



# APPUI AU DÉCONFINEMENT

## PROFILS DE TERRITOIRES



Note méthodologique

mai 2020





# **APPUI AU DÉCONFINEMENT PROFILS DE TERRITOIRES**

Note  
méthodologique

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
- CREA-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



La Fnors et les ORS mettent à disposition des profils de territoires au niveau de chaque établissement public de coopération intercommunale (métropoles, communautés d'agglomération, communautés urbaines ou communautés de communes) de France.

Ils permettent de caractériser chaque territoire à partir d'une sélection d'indicateurs en lien avec les facteurs de risque de gravité de la Covid-19 ou avec les situations pouvant favoriser la circulation du virus. La sélection d'indicateurs est basée sur une revue de littérature et sur les dernières études scientifiques publiées sur le sujet.

Ces profils de territoire ont vocation à aider les décideurs et les acteurs dans le cadre de l'épidémie de Covid-19.

Cette note reprend les éléments méthodologiques relatifs aux indicateurs présentés dans les profils de territoires et la synthèse nationale.

L'ensemble des 1 250 profils de territoires et la synthèse nationale sont accessibles à l'adresse suivante : [www.scoresante.org/profils\\_territoires.html](http://www.scoresante.org/profils_territoires.html)



## 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 »<sup>1</sup>, 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 graves de Covid-19, à savoir les personnes présentant une obésité (indice de masse corporelle (IMC) supérieur 30 kg/m<sup>2</sup>). Cette information n'est pas disponible en routine à un niveau géographique fin et n'a pu être intégrée dans les fiches profils produites ;

---

<sup>1</sup> 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 km<sup>2</sup>.

Unité de l'indicateur : Habitants/km<sup>2</sup>  
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/km<sup>2</sup>  
Période : 2016  
Sources : Insee-RP  
Précisions : Indicateurs à la géographie des EPCI au 1<sup>er</sup> janvier 2019.  
Pour en savoir 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 1<sup>er</sup> 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](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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100
<i>Période :</i>	2016
<i>Sources :</i>	Insee-RP
<i>Précisions :</i>	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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100
<i>Période :</i>	2013
<i>Sources :</i>	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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100
<i>Période :</i>	2016
<i>Sources :</i>	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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100
<i>Période :</i>	2018
<i>Sources :</i>	Cnaf, CCMMSA
<i>Précisions :</i>	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 (coronopathie, 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 I64 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 I64 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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100 000 habitants
<i>Période :</i>	2018-2019
<i>Sources :</i>	PMSI-Atih, Insee-RP
<i>Précisions :</i>	Personnes ayant eu au moins un séjour hospitalier en MCO sur les deux dernières années avec codes CIM10 : <ul style="list-style-type: none"><li>- E10 à E14 en DA ou DP ou DR ;</li><li>- 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.</li></ul> 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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100 000 habitants
<i>Période :</i>	2016
<i>Sources :</i>	Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP
<i>Précisions :</i>	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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100 000 habitants
<i>Période :</i>	2015-2019
<i>Sources :</i>	PMSI-Atih, Insee-RP
<i>Précisions :</i>	Personnes ayant eu au moins un séjour hospitalier en MCO <ul style="list-style-type: none"><li>- sur les 5 dernières années avec codes CIM10 :<ul style="list-style-type: none"><li>- J40 à J47, J96 (sauf J96.0 et J96.9), J98 et E84 en DP ou DR ;</li></ul></li><li>- sur la dernière année avec codes CIM10 :<ul style="list-style-type: none"><li>- J40 à J47, J96 (sauf J96.0 et J96.9), J98 et E84 en DA, ou DP ou DR.</li></ul></li></ul> 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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100 000 habitants
<i>Période :</i>	2016
<i>Sources :</i>	Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP
<i>Précisions :</i>	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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100 000 habitants
<i>Période :</i>	2016
<i>Sources :</i>	Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP
<i>Précisions :</i>	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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100 000 habitants
<i>Période :</i>	2018
<i>Sources :</i>	PMSI-Atih, Insee-RP
<i>Précisions :</i>	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 <sup>2</sup> (Document complet téléchargeable sur le site : <a href="https://www.e-cancer.fr">https://www.e-cancer.fr</a> ) Le taux est standardisé selon l'âge, la population de référence est la France entière au RP 2006.

<sup>2</sup> ©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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100 000 habitants
<i>Période :</i>	2016
<i>Sources :</i>	Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP
<i>Précisions :</i>	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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100 000 habitants
<i>Période :</i>	2016
<i>Sources :</i>	Cnam, CCMSA, CNRSI, Insee-RP
<i>Précisions :</i>	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 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse

Repérer l'indicateur dans le document PT-25

Nombre estimé de femmes enceintes au 3<sup>e</sup> trimestre de grossesse.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Nombre
<i>Période :</i>	2018
<i>Sources :</i>	Insee-État civil
<i>Précisions :</i>	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 1<sup>er</sup> 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](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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 10 000 habitants
<i>Période :</i>	2018
<i>Sources :</i>	Insee-BPE et RP
<i>Précisions :</i>	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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 100
<i>Période :</i>	2018
<i>Sources :</i>	Insee-BPE et RP
<i>Précisions :</i>	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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Consultations par an et habitant
<i>Période :</i>	2018
<i>Sources :</i>	Sniir-AM, EGB, Cnam, Insee distancier Metric, Drees
<i>Précisions :</i>	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 : <a href="https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1144.pdf">https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1144.pdf</a> <a href="http://www.data.drees.sante.gouv.fr">http://www.data.drees.sante.gouv.fr</a>



## 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.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Minutes
<i>Période :</i>	2019
<i>Sources :</i>	SAE - Insee distancier Metric
<i>Précisions :</i>	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 : <a href="https://cartosante.atlasante.fr/">https://cartosante.atlasante.fr/</a>

## Taux de pharmacies

Repérer l'indicateur dans le document PT-34

Nombre de pharmacies pour 10 000 habitants.

<i>Unité de l'indicateur :</i>	Pour 10 000 habitants
<i>Période :</i>	2018
<i>Sources :</i>	Insee-BPE et RP
<i>Précisions :</i>	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<sup>3</sup> : 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 1<sup>er</sup> 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).

<sup>3</sup> <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.







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 note méthodologique détaillée accompagne les 1 250 profils de territoires et la synthèse nationale, disponibles à l'adresse suivante : [www.scoresante.org/profils\\_territoires.html](http://www.scoresante.org/profils_territoires.html)