Appui au déconfinement

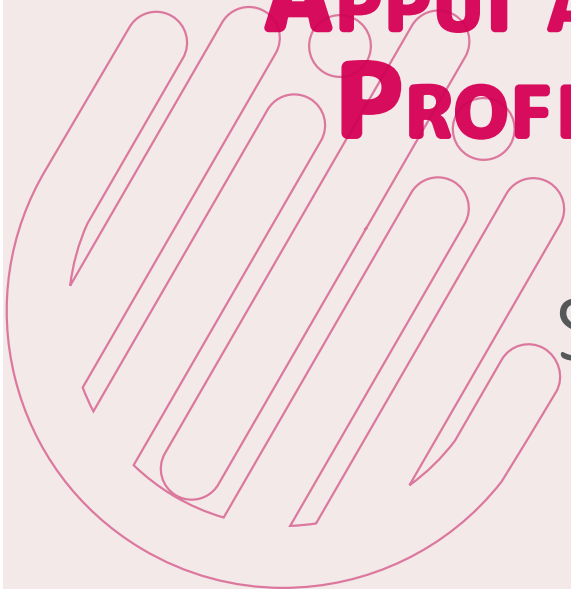
Profils de territoires

Synthèse nationale

mai 2020

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

Appui au déconfinement
Profils de territoires



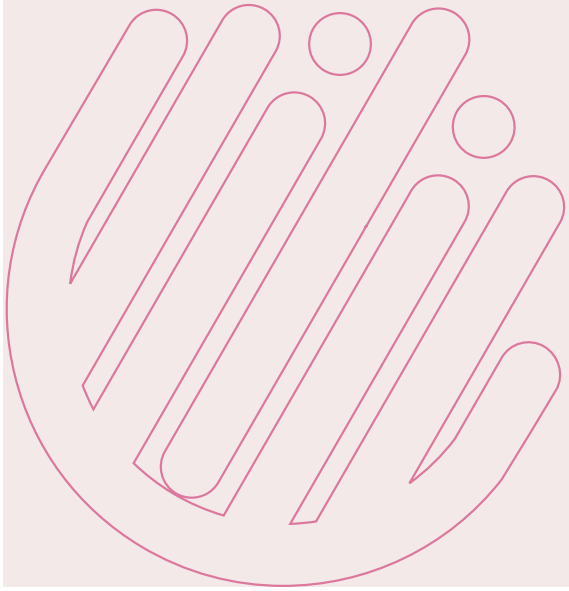
Synthèse nationale

mai 2020

Ont contribué à la réalisation de ce document :

- ORS Auvergne-Rhône-Alpes : Sylvie Maquinghen
- ORS Bourgogne-Franche-Comté : Caroline Bonnet, Cynthia Morgny
- ORS Centre-Val de Loire : Franck Géniteau, Céline Leclerc, Julien Vossart
- CREAI-ORS Occitanie : Bernard Ledésert
- ORS Pays de la Loire : Sandrine David
- OR2S : Sylvie Bonin, Philippe Lorenzo, Nadège Thomas
- Fnors : Lise Trottet, Bernard Ledésert

avec le soutien du groupe communication de la Fnors



Sommaire

Introduction **5**

Typologie **9**

Tableau synthétique **17**

Regard à l'échelle nationale - Cartes commentées **21**

Densité de population 23

Population âgée de 65 ans et plus 24

Personnes de 75 ans et plus vivant seules 25

Allocataires de l'AAH vivant seuls 26

Résidences principales sur-occupées 27

Personnes vivant en communauté 28

Personnes habitants dans un quartier prioritaire en politique de la ville 29

Foyers fiscaux non imposés 30

Personnes hospitalisées pour maladie cardiovasculaire à risque 31

Personnes hospitalisées pour complication de diabète 32

Personnes hospitalisées pour maladies respiratoires chroniques ou mucoviscidose 33

Personnes en affection de longue durée pour insuffisance rénale chronique 34

Personnes hospitalisées pour cancer 35

Personnes en affection de longue durée pour immunodépression 36

Personnes en affection de longue durée pour cirrhose 37

Ménages dont la personne de référence est active et ne dispose pas de voiture 38

Déplacements domicile-travail en transports en commun 39

Actifs occupés de 15 ans et plus travaillant dans une autre commune que leur commune de résidence 40

Actifs résidant à 30 minutes ou moins de leur lieu de travail 41

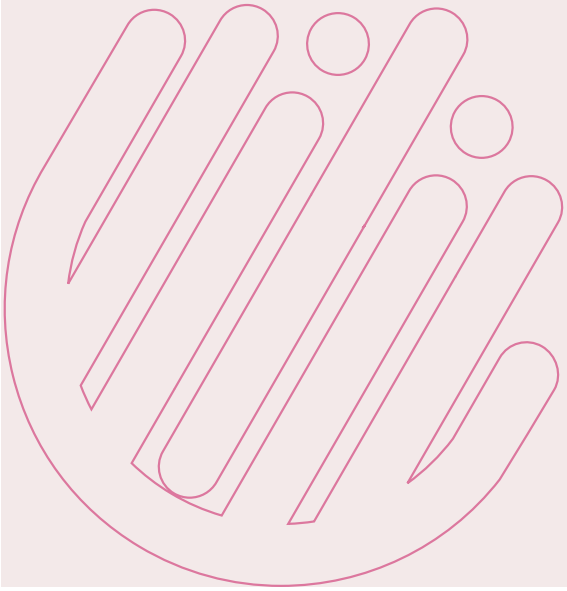
Commerces alimentaires 42

Population dépourvue de commerces alimentaires dans sa commune 43

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes 44

Temps moyen d'accès aux services d'urgence 45

Méthodologie détaillée..... 47
Revue de littérature, choix de l'échelle territoriale et sélection des indicateurs..... 49
Indicateurs..... 51
Cartes - Discrétisation..... 63
Typologie – Méthodes de l'analyse multidimensionnelle..... 64
Sigles..... 65



Introduction

Ce document se situe dans le contexte de la pandémie de Covid-19 qui, après des premiers cas au cours du dernier trimestre 2019, s'est répandue sur l'ensemble de la planète début 2020.

Des mesures de confinement de la population ont été prises par de nombreux pays. C'est le cas en France où un confinement a été mis en place le 17 mars 2020 et maintenu de manière stricte sur l'ensemble du territoire jusqu'au 11 mai 2020. Depuis cette date, une nouvelle phase de gestion de la pandémie est enclenchée avec des mesures progressives de déconfinement, variables selon les régions.

Depuis plus de 30 ans, les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et leur fédération nationale (Fnors) contribuent à l'observation de l'état de santé des populations et de l'offre de soins dans les régions de France hexagonale et les régions d'outre-mer. Leur mission principale consiste à recenser, traiter et valoriser les informations disponibles, initialement dispersées, afin de les rendre accessibles aux décideurs. Les politiques de santé, et plus largement les actions à destination des citoyens, doivent reposer sur une connaissance se voulant la plus précise possible. Ils mettent en œuvre une démarche d'observation permanente à des niveaux géographiques adaptés de l'état et des besoins de santé des populations, des déterminants physiques, économiques, sociaux et comportementaux, et des dispositifs de santé.

Ils ont pour mission de répondre aux besoins exprimés par les différents responsables de la santé et du social : au niveau national par le biais de leur fédération pour les partenaires du monde de la santé et, au niveau régional, pour les agences régionales de santé ainsi que pour les services déconcentrés de l'État, les collectivités territoriales et plus généralement les acteurs des domaines sanitaire et social et les citoyens.

Pour cette phase de déconfinement, la Fnors et les ORS ont choisi de mettre à disposition leur expertise dans le développement et la production d'indicateurs sur la santé et ses déterminants à des niveaux géographiques fins. Ils proposent, à travers ce document, différents indicateurs permettant de caractériser à la fois la population pouvant être, selon la littérature, à risque de présenter des formes graves de Covid-19 et les situations démographiques et sociales pouvant favoriser la circulation du Sars-CoV-2 à l'origine de cette maladie. Ces indicateurs sont produits à l'échelle des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre : métropoles, communautés urbaines, communautés d'agglomération et communautés de communes. Le choix de ce niveau territorial a pris en compte les éléments suivants :

- correspondance avec un niveau de décision politique ;
- taille suffisante pour produire des indicateurs ayant une bonne robustesse ;
- disponibilité et accessibilité des données dans un délai court.

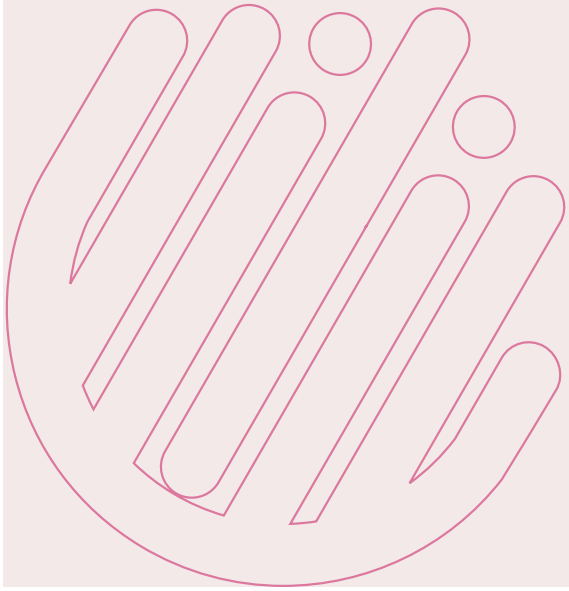
Le document produit est scindé en deux parties :

- un ensemble de 1 250 fiches correspondant chacune à un EPCI. Tous les EPCI sont présentés à l'exception de ceux de Mayotte pour lesquels l'accès aux données est plus limité. Ces fiches présentent sur quatre pages une série de trente-quatre indicateurs répartis en cinq thèmes : démographie, conditions de vie, caractéristiques socio-économiques, pathologies et état de santé à risque de formes graves de Covid-19, mobilités et accès aux services et aux soins ;
- une synthèse nationale présentant une typologie des EPCI de France construite à partir de l'ensemble de ces indicateurs et regroupant les EPCI en sept classes distinctes selon leurs caractéristiques, une série de vingt-trois fiches présentant une sélection des indicateurs au niveau national avec une carte de France à l'échelle des EPCI et un tableau de synthèse rassemblant l'ensemble des indicateurs produits.

Une note méthodologique détaillée vient compléter le document.

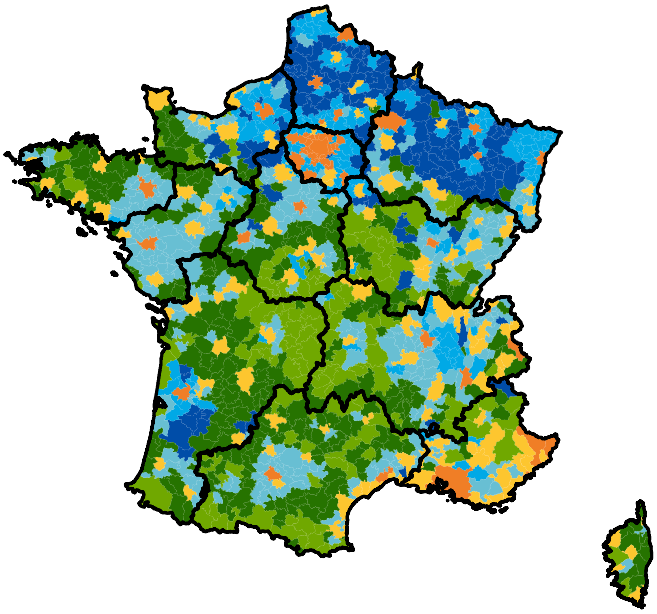
Ces portraits de territoires sont proposés pour venir en aide aux décideurs et aux acteurs locaux dans le cadre de l'épidémie de Covid-19.

L'ensemble des 1 250 profils de territoires et la synthèse nationale sont accessibles à l'adresse suivante : www.scoresante.org/profils_territoires.html



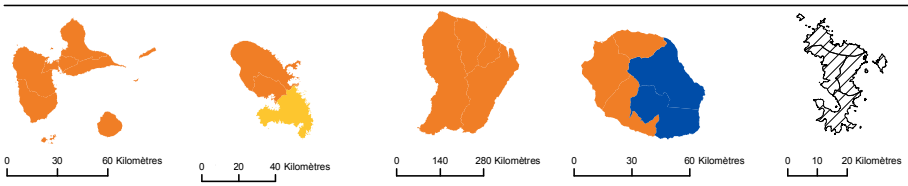
Typologie

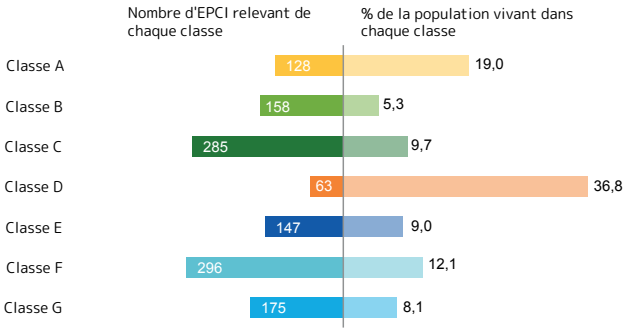
Une typologie des 1 250 EPCI a été menée à partir des trente-quatre indicateurs mobilisés dans le cadre de cette étude. Elle a ainsi permis d'identifier sept classes de territoires. Elle situe ainsi les classes les unes par rapport aux autres et au regard des valeurs au niveau national. La présentation qui suit insiste sur les éléments saillants de chacune des classes et permet de dégager les grandes tendances qui les caractérisent. Pour affiner la description, il convient de se référer aux fiches « Profil de territoire », disponibles pour chaque EPCI.



Source : Fnors
Exploitation : Fnors

0 180 360 Kilomètres

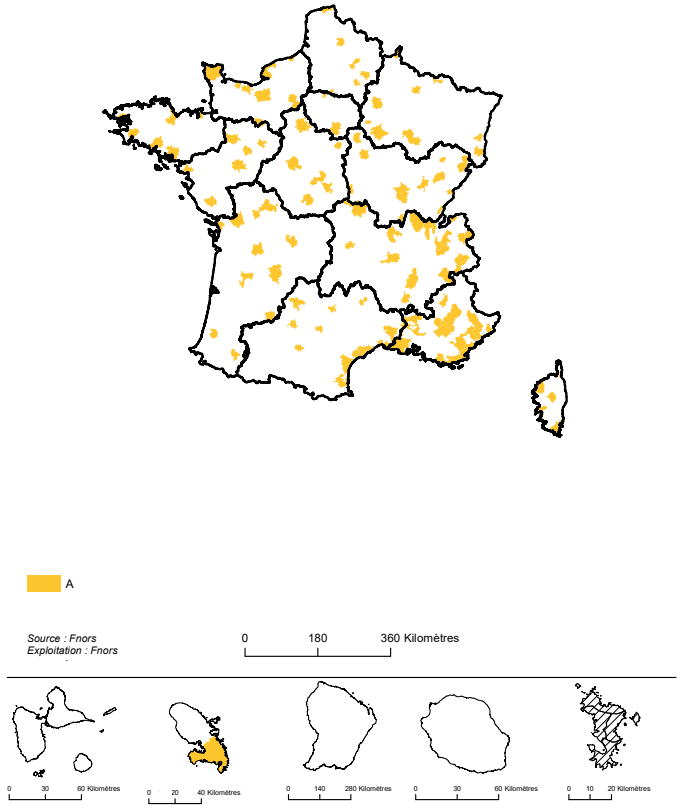




- Classe A – Plus de facteurs favorisant la circulation du virus, part moindre de population à risque de formes graves de Covid-19
- Classe B – Moins de facteurs favorisant la circulation du virus, part dans la moyenne de population à risque de formes graves de Covid-19
- Classe C – Moins de facteurs favorisant la circulation du virus, part moindre de population à risque de formes graves de Covid-19 mais plus âgée qu'en moyenne
- Classe D – Plus de facteurs favorisant la circulation du virus, part dans la moyenne de population à risque de formes graves de Covid-19
- Classe E – Facteurs favorisant la circulation du virus dans la moyenne avec une part plus élevée de marqueurs de vulnérabilités sociales, population plus à risque de formes graves de Covid-19
- Classe F – Moins de facteurs favorisant la circulation du virus, part moindre de population à risque de formes graves de Covid-19
- Classe G – Facteurs favorisant la circulation du virus dans la moyenne, part élevée de population à risque de formes graves de Covid-19

Nota bene :

Les spécificités citées pour une classe de territoire (titre et commentaire) correspondent à des indicateurs pour lesquels les valeurs des EPCI de la classe sont en moyenne supérieures ou inférieures significativement au regard de la valeur nationale.

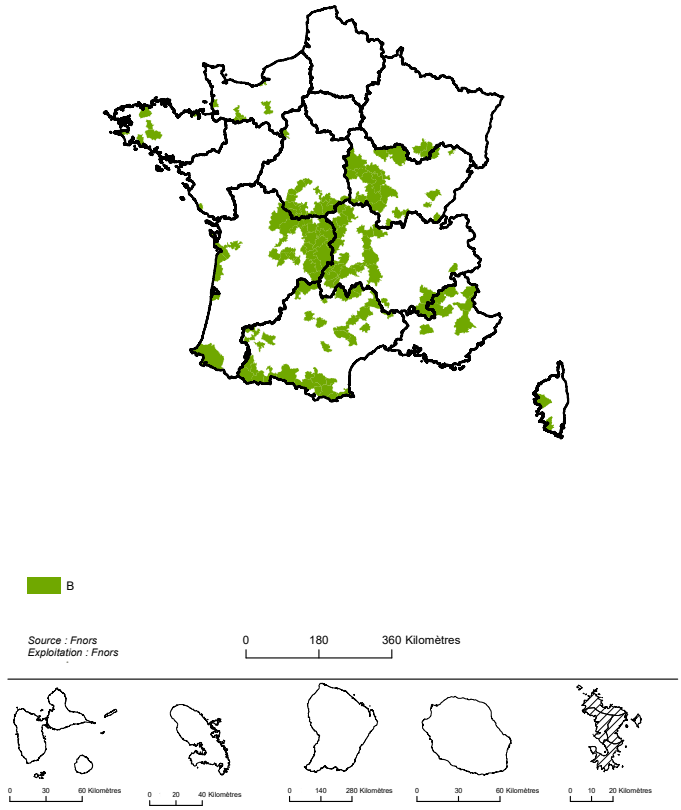


Classe A - Plus de facteurs favorisant la circulation du virus, part moindre de population à risque de formes graves de Covid-19

Population urbaine avec des vulnérabilités sociales et liées au logement

Cette classe regroupe 10,2 % des EPCI et 12,6 millions d'habitants, soit 19,0 % de la population nationale.

Cette classe est constituée de communautés d'agglomération et de quelques métropoles présentes sur tout le territoire national. Ce sont des territoires urbains, bien pourvus en services de soins et commerces alimentaires. Les parts de résidences principales sur-occupées, de ménages dont la personne de référence est active sans voiture, de population vivant dans un quartier prioritaire en politique de la ville et de familles monoparentales sont élevées. Toutefois, la part de foyers fiscaux non imposés est un peu plus faible qu'en moyenne sur le territoire national. Les personnes isolées y sont également plus nombreuses. Le recours aux transports en commun pour se rendre au travail y est un peu plus fréquent que la moyenne nationale.
En termes de santé, les personnes hospitalisées pour des pathologies à risque (diabète, maladies respiratoires et maladies cardiovasculaires) sont proportionnellement moins nombreuses qu'au niveau national.
Le temps d'accès aux services d'urgence y est plutôt court.

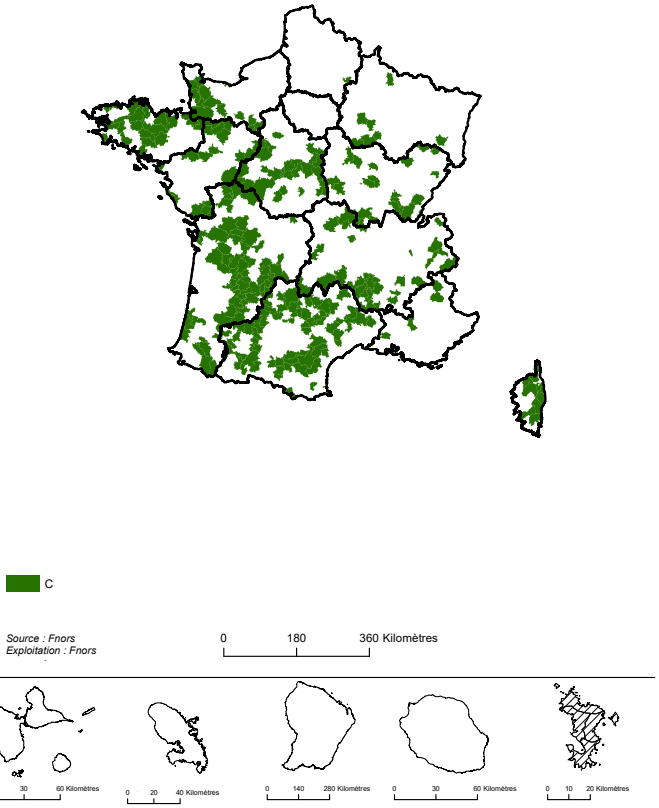


Classe B - Moins de facteurs favorisant la circulation du virus, part dans la moyenne de population à risque de formes graves de Covid-19

Population rurale âgée et isolée, avec un bon accès aux services de la vie quotidienne, présentant moins de pathologies à risque

Cette classe regroupe 12,5 % des EPCI et 3,5 millions d'habitants, soit 5,3 % de la population nationale.

Les EPCI constituant cette classe se situent dans des massifs plutôt anciens (Massif Central, Morvan mais aussi Alpes-du-Sud) ainsi que le long de la frontière avec l'Espagne.
Il s'agit de territoires ruraux, âgés, éloignés des services d'urgence, mais plutôt bien pourvus en commerces alimentaires et pharmacies. Les parts de foyers fiscaux non imposés et de familles monoparentales y sont élevées, de même que la population vivant en communauté. Les personnes isolées y sont également nombreuses. À l'inverse, il est observé peu de familles monoparentales à bas revenus, et moins d'actifs se déplaçant en transports en commun qu'en moyenne au niveau national.
Les personnes à risque de présenter des formes graves de Covid-19 du fait de pathologies sont proportionnellement moins nombreuses qu'au niveau national.

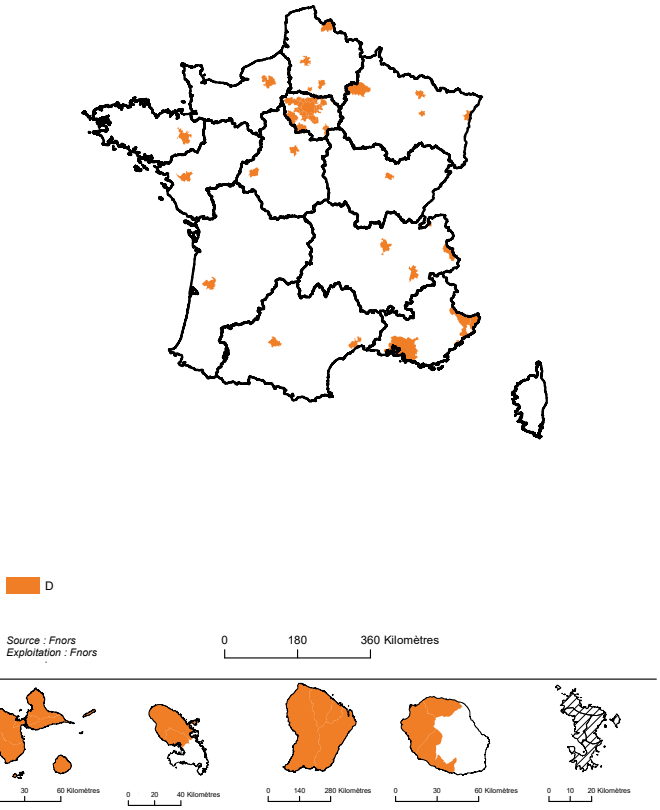


Classe C – Moins de facteurs favorisant la circulation du virus, part moindre de population à risque de formes graves de Covid-19 mais plus âgée qu'en moyenne

Population plutôt âgée avec des vulnérabilités sociales

Cette classe regroupe 22,8 % des EPCI et 6,4 millions d'habitants, soit 9,7 % de la population nationale.

Ces territoires se situent plutôt au sud-ouest d'une ligne allant du Cotentin à l'extrémité est du littoral méditerranéen. Il s'agit de territoires peu denses, périurbains ou ruraux, avec une part assez importante de personnes âgées de 65 ans et plus, mais dans un degré moindre que dans la classe B.
Les parts de résidences principales sur-occupées et de ménages dont le référent est actif sans voiture y sont assez faibles, à l'inverse de celle des foyers fiscaux non imposés. Les actifs occupés travaillent plutôt à proximité de leur domicile. Il s'agit plus fréquemment d'ouvriers ou employés qu'en moyenne en France.
Les personnes à risque de présenter des formes graves de Covid-19 du fait de pathologies sont proportionnellement moins nombreuses qu'au niveau national.
Le temps d'accès aux urgences est plus long que la moyenne nationale.

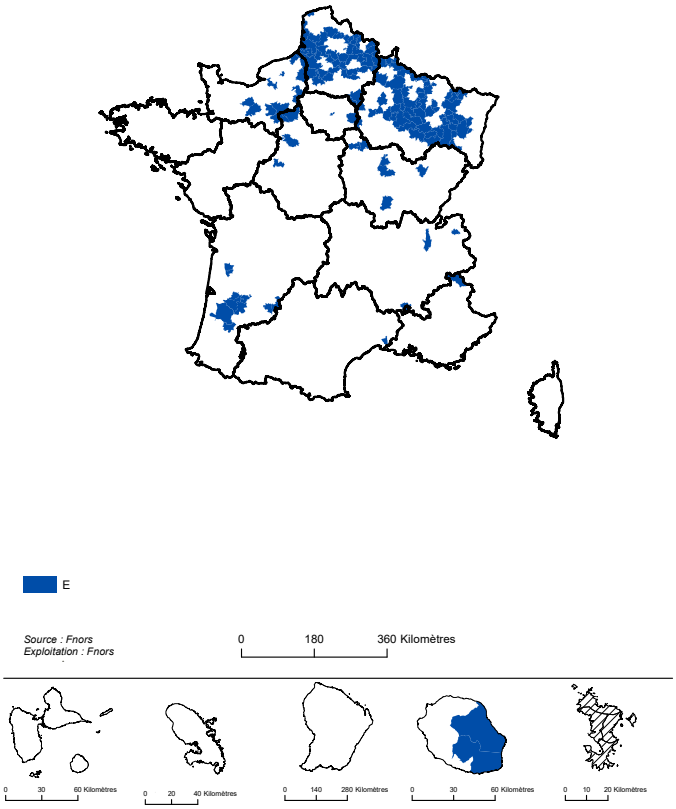


Classe D – Plus de facteurs favorisant la circulation du virus, part dans la moyenne de population à risque de formes graves de Covid-19

Population urbaine avec beaucoup de déplacements en transports en commun

Cette classe regroupe 5,0 % des EPCI et 24,5 millions d'habitants, soit 36,8 % de la population nationale.

Cette classe est constituée de grandes métropoles présentes sur tout le territoire national. Alors que ces EPCI sont peu nombreux, ils regroupent plus du tiers de la population. Ce sont des centres urbains très denses, proches des services, avec, d'une part, une proportion moindre de personnes âgées et, d'autre part, de nombreuses personnes isolées ou avec de faibles ressources. Les déplacements domicile-travail se font beaucoup en transports en commun.
En comparaison avec la situation nationale, les résidences principales sur-occupées sont proportionnellement plus nombreuses. Des parts importantes de ménages dont la personne de référence est active sans voiture, de familles monoparentales et de population vivant en quartier prioritaire en politique de la ville sont relevées dans cette classe.
Les taux de personnes hospitalisées pour complication de diabète et ceux de personnes en affection de longue durée (ALD) pour insuffisance rénale chronique, diabète et maladies respiratoires sont supérieurs aux taux nationaux.

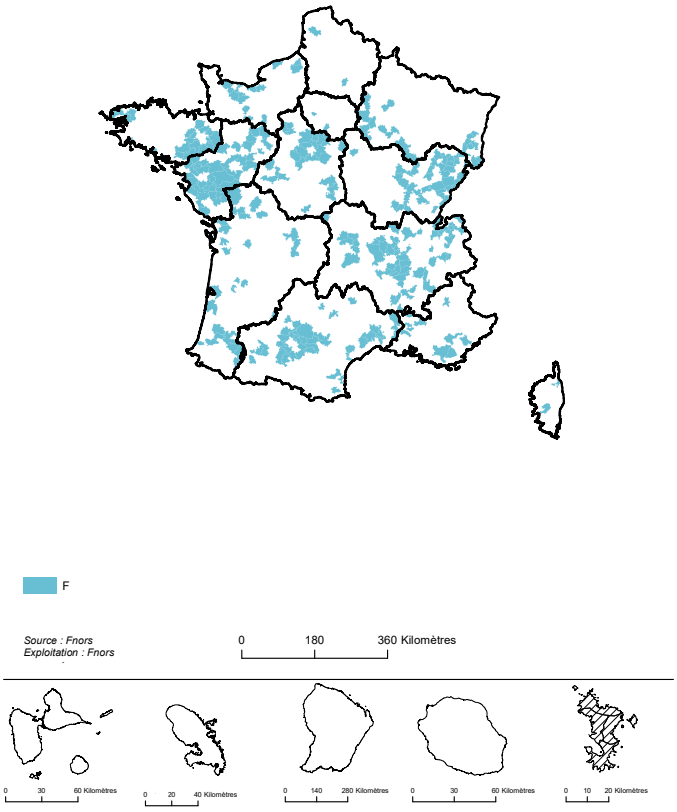


Classe E – Facteurs favorisant la circulation du virus dans la moyenne avec une part plus élevée de marqueurs de vulnérabilités sociales, population plus à risque de formes graves de Covid-19

Population avec des vulnérabilités sociales et sanitaires

Cette classe regroupe 11,8 % des EPCI et 6,0 millions d'habitants, soit 9,0 % de la population nationale.

Les EPCI constituant cette classe se situent principalement dans les régions Grand-Est et Hauts-de-France. Ce sont des territoires de densité moyenne, éloignés des métropoles et agglomérations, mais bien dotés en commerces alimentaires. La population y est plus jeune qu'en moyenne au niveau national ; elle est aussi plus souvent socialement défavorisée (foyers fiscaux non imposés, allocataires dépendant totalement des prestations sociales, ...).
La part des ouvriers et employés actifs y est plus importante que la valeur nationale, de même que celle des ménages dont le référent est actif sans voiture, alors même que les temps de trajets domicile-travail sont plutôt longs. Une part importante de la population vit dans un quartier prioritaire en politique de la ville.
Les personnes hospitalisées pour des pathologies à risque (diabète, maladies respiratoires et maladies cardiovasculaires) y sont nombreuses.
Le temps d'accès aux services d'urgence y est plutôt court.

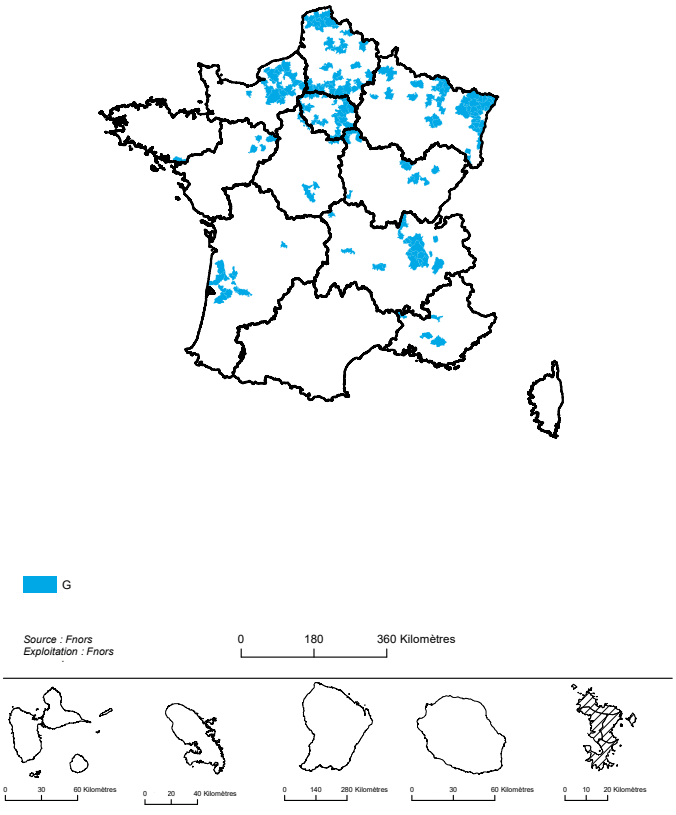


Classe F – Moins de facteurs favorisant la circulation du virus, part moindre de population à risque de formes graves de Covid-19

Population socialement plutôt favorisée, avec des déplacements domicile-travail importants

Cette classe regroupe 23,7 % des EPCI et 8,0 millions d'habitants, soit 12,1 % de la population nationale.

Assez rares dans le Grand-Est, les Hauts-de-France et l'Île-de-France, les EPCI composant cette classe sont répartis partout ailleurs dans l'Hexagone, principalement autour de grandes villes.
Ces zones périurbaines sont socialement plutôt favorisées, avec peu de personnes isolées et une dotation en soins et services de proximité proche de la valeur nationale.
La part de personnes âgées de 65 ans et plus y est relativement faible, de même que celle des familles monoparentales. Pour autant, la part des foyers monoparentaux à bas revenus y est importante.
Les résidences principales sur-occupées sont proportionnellement peu nombreuses.
Les actifs occupés travaillent souvent en dehors de leur commune de résidence, se déplaçant le plus souvent en voiture vers des zones probablement plus actives que leur commune de résidence.
Hormis les hospitalisations pour cancer qui sont plus fréquentes qu'en moyenne sur l'Hexagone, la fréquence des pathologies à risque de forme grave de Covid-19 est inférieure à la valeur nationale.



Classe G – Facteurs favorisant la circulation du virus dans la moyenne, part élevée de population à risque de formes graves de Covid-19

Population plutôt favorisée socialement, avec des vulnérabilités sanitaires

Cette classe regroupe 14,0 % des EPCI et 5,3 millions d'habitants, soit 8,1 % de la population nationale.

Absents de certaines régions comme l'Occitanie, la Corse ou les régions ultramarines, les EPCI de cette classe se situent plutôt autour de certaines grandes villes (EPCI du groupe D).
Comme dans la classe F, ces zones périurbaines sont socialement plutôt favorisées, avec peu de personnes isolées et une dotation en soins et services de proximité proche de la valeur nationale.
La part de personnes âgées de 65 ans et plus y est encore plus faible que dans la classe F. Si la part de familles monoparentales est réduite, celles des foyers monoparentaux à bas revenus y est importante. Les résidences principales sur-occupées sont proportionnellement peu nombreuses.
Les actifs occupés travaillent souvent en dehors de leur commune de résidence et se déplacent plus souvent en transports en commun qu'en moyenne dans l'Hexagone.
À l'inverse de la classe F, la fréquence des pathologies à risque de forme grave de Covid-19 est supérieure à la valeur nationale.

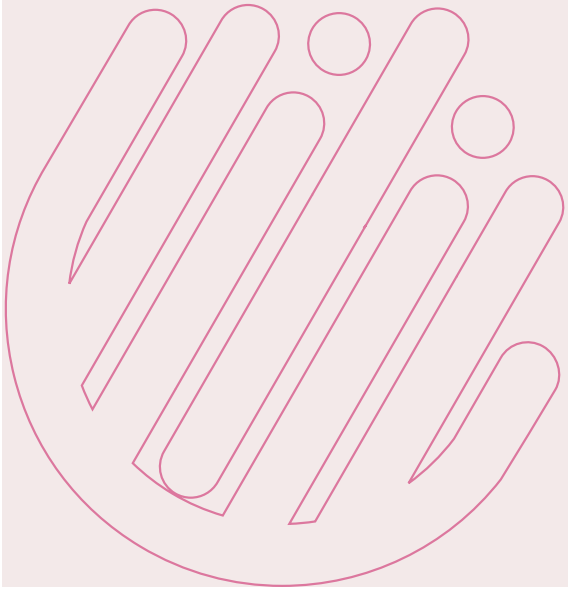
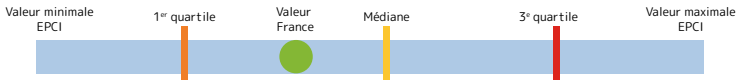


Tableau synthétique



Thème	Nom de l'indicateur	Effectif	Valeur France	Valeurs minimales Région	Valeurs minimales EPCI	Graphique synthétique	Valeurs maximales EPCI	Valeurs maximales Région
Démographie	Effectif et densité de population	66 361 587	104,9	3,2	0,3		8 629,8	1 008,7
	Part des 65 ans et plus	12 619 047	19,0	4,9	2,5		38,3	22,7
	Part des 85 ans et plus	2 067 351	3,1	0,5	0,2		9,0	4,0
	Part des 50-64 ans	12 790 429	19,3	11,7	6,6		27,0	23,3
Conditions de vie	Part des personnes de 15 ans et plus vivant seules	10 453 317	19,3	10,0	5,2		29,5	20,8
	Part des personnes de 75 ans et plus vivant seules	2 359 626	38,3	30,1	20,5		53,8	41,2
	Part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans	2 321 057	24,8	19,5	7,6		61,4	54,5
	Part des allocataires de l'AAH vivant seuls	850 752	71,5	67,2	46,8		94,0	79,4
	Part des résidences principales suroccupées	..	--	4,8	0,2		56,8	37,2
	Part de la population vivant hors ménage (ESMS, caserne...)	1 474 038	2,2	0,8	0,0		12,9	2,6
	Part de la population vivant en quartier prioritaire de la ville (QPV)	5 210 209	7,9	2,7	0,0		48,1	42,8
Caractéristiques socioéconomiques	Part des ouvriers et employés dans la population active de 15 ans et plus	12 827 679	47,9	38,3	21,7		70,1	53,7
	Part des familles monoparentales parmi les allocataires à bas revenus	1 222 210	26,8	24,9	8,3		57,5	52,3
	Part des foyers fiscaux non imposés	21 400 437	56,3	45,7	28,7		90,4	79,0
	Part des allocataires dépendant à 100 % des prestations	1 897 023	16,5	11,2	2,9		73,2	48,0
Pathologies et états de santé à risque de forme graves de Covid-19	Taux standardisé de personnes en ALD pour maladies cardiovasculaires	3 967 634	5 365,4	3 084,7	2 367,2		7 747,2	5 946,4
	Taux standardisé de personnes hospitalisées pour pathologie cardiovasculaire à risque	3 047 974	3 950,0	2 499,3	1 983,4		6 153,6	5 007,3
	Taux standardisé de personnes en ALD pour diabète	2 950 107	4 138,9	2 750,9	1 976,8		8 902,9	7 992,1
	Taux standardisé de personnes hospitalisées pour complication de diabète	1 412 779	1 911,1	1 257,4	897,4		5 971,1	4 166,4
	Taux standardisé de personnes en ALD pour maladies respiratoires chroniques ou mucoviscidose	461 559	653,1	335,0	214,5		1 972,6	925,7
	Taux standardisé de personnes hospitalisées pour maladies respiratoires chroniques ou mucoviscidose	819 723	1 114,5	633,7	540,5		2 923,4	1 498,6
	Taux standardisé de personnes en ALD pour insuffisance rénale chronique	171 159	236,0	160,9	66,6		546,4	468,2
	Taux standardisé de personnes en ALD pour cancer	2 468 666	3 462,1	1 951,9	1 156,2		4 910,1	3 680,2
	Taux standardisé de personnes hospitalisées pour traitement de cancer	1 242 249	1 697,2	1 003,6	835,2		2 430,8	1 850,0
	Taux standardisé de personnes en ALD pour déficit immunitaire	147 673	229,9	114,5	12,3		867,0	466,7
	Taux standardisé de personnes en ALD pour cirrhose	45 943	65,7	25,0	0,0		164,0	80,0
	Nombre estimé de femmes enceintes au 3e trimestre de grossesse	--	185 626	708	5		25 775	43 314
Mobilités Accès aux services et aux soins	Part des ménages dont la personne de référence est active et ne dispose pas de voiture	2 508 869	13,3	5,8	0,2		62,6	30,5
	Part des déplacements domicile-travail en transports en commun	4 021 552	15,0	2,4	0,2		53,5	43,7
	Part des actifs occupés travaillant dans une autre commune que leur commune de résidence	17 518 686	65,5	34,5	7,2		88,9	72,7
	Part des actifs occupés résidant à 30 minutes ou moins de leur lieu de travail	--	--	53,2	39,8		100,0	95,2
	Taux de commerces alimentaires	48 696	7,3	4,9	1,2		69,0	30,5
	Part de la population dépourvue de commerces alimentaires dans sa commune	10 258 484	15,5	0,0	0,0		92,7	33,6
	Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes	--	3,9	2,4	1,0		7,8	5,4
	Temps moyen d'accès aux services d'urgence	--	13,6	8,6	1,0		110,3	27,6
	Taux de pharmacies	24 433	3,7	2,1	0,7		10,0	4,8

Regard à l'échelle nationale - Cartes commentées

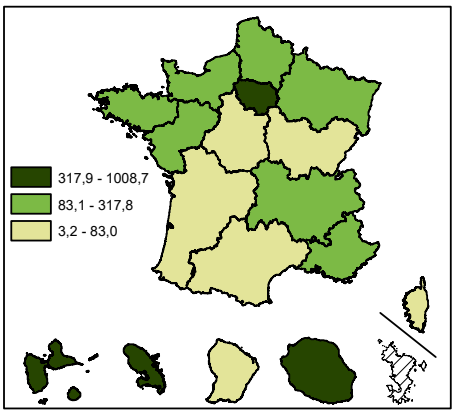
Densité de population
(habitants/km² - 2016)

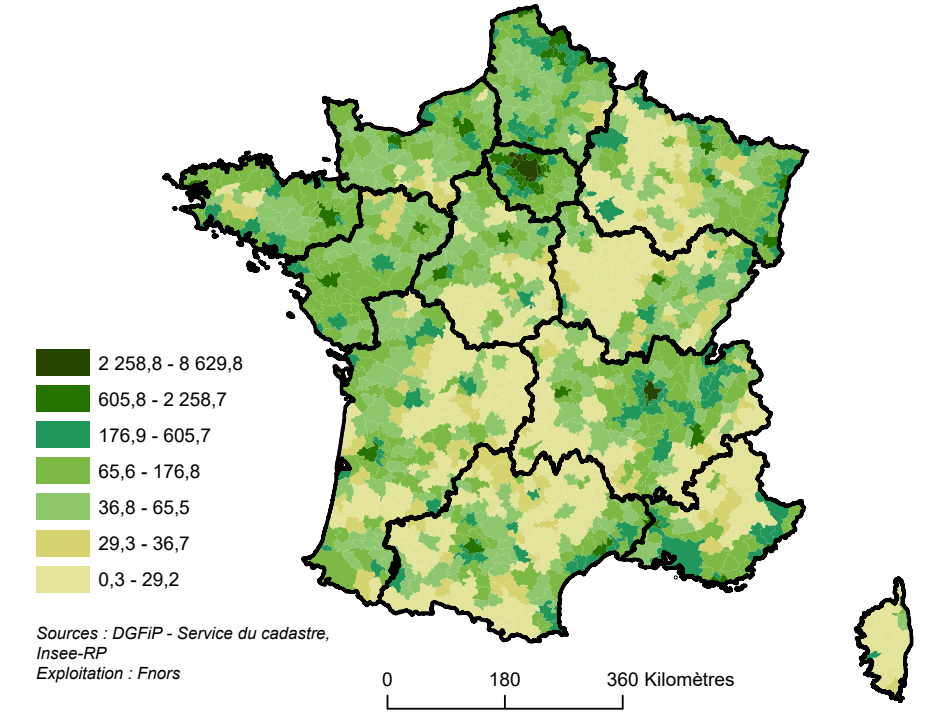
La littérature indique que la concentration de population peut être considérée comme vecteur aggravant de la contagion en favorisant la circulation des virus au sein de la population.

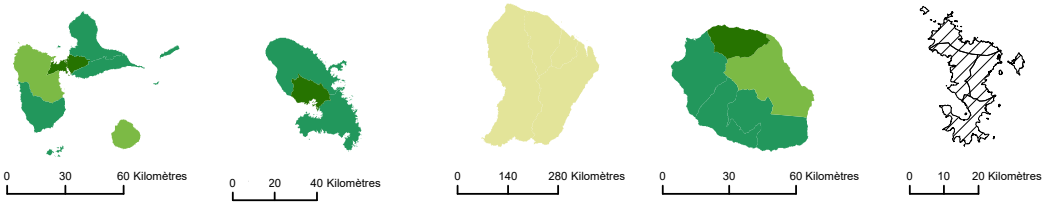
La France compte près de 66,4 millions d'habitants en 2016, soit 104,9 habitants par km².

À l'échelle régionale, les densités les plus élevées sont observées en Île-de-France, dans les Antilles et à La Réunion. À l'inverse, les régions Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Corse et Guyane présentent les densités les moins élevées.

Les densités à l'échelle des EPCI montrent des situations hétérogènes au sein de chaque région. Les EPCI les plus densément peuplés sont ceux autour des principales métropoles et villes. Les EPCI de la diagonale allant de l'ouest de la région Grand-Est aux Pyrénées sont les moins densément peuplés.







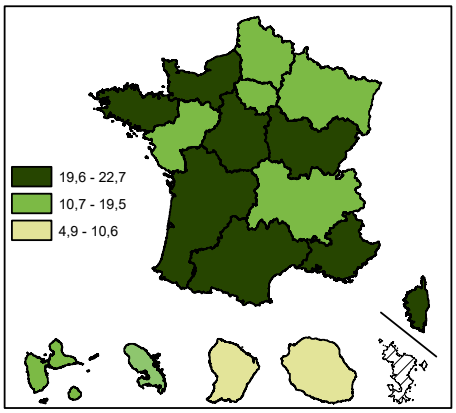
Population âgée de 65 ans et plus
(pour 100 – 2016)

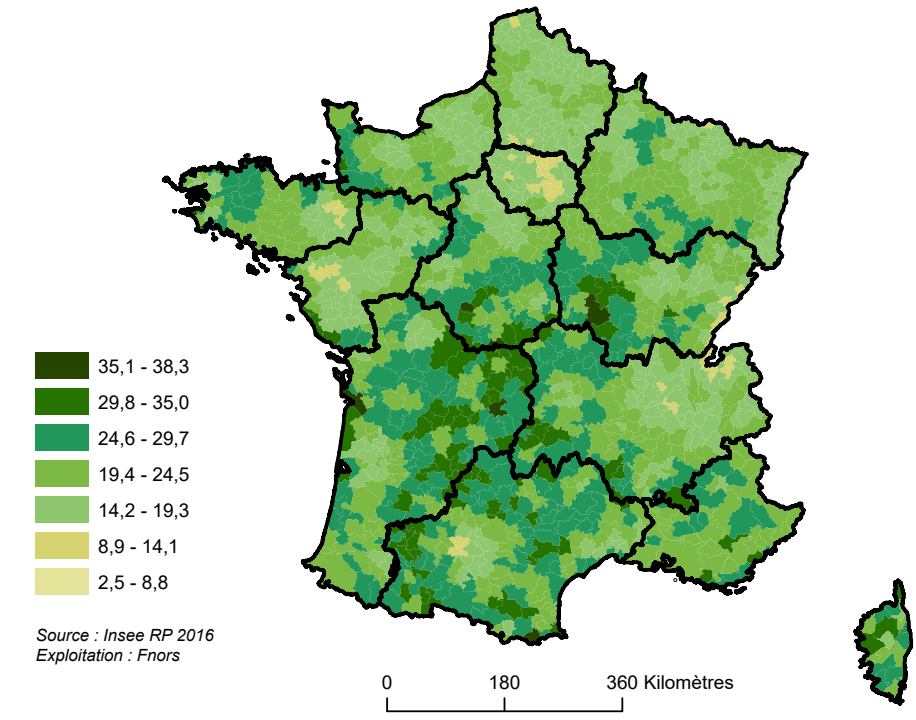
Les études tendent à démontrer que l'avancée en âge est un facteur de risque de formes graves de Covid-19, plus particulièrement à partir de 65 ans.

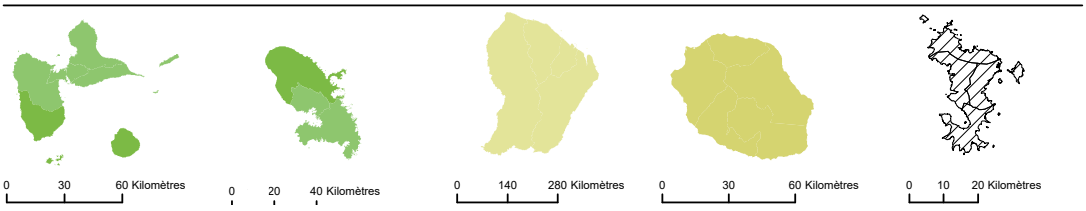
En 2016, la France compte 12,6 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, soit près d'une personne sur cinq (19 %).

Les régions méditerranéennes, Nouvelle-Aquitaine, Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne et Normandie présentent les parts de personnes âgées de 65 ans et plus les plus élevées au sein de l'Hexagone. Dans les régions ultramarines, la part des 65 ans et plus est en-deçà de la valeur nationale, notamment en Guyane et à La Réunion où elles sont les plus faibles.

Au sein des régions, selon les EPCI, des situations plus contrastées sont observées : la part de 65 ans et plus est la plus élevée dans une zone allant de l'ouest de la Bourgogne-Franche-Comté au sud du Centre-Val de Loire et s'étend jusqu'aux Pyrénées et en Corse. Dans l'Hexagone, la part des 65 ans et plus est la plus faible dans les EPCI d'Île-de-France.







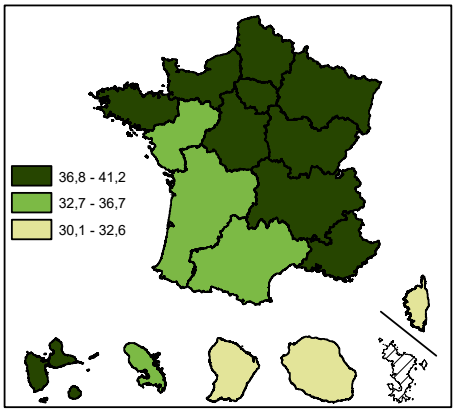
Personnes de 75 ans et plus vivant seules
(pour 100 – 2016)

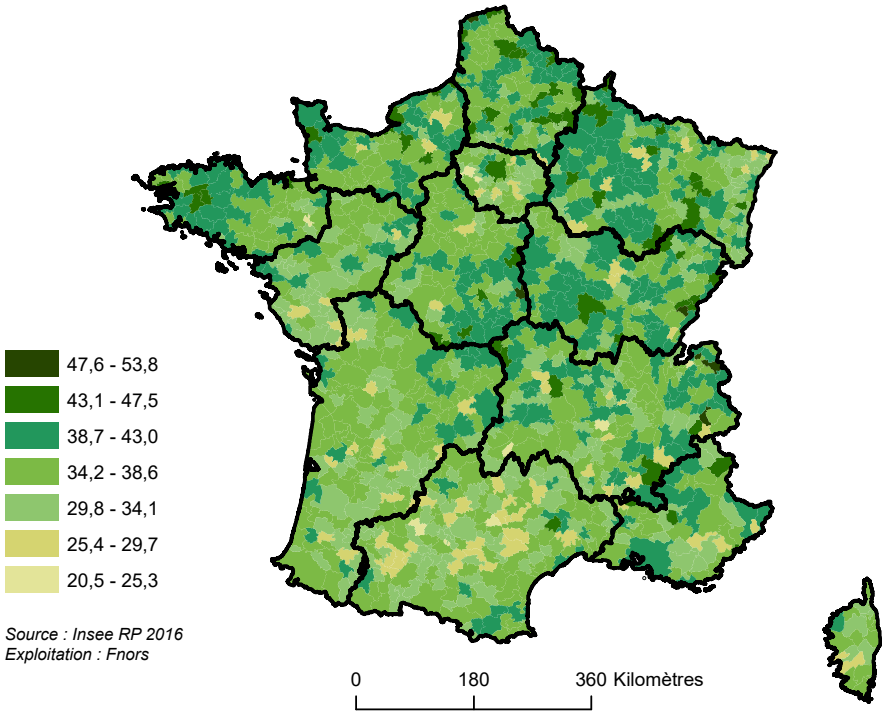
Les 75 ans et plus font partie des personnes les plus à risque de formes graves de Covid-19. De plus, bien que limitant leur contact avec d'autres personnes, leur isolement peut entraîner des vulnérabilités supplémentaires ayant des conséquences sur leur santé et complexifier les actes indispensables de la vie quotidienne.

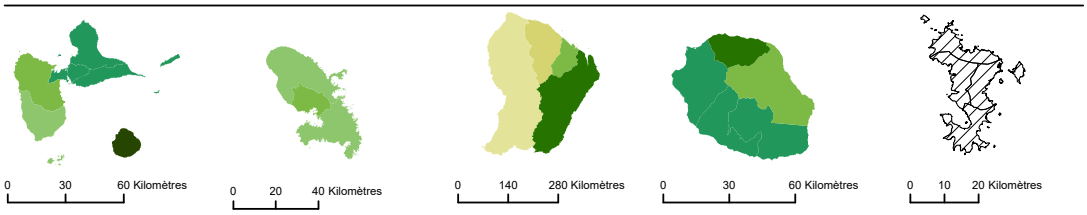
Plus de 6 millions de personnes sont âgées de 75 ans et plus en France et 38 % d'entre elles vivent seules.

Les régions Bretagne, Guadeloupe et celles situées au-dessus d'un axe allant de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur à la Normandie présentent les parts de personnes de 75 ans et plus vivant seules parmi les plus élevées. À l'inverse, elles sont les plus faibles en Corse, Guyane et à La Réunion.

Au sein des régions, des situations plus contrastées sont mises en exergue dans les EPCI avec des zones où la part de personnes de 75 ans et plus vivant seules est plus élevée qu'au niveau national. C'est en particulier le cas dans une diagonale allant des Ardennes au cœur du Massif Central ainsi que sur la pointe Bretonne.







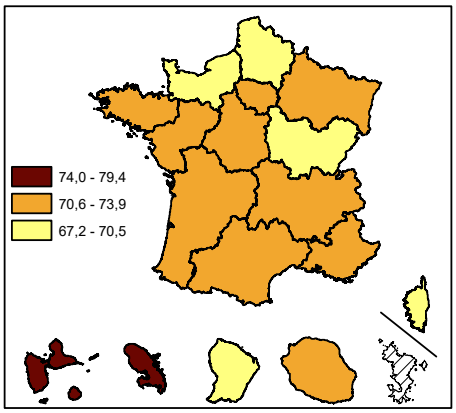
Allocataires de l'AAH vivant seuls
(pour 100 - 2018)

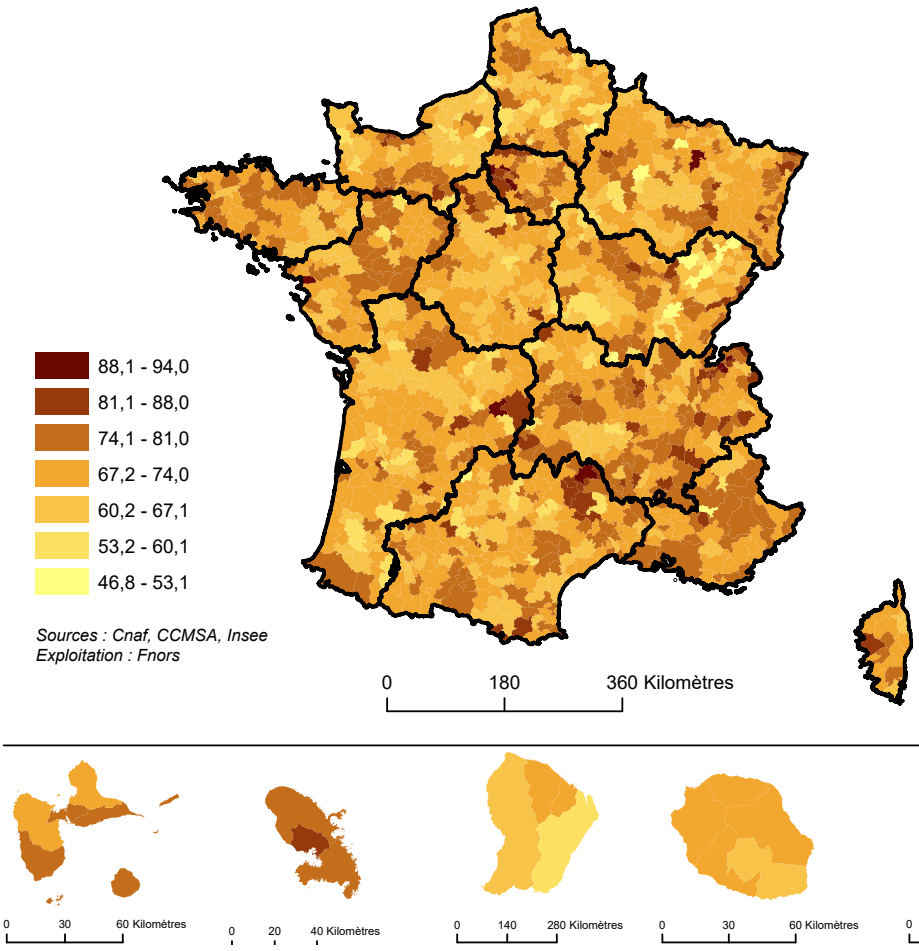
L'Allocation adulte handicapé (AAH) est destinée aux personnes en situation de handicap et disposant de revenus modestes. Les allocataires de l'AAH vivant seuls sont plus exposés aux situations d'isolement et aux vulnérabilités qui en découlent (conséquences sur la santé, complexification les actes de la vie quotidienne, etc.).

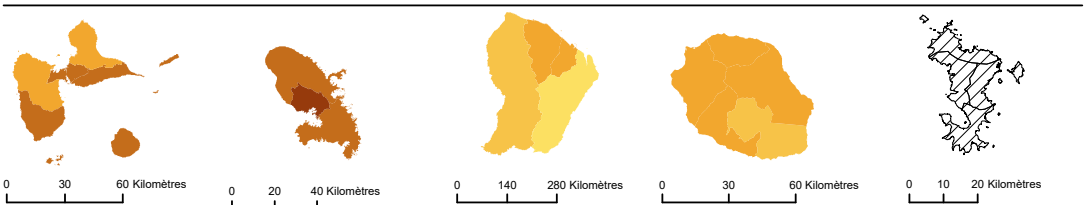
En 2018, en France, sept allocataires de l'AAH sur dix vivent seuls.

Dans l'ensemble des régions françaises, la part des allocataires de l'AAH vivant seuls est la plus élevée dans les Antilles. Elle est, à l'inverse, plus faible en Guyane, Corse, Bourgogne-Franche-Comté, Normandie et Hauts-de-France.

Chacune des régions présente des territoires pour lesquels la part des allocataires de l'AAH est supérieure à la valeur nationale.





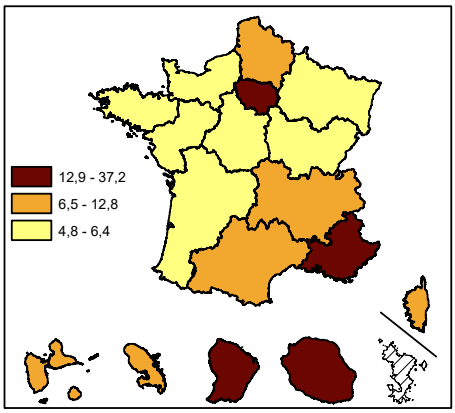


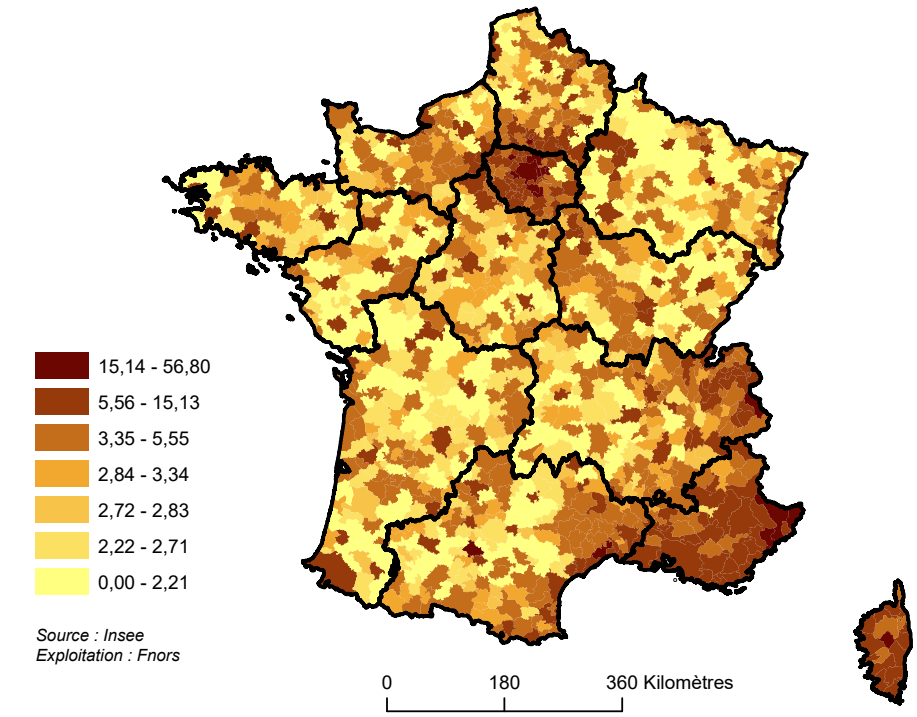
Résidences principales sur-occupées
(pour 100 résidences principales – 2016)

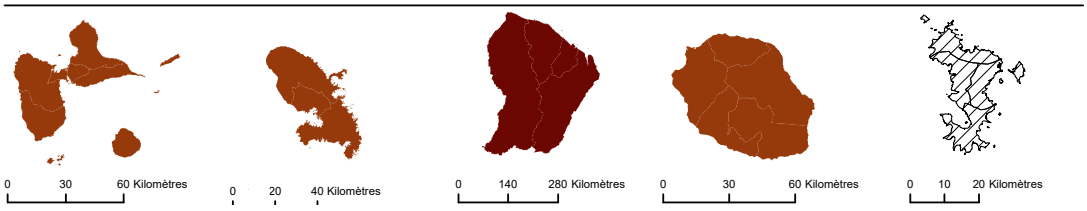
Les mesures de confinement ont un impact différent sur les populations selon le type de logement occupé ou la composition du ménage. Ainsi, la sur-occupation, la promiscuité, notamment à l'échelle du logement, exposent davantage les habitants à la contagion et peuvent limiter, voire empêcher, l'isolement des personnes en cas de contamination.

Les résidences principales sur-occupées sont plus nombreuses, rapportées à l'ensemble des résidences principales, dans les régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Guyane et La Réunion. Elles sont proportionnellement moins nombreuses à l'ouest d'un axe Nouvelle-Aquitaine - Normandie et également dans la région Grand-Est ou encore Bourgogne-Franche-Comté.

Au sein de chaque région, la situation est contrastée selon les territoires à l'échelle des EPCI. Le phénomène de sur-occupation des logements est essentiellement urbain. Par construction de l'indicateur, les studios sont sur-occupés. En effet, la norme retenue prévoit une pièce de séjour et une pièce pour chaque personne de référence de la famille, donc deux pièces pour une personne. L'indice d'occupation sera donc plus élevé dans les territoires urbains qui comportent plus de logements d'une seule pièce.







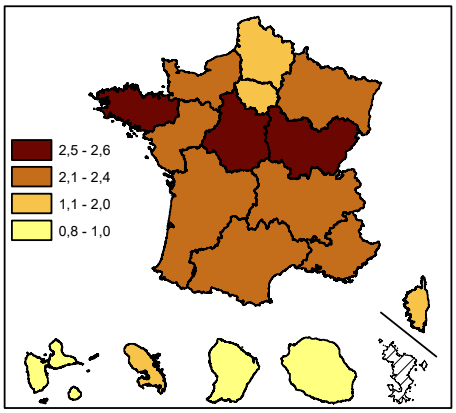
Personnes vivant en communauté
(pour 100 - 2016)

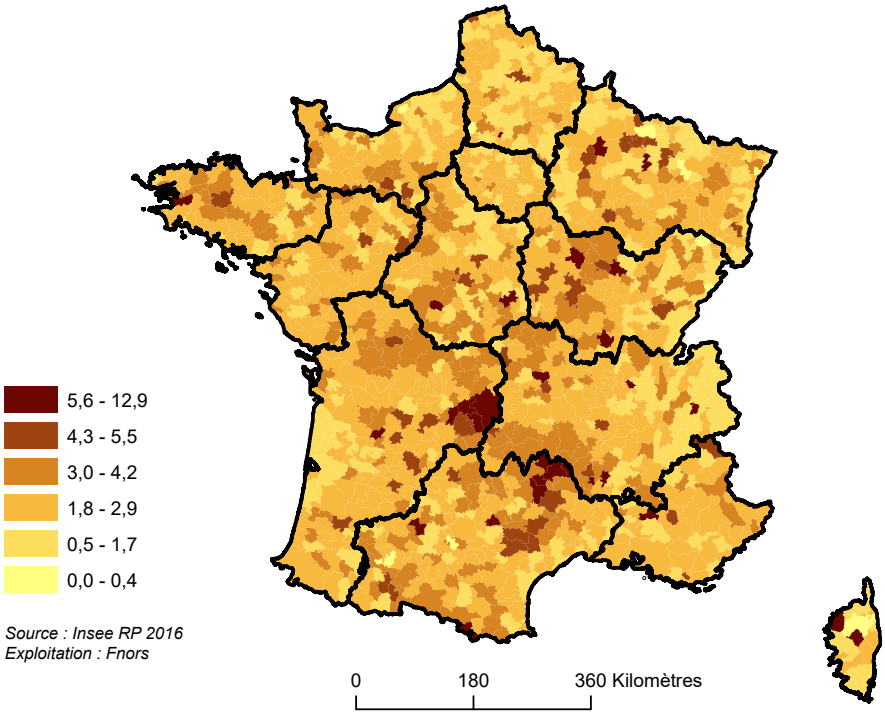
Les personnes vivant en communauté font référence à des situations variées : personnes vivant en maison de retraite ou dans un établissement sanitaire ou social de moyen ou long séjour, élèves et étudiants hébergés en internat, militaires vivant en caserne, personnes détenues, etc. Ces modes de vie peuvent favoriser la circulation du virus et rendre plus difficile la mise en œuvre des mesures de distanciation physique et l'isolement des personnes en cas de contamination.

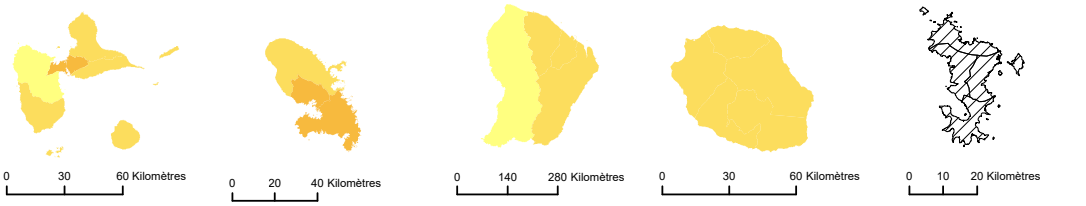
En 2016, près 1,5 million de Français vivent en communauté, soit 2,2 % de la population.

Les personnes vivant en communauté sont proportionnellement les plus nombreuses dans les régions Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire et Bretagne. Elles sont moins nombreuses dans les régions d'outre-mer, en Corse, Île-de-France et Hauts-de-France.

Au sein des régions, quelques territoires à l'échelle des EPCI où la part de la population vivant en communauté est plus élevée, se dégagent, notamment en Nouvelle-Aquitaine et Occitanie.







Personnes habitants dans un quartier prioritaire en politique de la ville

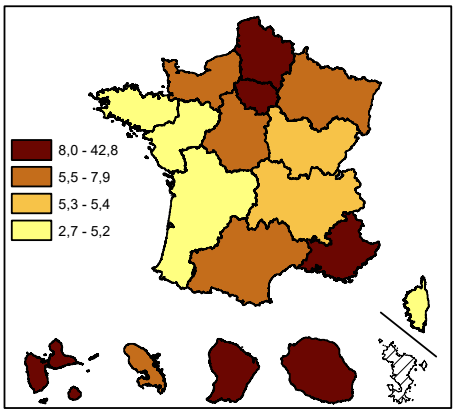
(pour 100 - 2013)

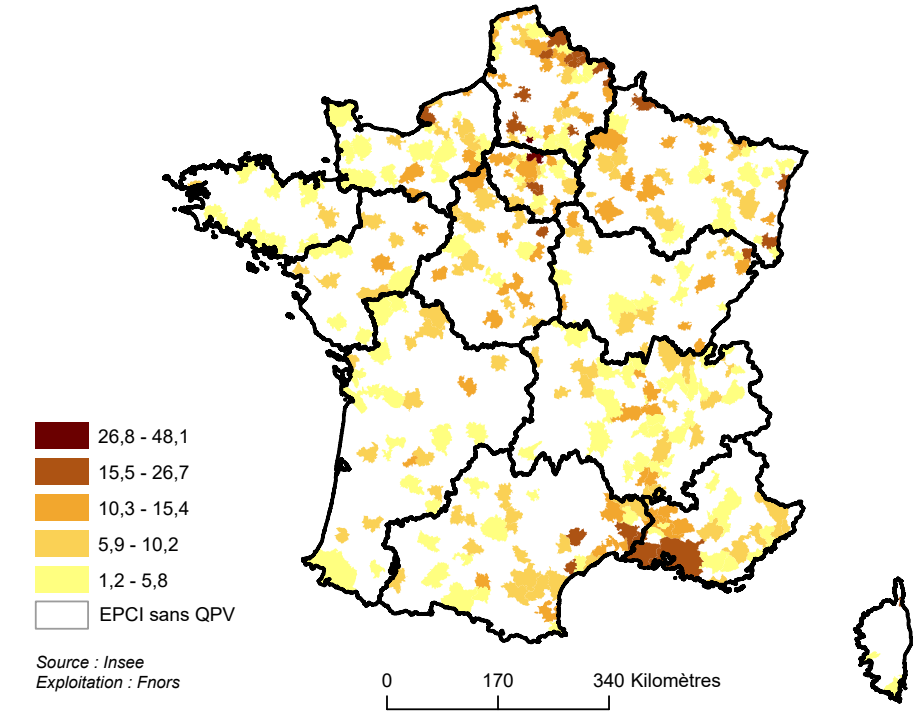
Les habitants des quartiers les plus pauvres cumulent inégalités sociales et sanitaires : pathologies chroniques, recours tardif au soin, sur-occupation des logements, difficultés liées au transport, type d'emploi occupé, autant de facteurs de risque qui exposent plus particulièrement à une épidémie les ménages de ces quartiers.

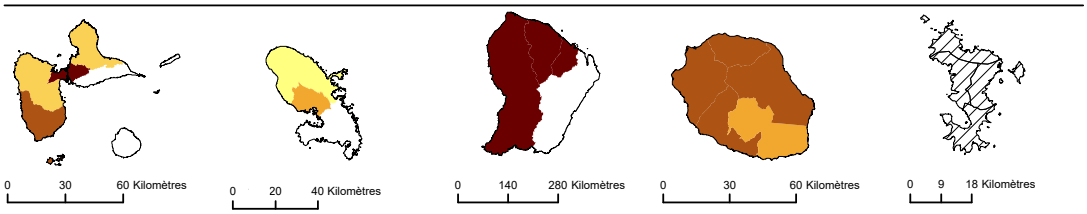
La politique de la ville délimite 1 400 quartiers prioritaires en politique de la ville (QPV) en France, répartis au sein de 340 EPCI. Ces périmètres d'intervention de l'État, définis en 2014 par le Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET), correspondent à des zones de concentration urbaine de population à bas revenus. En France, plus de 5 millions de personnes habitent ces quartiers, soit 7,9 % de la population.

Ces personnes sont plus nombreuses, rapportées à la population, dans les régions Île-de-France, Hauts-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Guyane, Guadeloupe et La Réunion. Elles sont proportionnellement moins nombreuses en Bretagne, Pays de la Loire et Nouvelle-Aquitaine.

Au sein de chaque région, la situation est contrastée avec des territoires à l'échelle des EPCI où la part de la population vivant en quartier prioritaire est plus élevée, notamment au sein des métropoles et des communautés d'agglomération.







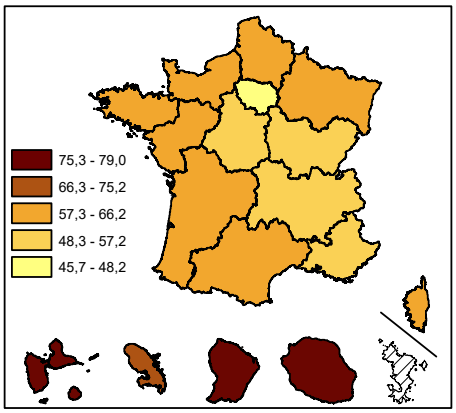
Foyers fiscaux non imposés
(pour 100 - 2017)

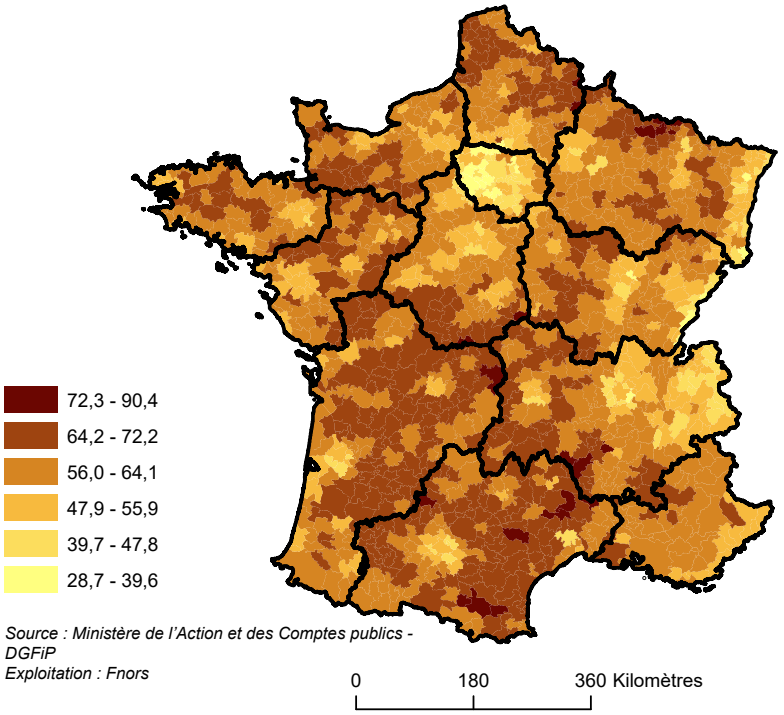
Les foyers fiscaux sont non imposables lorsqu'ils n'ont aucun impôt à payer (suite à une exonération ou parce que leurs revenus sont inférieurs au seuil d'imposition ou parce qu'ils bénéficient d'une réduction d'impôt) ou encore s'ils se voient restituer totalement un avoir fiscal ou un crédit d'impôt. La part des foyers non imposés permet d'approcher la pauvreté des territoires. Les situations de précarité peuvent potentialiser des vulnérabilités au virus.

En 2017, 21,4 millions de foyers fiscaux n'ont pas payé d'impôt sur le revenu, cela représente 56,3 % des foyers fiscaux français.

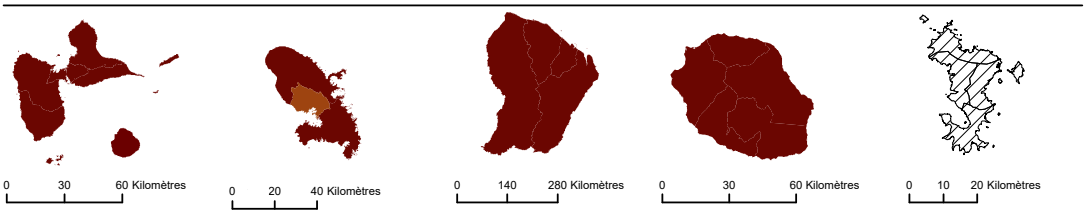
Les régions ultramarines présentent la part de foyers fiscaux non imposés la plus importante des régions françaises. Au sein de l'Hexagone, la part la plus faible est observée en Île-de-France puis dans les régions allant du Centre-Val de Loire à Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Au sein des régions, la situation est contrastée avec des territoires à l'échelle des EPCI où la part des foyers fiscaux non imposés peut être variable. Ainsi, en Auvergne-Rhône-Alpes, la part des foyers fiscaux non imposés est plus importante dans les EPCI de l'ouest que dans ceux de l'est de la région. Globalement, les EPCI à l'ouest de l'Île-de-France ou à proximité ou frontaliers de la Suisse et de l'Allemagne enregistrent des parts plus faibles de foyers fiscaux non imposés.





Source : Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP
Exploitation : Fnors



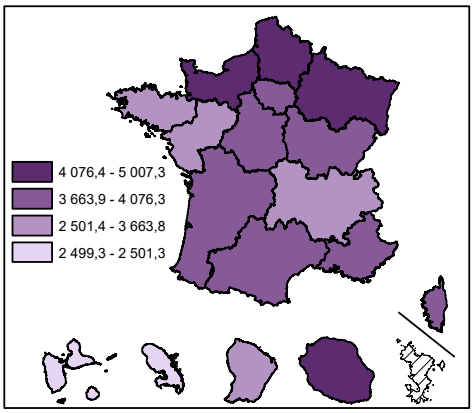
Personnes hospitalisées pour maladie cardiovasculaire à risque
(taux standardisé pour 100 000 habitants - 2015-2019)

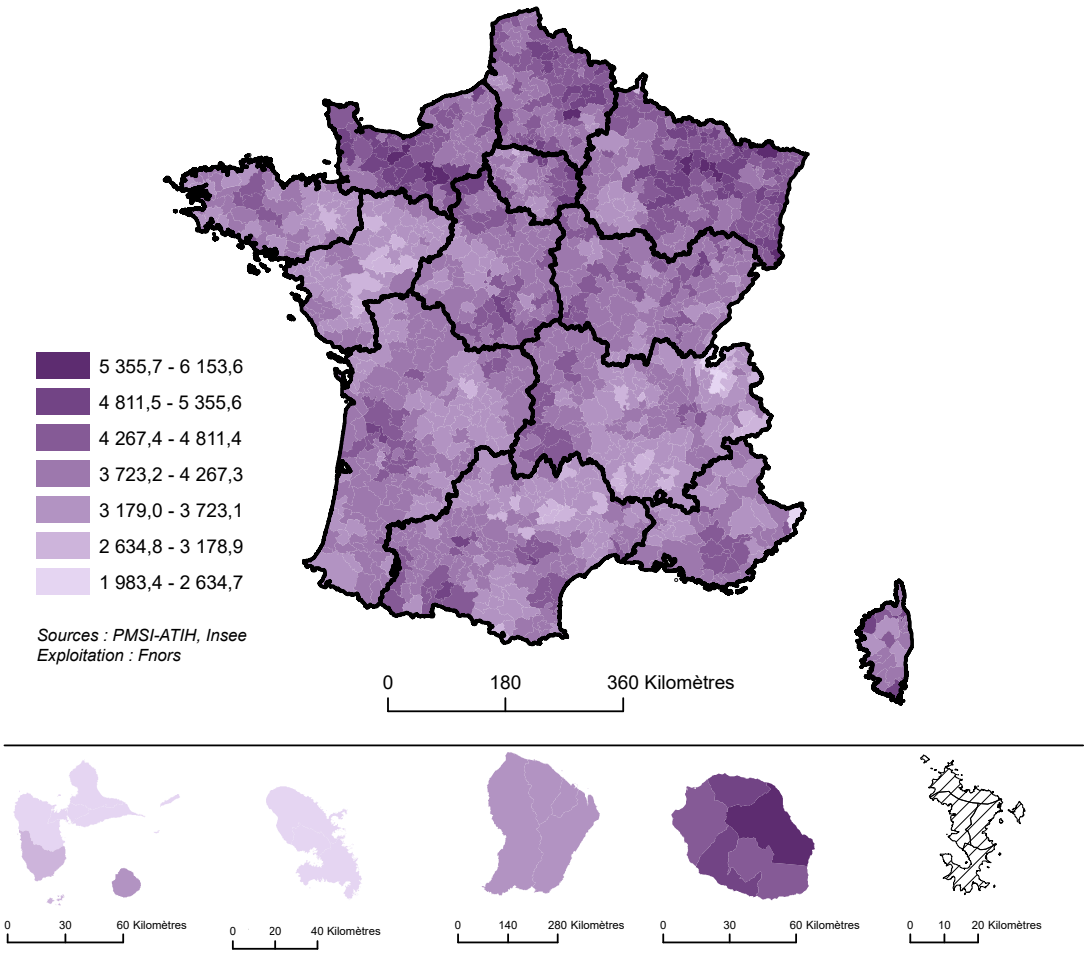
Selon la littérature, plusieurs maladies cardiovasculaires constituent des situations à risque de formes graves de Covid-19 : coronaropathie, accident vasculaire cérébral et ses séquelles, insuffisance cardiaque.

Plus de 3 millions de personnes ont été hospitalisées au moins une fois en lien avec ces pathologies au cours des cinq dernières années.

Une fois pris en compte les effets de l'âge, ce nombre correspond à un taux standardisé de 3 950 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants. Elles sont plus nombreuses, rapportées à la population, dans les régions du nord de l'Hexagone et à La Réunion et moins nombreuses dans les Antilles, en Bretagne, Pays de la Loire et Auvergne-Rhône-Alpes.

Au sein de chaque région, la situation est contrastée à l'échelle des EPCI : il est ainsi observé des zones regroupant plusieurs EPCI contigus avec un taux de personnes hospitalisées pour ces pathologies plutôt élevé et des zones où ces taux sont moins importants, tant dans des zones très urbaines que des zones rurales.





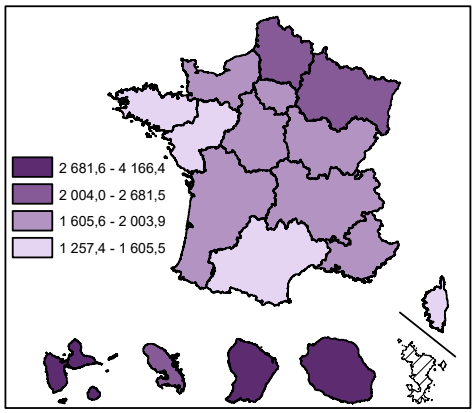
Personnes hospitalisées pour complication de diabète
(taux standardisé pour 100 000 habitants - 2018-2019)

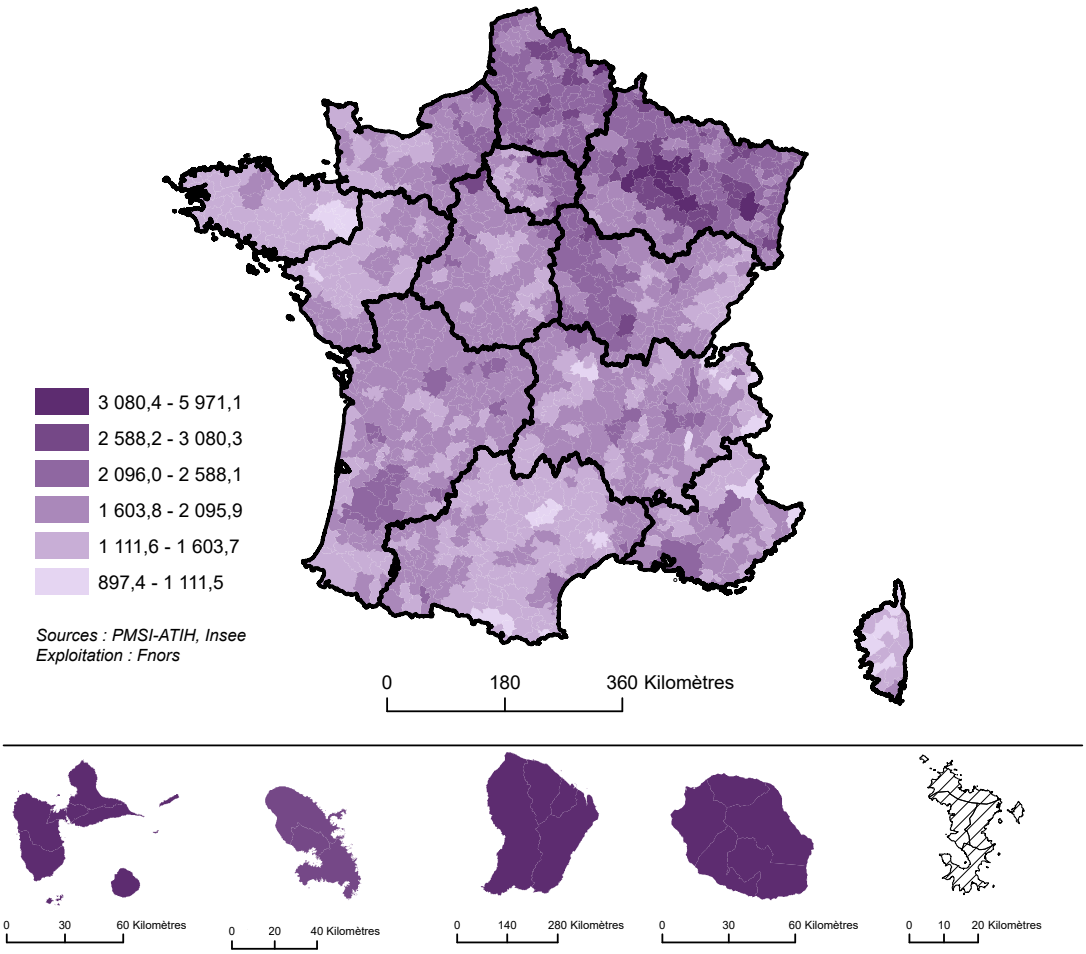
Selon la littérature, les personnes ayant un diabète non équilibré ou présentant des complications du diabète font partie des personnes à risque de formes graves de Covid-19.

Plus de 1,4 million de personnes ont été hospitalisées au moins une fois en lien avec une complication du diabète au cours des deux dernières années.

Une fois pris en compte les effets de l'âge, ce nombre correspond à un taux standardisé de 1 911 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants. Elles sont plus nombreuses, rapportées à la population, dans les régions du nord-est de l'Hexagone et dans les régions ultramarines et moins nombreuses en Bretagne, Pays de la Loire et Occitanie.

Au sein de chaque région, les situations sont majoritairement homogènes : dans les régions où les taux sont élevés, cela concerne la plupart des EPCI de la région. À l'inverse, dans les régions où les taux sont globalement bas, les taux observés dans la plupart des EPCI le sont également.



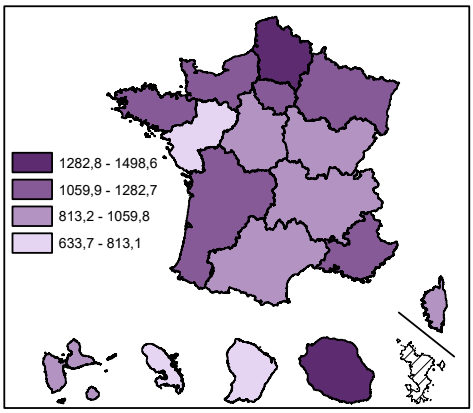


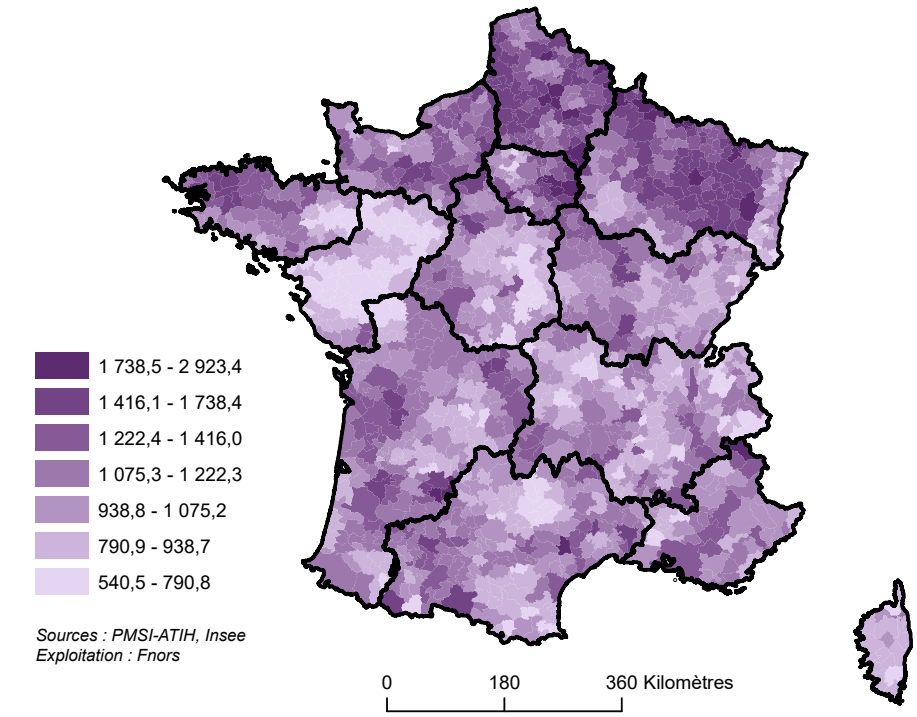
Personnes hospitalisées pour maladies respiratoires chroniques ou mucoviscidose

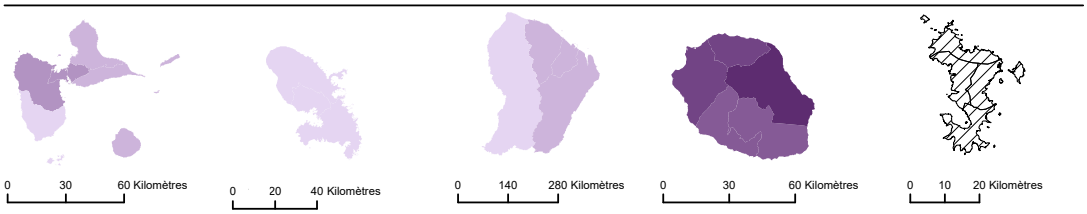
(taux standardisé pour 100 000 habitants - 2015-2019)

Selon la littérature, les personnes ayant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale (broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment) font partie des personnes à risque de formes graves de Covid-19.

Près de 820 000 personnes ont été hospitalisées au moins une fois en lien avec une maladie respiratoire chronique ou une mucoviscidose au cours des cinq dernières années.
Une fois pris en compte les effets de l'âge, ce nombre correspond à un taux standardisé de 1 115 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants. Elles sont plus nombreuses, rapportées à la population, dans les régions Hauts-de-France et La Réunion et moins nombreuses en Pays de la Loire, Martinique et Guyane.
Dans la plupart des régions, sont observés aussi bien des EPCI avec des taux d'hospitalisation élevés et des EPCI avec des taux bas comme en Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie ou Centre-Val de Loire alors que d'autres régions sont beaucoup plus homogènes et présentent principalement des EPCI à taux élevés comme en Grand-Est, Bretagne ou à La Réunion, ou des EPCI à taux bas comme les régions Pays de la Loire, Guadeloupe ou Guyane.







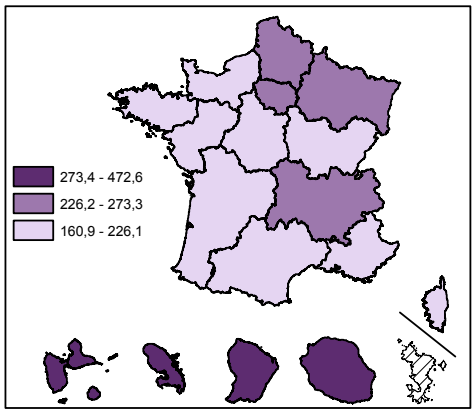
Personnes en affection de longue durée pour insuffisance rénale chronique

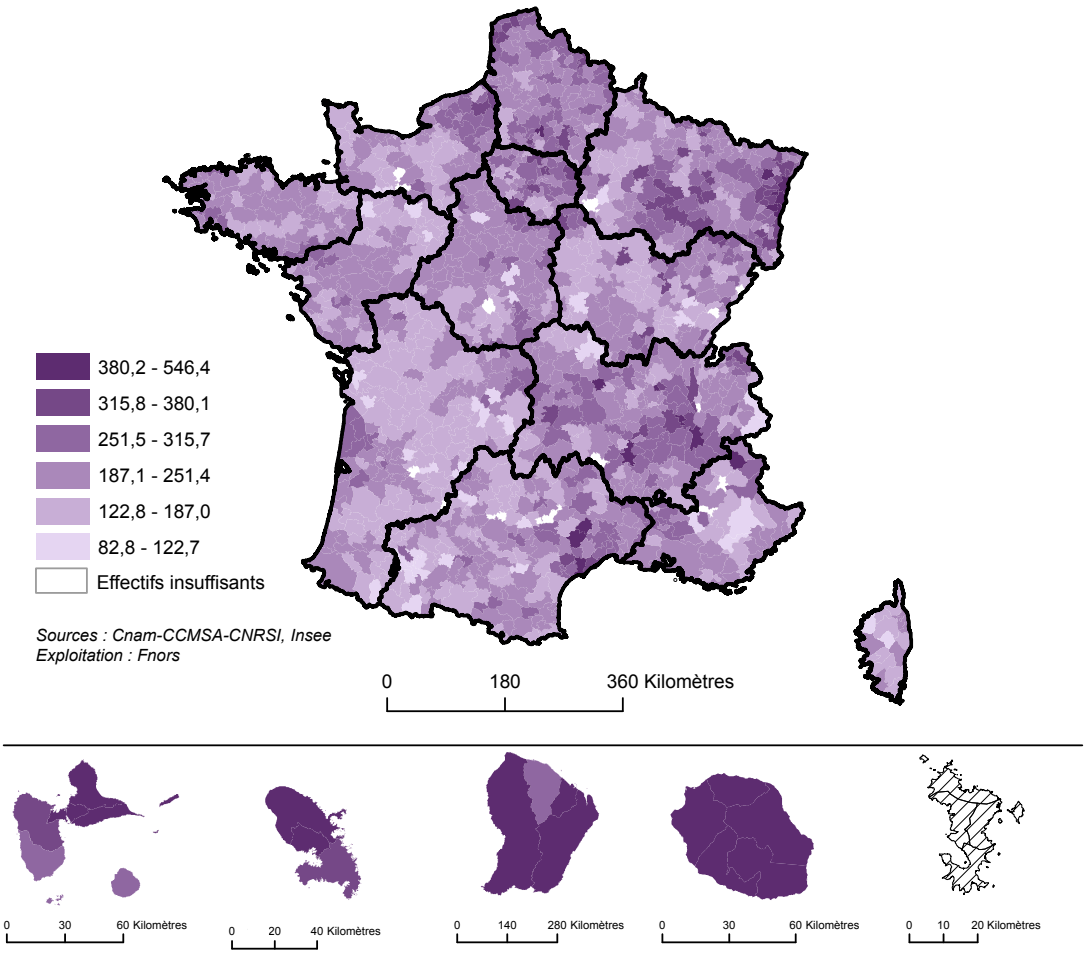
(taux standardisé pour 100 000 habitants –2016)

Selon la littérature, les personnes présentant une insuffisance rénale chronique dialysée font partie des personnes à risque de formes graves de Covid-19.
Plus de 183 000 personnes bénéficient d'une prise en charge à 100 % de leurs soins par l'Assurance maladie pour insuffisance rénale chronique.

Une fois pris en compte les effets de l'âge, ce nombre correspond à un taux standardisé de 249,6 personnes en ALD pour insuffisance rénale chronique pour 100 000 habitants. Les quatre régions ultramarines présentent des taux plus élevés que ceux observés dans l'Hexagone. Des taux élevés sont également observés dans les régions du nord-est ainsi qu'en Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes.

Dans la plupart des régions, sont observés aussi bien des EPCI avec des taux de personnes en ALD élevés et des EPCI avec des taux bas. Des zones vastes de prévalence basse sont également notées comme au nord de Nouvelle-Aquitaine ou des zones de prévalence élevée comme en Alsace.
À noter que dans quelques EPCI (1,1 %), moins de 10 personnes sont en ALD pour insuffisance rénale chronique.





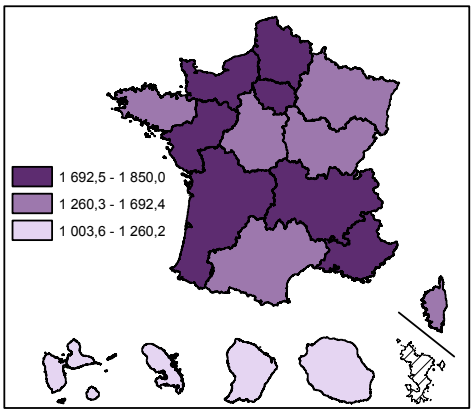
Personnes hospitalisées pour cancer
(taux standardisé pour 100 000 habitants - 2018)

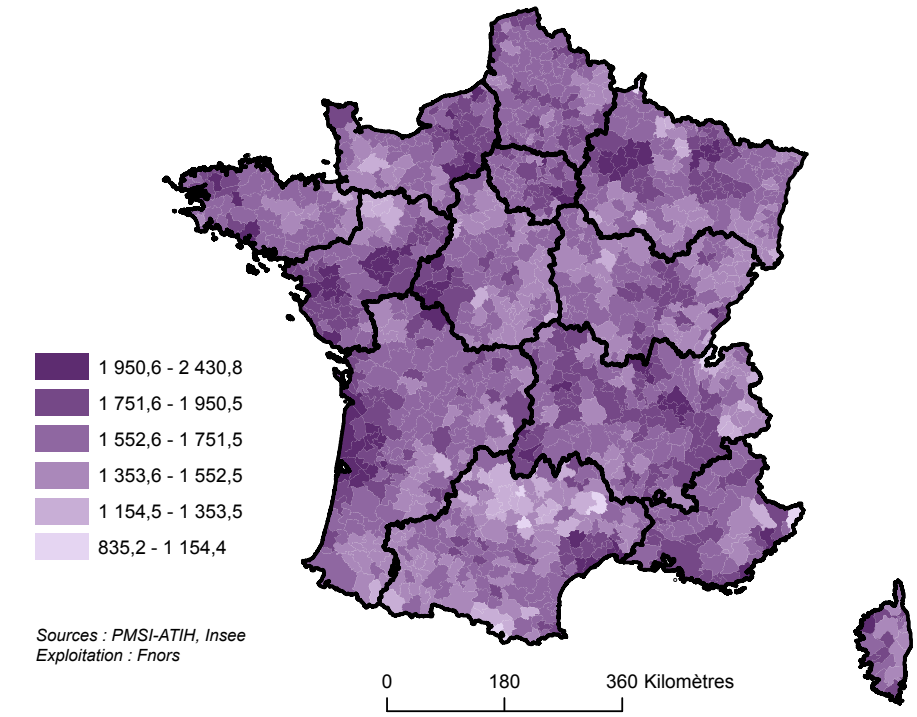
Selon la littérature, les personnes atteintes de cancer évolutif sous traitement font partie des personnes à risque de formes graves de Covid-19.

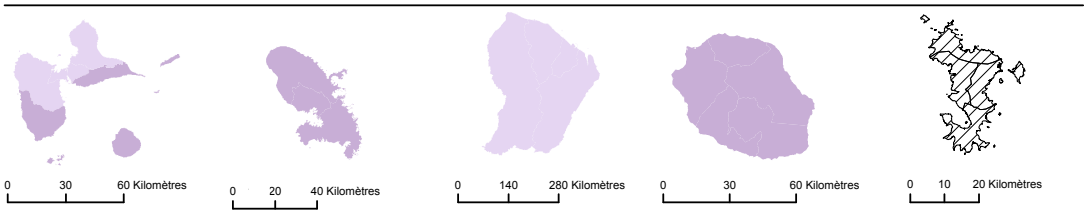
Plus de 1,2 million de personnes ont été hospitalisées au moins une fois en en 2018 pour cancer ou traitement de cancer.

Une fois pris en compte les effets de l'âge, ce nombre correspond à un taux standardisé de 1 697 personnes hospitalisées pour 100 000 habitants. Elles sont plus nombreuses, rapportées à la population, dans les régions bordant la Manche et l'Atlantique ainsi que dans les régions du quart sud-est du pays. Les régions ultramarines présentent les taux les plus bas.

Au sein de chaque région, la situation est contrastée avec des territoires à l'échelle des EPCI où ces personnes sont plus nombreuses et d'autres où elles le sont moins. Il est observé ainsi des zones regroupant plusieurs EPCI contigus avec un taux de personnes hospitalisées pour cancer plutôt élevé, en particulier autour des zones les plus urbaines, et des zones où ces taux sont moins importants.







Personnes en affection de longue durée pour immunodépression
(taux standardisé pour 100 000 habitants - 2016)

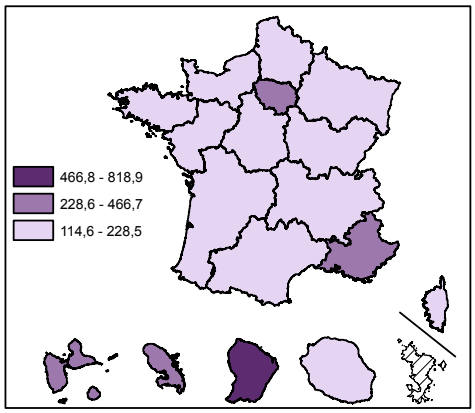
Selon la littérature, les personnes présentant une immunodépression congénitale ou acquise font partie des personnes à risque présumé de formes graves de Covid-19.

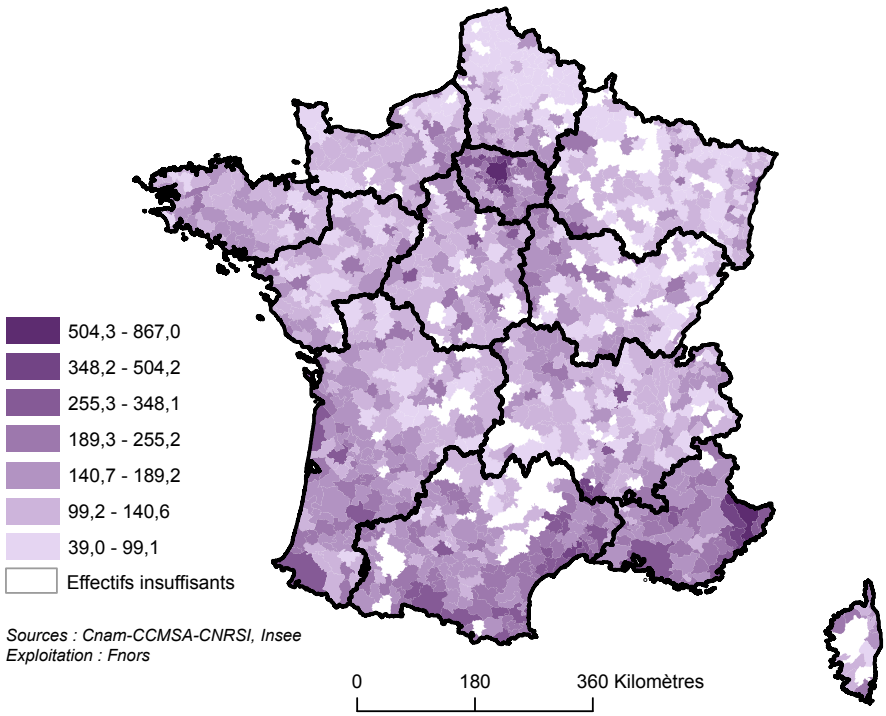
Près de 148 000 personnes bénéficient d'une prise en charge à 100 % de leurs soins par l'Assurance maladie pour déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH ou suites de transplantation d'organes.

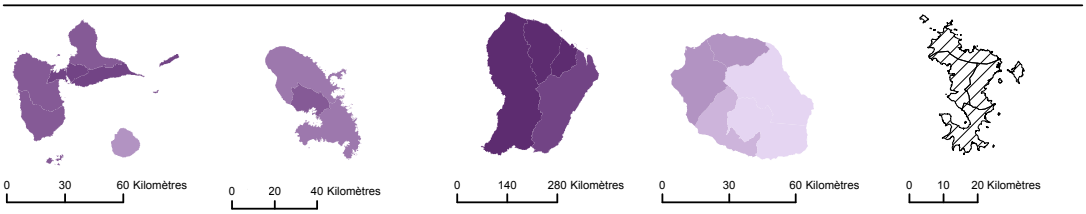
Une fois pris en compte les effets de l'âge, ce nombre correspond à un taux standardisé de 229,2 personnes en ALD pour immunodépression pour 100 000 habitants. Les régions Guyane, des Antilles, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Île-de-France présentent des taux plus élevés que ceux observés dans les autres régions.

Dans la plupart des régions à taux élevés, la majeure partie des EPCI présente également des taux élevés. Dans les autres régions, les situations observées sont contrastées avec des EPCI à taux élevés et d'autres à taux faibles, en particulier en Occitanie.

À noter que dans un EPCI sur huit (12,6 %), moins de dix personnes sont concernées.







Personnes en affection de longue durée pour cirrhose
(taux standardisé pour 100 000 habitants - 2016)

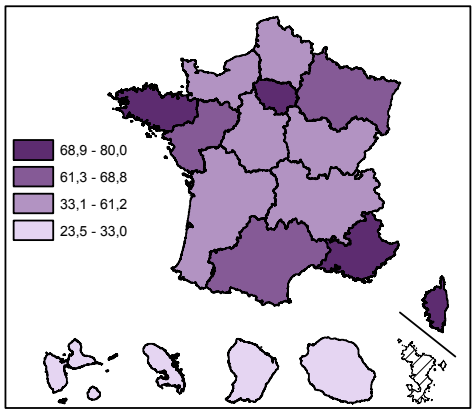
Selon la littérature, les personnes présentant une cirrhose décompensée font partie des personnes à risque présumé de formes graves de Covid-19.

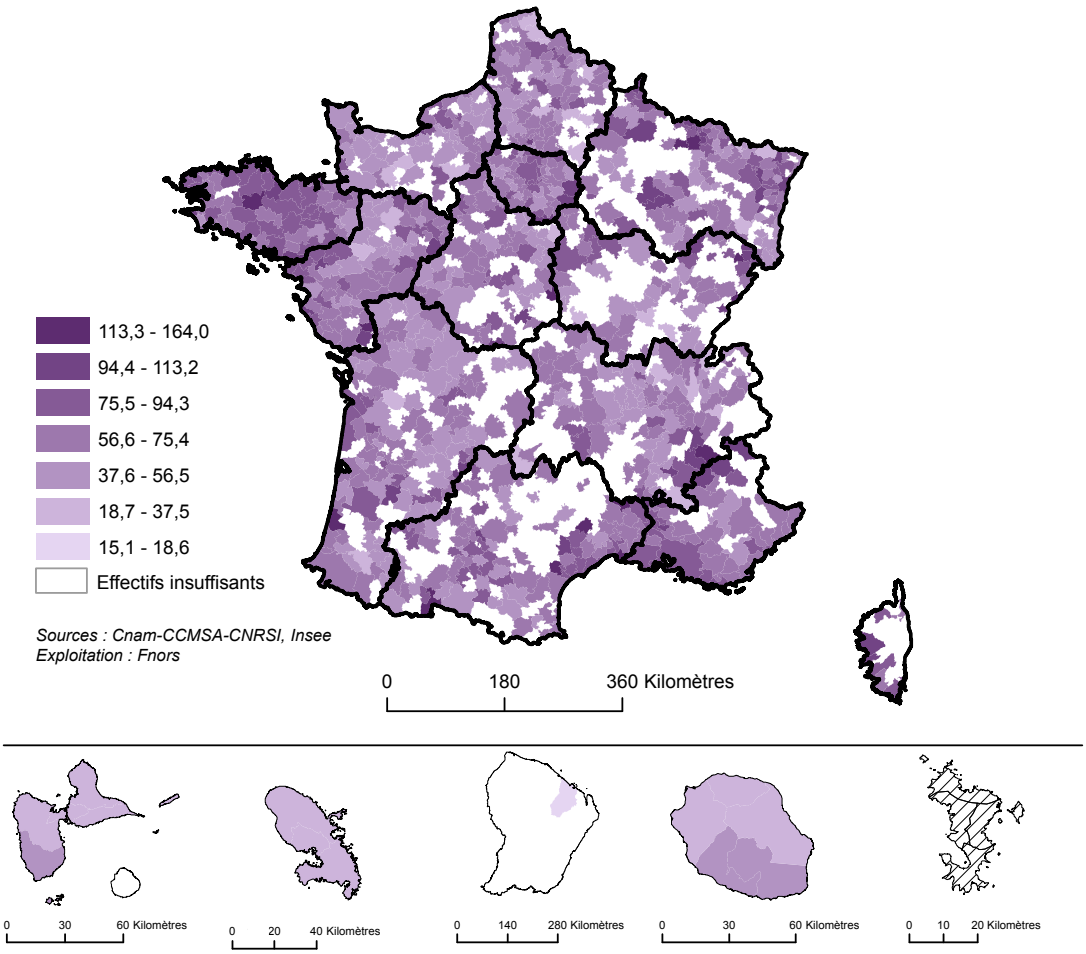
Plus de 45 000 personnes bénéficient d'une prise en charge à 100 % de leurs soins par l'Assurance maladie pour cirrhose (quel qu'en soit le stade).

Une fois pris en compte les effets de l'âge, ce nombre de personnes correspond à un taux standardisé de 64,7 personnes en ALD pour cirrhose pour 100 000 habitants. Les régions méditerranéennes, Grand-Est, Île-de-France et Bretagne présentent les taux les plus élevés ; les régions ultramarines présentent des taux bas.

À part en Bretagne, dans la plupart des régions les taux observés dans la majeure partie des EPCI sont le plus souvent assez bas (ou présentent des effectifs insuffisants). Quelques zones de taux plus élevés sont observées par endroit, notamment le long des côtes atlantiques et méditerranéennes.

À noter que dans plus de trois EPCI sur dix (31,1 %), moins de 10 personnes sont concernées.





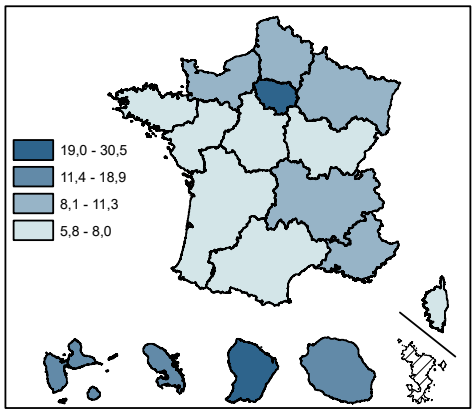
Ménages dont la personne de référence est active et ne dispose pas de voiture

(pour 100 – 2016)

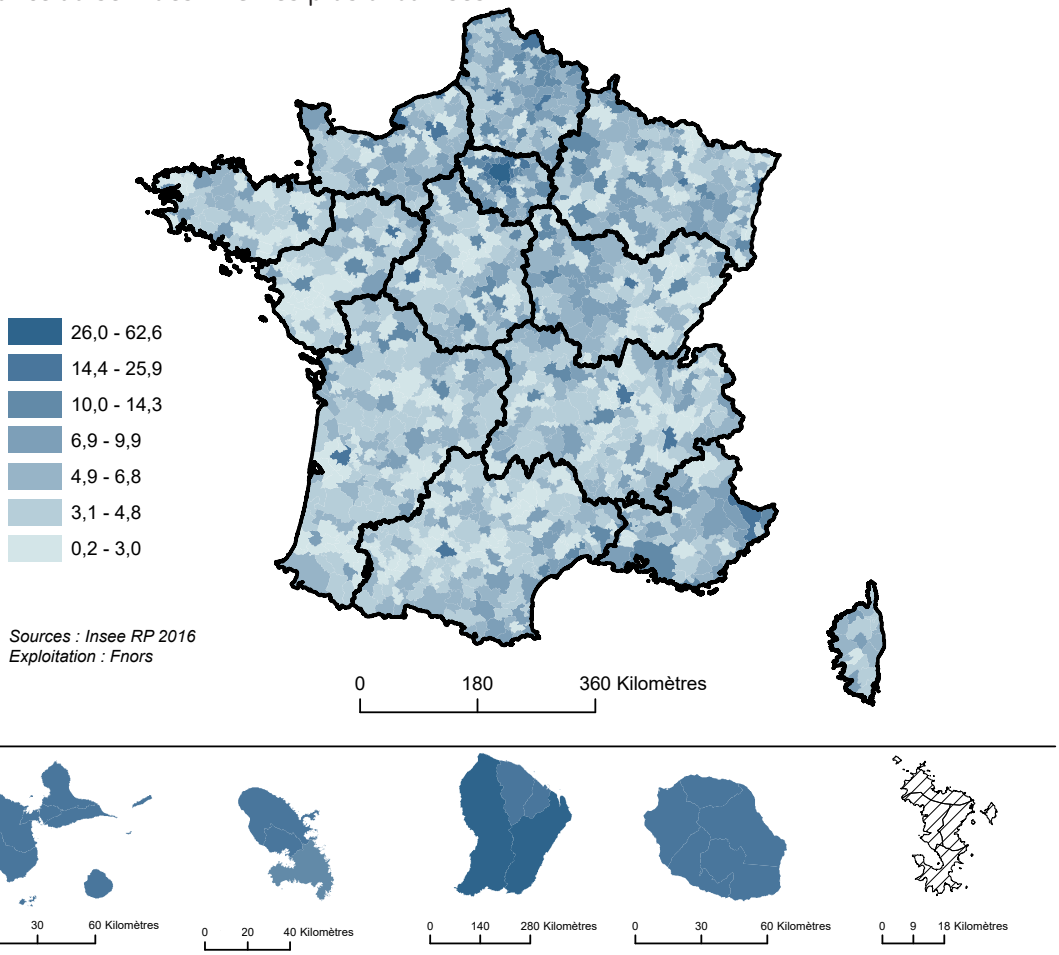
La part des ménages dont la personne de référence active ne dispose pas de voiture permet de mesurer la capacité de déplacement et, indirectement, le niveau de revenus du ménage et donc sa potentielle précarité. La possession d'une voiture peut cependant ne pas se justifier en zone urbaine (Île-de-France et dans les métropoles et grandes agglomérations) pourvue d'un réseau de transports en commun significatif, voire de voitures louées en libre-service.

Plus de 2,5 millions de ménages dont la personne de référence est active ne disposent pas de voiture, soit 13,3 % des ménages dont la personne de référence est active.

La situation entre les régions hexagonales peut s'analyser en trois groupes. En Île-de-France, il est comptabilisé près d'un tiers des ménages de cette catégorie, principalement à Paris intra-muros. Puis, une partition entre le nord de la France, Auvergne-Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur et le reste des régions est observée. Les régions ultramarines présentent des parts parmi les plus élevées : de 16,4 % (Martinique) à 26,4 % (Guyane).



Au sein de chaque région, la part des ménages dont la personne de référence est active et sans voiture est plus importante au sein des EPCI les plus urbanisés.

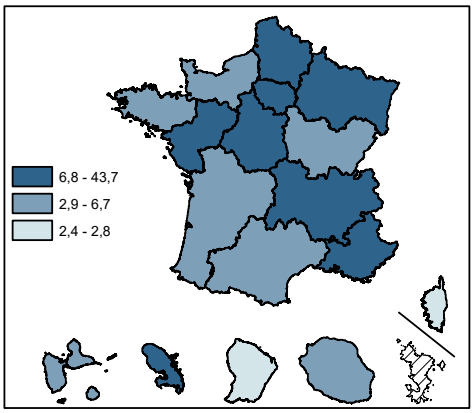


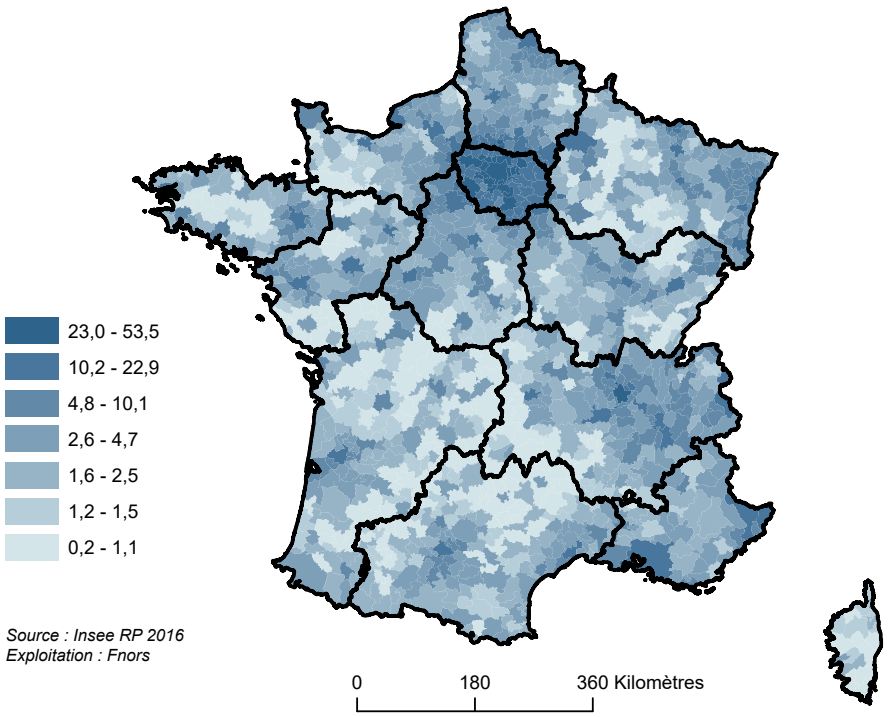
Déplacements domicile-travail en transports en commun
(pour 100 - 2016)

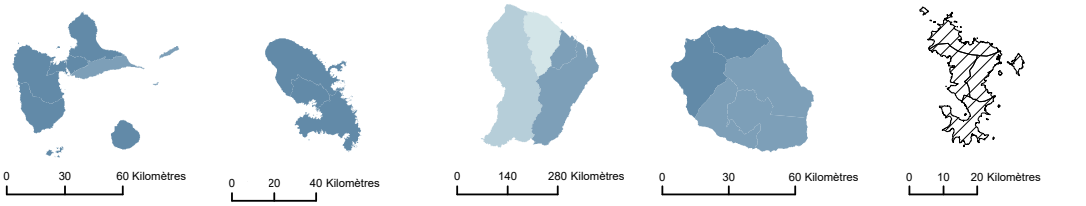
La part des déplacements domicile-travail en transports en commun indique à la fois le degré d'urbanisation d'un territoire et sa desserte par une offre de transports conséquente et multimodale. Cependant, en période épidémique, la promiscuité dans les transports en commun facilite la propagation des virus.

En France, cette part s'établit à 15 % des actifs, soit 4 millions de personnes, mais avec une forte différence entre la région Île-de-France et le reste des régions françaises y compris ultramarines. L'Île-de-France est ainsi la région où, sans conteste, les transports en commun sont les plus utilisés par les actifs (43,7 %). Cette proportion dans les autres régions ne dépasse guère les 10 % (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes) et descend à moins de 3 % en Corse et Guyane.

Au sein de chaque région, les situations entre les EPCI sont assez contrastées. La moitié des EPCI ont une part de déplacements domicile-travail en transports en commun inférieure à 2,4 %. D'une manière générale, la part d'utilisation des transports collectifs par les actifs est plus importante dans les grandes agglomérations régionales. L'utilisation des transports en commun en Guyane est particulière, liée à la configuration du territoire.





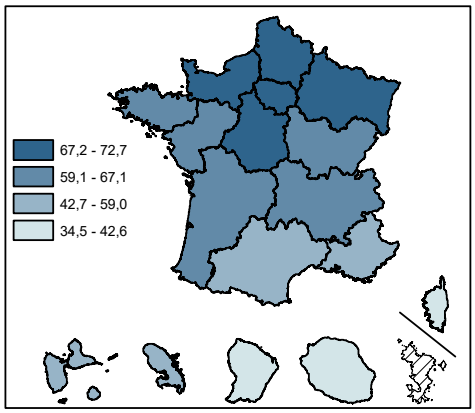


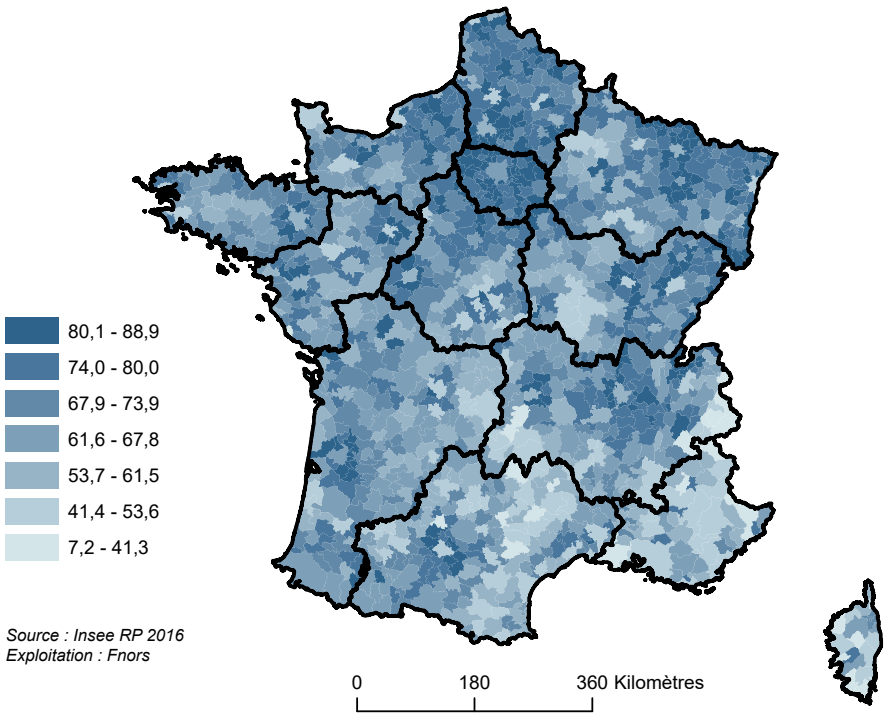
Actifs occupés de 15 ans et plus travaillant dans une autre commune que leur commune de résidence
(pour 100 - 2016)

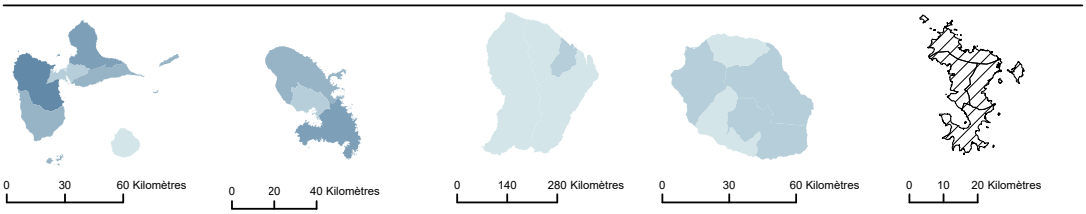
Depuis 1999, la part des actifs occupés de 15 ans et plus travaillant dans une autre commune que celle de leur résidence n'a cessé de croître. En période épidémique, ces déplacements entre les territoires contribuent à la dissémination des virus.

En 2016, plus de 17,5 millions d'actifs de 15 ans et plus font la navette quotidiennement entre leurs communes de résidence et d'activité professionnelle. Il est observé un net gradient social entre le nord et le sud de l'Hexagone. Les régions Hauts-de-France (72,7 %) et Île-de-France (70,3 %) se présentent comme celles dans lesquelles cette part est la plus importante, presque équivalente aux trois quarts des actifs de 15 ans et plus. Cette situation n'a pas évolué depuis le début des années deux mille. Normandie, Grand-Est et Centre-Val de Loire ont aussi des parts importantes de navetteurs, à l'inverse des régions occidentales et surtout méridionales, notamment Provence-Alpes-Côte d'Azur avec moins de 50 % de personnes faisant quotidiennement la navette.

Selon les régions, les situations entre les EPCI sont contrastées. En outre-mer, c'est le cas aux Antilles ; dans l'Hexagone, il est à noter un gradient géographique est-ouest en régions Grand-Est et Occitanie.





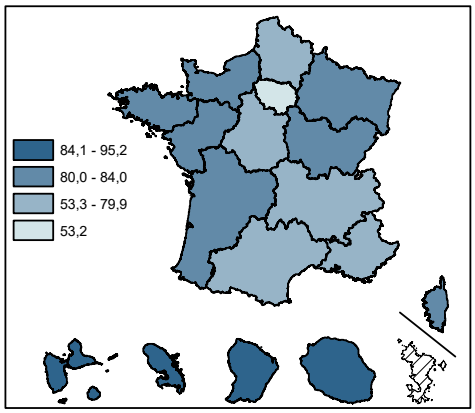


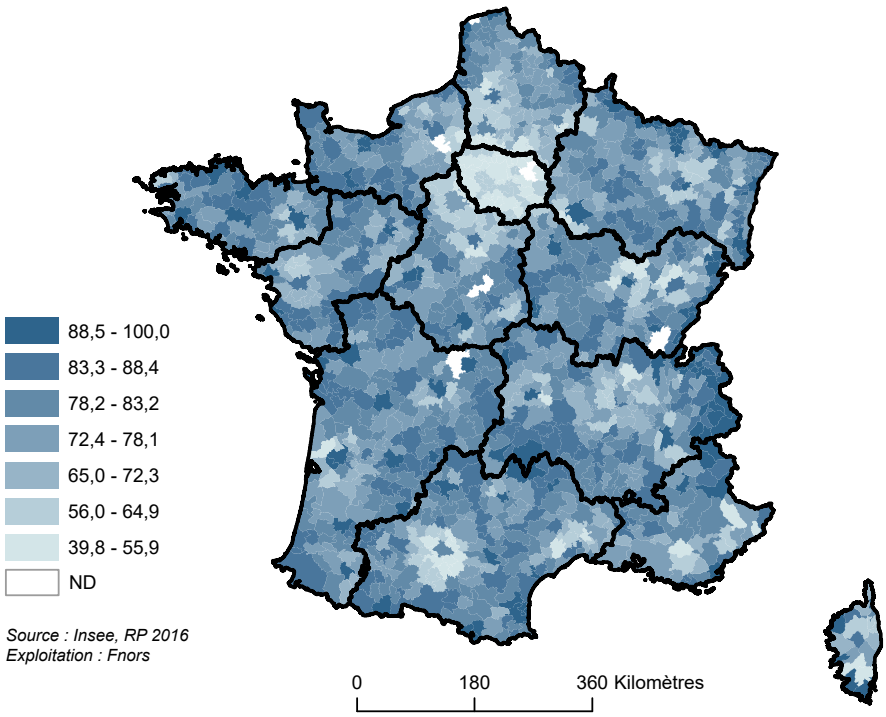
Actifs résidant à 30 minutes ou moins de leur lieu de travail
(pour 100 - 2016)

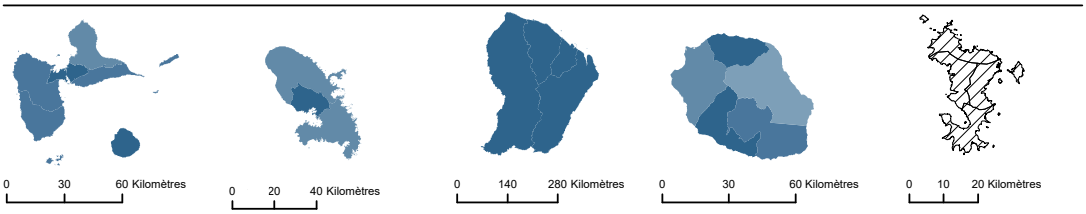
La part des actifs résidant à 30 minutes ou moins de leur lieu de travail n'a cessé de se réduire depuis 1999. Cette déconnexion croissante entre lieux de résidence et d'activité professionnelle est due à l'attractivité de plus en plus forte des grandes agglomérations régionales attirant des travailleurs de plus en plus éloignés. Cependant, ce temps augmente avec le revenu par unité de consommation (Insee 2008), ce qui est un indicateur indirect de précarité. La propagation d'une épidémie se trouve aussi facilité par ces déplacements.

L'Île-de-France est la région où un temps de déplacement inférieur à 30 minutes entre le domicile et le travail concerne à peine plus de la moitié de la population active (53,2 %) contre plus des trois quarts dans les autres régions, y compris d'outre-mer. Dans un axe central parcourant les régions les plus peuplées, Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur, et intégrant celle de Centre-Val de Loire moins peuplée, cette proportion ne dépasse pas 80 %, alors que c'est le cas de toutes les autres régions.

Au sein de chaque région, des situations contrastées existent selon les EPCI pouvant couper une région en deux (nord/sud en Hauts-de-France ou Provence-Alpes-Côte d'Azur, est-ouest en Normandie).







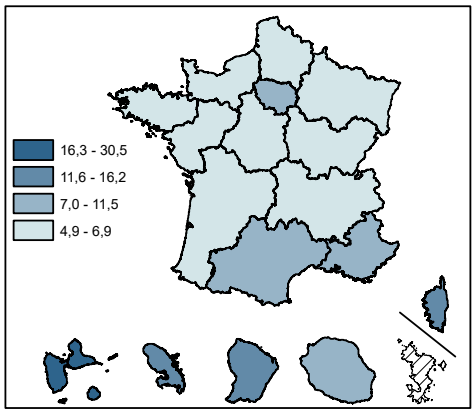
Commerces alimentaires
(pour 10 000 habitants - 2018)

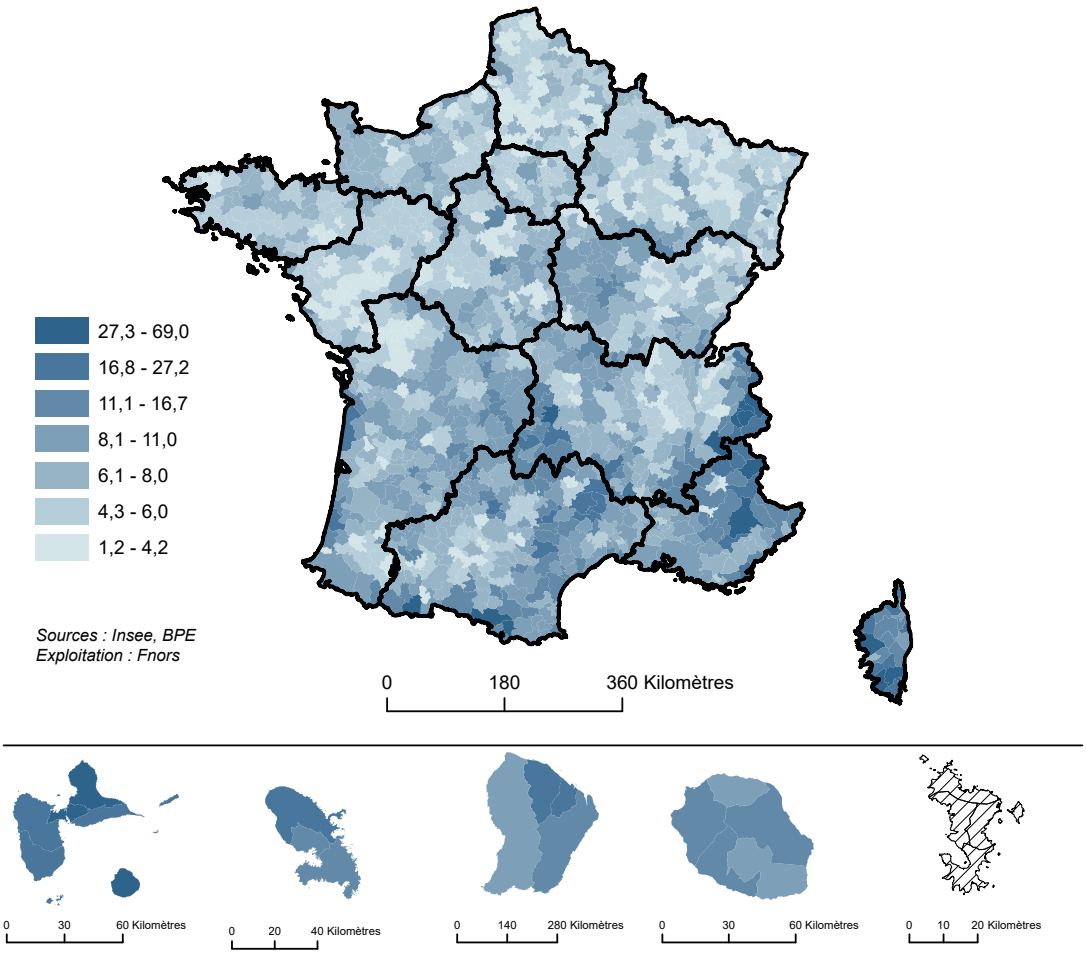
Les commerces alimentaires de proximité facilitent l'accès aux produits de première nécessité pour les personnes ne disposant pas de moyens de locomotion, ainsi que pour certaines personnes âgées ou en situation de handicap. Cette proximité permet notamment de réduire d'éventuels déplacements en transports en commun, qui constituent des environnements à fort risque de transmission du virus.

La France compte 7,3 commerces alimentaires pour 10 000 habitants.

La Corse et les régions ultramarines sont les territoires qui en comptent proportionnellement le plus, avec des taux supérieurs à 11,5 commerces pour 10 000 habitants. La Guadeloupe est notamment la mieux pourvue (31 pour 10 000). Dans l'Hexagone, outre la Corse, les régions du Sud et l'Île-de-France apparaissent plus dotées que les autres régions.

Au sein de la plupart des régions, des situations contrastées sont observées entre EPCI, avec toutefois des écarts qui apparaissent globalement plus marqués dans les régions méditerranéennes.





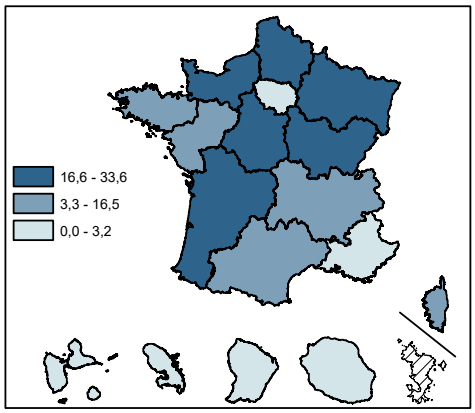
Population dépourvue de commerces alimentaires dans sa commune
(pour 100 - 2016)

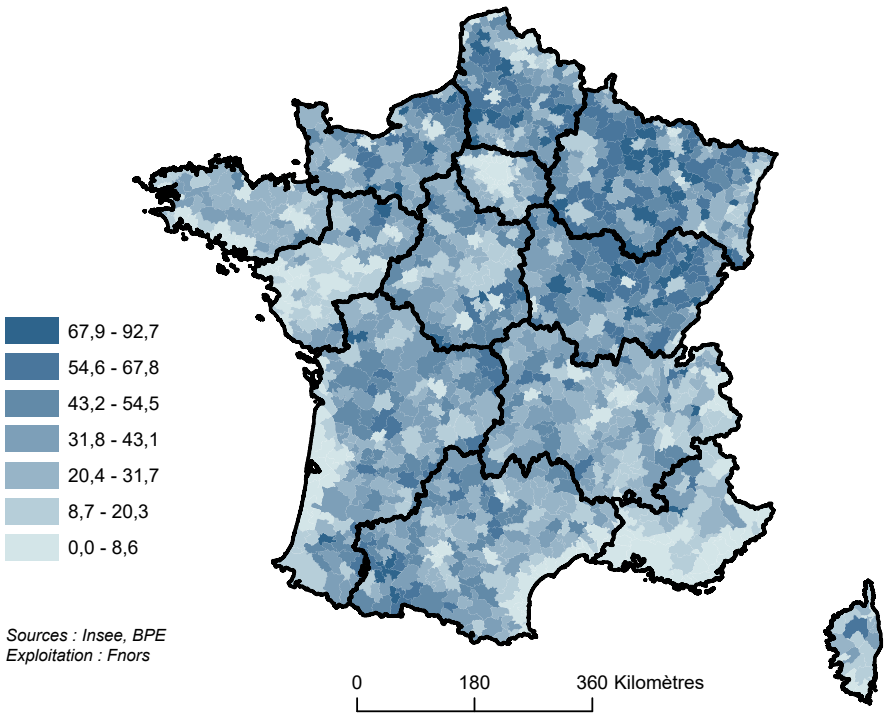
L'absence de commerces alimentaires dans leur commune de résidence peut constituer un obstacle à l'accès aux produits de première nécessité pour les personnes qui ne disposent pas de moyens de locomotion, ainsi que pour certaines personnes âgées ou en situation de handicap. L'éloignement à ce type de commerces peut favoriser des déplacements en transports en commun, qui constituent des environnements à fort risque de transmission du virus.

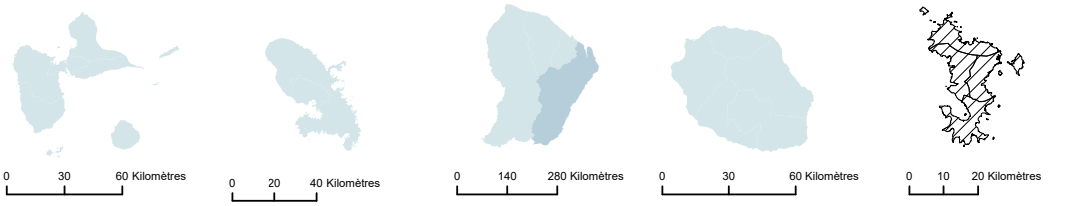
En France, 10 millions de personnes résident dans une commune sans aucun commerce alimentaire, soit 15 % de la population nationale.

Les régions du Nord, du Nord-Est, Centre-Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine présentent les taux les plus élevés. Avec plus d'un tiers de ses habitants concernés, la région Bourgogne-Franche Comté présente la situation la moins favorable. *A contrario*, les régions ultramarines, l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur connaissent les taux les plus faibles.

Au sein des régions, à l'exception des régions ultramarines, la situation est toutefois contrastée entre EPCI. De façon globale, le taux de personnes habitant dans une commune sans commerces alimentaires est moindre dans les territoires urbanisés et le long du littoral.





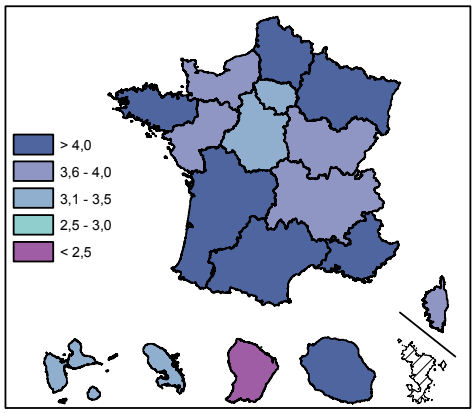


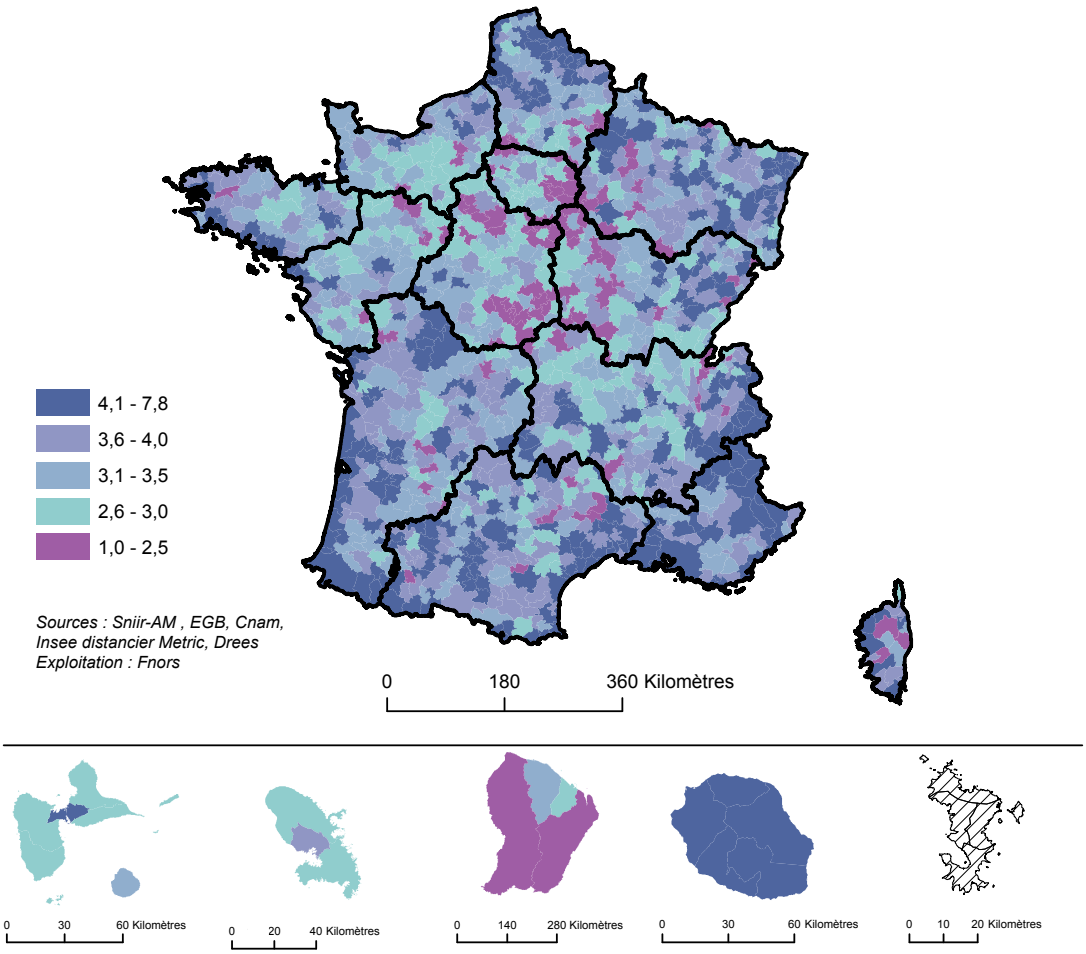
Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes
(consultations par an et par habitant - 2018)

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans le diagnostic et la prise en charge des cas de Covid-19. Ils sont également l'un des premiers maillons de la recherche des cas contacts. S'ajoute leur place essentielle dans le suivi régulier des patients atteints d'une maladie chronique pouvant déclarer une forme grave de Covid-19, et plus globalement dans l'éducation sanitaire de leurs patients (rappel des mesures barrières...). D'où l'importance d'une bonne accessibilité géographique aux médecins généralistes.

Au plan national, chaque habitant a accès en moyenne à 3,9 consultations par an chez un médecin généraliste. Avec une APL moyenne inférieure à 2,5, la Guyane connaît la plus faible accessibilité au médecin généraliste des régions françaises. Arrivent ensuite les régions Martinique, Guadeloupe, Île-de-France puis Centre-Val de Loire, avec des APL moyennes comprises entre 3,1 et 3,5. Les régions du Sud, Bretagne, Hauts-de-France, Grand-Est et La Réunion présentent les accessibilités les plus élevées (> 4,0).

Au sein de la plupart des régions, la situation est en général très contrastée entre EPCI. De façon globale, l'accessibilité aux médecins généralistes est plus importante dans les grands pôles urbains et le long du littoral.





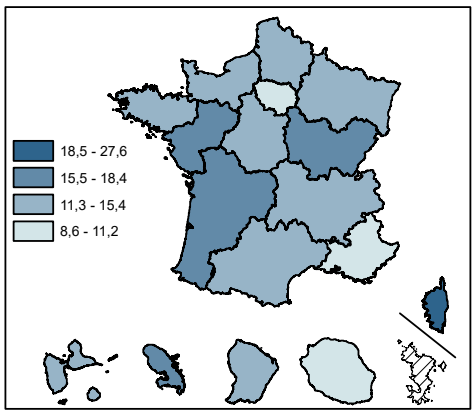
Temps moyen d'accès aux services d'urgence
(minutes - 2019)

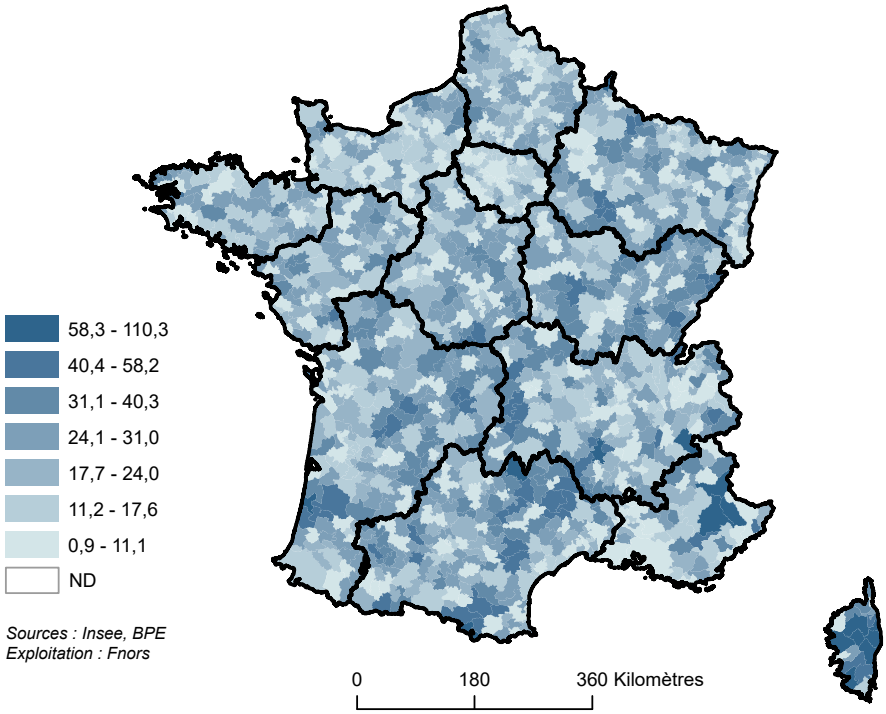
La Covid-19 est une affection souvent asymptomatique ou bénigne, mais certaines formes graves s'accompagnent d'une détresse respiratoire aigüe qui met en jeu le pronostic vital et nécessite une prise en charge hospitalière en urgence.

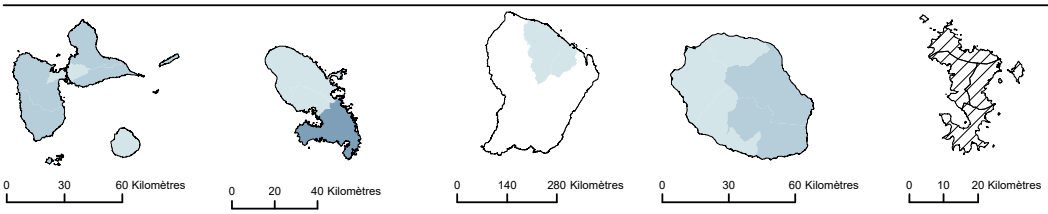
Au plan national, le temps moyen d'accès au service d'urgences le plus proche s'élève à 14 minutes.

La Corse présente le temps d'accès le plus élevé des régions françaises, le double de la moyenne nationale. Les régions de La Réunion, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur connaissent les temps d'accès les plus faibles.

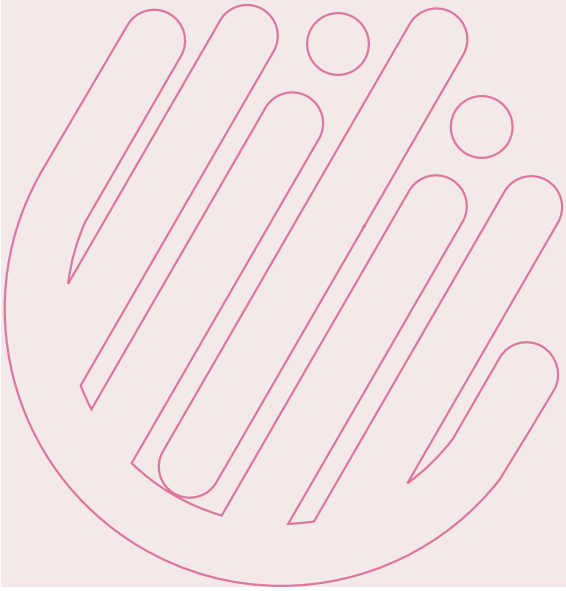
Pour de nombreuses régions, à l'exception des régions ultramarines, d'importantes disparités entre EPCI sont observées. De façon globale, l'accessibilité aux services d'urgence est plus importante dans les zones urbaines où les établissements de santé sont le plus souvent installés et moindre dans les territoires avec une topographie accidentée.







Méthodologie détaillée



Revue de littérature - choix de l'échelle territoriale et sélection des indicateurs

La première phase du travail a consisté à rechercher dans la littérature disponible des éléments permettant de caractériser :

- les populations présentant des risques particuliers face à une infection par le Sars-CoV-2, notamment les situations à risque de formes graves de la Covid-19 ;
- les situations pouvant faciliter la circulation du virus Sars-CoV-2.

Cette recherche bibliographique s'est faite par consultation de sites internet, principalement ceux du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), de Santé publique France, de l'*European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC), de la *National Library of Medicine* (États-Unis) et de *PubMed* (États-Unis).

À l'issue de cette revue, la liste des pathologies à risque grave de Covid-19, établie par le Haut Conseil de santé publique dans son « Avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics »[1], a été retenue.

Concernant les situations pouvant faciliter la propagation du virus Sars-CoV-2, nous avons retenu les éléments sociaux décrits comme pouvant les favoriser : conditions de logement, modalités de transport pour se rendre au travail, possibilités d'accès aux commerces alimentaires, caractéristiques socio-économiques...

Ces éléments issus de la littérature ont ensuite été rapprochés des sources de données disponibles pour déterminer une liste d'indicateurs accessibles de façon systématique, à une échelle territoriale infra-départementale, et pour l'ensemble des régions françaises.

Le choix du niveau territorial s'est fondé sur les éléments suivants :

- correspondance avec un niveau de décision politique ;
- taille suffisante pour produire des indicateurs ayant une bonne robustesse ;
- disponibilité et accessibilité des données dans un délai court.

Le niveau territorial retenu est celui des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre : métropoles, communautés urbaines (CU), communautés d'agglomération (CA) et communautés de communes (CC).

Trois limites ont été rencontrées :

- l'une porte sur un groupe des populations à risque de formes grave de Covid-19, à savoir les personnes présentant une obésité (indice de masse corporelle (IMC) supérieur 30 kg/m^2). Cette information n'est pas disponible en routine à un niveau géographique fin et n'a pu être intégrée dans les fiches profils produites ;

[1] Version actualisée du 20 avril 2020 mis en ligne le 24 avril 2020.

- certaines situations à risque présumé de Covid-19 grave n'ont pu être présentées au niveau des fiches territoriales du fait d'effectifs trop faibles : les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise, les malades atteints de cirrhose et les personnes présentant un syndrome drépanocytaire majeur ou ayant un antécédent de splénectomie. Pour les deux premiers, une présentation des données au niveau de la synthèse nationale a cependant été possible ;
- en raison d'une disponibilité trop limitée des données pour la plupart des indicateurs retenus, les profils de territoire pour les EPCI de Mayotte n'ont pu être produits.

Indicateurs

Les indicateurs sont présentés pour les dernières années disponibles au moment de la réalisation des profils. Pour plus de robustesse, le calcul de certains indicateurs a été réalisé en cumulant les données sur plusieurs années.

Sauf exception, les exploitations ont été réalisées par la Fnors.

Indications pour repérer les indicateurs :
PT-X : indicateur présenté dans les profils de territoires suivi de son numéro dans le tableau synthétique de la page 4 ;
Graph : indicateur présenté sous forme de graphique en page 2 des profils de territoires ;
SN : indicateur présenté dans la synthèse nationale.

Démographie

Effectif et densité de population

Repérer l'indicateur dans le document *PT-1, SN*

Effectifs et nombre d'habitants par km².

Unité de l'indicateur : Habitants/km²
Période : 2016
Sources : DGFiP - Service du cadastre, Insee-RP

Grille communale de densité

Repérer l'indicateur dans le document *PT-Carte*

Classement des EPCI selon les quatre catégories de la grille communale de densité : densément peuplés, densité intermédiaire, peu denses, très peu denses.

Unité de l'indicateur : Habitants/km²
Période : 2016
Sources : Insee-RP
Précisions : Indicateurs à la géographie des EPCI au 1er janvier 2019.
Pour en savoir en plus : https://www.insee.fr/fr/information/2114627

Part des 65 ans et plus

Repérer l'indicateur dans le document *PT-2, SN*

Part de personnes âgées de 65 ans et plus dans l'ensemble de la population.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP

Part des 85 ans et plus

Repérer l'indicateur dans le document *PT-3*

Part de personnes âgées de 85 ans et plus dans l'ensemble de la population.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP

Part des 50-64 ans

Repérer l'indicateur dans le document *PT-4*

Part de personnes âgées de 50-64 ans et plus dans l'ensemble de la population.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP

Conditions de vie

Part des personnes de 15 ans et plus vivant seules

Repérer l'indicateur dans le document *PT-5*

Part des personnes âgées de 15 ans et plus vivant seules parmi l'ensemble de la population de 15 ans et plus.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP

Part des personnes de 75 ans et plus vivant seules

Repérer l'indicateur dans le document *PT-6, Graph, SN*

Part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules parmi l'ensemble de la population de 75 ans et plus.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP

Part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans

Repérer l'indicateur dans le document *PT-7*

Part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans parmi l'ensemble des familles ayant des enfant(s) de moins de 25 ans.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP

Part des allocataires de l'AAH vivant seuls

Repérer l'indicateur dans le document *PT-8, Graph, SN*

Part des allocataires de l'allocation adulte handicapé (AAH) vivant seuls parmi l'ensemble des allocataires de l'AAH.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2018
Sources : Cnaf, CCMSA

Part des résidences principales sur-occupées

Repérer l'indicateur dans le document *PT-9, SN*

Part des résidences principales sur-occupées parmi l'ensemble des résidences principales.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP
Précisions : Indicateur à la géographie des EPCI au 1er janvier 2019.
L'indicateur représenté est le taux de logements en situation de sur-occupation au sens du recensement de la population. Sa définition repose sur la composition du ménage et le nombre de pièces du logement. Un logement est sur-occupé quand il lui manque au moins une pièce par rapport à la norme d'« occupation normale », fondée sur le nombre de pièces nécessaires au ménage, décompté de la manière suivante :
- une pièce de séjour pour le ménage ;
- une pièce pour chaque personne de référence d'une famille ;
- une pièce pour les personnes hors famille non célibataires ou les célibataires de 19 ans et plus ;
et, pour les célibataires de moins de 19 ans : - une pièce pour deux enfants s'ils sont de même sexe ou ont moins de 7 ans ;
- sinon, une pièce par enfant. Par construction, les logements d'une pièce sont considérés comme sur-occupés.
Pour en savoir plus : https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/?view=map11&indics=logt_surocc.tx_surocc&serie=2016&lang=fr

Part de la population vivant en communauté

Repérer l'indicateur dans le document *PT-10, SN*

Part de la population vivant en communauté dans l'ensemble de la population.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP
Précisions : Les catégories de communautés prises en compte sont les suivantes : services de moyen ou long séjour des établissements publics ou privés de santé, établissements sociaux de moyen et long séjour, maisons de retraite, foyers et résidences sociales ou assimilées, communautés religieuses, casernes/quartiers/bases/camps militaires ou assimilés, établissements hébergeant des élèves ou des étudiants y compris les établissements militaires d'enseignement, établissements pénitentiaires, établissements sociaux de court séjour, autres communautés.

Part de la population vivant en quartier prioritaire en politique de la ville (QPV)

Repérer l'indicateur dans le document *PT-11*

Part de la population vivant dans un quartier prioritaire en politique de la ville parmi l'ensemble de la population.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2013
Sources : Insee-RP

Caractéristiques socio-économiques

Part des ouvriers et employés dans la population active des 15 ans et plus

Repérer l'indicateur dans le document *PT-12, Graph*

Part des ouvriers et des employés dans la population active des 15 ans et plus.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP

Part des familles monoparentales parmi les allocataires à bas revenus

Repérer l'indicateur dans le document *PT-13*

Part des familles monoparentales parmi l'ensemble des allocataires à bas revenus.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2018
Sources : Cnaf, CCMSA
Précisions : Le seuil de bas revenus est fixé chaque année par l'Insee à partir de l'enquête des revenus fiscaux et sociaux (ERFS) hors revenus financiers imputés. Le seuil applicable aux données 2018 relatif aux revenus de l'année 2017 s'établit à 1 071 euros.

Part des foyers fiscaux non imposés

Repérer l'indicateur dans le document *PT-14, Graph, SN*

Part des foyers fiscaux non imposés parmi l'ensemble des foyers fiscaux.

Unité de l'indicateur :	Pour 100
Période :	2017
Sources :	Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP
Précisions :	À l'échelle communale, pour certaines communes le secret statistique s'applique. Les données de quelques EPCI sont donc incomplètes.

Part des allocataires dépendant à 100 % des prestations

Repérer l'indicateur dans le document *PT-15*

Part des allocataires dont les ressources dépendent à 100 % des prestations familiales.

Unité de l'indicateur :	Pour 100
Période :	2018
Sources :	Cnaf, CCMSA
Précisions :	La part des prestations est calculée par rapport au revenu disponible des allocataires.

Pathologies et états de santé à risque de formes graves de Covid-19

Le taux standardisé est le taux qui serait observé dans le territoire étudié s'il avait la même structure par âge que la population de référence (France entière au RP 2006).
La sélection des pathologies pour les données hospitalières s'est basée sur la méthodologie de la Cnam développée dans le cadre de la cartographie des pathologies et sur l'algorithme de l'INCa pour les cancers.

Taux standardisé de personnes en ALD pour maladies cardiovasculaires

Repérer l'indicateur dans le document *PT-16*

Taux standardisé de personnes en affection de longue durée (ALD) pour maladies cardiovasculaires.

Unité de l'indicateur :	Pour 100 000 habitants
Période :	2016
Sources :	Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP
Précisions :	Les personnes en ALD pour maladies cardiovasculaires correspondent aux codes ALD n°1, 3, 5 et 13. Le dispositif des ALD permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Le taux est standardisé selon l'âge, la population de référence est la France entière au RP 2006.

Taux standardisé de personnes hospitalisées pour pathologie cardiovasculaire à risque

Repérer l'indicateur dans le document *PT-17, Graph, SN*

Taux standardisé de personnes hospitalisées pour pathologie cardiovasculaire à risque (coronaropathie, accident vasculaire cérébral et séquelles d'accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque.

Unité de l'indicateur : Pour 100 000 habitants
Période : 2015-2019
Sources : PMSI-Atih, Insee-RP
Précisions : Personnes ayant eu au moins un séjour hospitalier en MCO
- sur les 5 dernières années avec codes CIM10 :
  - I20 à I25 en DP, DA ou DR,
  - I60 à I 64 en DP ou DR,
  - I50 en DP,
  - I11.0, I13.0, I13.2, I13.9, K76.1, J81 en DP et I50 en DA ou DR ;
- sur la dernière année avec codes CIM10 :
  - I60 à I 64 en DP ou DA ou DR,
  - I50 en DA ou DR.

Le taux est standardisé selon l'âge, la population de référence est la France entière au RP 2006.

Taux standardisé de personnes en ALD pour diabète

Repérer l'indicateur dans le document *PT-18*

Taux standardisé de personnes en affection de longue durée (ALD) pour diabète.

Unité de l'indicateur : Pour 100 000 habitants
Période : 2016
Sources : Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP
Précisions : Les personnes en ALD pour diabète correspondent au code ALD n°8.
Le dispositif des ALD permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse.
Le taux est standardisé selon l'âge, la population de référence est la France entière au RP 2006.

Taux standardisé de personnes hospitalisées pour complication de diabète

Repérer l'indicateur dans le document *PT-19, Graph, SN*

Taux standardisé de personnes hospitalisées pour complication de diabète.

Unité de l'indicateur : Pour 100 000 habitants
Période : 2018-2019
Sources : PMSI-Atih, Insee-RP
Précisions : Personnes ayant eu au moins un séjour hospitalier en MCO sur les deux dernières années avec codes CIM10 :

- E10 à E14 en DA ou DP ou DR ;
- G59.0, G63.2, G73.0, G99.0, H28.0, H36.0, I79.2, L97, M14.2, M14.6, N08.3 en DP ou DR et E10 à E14 en DA ou DP ou DR.

Le taux est standardisé selon l'âge, la population de référence est la France entière au RP 2006.

Taux standardisé de personnes en ALD pour maladies respiratoires chroniques ou mucoviscidose

Repérer l'indicateur dans le document *PT-20*

Taux standardisé de personnes en affection de longue durée (ALD) pour maladies respiratoires chroniques ou mucoviscidose.

Unité de l'indicateur : Pour 100 000 habitants
Période : 2016
Sources : Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP
Précisions : Les personnes en ALD pour maladies respiratoires chroniques ou mucoviscidose correspondent aux codes ALD n°14 et 18.
Le dispositif des ALD permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse.
Le taux est standardisé selon l'âge, la population de référence est la France entière au RP 2006.

Taux standardisé de personnes hospitalisées pour maladies respiratoires chroniques ou mucoviscidose

Repérer l'indicateur dans le document *PT-21, Graph, SN*

Taux standardisé de personnes hospitalisées pour maladies respiratoires chroniques ou mucoviscidose.

Unité de l'indicateur : Pour 100 000 habitants
Période : 2015-2019
Sources : PMSI-Atih, Insee-RP
Précisions : Personnes ayant eu au moins un séjour hospitalier en MCO

- sur les 5 dernières années avec codes CIM10 :
  - J40 à J47, J96 (sauf J96.0 et J96.9), J98 et E84 en DP ou DR ;
- sur la dernière année avec codes CIM10 :
  - J40 à J47, J96 (sauf J96.0 et J96.9), J98 et E84 en DA, ou DP ou DR.

Le taux est standardisé selon l'âge, la population de référence est la France entière au RP 2006.

Taux standardisé de personnes en ALD pour insuffisance rénale chronique

Repérer l'indicateur dans le document *PT-22, SN*

Taux standardisé de personnes en affection de longue durée (ALD) pour insuffisance rénale chronique.

Unité de l'indicateur :	Pour 100 000 habitants
Période :	2016
Sources :	Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP
Précisions :	Les personnes en ALD pour insuffisance rénale chronique correspondent au code ALD n° 19 avec code CIM10 N18. Le dispositif des ALD permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Le taux est standardisé selon l'âge, la population de référence est la France entière au RP 2006.

Taux standardisé de personnes en ALD pour cancer

Repérer l'indicateur dans le document *PT-23*

Taux standardisé de personnes en affection de longue durée (ALD) pour cancer.

Unité de l'indicateur :	Pour 100 000 habitants
Période :	2016
Sources :	Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP
Précisions :	Les personnes en ALD pour cancer correspondent au code ALD n° 30. Le dispositif des ALD permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Le taux est standardisé selon l'âge, la population de référence est la France entière au RP 2006.

Taux standardisé de personnes hospitalisées pour traitement de cancer

Repérer l'indicateur dans le document *PT-24, Graph, SN*

Taux standardisé de personnes hospitalisées pour traitement de cancer.

Unité de l'indicateur :	Pour 100 000 habitants
Période :	2018
Sources :	PMSI-Atih, Insee-RP
Précisions :	Personnes ayant eu au moins une hospitalisation en MCO dans l'année liée à la prise en charge du cancer selon l'« algorithme cancer » développé par l'INCa[2] (Document complet téléchargeable sur le site : https://www.e-cancer.fr) Le taux est standardisé selon l'âge, la population de référence est la France entière au RP 2006.

[2] ©Algorithme de sélection des hospitalisations liées à la prise en charge du cancer dans les bases nationales d'activité hospitalière de court séjour « algorithme cancer », ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, juin 2013.

Taux standardisé de personnes en ALD pour déficit immunitaire primitif, infection par le VIH ou suite de transplantation d'organes

Repérer l'indicateur dans le document *SN*

Taux standardisé de personnes en affection de longue durée (ALD) pour déficit immunitaire primitif, infection par le VIH ou suite de transplantation d'organes.

Unité de l'indicateur :	Pour 100 000 habitants
Période :	2016
Sources :	Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP
Précisions :	Les personnes en ALD pour déficit immunitaire primitif, infection par le VIH ou suite de transplantation d'organes correspondent aux codes ALD n°7 et 28. Le dispositif des ALD permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Le taux est standardisé selon l'âge, la population de référence est la France entière au RP 2006.

Taux standardisé de personnes en ALD pour cirrhose

Repérer l'indicateur dans le document *SN*

Taux standardisé de personnes en affection de longue durée (ALD) pour cirrhose.

Unité de l'indicateur :	Pour 100 000 habitants
Période :	2016
Sources :	Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP
Précisions :	Les personnes en ALD pour cirrhose correspondent au code ALD n°6 avec code CIM10 K74. Le dispositif des ALD permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Le taux est standardisé selon l'âge, la population de référence est la France entière au RP 2006.

Nombre estimé de femmes enceintes au 3e trimestre de grossesse

Repérer l'indicateur dans le document *PT-25*

Nombre estimé de femmes enceintes au 3e trimestre de grossesse.

Unité de l'indicateur :	Nombre
Période :	2018
Sources :	Insee-État civil
Précisions :	L'estimation a été réalisée à partir du nombre annuel d'accouchement (enfant vivant ou mort-né) divisé par 4.

Mobilité - Accès aux soins et services

Part de ménages dont la personne de référence est active et ne dispose pas de voiture

Repérer l'indicateur dans le document *PT-26*

Part de ménages dont la personne de référence est active et ne dispose pas de voiture parmi l'ensemble des ménages dont la personne de référence est active.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP

Part des déplacements domicile-travail en transports en commun

Repérer l'indicateur dans le document *PT-27, Graph*

Part des actifs occupés de 15 ans et plus se déplaçant principalement en transports en commun pour aller travailler parmi l'ensemble des actifs occupés de 15 ans et plus.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP
Précisions : Les actifs occupés sont les actifs ayant un emploi.

Part des actifs occupés de 15 ans et plus travaillant dans une autre commune que leur commune de résidence

Repérer l'indicateur dans le document *PT-28, Graph*

Part des actifs occupés de 15 ans et plus travaillant dans une autre commune que leur commune de résidence parmi l'ensemble des actifs occupés de 15 ans et plus.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP
Précisions : Les actifs occupés sont les actifs ayant un emploi.

Part des actifs occupés résidant à 30 minutes ou moins de leur lieu de travail

Repérer l'indicateur dans le document *PT-29*

Part des actifs occupés dont le temps de trajet pour se rendre sur leur lieu de travail est inférieur ou égal à 30 minutes parmi l'ensemble des actifs occupés.

Unité de l'indicateur : Pour 100
Période : 2016
Sources : Insee-RP
Précisions : Les actifs occupés sont les actifs ayant un emploi.
Indicateur à la géographie des EPCI au 1er janvier 2019.
Pour en savoir plus :
https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/?view=map27&indics=prox_actocc.part_prox_actocc&lang=fr

Taux de commerces alimentaires

Repérer l'indicateur dans le document *PT-30*

Nombre de commerces alimentaires pour 10 000 habitants.

Unité de l'indicateur :	Pour 10 000 habitants
Période :	2018
Sources :	Insee-BPE et RP
Précisions :	Les commerces référencés comme hypermarchés (B101), supermarchés (B102), supérettes (B201) et épiceries (B202) dans la base permanente des équipements ont été pris en compte.

Part de la population dépourvue de commerces alimentaires dans sa commune

Repérer l'indicateur dans le document *PT-31*

Part de la population dépourvue de commerces alimentaires dans sa commune.

Unité de l'indicateur :	Pour 100
Période :	2018
Sources :	Insee-BPE et RP
Précisions :	Les commerces référencés comme hypermarchés (B101), supermarchés (B102), supérettes (B201) et épiceries (B202) dans la base permanente des équipements ont été pris en compte. La population totale des communes de l'EPCI dépourvues de ces commerces alimentaires a été rapportée à la population totale de l'EPCI.

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes

Repérer l'indicateur dans le document *PT-32*

Accessibilité potentielle localisée (APL) moyenne aux médecins généralistes.

Unité de l'indicateur :	Consultations par an et habitant
Période :	2018
Sources :	Sniir-AM, EGB, Cnam, Insee distancier Metric, Drees
Précisions :	Sont pris en compte les médecins généralistes libéraux et les médecins salariés des centres de santé. Les APL ont été calculées comme la moyenne des APL communales, pondérées par la population standardisée de chaque commune. Pour en savoir plus : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1144.pdf http://www.data.drees.sante.gouv.fr

Temps moyen d'accès aux services d'urgence

Repérer l'indicateur dans le document *PT-33*

Temps moyen d'accès au service d'urgence le plus proche.

Unité de l'indicateur :	Minutes
Période :	2019
Sources :	SAE - Insee distancier Metric
Précisions :	Les temps moyens d'accès sont calculés comme la moyenne des temps communaux, pondérés par la population de chaque commune. Les données communales ont été extraites de l'outil C@rtoSante. Pour certaines communes, le temps moyen n'était pas disponible. Les données de quelques EPCI sont donc incomplètes ou indisponibles. Pour en savoir plus : https://cartosante.atlasante.fr/

Taux de pharmacies

Repérer l'indicateur dans le document *PT-34*

Nombre de pharmacies pour 10 000 habitants.

Unité de l'indicateur :	Pour 10 000 habitants
Période :	2018
Sources :	Insee-BPE et RP
Précisions :	Les équipements référencés comme pharmacie (D301) dans la base permanente des équipements ont été pris en compte.

Cartes - Discrétisation

Profils de territoires

Les cartes réalisées sont représentées à la commune, en considérant les communes stables dans le temps sur la période 2008-2019, avec le détail pour les arrondissements de Paris, Lyon et Marseille.

Densité de population

La discrétisation utilisée est adaptée aux communes de chaque EPCI et est donc dépendante de la distribution de la série :

- méthode standardisée (moyenne et écart-type), si la distribution est normale ;
- progression géométrique, si distribution est asymétrique à gauche ;
- moyennes emboîtées, sinon.

Accessibilité potentielle localisée (APL) 2018 aux médecins généralistes

La discrétisation considérée est identique pour toutes les cartes et basée sur ce qui est publié par ailleurs par la Drees[3] : trois classes, permettant d'identifier les valeurs inférieures à 2,5 et supérieures à 4 ; ici, la classe comprise entre 2,5 et 4 a été séparée en trois groupes. Il est à noter que si cette discrétisation génère en théorie cinq classes, selon les cartes il est possible d'en avoir moins en raison des minimum et maximum observés.

Synthèse nationale

Les cartes réalisées sont produites à l'échelle des EPCI et des régions françaises selon la géographie en vigueur au 1er janvier 2020.

Pour chaque indicateur, la discrétisation retenue est celle qui est le plus en adéquation avec la distribution de la variable étudiée :

- méthode standardisée (moyenne et écart-type), si la distribution est normale ;
- progression géométrique, si la distribution est asymétrique à gauche ;
- seuils naturels de Jenks, dans les autres configurations.

Pour la carte relative à l'accessibilité potentielle localisée (APL), la discrétisation est identique à celle mise en œuvre pour les profils de territoires (voir ci-dessus).

[3] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1144.pdf

Typologie - Méthode de l'analyse multidimensionnelle

Afin d'avoir une synthèse de la situation socio-sanitaire des 1 250 EPCI français, deux analyses de données basées sur des méthodes de l'analyse multidimensionnelle ont été réalisées, constituant ainsi une typologie. Une première analyse en composantes principales (ACP) permet de décrire l'ensemble des observations à partir de plusieurs variables quantitatives en construisant des nouvelles variables (axes factoriels) synthétisant les variables initiales. Puis une seconde analyse par classification ascendante hiérarchique (CAH), regroupent les EPCI en un nombre restreint de classes homogènes.

Ces analyses sont basées sur la trentaine d'indicateurs démographiques, sociaux, économiques, d'état de santé (total de personnes en ALD et hospitalisations), de mobilité et d'accès aux services, présentés dans les profils de territoires.

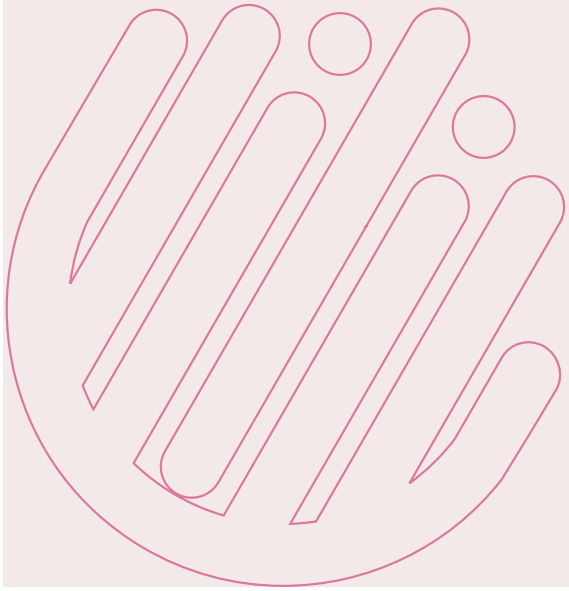
Pour l'analyse finale, parmi les trente-quatre indicateurs, neuf ont été intégrés dans l'ACP comme variables actives (participant à la construction des axes factoriels). Les variables sélectionnées sont les suivantes :

- Part des 85 ans et plus
- Part des personnes de 15 ans et plus vivant seules
- Part des résidences principales sur-occupées
- Taux standardisé de personnes hospitalisées pour complication de diabète
- Taux standardisé de personnes hospitalisées pour maladies respiratoires chroniques ou mucoviscidose
- Taux standardisé de personnes en ALD pour cancer
- Part des ménages dont la personne de référence est active et ne dispose pas de voiture
- Part des déplacements domicile-travail en transports en commun
- Taux de pharmacies

Les autres variables ont été intégrées comme variables illustratives (aidant à l'interprétation des résultats).

Par ailleurs, sept EPCI ont été écartés de l'analyse en raison de spécificités trop importantes au regard des autres EPCI. Ces territoires n'ont pas participé à la formation des axes pour ne pas entraîner de distorsions dans les résultats. Ces EPCI sont cependant représentés dans les différentes classes correspondant au mieux à leurs caractéristiques.

Les quatre premiers axes factoriels de l'ACP restituent 82,3 % de l'information et la CAH a permis de définir sept classes d'EPCI.



Sigles

AAH	Allocation adulte handicapé
ACP	Analyse en composante principale
ALD	Affection de longue durée
APL	Accessibilité potentielle localisée
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BPE	Base des équipements permanents
CA	Communauté d'agglomération
CAH	Classification ascendante hiérarchique
CC	Communauté de communes
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CGET	Commissariat général à l'égalité des territoires
CIM10	Classification internationale des maladies
Cnaf	Caisse nationale des allocations familiales
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
CNRSI	Caisse nationale du régime social des indépendants
CU	Communauté urbaine
DA	Diagnostic associé
DGFiP	Direction générale des finances publiques
DP	Diagnostic principal
DR	Diagnostic relié
EGB	Échantillon généraliste des bénéficiaires
ECDC	*European Centre for Disease Prevention and Control*
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
ERFS	Enquête des revenus fiscaux et sociaux
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
IMC	Indice de masse corporelle
INCa	Institut national du cancer
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
ORS	Observatoire régional de la santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
QPV	Quartier prioritaire en politique de la ville
RP	Recensement de la population
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
Sniir-AM	Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie

Dans le cadre de l'épidémie de Covid-19, la Fnors et les ORS mettent à disposition des profils de territoires caractérisant chaque établissement public de coopération intercommunale (EPCI) de France à partir d'une sélection d'indicateurs en lien avec les facteurs de risque de gravité de la Covid-19, ainsi que les situations pouvant favoriser la circulation du virus.

Cette synthèse donne à voir les similitudes et particularités des EPCI au regard des caractéristiques de la population sur l'ensemble du territoire national. Elle souligne les inégalités territoriales face à la propagation de la Covid-19. À partir de ces travaux, un regroupement des EPCI de France en sept groupes distincts vient en aide aux décideurs, ainsi qu'aux acteurs concernés y compris citoyens, pour décliner de manière adaptée à chaque territoire les mesures de prévention pour réduire la circulation du virus.

Ces 1 250 profils de territoires sont accessibles à l'adresse suivante :
www.scoresante.org/profils_territoires.html

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

62 boulevard Garibaldi - 75015 PARIS - Tél : 01 56 58 52 40 - info@fnors.org - www.fnors.org - www.scoresante.org