



# Indicateurs socio-sanitaires Département des Alpes-de-Haute-Provence

Juin 2010

## Principaux constats

### Contexte démographique et socio-économique

Le département des Alpes-de-Haute-Provence comptait 154 500 habitants en 2006 ; il est le département le moins densément peuplé en Paca et sa croissance démographique est la plus importante de la région depuis 1999 (+1,5 % de variation annuelle moyenne versus 1 % en Paca). Il est devenu le département le plus attractif de la région et a gagné 1 500 habitants chaque année par le jeu des migrations internes entre régions françaises [1]. Ces migrations ont contribué à un léger ralentissement du vieillissement de la population même si ce département reste le 3ème département le plus âgé en Paca. La partie ouest du département se situe au cœur du Moyen Pays de la région Paca, espace caractérisé par une forte attractivité et qui participe au processus de déconcentration des pôles urbains. Elle est également traversée par l'espace Durancien, très attractif en raison de sa proximité et de son accessibilité et dynamique sur le plan économique [2].

Selon une typologie réalisée par l'Insee, ce département fait partie des départements français « à forte pauvreté » [3]. Le taux de pauvreté<sup>1</sup> est le 3ème le plus élevé de la région après ceux du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône (15,8 % versus 15,5 % en Paca). L'éventail des revenus est plus resserré que dans la plupart des autres départements de la région : 10 % de la population ont un revenu par unité de consommation inférieur à 6 070 euros et 10 % supérieur à 31 669 euros en 2007, soit un rapport interdécile<sup>2</sup> de 5,2 (5,4 en France).

Comme dans le reste de la France, le taux de chômage dans les Alpes-de-Haute-Provence est en augmentation depuis le début de 2008. Au 4ème trimestre 2009, il était de 10,4 % (9,6 % en France métropolitaine), 3ème taux le plus faible de la région après celui des Hautes-Alpes et des Alpes-Maritimes. Mais le travail ne protège pas toujours de la pauvreté : parmi les personnes ayant occupé un emploi salarié en 2007 dans ce département, 25,8 % ont perçu un bas salaire<sup>3</sup> (24,3 % en Paca ; 20,8 % en France métropolitaine), facteur important dans le processus conduisant à la pauvreté laborieuse. Parmi les bas salaires dans ce département, les salariés de plus de 50 ans sont plus représentés que parmi les bas salaires dans le reste de la région. Dans la zone d'emploi de Manosque, les salariés travaillant dans les sec-

teurs de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche et dans les industries agricoles et agroalimentaires et les ouvriers sont également surreprésentés [3]. La faible qualification est par ailleurs un facteur déterminant de la pauvreté parmi les travailleurs. Dans ce département, 20 % de la population est diplômée de l'enseignement supérieur (22 % en France) et 18 % n'a aucun diplôme (20 % en France).

### Contexte épidémiologique et situation par rapport à la France

Chez les hommes de ce département, la mortalité prématurée (c'est-à-dire survenant avant 65 ans) diminue depuis 20 ans mais de façon moins importante qu'en France depuis le milieu des années 90. Ceci est essentiellement dû à un fort ralentissement de la baisse de la mortalité prématurée par traumatismes (-8 % versus -25 % en France entre 1995 et 2004). Chez les femmes, la mortalité prématurée diminue depuis 20 ans, au même rythme qu'en France. En 2000-2004, la mortalité prématurée se situe au niveau de la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes.

Les trois premières causes de mortalité prématurée dans le département sont les tumeurs, les traumatismes et les maladies de l'appareil circulatoire (respectivement 38 %, 21 % et 14 %).

Parmi les tumeurs, le cancer du poumon est celui qui contribue le plus à la mortalité prématurée chez les hommes (30 % des décès prématurés par cancers) et le second chez les femmes après le cancer du sein (respectivement 16 % et 30 %). Chez ces dernières, la mortalité par cancer du poumon continue d'augmenter alors qu'elle décroît chez les hommes depuis le milieu des années 90 (cf infra).

Parmi les traumatismes, les suicides et les accidents de la circulation contribuent majoritairement à la mortalité prématurée (respectivement 42 % et 30 % des décès prématurés par traumatismes). Mais, pour l'ensemble des décès par traumatismes, ce sont les accidents de la vie courante (chutes, intoxications, noyades accidentelles, accidents par suffocations...) qui sont majoritaires : ils représentent la moitié des décès par traumatisme, tous âges confondus. Entre 2000 et 2004, plus de 20 habitants sont décédés chaque année à la suite d'un accident de la circu-

<sup>1</sup> Proportion d'individus ayant un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté, c'est-à-dire 60 % de la médiane des niveaux de vie observée au niveau national.

<sup>2</sup> Rapport entre le revenu au-dessus duquel se situent les 10 % d'individus les plus riches et le revenu en dessous duquel se situent les 10 % les plus pauvres.

<sup>3</sup> Ont un bas salaire les personnes dont le cumul de l'ensemble des salaires nets sur un an inférieur au seuil de bas salaire (60 % du revenu salarial médian), soit 826 euros par mois en 2007.

lation dans ce département. Il existe une surmortalité par accidents de la circulation chez les hommes par rapport à la France (+46 % en 2000-2004) qui tend à s'accroître depuis la fin des années 90. En 2008, 150 blessés ont par ailleurs été hospitalisés à la suite d'un accident de la circulation. Rapporté au nombre d'habitants, ceci correspond au taux le plus élevé de la région (96 pour 100 000 habitants) devant les Bouches-du-Rhône.

En termes de morbidité, selon les données de la CnamTS, quatre pathologies ont été à l'origine de 60 % des admissions en affections de longue durée dans ce département en 2008 : les tumeurs (787 soit 21 % des admissions), le diabète (499, 14 %), les maladies psychiatriques de longue durée (472, 13 %) et l'hypertension artérielle sévère (454, 12 %). Par ailleurs, près de 4 500 assurés étaient traités pour un diabète (par antidiabétiques oraux ou insuline) en 2008, soit une proportion standardisée sur l'âge de 3,7 % (4 % en Paca).

### **Disparités géographiques socio-économiques, d'état de santé et de recours aux soins**

Au sein du département des Alpes-de-Haute-Provence, les niveaux de revenus les plus faibles sont observés au nord de Digne, dans la zone montagneuse située entre Le Lauzet-Ubaye et Turriers. Les plus élevés se situent dans le centre du département à Digne et dans les cantons alentour ainsi qu'au sud ouest de Manosque. Le long de la Durance, entre Manosque et Les Mées, ainsi que dans la pointe sud est du département (de Entrevaux à Castellane), la part de personnes sans diplôme dépasse 20 % (contre 18 % en moyenne dans le département).

La mortalité prématurée varie dans un rapport de un à trois selon les cantons du département. Les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans deux cantons situés au sud est du département, ainsi qu'au nord de Manosque (Banon, Forcalquier, Les Mées).

La surmortalité par accidents de la circulation chez les hommes est particulièrement importante dans le territoire de proximité de Manosque (+72 %).

Dans le département, la proportion de personnes traitées pour un diabète standardisée sur l'âge se situe entre 4,5 % et 5 % dans les cantons situés dans la pointe est du département ainsi qu'au sud de Digne (Barrême, Mézel).

Concernant la prévention, le taux de dépistage global du cancer du sein (dépistage organisé et individuel) est inférieur à 65 % dans la périphérie du département et plus élevé dans le centre du département (objectif de la loi de santé publique de 2004 : 80 %). Le taux de dépistage organisé est quant à lui particulièrement faible (inférieur à 40 %) dans la partie sud est du département (cantons de Castellane, Annot, Entrevaux) contre 52 % en moyenne dans le département.

### **Spécificités selon l'âge**

Le département des Alpes-de-Haute-Provence est le 3ème département le plus âgé de la région après les Alpes-Maritimes et le Var, avec 10,3 % de la population âgée de 75 ans ou plus en 2006 (9,7 % en Paca). Selon les projections réalisées par l'Insee, cette proportion passerait à 12,5 % en 2020, sans modification du rang des départements. La proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus potentiellement dépendantes augmenterait quant à elle de 19,6 %, plus forte augmentation de la région après celle du Var (11 % en moyenne en Paca) [4].

### **Spécificités selon le sexe**

Dans ce département comme en France, la mortalité par cancer du poumon décroît chez les hommes depuis le milieu des années 90, mais continue d'augmenter chez les femmes. C'est une conséquence de la diminution de la consommation de tabac chez les hommes et de sa progression chez les femmes, depuis le début des années 60. Il n'existe pas de données sur la consommation de tabac au niveau départemental mais, au niveau de la région Paca, le dernier Baromètre santé de l'Inpes de 2005 montrait que les femmes étaient significativement plus nombreuses à fumer que les autres Françaises (31 % versus 26 %) [5].

Dans ce département, il existe une surmortalité par accident de la circulation chez les hommes mais pas chez les femmes.

Concernant la prévention, le taux de dépistage global du cancer du sein parmi les assurées du régime général (dépistage organisé et individuel) est quasiment identique à la moyenne régionale (66 % contre 65 %) (objectif de la loi de santé publique de 2004 : 80 %). Le taux de dépistage organisé se situe quant à lui parmi les plus élevés de la région (52 % contre 40 % en Paca).

### **Références**

1. Roux V, Timotéo J. Recensement de la population de 2006. Provence-Alpes-Côte d'Azur : arrivées de familles et d'actifs. SUD INSEE l'essentiel 2009;n° 133:4. - 2. Meloux S, Monchois X. Le rôle déterminant des migrations dans le développement démographique des espaces de Provence-Alpes-Côte d'Azur. SUD INSEE l'essentiel 2006;n° 92:6. - 3. Meyer V. Un quart des salariés de Provence-Alpes-Côte d'Azur gagne moins de 830 euros par mois. SUD INSEE l'essentiel 2009;n° 137:4. - 4. Insee, Conseil général des Alpes-Maritimes. Alpes-Maritimes, vers une stabilisation du nombre de personnes âgées dépendantes d'ici 2020; 2009. - 5. Bocquier A, Peretti-Watel P, Obadia Y. Tabac et cannabis en région Provence Alpes Côte d'Azur : état des lieux et tendances récentes. Colloque «Ecoles, entreprises... vers un monde sans fumée !» 2007; 2007.