait une surmortalité significative de + 5,4 % pour l'ensemble des maladies circulatoires. Enfin, le littoral ouest et le Haut Pays ne se distinguaient pas de façon significative.

En termes d'évolution, entre les périodes 2000-2004 et 2018-2022, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a baissé (- 43,0 %), à un rythme proche de celui de la région (- 46,6 %) (Figure 56) (Source : Inserm CépiDC, Insee).

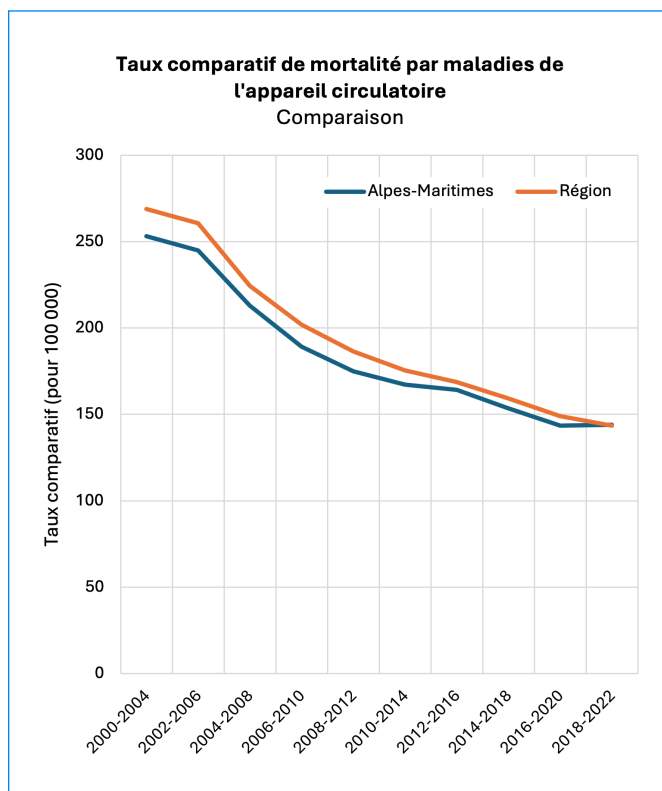


Figure 56 : Evolution du taux comparatif de mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire dans les Alpes-Maritimes et dans la région, périodes 2000-2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)

Les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ont longtemps été la 1^{re} cause de décès en France, comme dans de nombreux pays. Depuis quelques années, elles se situent en France au deuxième rang des causes de mortalité, après les cancers, du fait d'une amélioration de la prévention et de la prise en charge thérapeutique. Néanmoins, chez les femmes et les personnes âgées de 65 ans ou plus, ces maladies restent la première cause de mortalité. Hormis l'hérédité, le sexe et l'âge, les maladies cardiovasculaires ont toutes en commun un certain nombre de facteurs de risque individuels dont la plupart sont modifiables : le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, une mauvaise alimentation, l'obésité et la sédentarité. Des facteurs environnementaux, comme la pollution atmosphérique et le bruit, ont également été identifiés comme facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (67).

Les maladies respiratoires

En 2022, 64 546 personnes ont été prises en charge pour une maladie respiratoire chronique dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence standardisée de 5,07 %, la 3^e la moins élevée de la région (5,5 %) (Source : CNAM).

Sur la période 2018-2022, 885 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une maladie de l'appareil respiratoire dans les Alpes-Maritimes, un niveau de mortalité proche de celui observé dans la région. À noter cependant une mortalité significativement moins élevée que dans la région pour la grippe (- 21,0 %).

Sur les 4 sous-territoires composant le département, le littoral de la Riviera était le seul à présenter une mortalité significativement inférieure à la région pour les maladies de l'appareil respiratoire (- 40,2 %), ainsi que pour différentes pathologies respiratoires : bronchopneumopathie obstructive (- 33,7 %), grippe (- 77,0 %), maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (- 25,6 %) et pneumonies (- 40,7 %). Les autres territoires ne se distinguaient pas de la région de façon significative.

Après avoir fortement baissé entre 2000-2004 et 2006-2010 (- 21,3 %), comme dans la région, la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire est repartie à la hausse jusqu'à la période 2016-2020. Une baisse s'amorce de nouveau depuis un peu plus de 5 ans (Figure 57).

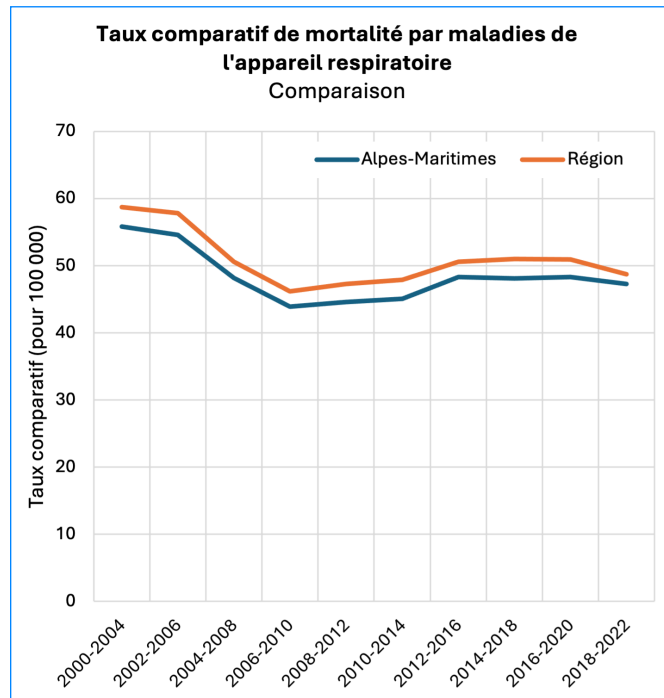


Figure 57 : Evolution du taux comparatif de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire dans les Alpes-Maritimes et dans la région, périodes 2000-2004 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)



Le diabète

En 2022, environ 71 000 personnes ont été prises en charge pour un diabète dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence standardisée de 5,1 %, la 3^e la plus élevée de la région (5,5 %) (Source : CNAM).

Sur la période 2018-2022, 198 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'un diabète dans les Alpes-Maritimes, soit un niveau de mortalité significativement inférieure à la moyenne régionale (- 10,5 %). Là encore, des inégalités territoriales pouvaient être observées : le territoire du littoral ouest était le seul à présenter une mortalité liée au diabète significativement plus faible que dans la région (- 19,3 %). Le Haut Pays, au contraire, présentait une surmortalité pour cette cause (+ 34,9 %). Le littoral de la Riviera et le Moyen Pays ne se distinguaient pas de façon significative de la région.

Globalement, on observe depuis la période 2002-2006 une baisse importante de la mortalité par diabète (- 34,3 %), similaire à celle de la région (- 34,2%). À noter que la baisse observée était moins rapide chez les hommes (- 27,0 %) que chez les femmes (- 43,7 %), comme dans la région (- 29,7% et - 40%). À noter également que la reprise récente de la mortalité par diabète constatée dans la région n'est pas constatée dans le département (Figure 58).

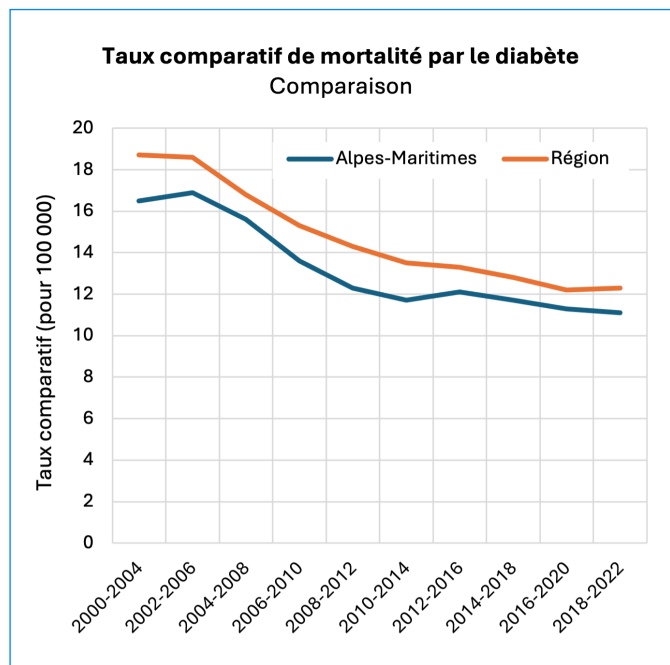


Figure 58 : Evolution du taux comparatif de mortalité pour le diabète dans les Alpes-Maritimes et dans la région, périodes 2000-2004 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC Insee)

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

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

Un diabète déséquilibré peut engendrer des complications à court-terme (coma acido-cétosique, coma hyperosmolaire, hypoglycémie) et à long terme (infarctus du myocarde, AVC, dialyse, cécité, amputation d'un membre inférieur, etc.). Toutefois, il a été démontré qu'un bon contrôle de la maladie par une adaptation du mode de vie (alimentation, activité physique) et une bonne prise en charge médicale et éventuellement pharmacologique, peut permettre d'éviter ou de réduire considérablement les risques de complications (68).



Les accidents de la vie courante

Les accidents de la vie courante peuvent être définis comme des traumatismes non-intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation routière, ni des accidents du travail. Ils regroupent les accidents domestiques, et de sports et de loisirs, mais aussi ceux survenus à l'école et tous ceux survenant à un autre moment dans la vie privée (69).

Sur la période 2018-2022, 492 personnes sont décédées en moyenne suite à un accident de la vie courante dans les Alpes-Maritimes, soit un niveau de mortalité inférieur à la région (différence significative de - 4,6 %) : plus de 85 % étaient des personnes âgées de 65 ans ou plus (source : Inserm CépiDC).

Sur les 4 sous-territoires, seul le Haut Pays présentait une mortalité significativement plus élevée que la région pour les accidents de la vie courante (+ 33,7 %). Le littoral ouest, quant à lui, présentait une sous-mortalité significative, mais chez les 65 ans et plus uniquement (- 5,7 %). Le Moyen Pays et le littoral de la Riviera ne se distinguaient pas de façon significative de la région.

Globalement, la mortalité par les accidents de la vie courante a baissé depuis 20 ans dans le département (- 10,8 %), mais moins rapidement que dans la région (- 18,0 %). La baisse observée chez les femmes (- 17,8%) était plus importante que chez les hommes (- 4,2 %). À noter une reprise à la hausse de la mortalité par accidents de la vie courante depuis la période 2014-2018 dans le département (Figure 59).

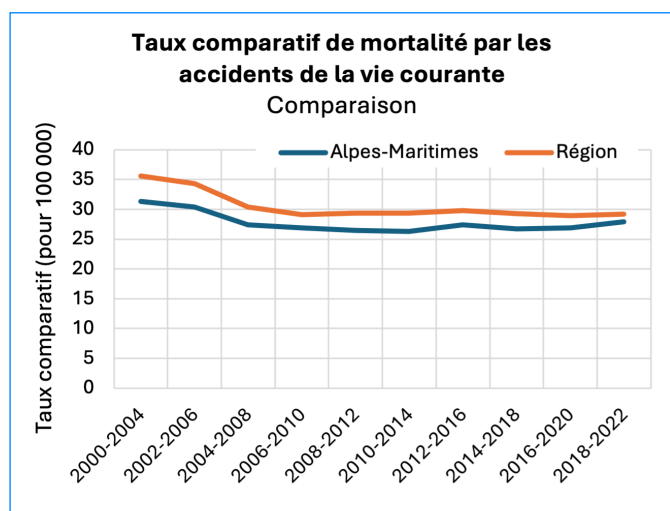


Figure 59 : Evolution du taux comparatif de mortalité par accidents de la vie courante dans les Alpes-Maritimes et dans la région, périodes 2000-2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC)

Les chutes chez les personnes âgées

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

L'environnement jouerait un rôle dans 30 à 50 % des chutes chez les aînés. Les éléments le plus souvent associés aux chutes graves au domicile sont les tapis mal fixés, les surfaces mouillées, la présence d'escaliers et de seuils. D'autres facteurs de risque ont été identifiés, parmi lesquels la présence de certains problèmes de santé (diabète, arthrite, maladie de Parkinson...), de troubles de l'équilibre, ou encore la prise de médicaments ainsi que la peur de tomber (71).

Les accidents de la vie courante chez les enfants

Responsables chaque année de plus de 200 décès d'enfants de moins de 15 ans en France, dont la plupart sont évitables, les accidents de la vie courante (AcVC) constituent la première cause de décès chez les enfants de 1 à 4 ans, et la deuxième cause de décès chez les 5 à 14 ans. Les accidents surviennent le plus souvent à domicile chez les moins de 10 ans, lors d'activités sportives ou de loisirs à l'extérieur chez les 10 ans et plus. D'après une étude menée de mai 2022 à juin 2023 auprès d'un échantillon de 162 médecins généralistes et de 31 pédiatres libéraux répartis sur l'ensemble du territoire hexagonal, plus de 550 000 consultations en médecine de ville seraient liées à un accident de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans (médecins généralistes : environ 476 000 ; pédiatres : environ 77 000). Les trois-quarts des cas n'ont pas recours aux services d'urgences (72).

Les noyades

En France, les noyades accidentelles sont responsables chaque année d'environ 1000 décès (dont la moitié pendant la période estivale) ce qui en fait la première cause de mortalité par accident de la vie courante chez les moins de 25 ans. Elles sont pourtant pour la plupart évitables. Entre le 1^{er} juin et le 21 août 2024, 983 noyades ont eu lieu en France dont 268 suivies de décès (27%). Ces chiffres sont stables en comparaison de ceux de 2023. Plus de la moitié des noyades (52 %) ont concerné des adultes, 32 % les moins de 6 ans, et 16 % les 6-17 ans. La proportion de noyades suivies de décès était plus importante chez les adultes (46 % vs 6 % chez les moins de 6 ans). Les décès par noyade en cours d'eau/plan d'eau ont représenté la moitié des décès par noyade quel que soit l'âge ; pour les autres lieux, les décès par noyade chez les mineurs ont davantage eu lieu en piscine privée et chez les adultes en mer (73).

Les accidents de la circulation

Entre 2018 et 2022, 39 décès liés à un accident de la circulation ont été enregistrés en moyenne chaque année dans le département, soit une sous-mortalité significative par rapport à la région de - 13,6 %. Sur les 4 sous-territoires composant le département, seul le littoral de la Riviera présentait une mortalité significativement moins élevée que dans la région pour les accidents de la circulation (- 34,7 %). Les autres territoires ne présentaient pas de différence significative (Source : Inserm CépiDC).

Le département des Alpes-Maritimes a connu une baisse de la mortalité par accidents de la circulation (- 35,2 %), mais beaucoup moins rapide que celle constatée dans la région (- 63,4 %) (Figure 60).

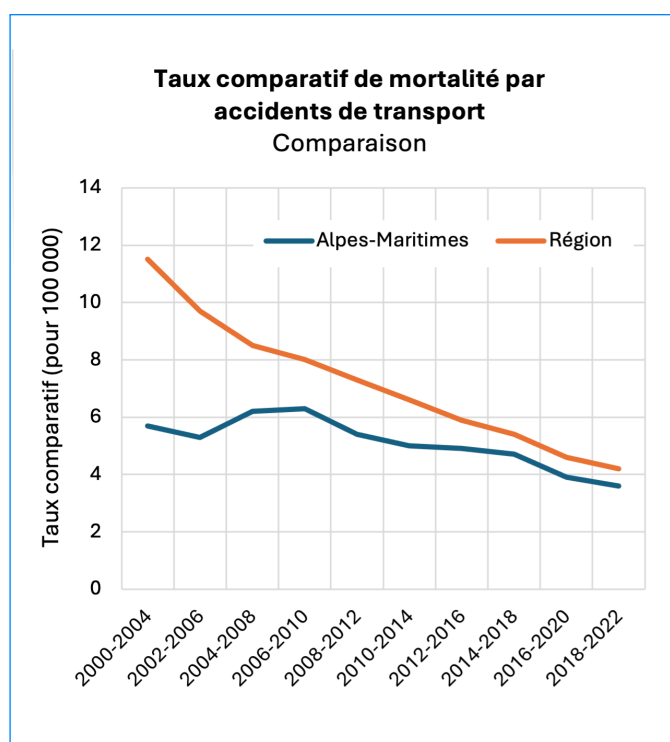


Figure 60 : Evolution du taux comparatif de mortalité par accidents de la circulation dans les Alpes-Maritimes et dans la région, 2000-2004 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)

En France métropolitaine, 3 190 personnes sont décédées sur les routes en 2024 (2 477 hommes et 713 femmes), soit 23 tués de plus qu'en 2023 (+ 0,7 %). Le nombre total de blessés est estimé à 233 000, en diminution de - 0,8 % par rapport à 2023, alors que le nombre de blessés graves estimés reste stable (près de 16 000 blessés graves). La majorité des tués (78 %) et des blessés graves (75 %) sont des hommes. Les jeunes adultes de 18-24 ans restent la tranche d'âge la plus à risque d'être tué ou blessé gravement sur les routes (2 fois plus que la moyenne). Les seniors âgés de 75 ans ou plus sont ensuite les plus à risque d'être tués (1,5 fois par rapport à la moyenne). Plus de la moitié des accidents mortels (60 %) ont lieu sur des routes hors agglomération (74).



La santé mentale

En 2022, environ 26 000 personnes ont été prises en charge pour des troubles névrotiques et de l'humeur dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence standardisée de 2,0 %, la prévalence la plus faible de la région (2,12 %). Par ailleurs, 4,5 % de la population suivait un traitement antidépresseur ou régulateur de l'humeur (2^e rang régional ; région : 4,5 %) et 3,8 % un traitement anxiolytique (région : 4,1 %) (Source : Cnam – SNDS (cartographie des pathologies version juillet 2023)).

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

D'après les données du Baromètre santé, en 2021, 12,8 % des personnes interrogées dans la région et âgées de 18 à 85 ans ont déclaré un épisode dépressif caractérisé dans les 12 mois précédant l'enquête, soit le 3^{ème} taux le plus élevé de la France métropolitaine (moyenne nationale : 12,5 %) après l'Occitanie et le Grand Est (13,3 %). Les 18-24 ans, les femmes, les personnes vivant seules et les familles monoparentales, tout comme celles qui ne se déclaraient pas à l'aise financièrement, au chômage et celles indiquant que la Covid-19 avait eu un impact négatif sur leur moral, avaient un risque de dépression plus élevée. La prévalence des épisodes dépressifs a augmenté en France. La tendance, déjà amorcée depuis 2010, a connu une accélération sans précédent entre 2017 et 2021 (+ 3,5 points de pourcentage), en particulier chez les jeunes adultes (+ 9 points, 20,8 % en 2021). Le stress causé par la maladie de la Covid-19 et les restrictions imposées pour la contrôler apparaît comme l'une des principales hypothèses explicatives de cette hausse (75).

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

Les données de prévalence des idées suicidaires et tentatives de suicide ne sont pas disponibles à l'échelle départementale.

En 2023, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 5,1 % des personnes interrogées ont déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois (France : 5,2 %). Par ailleurs, 5,5 % des personnes interrogées ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie, là encore, une proportion comparable à celle de France métropolitaine (5,4 %). Les 18-24 ans présentaient les prévalences les plus élevées de pensées suicidaires et de tentatives de suicide dans l'année, ainsi que de tentatives de suicide au cours de la vie. Les prévalences de tentatives de suicide et de pensées suicidaires étaient plus élevées chez les femmes que chez les hommes, avec des différences particulièrement marquées chez les moins de 25 ans. D'autres groupes de population étaient davantage concernés : les personnes inactives ou au chômage, celles vivant seules ou en familles monoparentales et celles se déclarant en difficulté financière. Au cours des 10 dernières années, on observe une forte progression des tentatives de suicide et des pensées suicidaires chez les 11-17 ans suivis des 18-24 ans, chez les femmes et 18-24 ans chez les hommes. Ce résultat vient confirmer la progression importante du mal-être chez les plus jeunes, déjà observée pour les épisodes dépressifs dans le Baromètre Santé (76).

Les décès par suicide dans les Alpes-Maritimes

Entre 2018 et 2022, en moyenne 146 décès par suicide ont été enregistrés chaque année dans les Alpes-Maritimes, soit une mortalité proche de celle de la région (différence non significative), y compris pour les jeunes âgés de 15 à 34 ans et des personnes âgées de 65 ans ou plus. Près de 4 suicides sur 10 (38 %) concernaient une personne âgée de 65 ans ou plus et 1 sur 10 (11 %) un jeune âgé de 15 à 34 ans. Dans l'ensemble des sous-territoires, la mortalité par suicide ne se distinguait pas de façon significative par rapport à la région (Source : Inserm CépiDC).

En termes d'évolution, entre 2000-2004 et 2006-2010, le département a connu une augmentation de la mortalité par suicide, à l'inverse de la tendance régionale. Depuis cette période, le département a aussi vu une baisse de cette mortalité, comme la région (Figure 61).

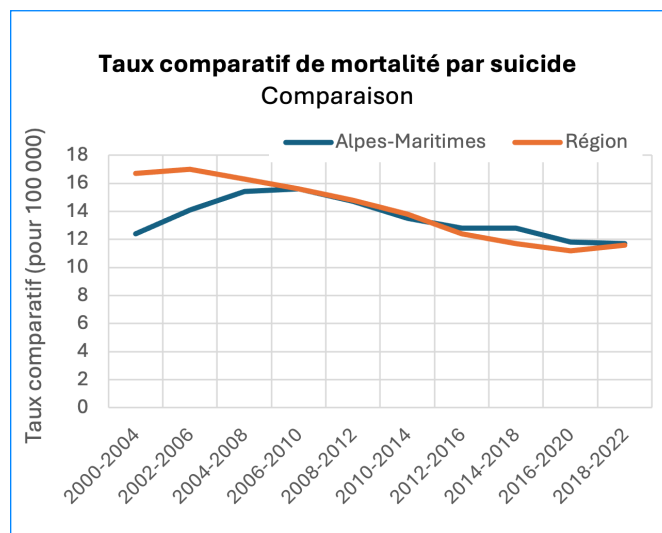


Figure 61 : Évolution du taux comparatif de mortalité par suicide dans les Alpes-Maritimes et dans la région, périodes 2000-2004 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2018-2022)

En France, le taux de suicide est parmi le plus élevé d'Europe. De nombreux travaux ont été menés sur les facteurs de risque liés au suicide et les principaux facteurs sont désormais bien connus. Les troubles psychiatriques, tels que les troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires) et les troubles schizophréniques, constituent des facteurs de risque de suicide, de même que les antécédents de tentatives de suicide. Les facteurs socio-économiques et individuels souvent associés au suicide sont le chômage, l'isolement, la situation de veuvage ou de divorce. Enfin, l'âge est un facteur important : le taux de suicide augmente en effet régulièrement avec l'âge (77).

Un excès de risque de décès par suicide a été observé chez les agriculteurs dans plusieurs études françaises et internationales. Les hommes agriculteurs exploitants présentaient une surmortalité par suicide entre 2008 et 2010 par rapport à la population générale masculine d'âge similaire, notamment chez les éleveurs bovins et chez les hommes âgés de 45 à 65 ans (78).



Les pathologies liées au tabac et à l'alcool

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

En 2021, 29,1 % des 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement (33,2 % chez les hommes et 25,3 % chez les femmes), une prévalence significativement supérieure à la prévalence nationale (25,3 %). Entre 2017 et 2021, la prévalence n'a pas varié de façon significative (31,4 % en 2017), sauf dans la tranche d'âge des 31-45 ans (- 8,1 points de pourcentage). La moitié des fumeurs quotidiens (51 %) rapportaient une envie d'arrêter de fumer et près d'un tiers (31 %) avaient fait une tentative d'arrêt dans l'année. Par ailleurs, 41 % des 18-75 ans déclaraient avoir déjà expérimenté le vapotage, principalement les 18-30 ans (63 %). Seulement 5 % rapportaient un vapotage quotidien (79).

En 2021, 9,1 % des adultes de 18-75 ans ont déclaré consommer de l'alcool quotidiennement, une proportion non significativement différente de la moyenne nationale (8,0 %). Par ailleurs, 16,4 % des adultes de 18-75 ans ont déclaré avoir des alcoolisations ponctuelles importantes mensuelles. Ces chiffres n'ont pas évolué de manière significative depuis 2017. En 2023, 15 145 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool ont été dénombrés alors qu'en 2017, ce nombre s'élevait à 17 464. La part de passage aux urgences en lien direct avec l'alcool était également en diminution (80).

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

En 2022, dans la région, l'alcool demeurait de loin la substance psychoactive consommée, avec 82,7 % des jeunes de 17 ans qui en ont déjà consommé au moins une fois, significativement plus qu'en France métropolitaine (80,6 %). Par ailleurs, plus de la moitié des jeunes (53,2 %) rapportaient au moins une alcoolisation ponctuelle importante au cours de leur vie, significativement plus qu'en France métropolitaine (45,9 %). L'alcool régulier (au moins 10 fois dans le mois) concernait 5,8 % des jeunes, significativement moins qu'en France (7,2 %). Par ailleurs, la moitié des jeunes de 17 ans (50,4 %) a déclaré avoir déjà expérimenté la consommation de tabac, une proportion significativement plus élevée qu'en France (46,5 %). Environ 1 jeune sur 6 (16,6 %) fumait quotidiennement au moins une cigarette par jour, une proportion non significativement différente de la moyenne nationale (15,6 %). Près de 2 sur 3 a déjà utilisé une cigarette électronique (62,3 %), une des proportions les plus élevées de France métropolitaine (56,9 %). Une forte hausse de la consommation a été constatée depuis 2017 (+ 10,4 points de pourcentage), la plus élevée de France métropolitaine (+ 4,5 points en moyenne (81)).

Les décès par cancer du poumon dans les Alpes-Maritimes

Sur la période 2018-2022, 572 décès par cancers du poumon ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Alpes-Maritimes, significativement moins que dans la région (- 7,2 %). Une sous-mortalité était également observée sur le littoral de la Riviera (- 62,8 %), dans le Haut (- 19,0 %) et le Moyen Pays (- 7,3 %). Seul le territoire du littoral ouest présentait une mortalité par cancer du poumon proche de celle relevée dans la région.

Les décès liés à une consommation excessive d'alcool dans les Alpes-Maritimes

Sur la période 2018-2022, 249 décès liés à une consommation excessive d'alcool ont été enregistrés en moyenne chaque année dans les Alpes-Maritimes, une différence non significative avec la région.

Des inégalités territoriales de mortalité ont cependant été constatées : le littoral de la Riviera (- 48,9 %) ainsi que le Moyen Pays (- 11,2 %) présentaient une sous-mortalité liée à une consommation excessive d'alcool par rapport à la région, contrairement au territoire du littoral ouest, qui présentait lui une surmortalité significative par rapport à la région pour cette cause (+ 7,5 %). Enfin, le Haut Pays ne se distinguait pas de façon significative de la région.

Depuis la période 2000-2004, une baisse de la mortalité liée à une consommation excessive d'alcool est observée dans le département des Alpes-Maritimes (- 36,8 %). Cette baisse est toutefois moins marquée que celle relevée dans la région (- 31,9 %). (Figure 62).

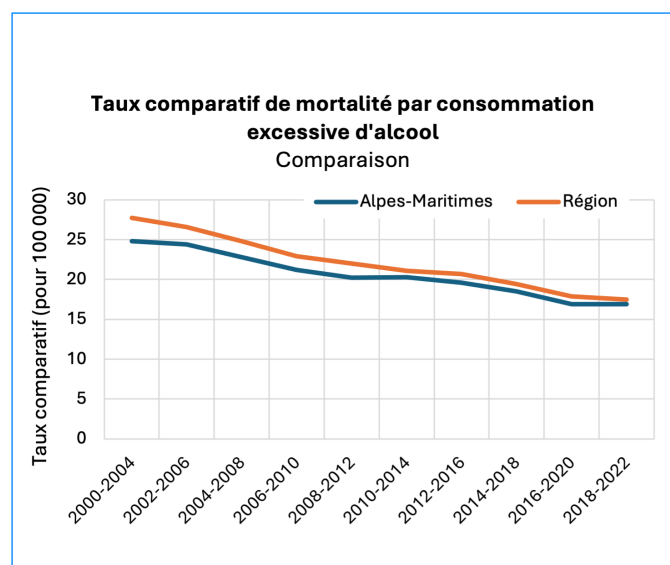


Figure 62 : Evolution du taux comparatif de mortalité pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool dans les Alpes-Maritimes et dans la région, périodes 2000-2004 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee 2018-2022)

La consommation de tabac a un lien ou aggrave le développement de nombreuses pathologies : cancers, maladies cardiovasculaires (notamment l'infarctus du myocarde), maladies respiratoires, gastrites, ulcères gastroduodénaux ou encore diabète de type 2. En France, un cancer sur trois est lié au tabagisme, notamment celui du poumon (80 à 90 % des cas sont liés au tabagisme actif) mais également de la gorge, de la bouche, des lèvres, du pancréas, des reins, de la vessie et de l'utérus (82). La consommation d'alcool a également une influence sur le développement de nombreuses pathologies (cancers, maladies cardiovasculaires et digestives, maladies du système nerveux et troubles psychiques,...). 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 (83). Enfin, le cancer de l'œsophage est plus fréquent en cas d'association du tabac et de l'alcool.



Les maladies dégénératives

En 2022, environ 34 000 personnes ont été prises en charge pour une maladie neurologique ou dégénérative dans les Alpes-Maritimes, soit une prévalence standardisée de 2,31 %, la plus basse de la région (2,42 %) (Source : CNAM).

Sur la période 2018-2022, 680 personnes sont décédées en moyenne chaque année dans les Alpes-Maritimes d'une maladie du système nerveux, significativement moins que dans la région (- 16,1%). Cette sous-mortalité est également observée sur les territoires du littoral de la Riviera (- 41,8 %) et du littoral ouest (- 20,1 %), mais pas dans le Moyen et le Haut Pays (différence non significative) (Source : Inserm CépiDC).

Globalement, la mortalité par maladies du système nerveux a légèrement augmenté dans le département entre les périodes 2000-2004 et 2018-2022 (+ 9,5 %), comme dans la région (+ 12,5 %). Après avoir augmenté entre les périodes 2000-2004 et 2006-2010, la mortalité par maladies du système nerveux a baissé dans le département, malgré des fluctuations annuelles (Figure 63).

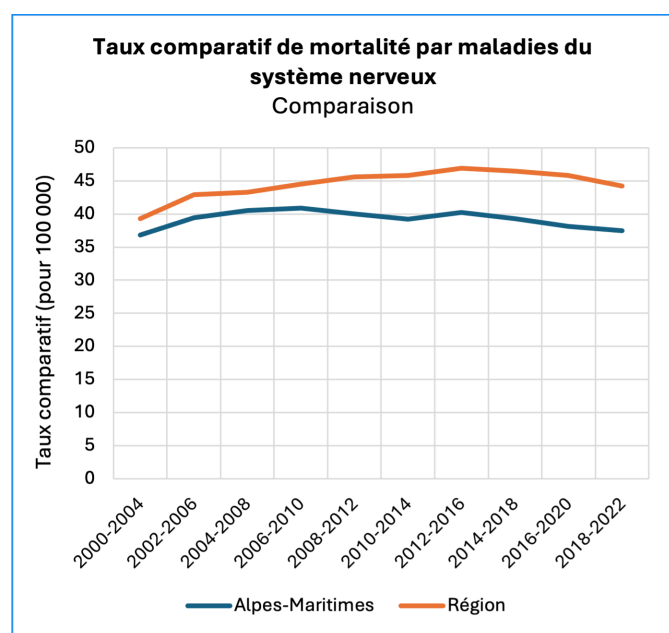


Figure 63 : Evolution du taux comparatif de mortalité par maladies du système nerveux dans les Alpes-Maritimes et dans la région, 2000-2004 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)

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



Les maladies infectieuses

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

Sur la période 2018-2022, 241 personnes sont décédées en moyenne chaque année dans les Alpes-Maritimes d'une maladie infectieuse ou parasitaire (différence non significative avec la région) Sur les 4 sous-territoires composant le département, seul le littoral de la Riviera se distinguait avec une mortalité significativement moins élevée que dans la région (- 34,7 %) (Source : Inserm CépiDC, Insee).

Entre les périodes 2000-2004 et 2018-2022, le taux de mortalité par maladies infectieuses a baissé dans le département (- 38,6 %), comme dans la région (- 36,0 %) (Figure 64).

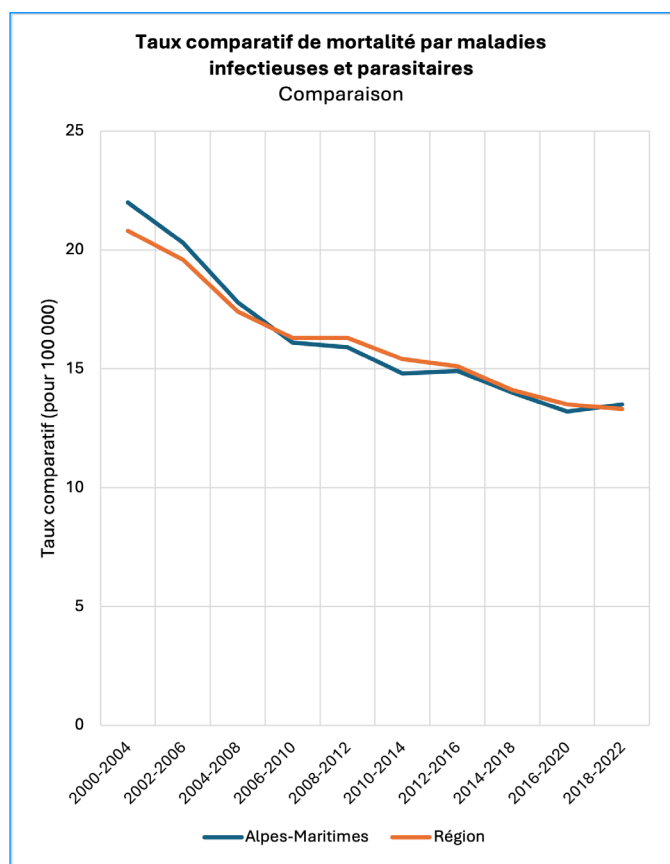


Figure 64 : Evolution du taux comparatif de mortalité par maladies infectieuses et parasitaires dans les Alpes-Maritimes et dans la région, 2000-2004 à 2018-2022 (Source : Inserm CépiDC, Insee)

Les maladies vectorielles

Les maladies à transmission vectorielle sont des maladies infectieuses transmises par des vecteurs, essentiellement insectes et acariens hématophages. Ces maladies peuvent être strictement humaines (paludisme par exemple) mais plusieurs sont des zoonoses (maladie transmissible de l'animal à l'Homme et inversement) (84).

Le moustique tigre est vecteur de maladies appelées « arboviroses », comme la dengue, le chikungunya et l'infection à virus Zika. Dans la région, plus de 97 % de la population vit à son contact.

Au 30 septembre 2025, 47 cas d'arboviroses importés confirmés et probables ont été recensés dans les Alpes-Maritimes (26 cas de dengue, 19 de chikungunya et 2 de Zika), soit près d'un quart des cas importés de la région (24 %). De même, 8 épisodes de transmission autochtone ont été recensés dans le département : ils ont donné lieu à l'identification de 157 cas de chikungunya autochtones, soit 45 % des cas de la région. L'épisode d'Antibes a été le plus important de la région : il a donné lieu à l'identification de 115 cas de chikungunya autochtones (85).

Par ailleurs, l'épisode d'infection au virus West Nile se poursuit dans les départements méditerranéens du sud de la France avec 24 cas humains recensés en 2024, même si aucun cas n'a été identifié dans les Alpes-Maritimes. Enfin, la borréliose de Lyme est une maladie transmise à l'être humain par des piqûres de tiques infectées. Si la région Provence-Alpes-Côte d'Azur n'est pas la plus touchée par cette maladie qui épargnait plutôt la zone méditerranéenne, la progression de cette pathologie est manifeste, y compris dans notre région.

L'expansion des maladies à transmission vectorielle découle 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. 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) (86,87).

Les infections sexuellement transmissibles

Le VIH/SIDA

En 2022, 0,4 % des assurés du régime étaient pris en charge dans le département pour le VIH ou le Sida, soit la proportion la plus élevée de la région (0,3 %) (Source : CNAM).

En 2023, d'après les estimations de Santé Publique France, le nombre de nouvelles découvertes de séropositivité s'élevait à 358 dans la région, un nombre en augmentation, soit un taux corrigé de 69,2 par million d'habitants : il s'agissait de la 2^e région de France métropolitaine la plus touchée par l'épidémie de VIH, derrière la région Ile-de-France. Par ailleurs, 50 diagnostics de Sida auraient été posés dans l'année. Fin 2023, d'après les estimations, 663 personnes vivaient avec le VIH sans connaître leur séropositivité dans la région. En baisse constante entre 2012 et 2021, l'incidence du VIH ne diminue plus au cours des deux dernières années, voire amorce une reprise. La baisse observée pendant dix ans était essentiellement concentrée dans la population des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) nés en France, notamment grâce à une fréquence plus élevée du dépistage et au déploiement de la PrEP dans cette population. Or l'incidence ne diminue plus dans ce groupe depuis 2021. Cette situation chez les HSH, qui concentrent près de la moitié des nouvelles contaminations, est préoccupante (88).

Entre 2018 et 2022, 9 personnes sont décédées en moyenne chaque année du Sida dans les Alpes-Maritimes, une surmortalité significative de + 58,7 % par rapport à la région (Source : Inserm CépiDC, Insee).

Environ 180 000 personnes vivent avec le VIH en France, dont plus de 10 000 ignorent leur séropositivité. Avec 7,5 millions de sérologie VIH réalisées en 2023, l'augmentation de l'activité de dépistage du VIH s'est accélérée, portée pour moitié par la montée en charge du dispositif VIHTest, dépistage sans ordonnance et gratuit en laboratoire pour les assurés sociaux, mis en place à partir de 2022. Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité a augmenté depuis 2020, mais la part des diagnostics tardif reste élevée, proche de 40 % (89).

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 hépatites virales

Dans les Alpes-Maritimes, 6 cas d'hépatites A ont été déclarés en 2025 (chiffres provisoires de septembre 2025), soit 8 % des cas déclarés dans la région, contre 21 cas en 2024 (25,6 % des cas dans la région) (85).

Entre 2018 et 2022, 11 personnes sont décédées en moyenne chaque année d'une hépatite virale dans les Alpes-Maritimes, une différence non significative par rapport à la région (Source : Inserm CépiDC).

Les infections par les virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) constituent un enjeu important de santé publique du fait de leur gravité potentielle (évolution vers la cirrhose ou le cancer primitif du foie), du nombre de personnes infectées et du coût engendré par leur prise en charge. 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 (90).



L'obésité

Il n'existe actuellement pas d'informations sur la prévalence du surpoids et de l'obésité à l'échelle départementale.

Les données les plus récentes sont issues d'une enquête nationale, l'Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité (OFEQ), datant de 2024. Elle estime que plus d'un adulte sur 6 (17,9 %), soit près de 10 millions de personnes, sont en situation d'obésité en France métropolitaine. Par ailleurs, un tiers des enfants âgés de 2 à 7 ans (34 %) et 1 enfant âgé de 8 à 17 ans sur 5 (21 %) serait en situation de surpoids ou d'obésité et près d'un jeune sur 5 (21 %) âgé de 8 à 17 ans (91). Néanmoins, ces chiffres élevés posent la question de l'adéquation des seuils actuels pour mesurer la prévalence de l'obésité ou du surpoids, particulièrement chez les enfants les plus jeunes (92). L'obésité tend à être deux fois plus élevée chez les CSP les plus basses (employés et ouvriers) que chez les cadres (respectivement 18,0 % et 9,9 %). Des disparités territoriales importantes existent en France : dans deux régions, les Hauts-de-France (22,1 %) et le Grand Est (20,1 %), plus d'un habitant sur 5 est obèse. Provence-Alpes-Côte d'Azur est l'une des régions de France les moins touchées par l'obésité (15,9 %, soit le 4^e taux national), malgré une prévalence en augmentation (92).

L'obésité peut être à l'origine de différentes pathologies comme le diabète de type 2, l'hypertension artérielle, des maladies respiratoires (syndrome d'apnée du sommeil, hypoventilation,...), des troubles hormonaux (perturbation des cycles menstruels chez la femme), des maladies articulaires comme l'arthrose. Ainsi une perte de poids même modeste est bénéfique sur le plan métabolique, cardiovasculaire, respiratoire et musculosquelettique (93).

Les enjeux associés au vieillissement

Le vieillissement entraîne une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, une majoration du risque de maladie et, enfin, le décès. Ainsi, à partir de 65 ans, les français peuvent s'attendre à souffrir d'une maladie chronique ou d'une incapacité pendant plus de la moitié des années leur restant à vivre (94). En outre, à mesure qu'ils prennent de l'âge, les gens risquent davantage de souffrir simultanément de plusieurs problèmes de santé (multimorbidité). Cependant, ces changements ne sont pas linéaires : alors qu'à 70 ans, certaines personnes jouissent encore d'une très bonne santé et de solides capacités fonctionnelles, d'autres, au même âge, sont fragiles et ont besoin de beaucoup d'aide.

La multimorbidité : des conséquences pour les patients et un défi pour la médecine générale

De nombreuses personnes âgées souffrent simultanément de plusieurs maladies chroniques, ce que l'on appelle la multi morbidité. Cette situation a d'importantes conséquences pour le patient en termes de qualité de vie et induit un risque de perte d'autonomie et une vulnérabilité sur le plan social. Les patients atteints de plusieurs maladies chroniques reçoivent en général des médicaments pour traiter chacune d'elles (poly médication), ce qui place les médecins généralistes face aux enjeux complexes de la gestion de l'ordonnance et face à la question de la déprescription.

Les médecins généralistes occupent un rôle central dans la prise en charge des personnes souffrant de plusieurs maladies chroniques et notamment à la gestion des ordonnances. Une grande majorité des généralistes assument leur rôle central dans la gestion de l'ordonnance de ces patients et se sentent à l'aise pour proposer de déprescrire les médicaments qu'ils jugent inappropriés. Par exemple, pour 8 médecins sur 10, les guides de bonnes pratiques disponibles pour chaque pathologie chronique apportent une aide concrète, mais sont difficiles à appliquer chez les patients souffrant de plusieurs maladies chroniques. Par ailleurs, plus de la moitié des médecins estiment insuffisante la collaboration entre médecins traitants et pharmaciens en matière de polymédication (95).



Des personnes dépendantes à domicile de plus en plus nombreuses

Dans les Alpes-Maritimes, comme dans le reste de la France, l'arrivée aux âges avancés des générations nombreuses du baby-boom se traduira inéluctablement par une progression du nombre de personnes âgées dépendantes, dont le devenir et la prise en charge sont des enjeux majeurs de société. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016, a pour objectifs d'anticiper et de prendre en compte l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et d'offrir des solutions adaptées à leurs besoins (96).

En 2021, dans le département, environ 37 400 personnes âgées de 75 ans ou plus vivaient seules à leur domicile dans le département et étaient en situation de perte d'autonomie modérée à sévère (28,8 %, contre 26,9 % dans la région), une proportion en nette augmentation. Près de 15 700 étaient en situation de perte d'autonomie sévère (12,1 %) (région : 11,9 %). D'après les estimations de l'Insee, en 2035, elles seront près de 48 600 personnes en situation de perte d'autonomie modérée à sévère et 20 500 en perte d'autonomie sévère, nécessitant environ 13 600 ETP d'aide formelle et 43 000 ETP d'aide informelle (42).

En 2022, l'espérance de vie à 60 ans des femmes était de 27,3 ans, dont 4,2 ans en moyenne passés en situation de perte d'autonomie (2,9 années à domicile et 1,3 année en établissement [graphique]), soit 15 % de l'espérance de vie à 60 ans. Elle était moins importante chez les hommes (23,0 années), qui vivaient en moyenne 2,4 années en situation de perte d'autonomie (1,6 année à domicile et 0,7 année en établissement), ce qui représente 10 % de l'espérance de vie à 60 ans. Pour les femmes comme pour les hommes, la part de l'espérance de vie passée en situation de perte d'autonomie a baissé entre 2015 et 2022 (-4 points pour les femmes, -3 points pour les hommes). Ainsi, tandis que l'espérance de vie à 60 ans a quasiment stagné entre 2015 et 2022 (0,1 an pour les femmes, stagnation pour les hommes), celle sans perte d'autonomie a augmenté (+0,8 an pour les femmes et +0,5 an pour les hommes), du fait de la moindre proportion de personnes en perte d'autonomie à domicile (97).

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. Actuellement en France, 8.3 millions de personnes accompagnent au quotidien un proche de leur entourage en situation de maladie ou du handicap, à tous les âges de la vie.

Pour 9 français sur 10, la prise en charge du grand âge et de la dépendance est un sujet important. Par ailleurs, les trois-quarts (73 %) des plus de 65 ans se sentent personnellement concernés par ce sujet. Cependant, deux-tiers des Français interrogés jugent insatisfaisante la prise en compte actuelle de cette question en France et 65 % d'entre eux se disent inquiets de leur capacité à accéder aux services et aides dont ils pourraient avoir besoin en vieillissant. Les inquiétudes des français portent essentiellement sur les maladies neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer, car ils pensent que ce sont les pathologies pour lesquelles il existe le moins de solutions de prise en charge (98).

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.

La fragilisation de l'aidant peut influencer notablement sur le parcours du patient et entraîner son hospitalisation ou son entrée en institution. Des avancées ont été enregistrées ces dernières années, mais les situations demeurent hétérogènes selon les territoires. Les plateformes d'accompagnement et de répit apportent un soutien aux proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie et de personnes atteintes d'une maladie chronique invalidante ou en situation de handicap. A ce jour, trois plateformes couvrent le département des Alpes-Maritimes : Grasse-Cannes-Antibes, Centre de Soutien Santé Social et Est Azur (99).



6

CONCLUSION



Principaux constats issus du portrait

Le département des Alpes-Maritimes est un territoire contrasté qui se caractérise par une grande diversité de reliefs et paysages, mais aussi d'enjeux environnementaux et sanitaires. La bande littorale, qui concentre les principaux pôles urbains du département, est très urbanisée et densément peuplée, et accueille de plus de nombreux touristes. Le territoire reste exposé à une pollution atmosphérique importante liée aux transports et aux secteurs résidentiel et tertiaire, malgré une amélioration constante de la qualité de l'air ces dernières années. Le Moyen pays, vaste zone d'arrière-pays largement occupé par les espaces naturels, est attractif sur le plan résidentiel, mais doit faire face à des défis spécifiques (pression sur les milieux naturels, maîtrise de l'urbanisation, risque d'incendies dans les zones urbanisées en bordure de massifs forestiers ...). Le Haut Pays, enfin, est un territoire rural et de montagne éloigné des pôles urbains, où la mobilité et l'accès aux équipements (dont les services de santé) constituent des problématiques majeures. Enfin, deux problématiques majeures concernent l'ensemble du territoire : tout d'abord, des difficultés d'accès au logement marquées, qui s'expliquent notamment par le prix élevé des logements et la rareté du foncier, la forte demande de logements, notamment dans les secteurs touristiques, et par l'offre de logements sociaux insuffisante pour répondre aux besoins. Une autre problématique est celle des changements climatiques, renforçant les risques naturels préexistants (inondations, feux de forêts, mouvements de terrain, favorisant les événements climatiques extrêmes (tempêtes, canicules) et la prolifération des nuisibles.

Avec plus de 1 110 000 habitants, le département des Alpes-Maritimes était en 2022 le 2^e le plus peuplé de la région, après les Bouches-du-Rhône, malgré une répartition inégale de la population : près de 2 habitants sur 3 vivaient sur le littoral (65 %), mais seulement 1 sur 30 dans le Haut Pays, ce territoire représentant pourtant près des deux-tiers de la superficie du département. Le département des Alpes-Maritimes dispose de nombreux atouts (climat, cadre de vie, patrimoine naturel ...) qui contribuent à son attractivité résidentielle et touristique : il présente une croissance démographique moyenne annuelle de + 0,5 %, parmi les plus élevées de la région (2^e rang régional) et supérieure à la moyenne nationale (+ 0,3 % par an), le département accueille environ 5 100 nouveaux habitants en moyenne chaque année. Cette croissance, en forte augmentation par rapport à la période précédente, repose exclusivement sur un solde migratoire élevé (+ 0,5 % par an), reflet de l'attractivité du territoire, et compense le vieillissement de la population (solde naturel de - 0,1 %). Les dynamiques démographiques sont cependant différentes au sein du département : le littoral ouest et le Moyen Pays sont ceux qui gagnent le plus d'habitants, alors que le littoral de la Riviera et le Haut Pays voient leur population diminuer, du fait d'un vieillissement de la population particulièrement marqué.

En 2022, un peu plus d'1 habitant sur 5 était âgé de moins de 20 ans (20,9 %), une proportion moins importante que dans la région et qu'en France. Les enfants étaient cependant plus nombreux dans le Moyen Pays et les jeunes à Nice et aux alentours de la technopole de Sophia Antipolis. Avec 13,0 % de personnes âgées de 75 ans ou plus, le département était le 3^e le plus âgé de la région (11,5 %). Les seniors étaient particulièrement nombreux dans le Haut Pays et sur le littoral. Près d'1 sur 2 vivait seul (44,0 %), la 2^e proportion la plus élevée de la région, et plus d'1 sur 4 était en situation de perte d'autonomie modérée ou sévère (28,8 %). Les projections anticipent une poursuite du vieillissement de la population départementale : à l'horizon 2035, 1 habitant des Alpes-Maritimes sur 6 (16,5 %) devrait être âgé de 75 ans ou plus, soit une augmentation de + 22 % de cette classe d'âge.

Certains publics vulnérables sont largement représentés dans le département, notamment dans les grandes villes et dans certaines zones du Haut Pays. Il s'agit notamment des personnes vivant seules, des familles monoparentales, des étudiants et des personnes touchés par la pauvreté : elles sont moins nombreuses dans le département que dans la région (16,0 contre 17,4 %), mais elles sont davantage représentées dans certains groupes de population (habitants des quartiers prioritaires, jeunes de moins de 30 ans, familles monoparentales).

En matière d'offre de soins, le département des Alpes-Maritimes présente des densités médicales élevées (1^{er} rang régional pour les médecins spécialistes et les chirurgiens-dentistes et 2^e rang régional pour les médecins généralistes), qui masquent des disparités territoriales importantes. Par exemple, près de 50 % de l'offre de médecine générale est concentrée dans 3 communes du littoral, alors que 22 000 habitants du Moyen et du Haut Pays résident à plus de 10 minutes de route du médecin généraliste le plus proche. En 10 ans, la densité de médecins généralistes a baissé de 10 % dans le département, un peu moins rapidement que dans la région (- 14 %). Le littoral a été le plus touché, alors que le Moyen Pays a vu son offre stagner. On observe cependant une augmentation récente de la densité médicale dans le département, laissant présager une évolution favorable dans les années à venir. Par ailleurs, les densités de professions paramédicales libérales relevées dans le département sont supérieures ou égales à la moyenne régionale, sauf pour les sage-femmes : le département présente la densité régionale la plus basse pour cette profession. Là encore, certains territoires du Moyen et du Haut Pays sont sous-dotés, notamment en dentistes, sage-femmes et orthophonistes. A noter que le Conseil Départemental des Alpes-Maritimes a

créé, dans le cadre de son Plan Santé, un dispositif d'aide à l'installation pour les professionnels de santé désireux de s'installer dans le Haut et le Moyen Pays. Un centre de santé départemental a également vu le jour à Puget-Théniers, de même qu'une cabine de télémedecine connectée à Valberg.

L'offre hospitalière du département est concentrée dans les grandes villes du département, notamment sur le littoral, ajoutant à nouveau des inégalités d'accès à ces services sur le territoire. Par exemple, environ 44 000 habitants, soit 4 habitants sur 10, devaient parcourir plus de 30 minutes de trajet pour se rendre dans le service d'urgences le plus proche, les temps de trajet pouvant atteindre 2 heures dans certains secteurs du Haut Pays. Le département présente les taux d'équipement en structures sanitaires parmi les plus faibles de la région, également moins élevés qu'en France, sauf pour l'activité de médecine chirurgie obstétrique.

En ce qui concerne l'offre médico-sociale, le département des Alpes-Maritimes présente globalement des taux d'équipement en établissements et services pour les personnes âgées plus élevés que dans la région (sauf pour les logements foyers et les hébergements temporaires), mais moins élevés qu'en France. Là encore, des inégalités territoriales existent : par exemple, le Moyen et le Haut Pays sont mieux dotés en EHPAD que le littoral, contrairement à ce qui est observé pour les logements temporaires. Par ailleurs, le département est parmi les moins équipés de la région en structures d'accompagnement pour les enfants et les adultes avec un handicap, sauf pour les établissements destinés aux enfants avec une déficience motrice ou sensorielle.

Les niveaux de recours aux soins médicaux sont parmi les plus élevés de la région, surtout sur le littoral et dans le Moyen Pays. Cependant, plus d'1 habitant sur 10 (11,6 %) n'a pas de médecin traitant déclaré, une proportion moins élevée que dans la région, mais équivalente à la moyenne nationale. Le taux de recours aux urgences (34,5 passages pour 100 habitants) est également un peu plus élevé que dans la région (33,9 pour 100), surtout chez les habitants du littoral ouest (38,0 pour 100). Il est cependant beaucoup moins important chez les habitants du Haut Pays (19,4 pour 100) et du littoral de la Riviera (25,7 pour 100), ce qui s'explique probablement en partie par des problèmes d'accessibilité, mais aussi par l'existence de dispositifs alternatifs dans les secteurs les plus reculés du département, comme les médecins correspondant du SAMU.

La réalisation des actes de santé publique (dépistage des cancers, bilans bucco-dentaires, suivi gynécologique...) est parmi les plus élevées de la région. A noter cependant quelques points de vigilance : par exemple, les couvertures vaccinales sont moins élevées dans le département que dans la région, chez les enfants comme chez les personnes à risque, sauf dans le Moyen Pays. De même, la participation au dépistage du cancer colorectal dans les Alpes-Maritimes est la plus basse de la région. Enfin, les niveaux de participation aux différents dépistages sont moins élevés dans le Haut Pays que dans le reste du département. A ce sujet, un bus santé connecté a été mis en place par le Conseil Départemental en 2024. Il se déplace dans les zones rurales du Moyen et Haut Pays afin de proposer une offre de santé au plus près des habitants (téléconsultations médicales, actions de prévention et de dépistage, consultations de médecine générale, vaccination).

Les données sur l'état de santé de la population sont satisfaisantes dans le département. L'espérance de vie à la naissance y est la 2^e la plus élevée de la région, chez les hommes comme chez les femmes. Les prévalences de maladies chroniques sont moins élevées que dans le reste de la région, notamment pour les maladies cardio-vasculaires, neurologiques et psychiatriques. Les données de mortalité indiquent également une situation plus favorable dans le département : on relève ainsi des niveaux de mortalité significativement moins élevés que dans la région pour de multiples pathologies (cancers, maladies du système nerveux, accidents de la vie courante et de la circulation, diabète...). A noter cependant que certaines problématiques de santé spécifiques posent des défis majeurs dans le département, depuis de nombreuses années (VIH), ou plus récemment (les maladies vectorielles et la mortalité infantile élevée). Enfin, les indicateurs de santé varient de façon importante selon les territoires : le territoire du littoral de la Riviera est celui qui présente les données de mortalité les plus favorables. Le Haut Pays et le littoral ouest présentent, quant à eux, des données plus contrastées selon les pathologies. Le littoral ouest, notamment, se distingue par une mortalité prématurée, liée au tabagisme et à l'alcool notamment élevée.

Évolution de la situation du territoire

Depuis le précédent portrait départemental datant de 2022, on observe la persistance de certains constats, qu'ils soient négatifs (exposition à de multiples risques environnementaux, inégalités sociales et territoriales de santé et d'accès aux soins et à la prévention, couvertures vaccinales insuffisantes, VIH...) ou positifs (fortes densités médicales et paramédicales, réalisation d'actes de prévention, données sur l'état de santé).

Par ailleurs, certaines évolutions encourageantes doivent être relevées, comme la reprise de la croissance démographique, l'augmentation récente des effectifs de médecins généralistes, mettant en évidence une augmentation de l'attractivité de ce territoire et une dynamique territoriale à conforter.

Plusieurs tendances peuvent être anticipées pour les années à venir :

- ▶ Le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes avec une ou plusieurs maladies chroniques, qui devrait s'accompagner d'une augmentation des besoins et de la demande de soins et d'accompagnement à domicile ;
- ▶ Les changements climatiques devraient s'accompagner d'une augmentation de certains risques, avec des conséquences sanitaires potentiellement importantes : phénomènes météorologiques extrêmes (canicules, tempêtes, inondations, épisodes de sécheresse...), aggravation de la qualité de l'air, allergies, baisse des ressources en eaux.

Perspectives d'intervention

Cet état des lieux met en évidence différentes perspectives d'intervention prioritaires dans le département, pour maintenir les acquis du territoire et réduire les inégalités sociales et territoriales :

- ▶ Développer une stratégie intégrée de résilience territoriale (adaptation aux changements climatiques, prévention des risques ...) ;
- ▶ Favoriser et accompagner le maintien de la qualité de vie et de l'autonomie des personnes vieillissantes et en perte d'autonomie à domicile ;
- ▶ Expérimenter des solutions innovantes afin de mieux desservir les populations éloignées de l'offre de soins, particulièrement dans le Haut Pays ;
- ▶ Renforcer les actions de prévention et d'aller vers en direction des publics les plus vulnérables ;
- ▶ Développer des actions ciblées sur les territoires et les populations les plus vulnérables.



BIBLIOGRAPHIE

1. Chiffres clés | Département des Alpes-Maritimes [Internet]. 2024 [cité 5 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.departement06.fr/chiffres-cles>
2. Parcs Naturels Départementaux | Randoxygène [Internet]. 2025 [cité 5 sept 2025]. Disponible sur: <https://randoxygene.departement06.fr/parcs-naturels-departementaux>
3. biodiversite-sante-2022.pdf [Internet]. [cité 12 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.orspaca.org/sites/default/files/biodiversite-sante-2022.pdf>
4. Enquête sur la mobilité dans notre département | Département des Alpes-Maritimes [Internet]. 2025 [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.departement06.fr/enquete-sur-la-mobilite-dans-notre-departement>
5. carsalade elodie. Les chiffres clés 2024 de l'économie azurée - CCI Nice Côte d'Azur [Internet]. CCI-Nice. 2025 [cité 5 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.cote-azur.cci.fr/les-chiffres-cles-2024-des-alpes-maritimes-devoiles/>
6. Sophia-Antipolis [Internet]. [cité 5 sept 2025]. Accueil. Disponible sur: <https://www.sophia-antipolis.fr/>
7. Innov'Alliance | Direction générale des Entreprises [Internet]. [cité 5 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.entreprises.gouv.fr/espace-entreprises/etre-accompagne/annuaire-poles-competitivite/innovalliance>
8. Aktantis | Direction générale des Entreprises [Internet]. [cité 5 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.entreprises.gouv.fr/espace-entreprises/etre-accompagne/annuaire-poles-competitivite/aktantis>
9. Provence-Alpes-Côte d'Azur Tourisme [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Alpes-Maritimes : tourisme, villages et villes. Disponible sur: <https://provence-alpes-cotedazur.com/decouvrir/villes/alpes-maritimes/>
10. Une saison touristique dynamisée par la clientèle venant de l'étranger et les campings - Insee Flash Provence-Alpes-Côte d'Azur - 109 [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8310855>
11. Airbnb, Booking, Expedia Group et TripAdvisor : Provence-Alpes-Côte d'Azur, première destination de France pour la location via ces plateformes en ligne - Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 131 [Internet]. [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8198762>
12. Destination Côte d'Azur France – Le Site officiel [Internet]. [cité 8 sept 2025]. Baromètre chiffres clés 2024. Disponible sur: <https://cotedazurfrance.fr/professionnels-du-tourisme/actualites/barometre-chiffre-cles/>
13. D'Azur C. L'AGRICULTURE, L'AGROALIMENTAIRE ET LA FORÊT DANS LES.
14. CCI Nice Côte d'Azur. Chiffres clés 2024 des Alpes-Maritimes [Internet]. Etudes Data; 2025 [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: https://www.cote-azur.cci.fr/app/uploads/2022/11/Chiffres-cles-AM-2025-148x148mm_web.pdf
15. Industrie - CCI Nice Côte d'Azur [Internet]. [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.cote-azur.cci.fr/etudes-et-data/indicateurs-thematiques/secteur-industrie/>
16. Bureau d'analyse des risques et pollutions industriels. Inventaire des incidents et accidents technologiques survenus en 2024 [Internet]. 2025 [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: https://www.aria.developpement-durable.gouv.fr/wp-content/uploads/2025/07/2025_Inventaire_Web.pdf
17. Declercq C, Pascal M, Chanel O, Corso M, Ung A, Pascal L, et al. Impact sanitaire de la pollution atmosphérique dans neuf villes françaises: Résultats du projet Aphekom [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
18. Nieuwenhuijsen MJ. Urban and transport planning, environmental exposures and health-new concepts, methods and tools to improve health in cities. Environ Health. déc 2016;15(S1):S38.
19. SPF. Estimation des bénéfices potentiels pour la santé d'une amélioration de la qualité de l'air ambiant en Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. [cité 9 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/estimation-des-benefices-potentiels-pour-la-sante-d-une-amelioration-de-la-qualite-de-l-air-ambiant-en-provence-alpes-cote-d-azur>
20. Métropole Nice Côte d'Azur. La Métropole Nice Côte d'Azur face aux risques climatiques [Internet]. 2021 [cité 2 oct 2025]. Disponible sur: https://www.nicecotedazur.org/uploads/files/Cahier_territorial_NCA_GREC_SUD_juin_2021_VF_HD_28072021.pdf
21. Lutte contre les feux de forêts | Département des Alpes-Maritimes [Internet]. 2024 [cité 9 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.departement06.fr/lutte-contre-les-feux-de-forets>
22. Les services de l'État dans les Alpes-Maritimes [Internet]. [cité 9 sept 2025]. Dossier Départemental sur les risques majeurs - Edition 2021. Disponible sur: <https://www.alpes-maritimes.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Environnement-risques-naturels-et-technologiques/Les-risques-naturels-et-technologiques/Dossier-Departemental-sur-les-risques-majeurs-Edition-2021>
23. Campagne de prévention des feux de forêt et de végétation: Ayons les bons réflexes pour prévenir les feux et s'en protéger [Internet]. [cité 9 sept 2025]. Disponible sur: https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/documents/12.06.2024_DP_feux_de_forets_0.pdf
24. Un million d'habitants vivent en zone inondable - Insee Analyses Provence-Alpes-Côte d'Azur - 65 [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3614748>
25. DEVIS WhiteBox [Internet]. [cité 10 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.alpes-maritimes.gouv.fr/contenu/telechargement/40374/302208/file/DDRM06%20Version%202021.pdf>
26. IGEDD. IGEDD. 2023 [cité 9 sept 2025]. Retour d'expérience des intempéries des 2 et 3 octobre 2020 dans les Alpes-Maritimes - Enseignements de la crise et propositions pour une reconstruction résiliente. Disponible sur: <https://www.igedd.developpement-durable.gouv.fr/retour-d-experience-des-intemperies-des-2-et-3-a3155.html>
27. Tempête Aline [Internet]. Métropole Nice Côte d'Azur. 2023 [cité 9 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.nicecotedazur.org/actualites/tempete-aline/>

28. Les services de l'État dans les Alpes-Maritimes [Internet]. 2021 [cité 3 oct 2025]. Dossier Départemental sur les Risques Majeurs dans les Alpes-Maritimes. Disponible sur: <https://www.alpes-maritimes.gouv.fr/Actions-de-l-Etat/Environnement-risques-naturels-et-technologiques/Les-risques-naturels-et-technologiques/Dossier-Departemental-sur-les-risques-majeurs-Edition-2021/DDRM-a-telecharger-par-partie>
29. Redmond AD. Natural disasters. *BMJ*. 28 mai 2005;330(7502):1259-61.
30. 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*. déc 2018;213(6):716-22.
31. Verger P, Hunault C, Rotily M, Baruffol E. [Risk factors for post traumatic stress symptoms five years after the 1992 flood in the Vaucluse (France)]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. août 2000;48 Suppl 2:2S44-53.
32. 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.
33. Mohajerani A, Bakaric J, Jeffrey-Bailey T. The urban heat island effect, its causes, and mitigation, with reference to the thermal properties of asphalt concrete. *J Environ Manage*. juill 2017;197:522-38.
34. Stewart ID, Oke TR. Local Climate Zones for Urban Temperature Studies. *Bull Am Meteorol Soc*. 1 déc 2012;93(12):1879-900.
35. Benmarhnia T. LES VILLES ET LA CANICULE : SE PRÉPARER AU FUTUR ET PRÉVENIR LES EFFETS SANITAIRES DES ÎLOTS DE CHALEUR URBAINS / CITIES AND HEATWAVES: PREPARE THE FUTURE AND PREVENT HEALTH EFFECTS OF URBAN MICRO-HEAT ISLANDS.
36. Tillaut H, Ravault C, Rambourg MO, Pascal M. Vague de chaleur et santé : revue bibliographique.
37. Rapport_quinquennal_eaux_conso_humaine_VF.pdf [Internet]. [cité 11 sept 2025]. Disponible sur: https://prse-paca.fr/wp-content/uploads/2024/06/Rapport_quinquennal_eaux_conso_humaine_VF.pdf
38. Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Diagnostic socio-sanitaire et environnemental de la métropole Nice Côte d'Azur [Internet]. 2023 [cité 3 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.orspaca.org/sites/default/files/publications/diagnostic-mp-nice.pdf>
39. ADIL des Alpes-Maritimes. Les niveaux de loyers 2023 sur le marché locatif du parc privé [Internet]. Observatoire des loyers des Alpes-Maritimes; 2025 [cité 3 oct 2025]. Disponible sur: https://observatoire-du-logement.org/wp-content/uploads/ADIL06_BROCHURE-OLL-mai_2025.pdf
40. 2025_01_24_resume_etude_signalements_lhi_2023_version_publique-2.pdf [Internet]. [cité 11 sept 2025]. Disponible sur: https://www.paca.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/2025_01_24_resume_etude_signalements_lhi_2023_version_publique-2.pdf
41. SPF. Étude Qualisurv-Habitat 2013-2014 : effets des conditions de logement dégradées sur la santé. Éléments descriptifs [Internet]. [cité 11 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/etude-qualisurv-habitat-2013-2014-effets-des-conditions-de-logement-degradees-sur-la-sante.-elements-descriptifs>
42. Observatoire régionale de la Santé. Actualisation des projections de la perte d'autonomie et de sa prise en charge chez les personnes âgées de 75 ans et plus en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.orspaca.org/sites/default/files/Note-perte-autonomie-2024.pdf>
43. Petits Frères des Pauvres. Baromètre solitude et isolement: quand on a plus de 60 ans en France en 2021 [Internet]. 2021. Disponible sur : https://www.petitsfreresdespauvres.fr/wp-content/uploads/2024/01/Barometre-2021_PFP_-_sans-embargo_BD-1.pdf
44. louis.maurin. De plus en plus de personnes vivent seules [Internet]. Centre d'observation de la société. 2023 [cité 16 sept 2025]. Disponible sur: https://www.observationsociete.fr/structures-familiales/personnes-seules/evol_vie_solo_2/
45. Soudrie U, Bigo S. La monoparentalité en France [Internet]. Compas zOOM; 2025. Disponible sur: http://www.lecompas.fr/doc/CompaszOOM30_24mars2025.pdf
46. Les chiffres clés de la DREETS PACA - QPV [Internet]. 2024 [cité 3 oct 2025]. Disponible sur: https://paca.dreets.gouv.fr/sites/paca.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/quartiers_prioritaires_de_la_politique_de_la_ville_qpv_-2.pdf
47. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes - Insee Première - 1687 [Internet]. [cité 17 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>
48. Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Beck F, Nguyen-Thanh V. PRÉVALENCE DU TABAGISME ET DU VAPOTAGE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2022 PARMI LES 18-75 ANS / PREVALENCE OF SMOKING AND VAPING IN FRANCE IN 2022 AMONG 18-75 YEAR OLDS. 2023;
49. Vaux S, Gautier A, Fonteneau L, Gault G, Gagnière B, Soullier N, et al. COUVERTURE VACCINALE CONTRE LA GRIPPE CHEZ LES PERSONNES DE 65 À 85 ANS ET ÉTUDE DES DÉTERMINANTS, BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2021. Baromètre de Santé publique France. 2025;
50. Lapinte A, Legendre B. Renoncements aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres [Internet]. DREES; 2021. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>
51. Observatoire régionale de la Santé PACA. Synthèse Santé et conditions de vie des étudiants en région Provenances-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2020 [cité 18 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.orspaca.org/sites/default/files/synthese-enquete-etudiants.pdf>
52. Farache J. L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner. 2016;

53. Davin-Casalena B, Scronias D, Videau Y, Verger P. How general practitioners in France are coping with increased healthcare demand and physician shortages. A panel data survey and hierarchical clustering. *Health Policy*. nov 2024;149:105175.
54. Dumesnil H, Lutaud R, Bellon-Curutchet J, Deffontaines A, Verger P. Dealing with the doctor shortage: a qualitative study exploring French general practitioners' lived experiences, difficulties, and adaptive behaviours. *Fam Pract*. 2 déc 2024;41(6):1039-47.
55. Drees. Etudes et Résultats : Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022 [Internet]. 2022 [cité 22 sept 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ER1244.pdf>
56. Chevillard G, Mousquès J. Les maisons de santé attirent-elles les jeunes médecins généralistes dans les zones sous-dotées en offre de soins ? *Quest Déconomie Santé*. 2020;(247).
57. 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. Paris: IRDES; 2014. (Les rapports de l'IRDES).
58. Legendre B, Lapinte A. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. *Etudes Résultats* [Internet]. 2021 [cité 22 sept 2025];(1200). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1200.pdf>
59. Les cancers gynécologiques | APHP [Internet]. 2018 [cité 25 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.aphp.fr/vous-soigner/les-cancers/les-cancers-de-ladulte/les-cancers-gynecologiques>
60. CREAI Paca et Corse [Internet]. 2024 [cité 26 sept 2025]. Les chiffres clés du handicap - Alpes Maritimes. Disponible sur: https://creai-pacacorse.com/wp-content/uploads/2025/07/CCDH_06_bd.pdf
61. Cnam. Baromètre Handifaction : résultats et analyses [Internet]. Disponible sur: <https://www.handifaction.fr/barometre/>
62. Handifaction - Baromètre [Internet]. Handifaction. [cité 26 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.handifaction.fr/barometre/>
63. Insee [Internet]. [cité 26 sept 2025]. Les écarts d'espérance de vie entre cadres et ouvriers : 5 ans chez les hommes, 3 ans chez les femmes - Insee Première - 2005. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8220688>
64. Institut national du cancer. Panorama des cancers en France [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.cancer.fr/content/download/8030/file/Panorama_des_cancers_2023.pdf.pdf?version=12
65. Marant-Micallef C, David Shield K, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, et al. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. *Bull Epidémiol Hebd*. 21e éd. 2018;432-42.
66. Institut national du cancer. La vie cinq ans après un diagnostic de cancer [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/la-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-rapport>
67. Santé publique France. Épidémiologie des maladies cardiovasculaires en France [Internet]. 2025. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-4-mars-2025-n-hs-epidemiologie-des-maladies-cardiovasculaires-en-france>
68. Diabète [Internet]. [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete>
69. Accidents de la vie courante chez les enfants moins de 15 ans en France [Internet]. [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/accidents-de-la-vie-courante-chez-les-enfants-moins-de-15-ans-en-france>
70. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 30 sept 2025]. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee
71. Pouquet M, Carta O, Lefébure P, Kochert F, Paget L, Dembele A, et al. Épidémiologie des accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans vus en consultation de médecine générale et de pédiatrie en France hexagonale, 2022-2023. [Internet]. Paris: Réseau Sentinelles - Iplesp; 2024 [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: https://www.sentiweb.fr/document/i_58BatiDRFq
72. Ung A, Guldner L, Lino C. Surveillance épidémiologique des noyades durant l'été 2024 [Internet]. Santé publique France; 2024. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/654308/4394413?version=1>
73. SPF. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021 [Internet]. [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalence-des-episodes-depressifs-en-france-chez-les-18-85-ans-resultats-du-barometre-sante-2021>
74. Observatoire national interministériel de la sécurité routière. Accidentalité routière 2024 en France [Internet]. 2024 [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: https://www.onisr.securite-routiere.gouv.fr/sites/default/files/2025-01/2025%2001%2030_ONISR_Accidentalit%C3%A9_Bilan_provisoire_2024_v8ter.pdf
75. SPF. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021 [Internet]. [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalence-des-episodes-depressifs-en-france-chez-les-18-85-ans-resultats-du-barometre-sante-2021>
76. SPF. Conduites suicidaires en Paca. Bilan 2024. [Internet]. [cité 20 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/provence-alpes-cote-d-azur-et-corse/documents/bulletin-regional/2025/conduites-suicidaires-en-paca.-bilan-2024>

77. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives - 2e rapport / février 2016 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales>
78. SPF. Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011 [Internet]. [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides/caracteristiques-associees-a-la-mortalite-par-suicide-parmi-les-hommes-agriculteurs-exploitants-entre-2007-et-2011
79. Santé publique France. Le point épidémiologique. Indicateurs tabac 201. Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/547512/document_file/pe_tabac_paca_170723.pdf
80. Santé publique France. Le point épidémiologique. Indicateurs alcool 2021 et 2023. Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/622513/4271176?version=2>
81. Spilka S. Les drogues à 17 ans, analyses régionales - enquête ESCAPAD 2022.
82. Tabagisme, conséquences sur la santé - Santé publique France [Internet]. [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante>
83. Quels sont les risques de la consommation d'alcool pour la santé ? [Internet]. [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/articles/quels-sont-les-risques-de-la-consommation-d-alcool-pour-la-sante>
84. Maladies à transmission vectorielle [Internet]. [cité 30 sept 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-a-transmission-vectorielle>
85. SPF. Surveillance sanitaire en Paca. Bulletin du 25 septembre 2025. [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/provence-alpes-cote-d-azur-et-corse/documents/bulletin-regional/2025/surveillance-sanitaire-en-paca.-bulletin-du-25-septembre-2025>
86. Semenza JC, Suk JE. Vector-borne diseases and climate change: a European perspective. FEMS Microbiol Lett [Internet]. 1 janv 2018 [cité 1 oct 2025];365(2). Disponible sur: <https://academic.oup.com/femsle/article/doi/10.1093/femsle/fnx244/4631076>
87. 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. 19 déc 2021;11(4):371-81.
88. SPF. Bulletin de santé publique VIH-IST. Novembre 2023. [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/bulletin-national/bulletin-de-sante-publique-vih-ist.-decembre-2023>
89. Cazein F, Pichon P, Kunkel A, Lot F. Qui sont les personnes ayant développé un sida en France depuis 2012, malgré l'existence de traitements efficaces ? / Which people in France have developed AIDS since 2012, despite the existence of effective treatments? BEH. 2024;23-24:549-57.
90. Pascal L, Vaux S, Pioche C, Brouard C, Pillonel J, Bousquet V, et al. Hépatites B et C. Bull Veille Sanit [Internet]. juin 2017 [cité 1 oct 2025];24. Disponible sur: https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-06/BVS_VHB%20VHC_Paca%20Corse.pdf
91. Lutte contre l'obésité : La Ligue nationale Contre l'Obésité dévoile une nouvelle étude épidémiologique OFÉO | Ligue nationale Contre l'Obésité [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: <https://liguecontrelobesite.org/actualite/lutte-contre-lobesite-la-ligue-nationale-contre-lobesite-devoile-une-nouvelle-etude-epidemiologique-ofeo/>
92. Forte progression de l'obésité en France en 2020. [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: <https://liguecontrelobesite.org/actualite/forte-progression-de-lobesite-en-france-en-2020/>
93. Obésité · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/obesite/>
94. OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies. France : Profils de santé par pays 2021, State of Health in the EU [Internet]. 2021 [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_fr_french.pdf
95. Carrier H, Zaytseva A, Bocquier A, Verger P, Barlet M, Chaput H, et al. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. 2017;
96. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées [Internet]. 2025 [cité 10 oct 2025]. Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées -. Disponible sur: <http://sante.gouv.fr/>
97. Louvel A, Monirijavid S. Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015. DREES, Etudes et Résultats [Internet]. 1318e éd. nov 2024 [cité 1 oct 2025]; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/ER1318.pdf>
98. Baromètre santé 360 : Grand âge, dépendance et accompagnement du vieillissement [Internet]. Odoxa. [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: <https://www.odoxa.fr/sondage/barometre-sante-360-grand-age-dependance-accompagnement-vieillessement/>
99. Agence Régionale de Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les plateformes territoriales d'appui de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Internet]. [cité 1 oct 2025]. Disponible sur: https://www.oncopacacorse.org/wp-content/uploads/2019/06/2019_04_pta_carto-reg-pta-ars-paca_tp_.pdf



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

www.sirsepaca.org



Indicateurs :
cartes, tableaux et graphiques

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



Portraits de territoire :
éditez un rapport sur mesure

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



Zonages :
sélectionnez et comparez

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



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

© Édition Septembre 2025
ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur
Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales
27 Boulevard Jean Moulin, 13385 Marseille Cedex 5
Courriel : accueil@orspaca.org | www.orspaca.org

