

#Cocolupa

Une boîte à outils

Réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire à l'échelle locale.

**GT1 « Mieux caractériser la précarité alimentaire et les
parcours des personnes en situation de précarité
alimentaire »**

Comité national de coordination de lutte contre la
précarité alimentaire (Cocolupa)

L'action du Comité national de coordination de lutte contre la précarité alimentaire (Cocolupa)

En France, [L'Article L266-1 du Code de l'action sociale et des familles](#) précise les objectifs de la politique de lutte contre la précarité alimentaire (LPA). Elle vise à « *favoriser l'accès à une alimentation sûre, diversifiée, de bonne qualité et en quantité suffisante aux personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale. La lutte contre la précarité alimentaire s'inscrit dans le respect du principe de dignité des personnes. Elle participe à la reconnaissance et au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement. L'aide alimentaire contribue à la lutte contre la précarité alimentaire. La lutte contre la précarité alimentaire comprend la poursuite des objectifs définis à [l'article 1. du code rural et de la pêche maritime](#) et par les programmes nationaux relatifs à l'alimentation, à la nutrition et à la santé.* »

Par ailleurs, l'article L266-1 du Code de l'action sociale et des familles précise que « *La lutte contre la précarité alimentaire mobilise l'Etat et ses établissements publics, les collectivités territoriales, les acteurs économiques, les associations, dans le cadre de leur objet ou projet associatif, ainsi que les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, en y associant les personnes concernées.* »

Le Comité national de coordination de la lutte contre la précarité alimentaire (Cocolupa) institué en décembre 2020 poursuit les objectifs définis par la politique de lutte contre la précarité alimentaire. [Le plan d'action pour la transformation de l'aide alimentaire et la lutte contre la précarité alimentaire](#) précise les objectifs poursuivis par le Cocolupa et structure l'action de ses membres autour de huit groupes de travail (GT) :

- GT1 « *Mieux caractériser la précarité alimentaire et les parcours des personnes en situation de précarité alimentaire* ».
- GT2 « *Clarifier la gouvernance nationale et territoriale de la politique de lutte contre la précarité alimentaire* ».
- GT3 « *Mutualiser les connaissances afin de faire essaimer les bonnes pratiques et inspirer de nouveaux modèles* ».
- GT4 : « *Rapprocher les acteurs de l'économie sociale et solidaires intervenant sur la chaîne de production / transformation / transport / distribution, et créer des partenariats pour des filières solidaires* ».
- GT5: « *Rendre la politique de lutte contre la précarité alimentaire participative et inclusive en co-construction avec les personnes concernées* ».
- GT6 « *favoriser l'accès d'une alimentation favorable à la santé* ».

- GT7 « *Diversifier les sources d’approvisionnement et intégrer les enjeux du développement durable* ».
- GT8 « *Encourager et favoriser la création et le développement de toutes formes d’accès à l’alimentation, émancipatrices pour les personnes et durables* ».

Pourquoi réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire au niveau local ?

Ce document, qui regroupe des outils pour caractériser la précarité alimentaire à l’échelle locale, est un document issu des travaux du GT N°1 du Cocolupa, dont l’objectif est de « *Mieux caractériser la précarité alimentaire et les parcours des personnes en situation de précarité alimentaire* ». En effet, pour piloter la politique de lutte contre la précarité alimentaire, il est nécessaire d’en connaître la réalité, la façon dont elle se manifeste, dont elle évolue, de suivre l’activité autour de ses enjeux, en termes d’acteurs, de couverture territoriale. Or, les données actuellement existantes, notamment celles collectées dans le cadre de la remontée des données chiffrées des associations habilitées pour l’aide alimentaire, ne suffisent pas pour caractériser la précarité alimentaire, notamment sur les territoires.

Un diagnostic territorial de précarité alimentaire a pour objet de mieux connaître les caractéristiques de son territoire, ses limites et ses potentialités, d’affiner la connaissance de ses habitants et de ses besoins, d’identifier les acteurs impliqués dans la lutte contre la précarité alimentaire aux fins de l’organisation d’une coordination locale visant à objectiver les décisions à prendre et les actions à mener sur les territoires.

A qui est destinée cette boîte à outils ?

Ce document constitue une boîte à outils pour tous les acteurs qui souhaitent réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire sur leur territoire. Depuis la phase de cadrage du projet, jusqu’à la production des livrables, ce document recense des ressources utiles pour toutes les étapes d’un projet de diagnostic de la précarité alimentaire. Il existe de multiples raisons qui peuvent amener des acteurs à réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire sur un territoire. Par exemple, [le Décret n°2016-824 u 21 juin 2016 relatif aux missions des centre communaux et intercommunaux d’action sociale](#) (C(I)AS), précise que l’analyse des besoins sociaux est une obligation pour tous les C(I)AS suite au

renouvellement des conseils municipaux. Dans ce cadre, l'analyse des besoins sociaux peut constituer une bonne entrée en matière pour réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire. Un diagnostic de la précarité alimentaire peut aussi être utile dans le cadre des projets alimentaires territoriaux qui visent notamment un objectif de justice sociale.

Dans la mesure où la démarche d'analyse de la précarité alimentaire à l'échelle locale est en construction, ce document vise également les acteurs de la recherche intéressés par ce sujet. En complément des outils opérationnels, ce document présente un cadre d'analyse théorique et les dimensions pertinentes à prendre en compte pour étudier la précarité alimentaire.

Quelles sont les étapes à suivre pour réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire à l'échelle locale ?

LA PHASE DE CADRAGE [p.4](#)

ETAPE N°1

Définir les objectifs du projet de diagnostic [p.4](#)

ETAPE N°2

Organiser la gouvernance du projet [p.4](#)

LA PHASE DE REALISATION [p.5](#)

ETAPE N°3

Sélectionner les indicateurs du diagnostic [p.5](#)

ETAPE N°4

Organiser la collecte de données [p.12](#)

ETAPE N°5

Analyser les résultats [p.16](#)

LA PRODUCTION DES LIVRABLES [p.17](#)

ETAPE N°6

Synthétiser les résultats [p.17](#)

ETAPE N°7

TROIS ETUDES DE CAS [p.18](#)

Communiquer et définir une stratégie d'action [p.17](#)



ETUDE DE CAS N°1

Un diagnostic de l'aide alimentaire et des coordinations sur un territoire de l'Île-de-France – Projet Alim'Activ - ANSA [p.18](#)



ETUDE DE CAS N°2

La construction d'un indice de vulnérabilité à la précarité alimentaire - VOBSALIM 34 [p.23](#)

LA PHASE DE CADRAGE



ETUDE DE CAS N°3

Un diagnostic à la précarité alimentaire en Île-de-France – CREDOC / ANSA [p.28](#)

LES LIMITES DE LA DEMARCHE DE DIAGNOSTIC DE LA PRECARITE ALIMENTAIRE [p.30](#)

ANNEXES [p.31](#)

BIBLIOGRAPHIE [p.37](#)

ETAPE N°1 [\(Retour au sommaire\)](#)

Définir les objectifs du projet de diagnostic

La première étape d'un diagnostic territorial de la précarité alimentaire nécessite de définir le périmètre dans lequel s'inscrit le projet et les objectifs visés par la démarche. En effet, de nombreux projets peuvent motiver la réalisation d'un diagnostic de la précarité alimentaire. Or, les moyens à

mobiliser dépendront des objectifs fixés par les acteurs en amont du projet. Deux ressources méthodologiques peuvent être mobilisées pour définir le cadre d'action et clarifier les objectifs visés :

- Le site [diagnostic-territoire](#) propose des éléments méthodologiques généraux pour mener un diagnostic de territoire. Cette plateforme numérique a pour ambition de promouvoir des diagnostics partagés sur une multiplicité de sujets. L'ensemble des ressources sont accessibles librement et peuvent être complétées de formations pour accompagner les porteurs de projets au diagnostic de territoire. [La boîte à outils](#) associée à la démarche de diagnostic territoire propose des outils pédagogiques, directement opérationnels pour mener des diagnostics sur tout type de sujets.
- L'Agence nouvelle des solidarités active (ANSA) propose [une fiche pratique pour réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire en cinq étapes](#). Cet outil a été conçu à partir des enseignements tirés du projet [Alim'Activ : Agir contre la précarité alimentaire par la coordination territoriale en Île-de-France](#). Cette fiche présente des éléments méthodologiques pour poser le cadre de travail, recueillir les données, analyser les données, communiquer les résultats et définir une stratégie d'action pour réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire.

ETAPE N°2 ([Retour au sommaire](#))

Organiser la gouvernance du projet

Pour réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire à l'échelle locale, il est indispensable de bien définir la place des acteurs associés au projet. L'ANSA a développé [une boîte à outils pour permettre aux porteurs de projet de coordonner localement la lutte contre la précarité alimentaire](#). Cette boîte à outils est issue du projet [Alim'Activ](#) dont l'ambition est « *d'améliorer l'accès à l'alimentation des personnes précaires en s'appuyant sur la coordination des professionnels et bénévoles sur un territoire* ». La boîte à outils issue de ce projet a été pensée pour « *outiller les acteurs locaux qui souhaitent se lancer dans la coordination de la lutte contre la précarité alimentaire sur leur territoire* ». Cette boîte à outils comprend des fiches de synthèse, des fiches pratiques, des outils opérationnels et diverses annexes. Celle-ci se structure autour de six thématiques.

1. « *Comprendre les grands enjeux et l'écosystème de la lutte contre la précarité alimentaire* ».

2. « Identifier et mobiliser les acteurs pertinents sur son territoire ».
3. « Mener un diagnostic partagé de la précarité alimentaire ».
4. « Associer les personnes concernées ».
5. « Animer et outiller sa coordination dans la durée ».
6. « Mener des actions ciblées sur des publics ou des thématiques ».

Les travaux du GT 2 du Cocolupa dont l'objectif est de « Clarifier la gouvernance nationale et territoriale de la politique de lutte contre la précarité alimentaire » ont permis de clarifier la gouvernance de la lutte contre la précarité alimentaire en France¹. Le schéma « gouvernance de la lutte contre la précarité alimentaire en France » résultant de ce groupe de travail constitue une ressource utile pour identifier les acteurs à mobiliser pour organiser la démarche de diagnostic.

LA PHASE DE REALISATION

ETAPE N°3 ([Retour au sommaire](#))

Sélectionner les indicateurs du diagnostic

Pour caractériser la précarité alimentaire d'un territoire, le choix des indicateurs et la finesse de l'analyse seront contraints par la maille sur laquelle porte le diagnostic. En effet, l'exploitation d'indicateurs permet de caractériser les disparités infra-territoriales, afin par exemple d'identifier des zones en plus grande difficulté, des zones blanches... Cependant, cette analyse n'est possible que si l'on dispose d'indicateurs à la maille infra territoriale, par exemple à la maille des communes au sein d'une intercommunalité, ou de l'Iris ou sein d'une commune. Or, plus le diagnostic porte sur une maille d'analyse fine, moins de ressources de niveau infra seront disponibles pour conduire l'analyse (il existe par exemple peu d'indicateurs au niveau de la maille Iris, ce qui restreint les capacités d'analyse infra-territoriale au sein d'une commune). Dans ces cas des comparaisons avec les territoires voisins, ou avec la maille supérieure (département...) peuvent utilement éclairer le diagnostic local.

La recherche de données pour caractériser la précarité alimentaire est une étape clé, mais difficile pour les acteurs qui souhaitent réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire à l'échelle locale. Les données permettant de caractériser la précarité alimentaire sont dispersées et leur accessibilité n'est

¹ Un lien qui renverra au livrable du GT2 sera proposé lorsque celui-ci sera achevé et mis en ligne.

pas assurée. Certaines données sont couvertes par le secret statistique spécifiquement sur certains territoires. Par conséquent, il n'est pas possible de préconiser l'usage d'indicateurs car leur accessibilité dépendra du territoire considéré. Toutefois, de récents travaux initiés par différents acteurs (ex. Credoc, Terres de Lorraine, Vobsalim 34) pour caractériser la précarité alimentaire ont permis le recensement d'une centaine d'indicateurs et de documenter leurs conditions d'utilisation. Ces informations ont été synthétisées dans un tableau référentiel.



Focus opérationnel

Mode d'emploi du tableau référentiel des indicateurs

Le tableau référentiel des indicateurs a pour vocation de répertorier et de documenter l'utilisation d'indicateurs utiles pour caractériser la précarité alimentaire. Dans sa version actuelle, ce tableau comporte trois feuilles de calcul qui réfèrent, pour chacune d'entre-elle à une dimension qu'il est intéressant de considérer pour étudier la précarité alimentaire, à savoir :

- ✓ [Les déterminants individuels de la privation alimentaire](#) (première feuille du tableau référentiel intitulée « Déterminants ind priv alim »).
- ✓ [Les états de santé liés à l'alimentation](#) (deuxième feuille du tableau référentiel intitulée « Santé »).
- ✓ [Le paysage et l'environnement alimentaire](#) (troisième feuille du tableau référentiel intitulée « Paysage alimentaire »).

Les descriptions de chacune de ces dimensions sont détaillées plus loin dans ce document, dans l'encadré [« Pour aller plus loin : un cadre d'analyse des dimensions de la précarité alimentaire »](#).

Il convient de signaler que ce tableau ne permet pas le recensement d'indicateurs associés à la dimension « satisfaction alimentaire ». Cette dimension est toutefois explicitée dans l'encadré [« Pour aller plus loin : un cadre d'analyse des dimensions de la précarité alimentaire »](#). Par ailleurs, des exemples de questions permettant d'approcher [la satisfaction alimentaire des individus](#) par le biais d'enquêtes sont présentés dans la partie [« Organiser la collecte des données »](#).

Chaque feuille de calcul comprend 12 colonnes au sein desquelles les informations sont organisées de la manière suivante ;

- ✓ **Sous-dimensions :** pour chaque dimension citée précédemment, les indicateurs sont classés par sous-dimension. Pour en savoir-plus, n'hésitez pas à vous référer à l'encadré « Pour aller plus loin : un cadre d'analyse des dimensions de la précarité alimentaire ».
- ✓ **Indicateurs :** nom des indicateurs.
- ✓ **Source :** organisme émetteur
- ✓ **Population statistique et taille de l'échantillon.**
- ✓ **Echelle :** informations sur la disponibilité potentielle de l'indicateur selon l'échelle considérée : nationale, régionale, départementale, EPCI, communale, iris, carreau.
- ✓ **Données agrégeables ou non à un échelon supérieur.**
- ✓ **Fréquence de publication des données.**
- ✓ **Délai de publication.**
- ✓ **Accessibilité des données (Open Data / secret statistique...).**
- ✓ **Intérêt :** informations sur la pertinence de l'indicateur au regard de la réalisation du diagnostic de la précarité alimentaire.
- ✓ **Limites :** informations relatives aux limites d'utilisation de l'indicateur.
- ✓ **Recommandations / Observations :** informations complémentaires sur l'utilisation de l'indicateur.

Les acteurs qui ont travaillé à l'élaboration de ce tableau souhaitent que les acteurs puissent se saisir de cet outil et que celui-ci puisse évoluer. Le référencement de ces indicateurs met en avant la principale limite dans la réalisation d'un diagnostic de précarité alimentaire relative à l'hétérogénéité d'accès aux données.



POUR ALLER PLUS LOIN

Un cadre d'analyse des dimensions de la précarité alimentaire

Cette section présente les grandes dimensions de la précarité alimentaire retenues dans le cadre du Cocolupa, [à partir des travaux menés en Terres de Lorraine²](#), permettant de classer les indicateurs de la précarité alimentaire. Si de nombreuses données sont collectées depuis longtemps, notamment via l'outil national du système d'information de l'aide alimentaire (SIAA) (renseignement annuel de données pour les associations habilitées), les enquêtes ponctuelles des associations, les cartographies réalisées au niveau territorial et les indicateurs de l'aide alimentaire ne suffisent pas pour apprécier l'ensemble des dimensions que recouvre la précarité alimentaire. Ainsi, le cadre d'analyse de la précarité alimentaire présenté dans ce document répond à ce constat. Celui-ci constitue un point de départ pour accompagner les acteurs des territoires pour mieux caractériser la précarité alimentaire au niveau local.

La précarité alimentaire d'une population peut être appréciée en interrogeant les indicateurs liés aux caractéristiques relatives aux déterminants individuels de privation alimentaire, aux indicateurs de santé liés à l'alimentation, au paysage et à l'environnement alimentaire d'un territoire et à la satisfaction alimentaire des personnes. Ces quatre dimensions constituent le socle d'un cadre d'analyse partagé qui vise à mieux caractériser la précarité alimentaire.

² Travaux du projet de préfiguration d'observatoire sur les dynamiques d'accès à l'alimentation (2021-2023), piloté par Magali Ramel. Ce projet vise à rassembler et développer des indicateurs guidant les actions de lutte contre la précarité alimentaire vers l'accès digne et durable de tous à une alimentation de qualité, dans le cadre de la démarche « De la dignité dans les assiettes » du Pays Terres de Lorraine.

DIMENSION N°1

Les déterminants individuels de privation alimentaire

Cette première dimension de la précarité alimentaire s'inscrit dans la continuité de l'objectif de développement durable 2.1 défini par les Nations Unies. D'ici 2030, Il s'agit « *d'éliminer la faim et faire en sorte que chacun, en particulier les pauvres et les personnes en situation de vulnérabilité, y compris les nourrissons, ait accès tout au long de l'année à une alimentation saine, nutritive et suffisante* » (Nations Unies 2022)

Ainsi cette première dimension de la précarité alimentaire cherche à caractériser des situations sociales, démographiques et économiques qui posent des difficultés d'accès à une nourriture en qualité et en quantité suffisante du point de vue du mangeur. Cette dimension s'intéresse au niveau de vie des personnes et à leurs caractéristiques individuelles.

Quatre sous-dimensions se dégagent :

- **Les caractéristiques sociodémographiques des ménages** : indicateurs liés à la situation sociale de la personne et à la description des populations (ex. composition des ménages).
- **Les caractéristiques économiques des ménages** : indicateurs qui permettent de rendre compte des situations financières des personnes concernées.
- **Les données de l'aide alimentaire** : indicateurs permettant de qualifier le recours individuel à l'aide alimentaire
- **Les indicateurs de sécurité alimentaire des ménages** : indicateurs permettant de rendre compte de la situation d'un ménage vis-à-vis de sa sécurité alimentaire. La sécurité alimentaire est définie comme suit « *tous les membres d'un ménage, à tout moment, ont un accès physique, social et économique à une nourriture suffisante, sûre et nutritive, qui réponde à leurs besoins diététiques et leurs préférences alimentaires, pour une vie saine et active.* » (Revel 1997).

[Pour en savoir plus sur les indicateurs de la dimension « Les déterminants individuels de privation alimentaire ».](#)

DIMENSION N°2

Les états de santé liés à l'alimentation

La dimension de la précarité alimentaire relative aux « états de santé liés à l'alimentation » s'inscrit dans la continuité de l'objectif de développement durable 2.2 défini par les Nations Unies. Il s'agit, « *D'ici à 2030, de mettre fin à toutes les formes de malnutrition, y compris en réalisant d'ici à 2025 les objectifs arrêtés à l'échelle internationale relatifs aux retards de croissance et à l'émaciation parmi les enfants de moins de 5 ans, et répondre aux besoins nutritionnels des adolescentes, des femmes enceintes ou allaitantes et des personnes âgées* » (Nations Unies 2022).

L'alimentation est un déterminant majeur de la santé et les personnes en situation de précarité sont particulièrement touchées par les maladies liées à une mauvaise nutrition. Par exemple, une enquête menée auprès des populations en situation de précarité du Languedoc Roussillon a permis de démontrer qu'il existe une relation significative entre « l'équilibre glycémique (évalué par le taux d'HbA1c), le degré de précarité, l'absence de logement stable, la faiblesse financière pour se nourrir, la faible consommation de légumes, l'irrégularité des horaires de repas et le grignotage » (Jaffiol et al. 2012). Ainsi, pour qualifier une situation de précarité alimentaire, il est nécessaire de prendre en compte les enjeux de santé liés à l'alimentation. Trois sous-dimensions se dégagent lorsqu'on s'intéresse aux incidences de l'alimentation sur la santé :

- **États de santé général des populations** : certains états de santé sont liés à une diversité de facteurs, dont l'alimentation (ex. diabète, cancers, obésité, maladies liées aux pesticides...).
- **États de santé causés directement par l'alimentation** : certains états de santé sont directement liés à une mauvaise alimentation et l'intensité du lien peut être caractérisée.
- **Environnement sanitaire** : ces indicateurs permettent notamment de caractériser l'accessibilité à l'offre de soins.

Si de nombreuses études mettent en avant les liens qui existent entre le régime alimentaire et les états de santé des populations, un nombre restreint d'études permettent de documenter l'intensité de ces liens. Par mesure de prudence, la définition de la dimension « santé » proposée dans cette boîte à outils entend limiter les injonctions qui pèsent sur l'adoption de régimes alimentaires sains pour éviter certaines maladies (ex. Obésité). Globalement, la réalisation d'études permettant de documenter l'incidence des différentes pratiques mises en œuvre tout au long de la chaîne alimentaire sur la santé des populations constitue désormais un

enjeu important pour caractériser la précarité alimentaire (ex. Influence des produits phytosanitaires sur la santé).

[Pour en savoir plus sur les indicateurs de la dimension « les états de santé liés à l'alimentation ».](#)

DIMENSION N°3

Le paysage et l'environnement alimentaire

La dimension relative au paysage et à l'environnement alimentaire d'un territoire est importante pour caractériser la précarité alimentaire. En effet, l'organisation spatiale de l'offre alimentaire en dit long sur la situation socio-économique de l'espace considéré. Pour comprendre la notion de paysage alimentaire, deux concepts doivent être appréhendés :

- Le « désert alimentaire » caractérise une zone géographique où les habitants n'ont pas accès à une offre alimentaire saine (fruits, légumes, viande et produits laitiers frais) à des prix raisonnables (Géoconfluences 2016).
- Le « marécage alimentaire » désigne les espaces où il est plus aisé de se procurer des aliments ultra-transformés que des produits frais (Pech 2021).

S'intéresser aux paysages alimentaires n'a pas pour unique objectif d'analyser la répartition des magasins. Il s'agit d'appréhender l'offre alimentaire au regard des enjeux socio-économiques et culturels d'un territoire donné. C'est par exemple, en considérant ces enjeux que les acteurs de l'économie solidaire, qui cherchent à favoriser l'inclusion sociale, se sont imposés à Montréal comme les acteurs les plus efficaces dans la lutte contre la précarité alimentaire (Dutil 2012).

Quatre sous-dimensions sont intéressantes à considérer lorsque l'on regarde les paysages alimentaires du point de vue de la précarité alimentaire :

- **Le paysage alimentaire** : les indicateurs de cette sous-dimension permettent de caractériser les lieux d'approvisionnement des habitants d'un territoire donné pour accéder à l'alimentation (ex. marchés, supermarchés...). L'étude des lieux d'approvisionnement permet d'évaluer les situations de déficit d'offre alimentaire.
- **Le paysage des solidarités alimentaires** : permet de caractériser les lieux d'approvisionnement alimentaire à disposition des personnes en situation de précarité (ex. Liste des structures habilitées par l'aide alimentaire).

- **Les éléments liés à l'Action sociale** : permettent d'identifier les structures d'un territoire qui concourent à l'accompagnement des personnes en situation de précarité alimentaire.
- **Les éléments liés à la mobilité** : sont indispensables pour caractériser l'accessibilité physique à l'alimentation. Comme l'indique Simon Vonthron dans sa thèse de doctorat « *Le développement des capacités de mobilité des populations pauvres peut s'avérer favorable dans bien des situations, elle constitue aussi un coût. Pour les déplacements, ce coût est d'abord financier : l'accès aux transports, à l'automobile notamment, représente une charge souvent incompatible avec le budget des ménages pauvres* » (Vonthron 2021)

Dans sa thèse, Simon Vonthron met en évidence la nécessité de combiner l'approche spatiale avec la manière dont les habitants pratiquent ces paysages alimentaires pour comprendre les inégalités face à l'alimentation. L'offre alimentaire d'un territoire n'est pas l'unique déterminant permettant d'expliciter les pratiques d'approvisionnement des ménages. Au-delà du type d'aliments disponibles, le choix de consommation s'explique en considérant simultanément l'accessibilité physique, économique, les promotions et publicités, et la qualité des aliments. Il faut noter que le concept de qualité des aliments est une notion complexe à appréhender et comporte une dimension subjective propre à chaque individu. La qualité peut renvoyer à des préférences organoleptiques, culturelles, nutritionnelle au sens des recommandations du Plan national nutrition santé (PNNS).

En outre, l'étude des paysages alimentaires permet de révéler des dynamiques urbaines contrastées (ex. identification de déserts alimentaires) et permet d'identifier les leviers pour l'action publique (Girardin et al. 2021).

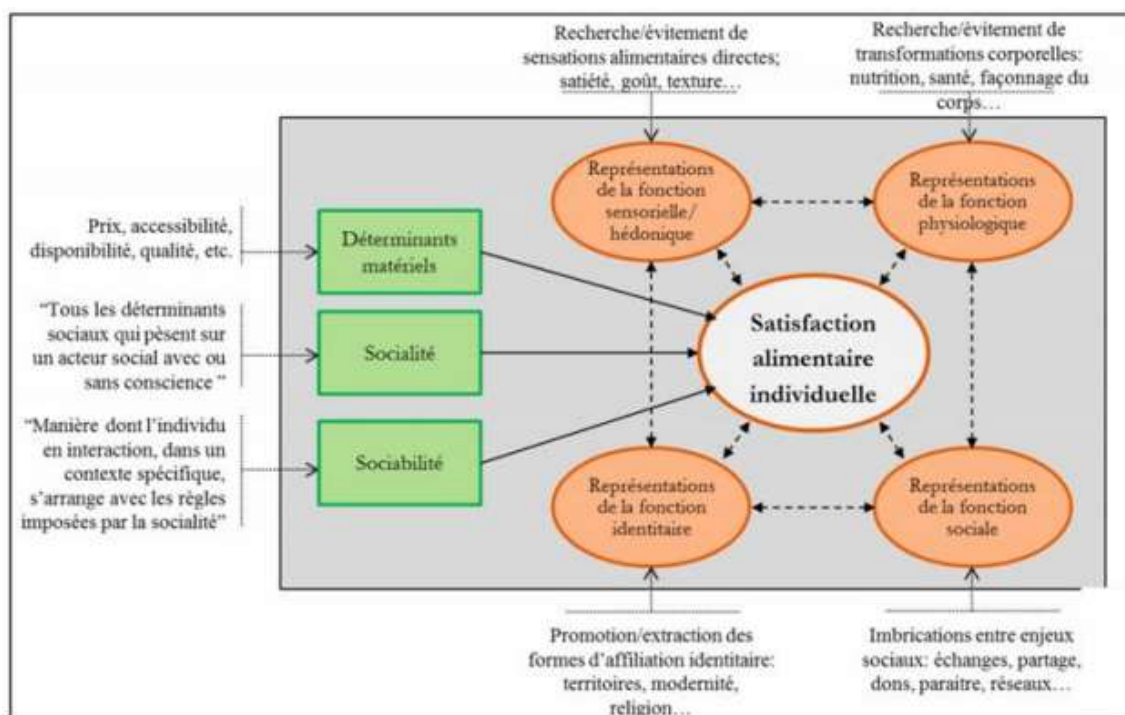
[Pour en savoir plus sur les indicateurs de la dimension « le paysage et l'environnement alimentaire ».](#)

DIMENSION N°4

La satisfaction alimentaire des personnes

La dimension relative à la satisfaction alimentaire des personnes développe une nouvelle approche pour caractériser la précarité alimentaire. Au départ, le concept de bien-être alimentaire subjectif a été introduit dans la thèse de doctorat de Mila Lebrun. L'objectif de ce travail de recherche était de questionner un principe implicite des politiques

alimentaires selon lequel la « satisfaction des besoins nutritionnels est un objectif suffisant et que les autres fonctions qu'assure l'alimentation – plaisir, lien social, identité – sont secondaires ». Mila Lebrun définit le bien-être alimentaire subjectif « *comme la façon dont les personnes ressentent leur situation alimentaire et la satisfaction alimentaire vécue est la mesure qui permet d'en rendre compte. Ce travail de recherche a permis de montrer que «peu importe le niveau d'insécurité nutritionnelle, les dimensions tant biologique que sociale, hédonique ou identitaire de l'alimentation peuvent être déterminantes dans les perceptions qu'ont les personnes de leur vécu alimentaire* » (Lebrun 2013). Le concept de satisfaction alimentaire est repris et approfondi dans la thèse de doctorat de Raphaëlle Héron. Celle-ci explique que « *la satisfaction alimentaire résulte de croisements entre les normes inculquées par un individu, les valeurs qu'il porte, ses pratiques et ses représentations autour de l'alimentation et ses limites financières et/ou matérielles* » (Héron 2016).



Source: R. Héron, 2016, p.238.

Si la plupart des indicateurs présentés précédemment permettent d'approcher la précarité alimentaire d'un point de vue notamment territorial, la satisfaction alimentaire est un phénomène intime et s'appréhende au niveau individuel même si elle découle de symboliques collectives (Degert 2021). Parler de satisfaction alimentaire permet de mettre en cohérence un canevas complexe (approche systémique de l'alimentation) qui nous permet de donner pleinement sens aux pratiques

des mangeurs en situation de précarité. Il s'agit d'approcher la satisfaction alimentaire des individus par des questions qui permettront de caractériser qualitativement les pratiques alimentaires des personnes ainsi que leur satisfaction.

Pour en savoir plus sur le type de questions permettant d'approcher la satisfaction alimentaire, [voir Annexe 1](#).

ETAPE N°4 ([Retour au sommaire](#))

Organiser la collecte de données

La collecte de données est une étape centrale lors de la réalisation d'un diagnostic de la précarité alimentaire. Cette étape est souvent chronophage. Ainsi, avant d'engager la démarche de diagnostic, il est important d'avoir identifié les indicateurs utiles pour répondre aux questions fixées dans le cadre du diagnostic. La [fiche pratique pour réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire en cinq étapes](#) et [la boîte à outils pour permettre aux porteurs de projet de coordonner localement la lutte contre la précarité alimentaire](#) sont des outils développés par l'ANSA utiles pour guider les porteurs de projet à cette étape du diagnostic.

La collecte de données s'organise généralement autour du recueil de données quantitatives et qualitatives. Les sections suivantes se proposent d'approfondir ces sujets.

1. Le recueil des données quantitatives :

Les données quantitatives sont utiles pour obtenir des données objectives. Par exemple, dans le cadre des travaux de diagnostic de la précarité alimentaire conduits par l'ANSA, le tableau des « [sources de données et indicateurs sur la précarité alimentaire](#) » renvoi à des informations qui permettent de recenser l'état de l'offre « d'aide alimentaire », l'état de la précarité. In fine, ces éléments permettent d'en suivre les évolutions.

Le tableau référentiel des indicateurs est utile pour organiser la collecte des données quantitatives. Pour rappel, les indicateurs référencés dans ce

document s'organisent autour des trois dimensions : [les déterminants individuels de la privation alimentaire](#), [les états de santé liés à l'alimentation](#), [le paysage et l'environnement alimentaire](#). Selon la localisation du projet et l'échelle du diagnostic, ces indicateurs ne présenteront pas la même facilité d'utilisation.

Le prochain « [focus opérationnel](#) » se propose de présenter la manière dont se structurent les indicateurs compris dans chaque dimension du tableau référentiel des indicateurs.



FOCUS OPERATIONNEL

L'organisation des indicateurs dans le tableau référentiel

Le tableau référentiel des indicateurs a pour vocation de répertorier et de documenter l'utilisation d'indicateurs utiles pour caractériser la précarité alimentaire. Il s'agit de présenter les différents types d'indicateurs associés de chaque dimension qu'il est utile de considérer pour étudier la précarité alimentaire.

DIMENSION N°1

Les déterminants individuels de privation alimentaire

Les sous-dimensions qui recensent les indicateurs relatifs aux situations sociodémographiques et économiques des ménages sont particulièrement documentées. S'il n'existe pas d'indicateurs spécifiques pour caractériser la précarité alimentaire, les indicateurs recensés restent néanmoins essentiels pour rendre compte du phénomène. Les expériences de recherche montrent qu'une situation de vulnérabilité économique est souvent corrélée à un risque de précarité alimentaire. Pour autant, la sous-dimension relative aux critères économiques ne suffit pas pour caractériser la vulnérabilité à la précarité alimentaire d'une population. Par exemple, la perte d'autonomie d'une personne âgée confrontée à l'isolement peut engendrer une vulnérabilité à la précarité alimentaire. C'est pourquoi, il est essentiel de lier les caractéristiques sociodémographiques aux caractéristiques économiques pour appréhender les risques de privation à l'alimentation d'une population considérée.

Les données relatives à la sous-dimension « données de l'aide alimentaire » permettent quant à elles de qualifier les situations des personnes bénéficiaires

de l'aide alimentaire sur un territoire. Ces données présentent toutefois trois limites majeures. Les données relatives à l'aide alimentaire des structures non-habituées ne sont pas renseignées par la statistique publique. Celles-ci doivent faire l'objet d'un processus d'investigation. Les données d'aide alimentaire peuvent faire l'objet d'un double compte. Les personnes en situation de précarité sont fréquemment amenées à fréquenter plusieurs lieux de distribution alimentaire. Enfin, les données actuelles ne permettent pas de qualifier le non-recours à l'aide alimentaire.

Les indicateurs de sécurité alimentaire des ménages sont quant à eux absents de la statistique publique française (ex. Indice Domestique de la Faim (IDF), Module de l'échelle de sécurité alimentaire des ménages). Ces indicateurs ne sont pas directement mobilisables et doivent faire l'objet d'une collecte de données spécifiques auprès des populations cibles.

[Pour en savoir plus sur la dimension « les déterminants individuels de la privation alimentaire ».](#)

DIMENSION N°2

Les états de santé liés à l'alimentation

La plupart des indicateurs de santé renseignés s'inscrivent dans la sous-dimension « états de santé général des populations ». Par exemple, le taux de mortalité lié à des maladies cardiovasculaires est représentatif de la sous-dimension « états de santé général des populations ». En effet, les maladies cardio-vasculaires dépendent d'une pluralité de facteurs dont l'alimentation est une composante importante. Il est toutefois difficile de renseigner l'intensité du lien de causalité qui existe entre les maladies cardiovasculaires et une mauvaise alimentation. Il en est de même pour d'autres maladies comme le diabète ou l'obésité. Toutefois, il convient de remarquer une absence de données permettant de qualifier certains états de santé comme la santé mentale ou la santé dentaire.

La sous-dimension « états de santé causés par l'alimentation » se rapporte quant à elle aux indicateurs de malnutrition utilisés à l'échelle internationale comme :

- La Prévalence du retard de croissance (taille insuffisante par rapport à l'âge) chez les enfants de moins de 5 ans.
- La prévalence de l'émaciation (poids insuffisant par rapport à la taille) chez les enfants de moins de 5 ans.

- Le pourcentage de nourrissons de moins de 6 mois nourris exclusivement au sein.
- Pourcentage de femmes en âge de procréer (15-49 ans) souffrant d'anémie.
- Prévalence du surpoids (poids trop élevé par rapport à la taille) chez les enfants de moins de 5 ans.
- Pourcentage de nourrissons ayant un faible poids à la naissance (< 2 500 grammes).

Si ces indicateurs sont très utilisés à l'échelle internationale, ceux-ci restent peu documentés par la statistique française. Par conséquent, ces indicateurs ne sont pas directement opérationnels et doivent faire l'objet d'enquêtes spécifiques par les acteurs de la LPA sur les territoires.

Les indicateurs de la dimension **environnement sanitaire** recoupent des éléments de prévention et curatif de santé mis à disposition des acteurs du territoire pour améliorer l'état de santé général. Cette sous-dimension reste également peu documentée.

[Pour en savoir plus sur la dimension « les états de santé liés à l'alimentation ».](#)

DIMENSION N°3

Le paysage et l'environnement alimentaire

Les indicateurs du paysage et de l'environnement alimentaire se répartissent de façon relativement homogène entre quatre sous-dimensions.

La sous-dimension « paysage alimentaire » regroupe des indicateurs permettant de caractériser l'offre alimentaire sur un territoire. Les données associées à ces indicateurs se présentent fréquemment sous forme brute ; Il est alors nécessaire de les traiter et de les agréger. Par exemple, l'indicateur « Nombre de commerces alimentaires, distances moyennes aux commerces et densité de l'offre commerciale » présenté dans le tableau référentiel peut être approché en s'appuyant sur les bases de données regroupant des informations sur l'ensemble des commerces du territoire (Ex. Base Sirène). Les résultats de ces bases de données devront cependant être confrontés à des observations de terrain pour assurer la viabilité des résultats.

La nécessité de croiser les résultats des bases de données avec des enquêtes de terrain se retrouve pour la sous-dimension « paysage des solidarités alimentaires » avec par exemple « diversité des formes d'accès à l'alimentation ». En revanche, pour cette dimension, les données de l'aide alimentaire formelle présentent une bonne fiabilité et sont immédiatement disponibles.

Enfin, les éléments relatifs à la mobilité et à l'action apportent un éclairage supplémentaire pour caractériser la vulnérabilité du territoire face à la précarité.

Il est particulièrement pertinent de croiser les données relatives au « paysage alimentaire » avec les sous-dimensions présentées ici pour appréhender les dynamiques d'approvisionnement alimentaire des habitants du territoire et les processus de précarisation alimentaire.

Pour compléter l'analyse des paysages alimentaires, il conviendrait de croiser les données relatives à l'offre avec les caractéristiques de prix. Or cette opération apparaît particulièrement difficile au regard des données disponibles. En effet, si les prix alimentaires sont pour la plupart documentés au niveau national, les différences territoriales sont en revanche difficiles à tracer.

[Pour en savoir plus sur la dimension « le paysage et l'environnement alimentaire ».](#)

2. Le recueil des données qualitatives

Il est intéressant d'organiser le recueil de données qualitatives pour identifier les enjeux non mesurables par les approches quantitatives. In fine, il s'agit de recueillir la parole des acteurs de terrain. En terme d'outils méthodologique, Il convient de citer une nouvelle fois les outils développés par l'ANSA sur le sujet, à savoir :

✓ [La fiche pratique pour réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire en cinq étapes](#)

✓ [La boîte à outils pour permettre aux porteurs de projet de coordonner localement la lutte contre la précarité alimentaire.](#)

Une diversité d'outils peut être mobilisée pour organiser le recueil des données qualitatives³. Des enquêtes de terrain⁴ peuvent par exemple être menées directement auprès des acteurs lorsqu'il s'agit d'investiguer sur la [satisfaction](#)

³ Mais aussi quantitative lorsque les données recherchées ne sont pas disponibles dans la statistique publique.

⁴ Si le cadre d'analyse présenté dans cette boîte à outils dresse un premier panorama d'indicateurs utiles pour caractériser la précarité alimentaire, il est important de souligner que de nombreux acteurs publics et privés réalisent ponctuellement des enquêtes auprès des personnes. Par exemple, de nombreuses associations impliquées dans la lutte contre la précarité alimentaire réalisent des enquêtes auprès des personnes concernées pour évaluer l'impact de leur action.

[alimentaire des personnes](#). Si le tableau référentiel des indicateurs livré conjointement à ce document comporte essentiellement des informations sur les données d'ordre quantitative, [l'Annexe N°1](#) propose une liste de questions utiles pour approcher la satisfaction alimentaire qui constitue la [4^{ème} dimension](#) qu'il est utile de considérer pour caractériser la précarité alimentaire d'un territoire.

ETAPE N°5 ([Retour au sommaire](#))

Analyser les résultats

L'analyse des données est une étape clef du diagnostic de la précarité alimentaire car elle permet d'identifier les enjeux prioritaires pour orienter l'action publique. Il est donc essentiel de réaliser l'analyse des données en [fonction des questions qui ont été abordées en amont du diagnostic](#). Ainsi, il est essentiel de choisir des données qui permettent de répondre aux interrogations du commanditaire. Généralement l'analyse de données comprend une dimension quantitative qui nécessite de construire des représentations graphiques. L'analyse qualitative permet quant à elle de cerner les enjeux prioritaires. Lors de la synthèse des résultats, il sera nécessaire de croiser les enseignements issus de ces deux analyses.

Les outils méthodologiques développés par l'ANSA sont utiles à mobiliser à cette étape du projet :

✓ [La fiche pratique pour réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire en cinq étapes](#)

✓ [La boîte à outils pour permettre aux porteurs de projet de coordonner localement la lutte contre la précarité alimentaire.](#)

Le site de diagnostic territoire propose également des ressources pour guider les porteurs de projet de diagnostic dans [l'analyse des données quantitatives](#).

L'analyse des résultats peut également s'appuyer sur la construction d'un indice qui permettra de synthétiser une information synthétique construite sur la base de plusieurs indicateurs. Les données pourront ensuite être présentées

par une représentation cartographique. [L'étude de cas N°2](#) présentée à la fin de ce document a par exemple adopté cette approche.

Si la construction d'indices globaux peut s'avérer séduisante, il convient toutefois de faire preuve de prudence dans leur utilisation. En général, deux approches différentes peuvent être adoptées ;

- Les indicateurs peuvent être sommés et présenter le même poids dans la pondération.
- Les indicateurs peuvent être pondérés et le poids de chaque indicateur peut être décidé de façon normative par le porteur de projet.

Ainsi, la construction d'indices globaux a le mérite de synthétiser les informations mais une prise de recul s'avère nécessaire pour regarder la manière dont les indicateurs pourront être agrégés.

LA PRODUCTION DES LIVRABLES



ETAPE N°6 ([Retour au sommaire](#))

Synthétiser les résultats

Les résultats peuvent ensuite être synthétisés pour faire ressortir les principaux enseignements du diagnostic. Il existe différentes méthodes de représentation des résultats. Dans [sa boîte à outils](#), l'ANSA utilise l'exemple de cartographie des acteurs comme mise en valeur de l'offre.

Les études de cas ([N°2](#), [N°3](#)) présentées en fin de ce document s'appuient quant à elles sur des représentations cartographiques. La représentation cartographique constitue une manière efficace de synthétiser l'information. Toutefois, la réalisation de cartes peut nécessiter de monter en compétences sur l'utilisation des systèmes d'information géographique. Deux ressources peuvent être citées :

- ✓ Khartis est un outil qui permet de réaliser des cartes à partir d'un outil accessible en [ligne](#).

✓ QGIS est un outil de référence gratuit pour permettre la réalisation de cet exercice. Celui-ci est accessible au téléchargement depuis [internet](#). Il existe de nombreuses ressources en ligne pour débiter sur QGIS. Le site du développeur prévoit par exemple de la [documentation pour les personnes qui débutent dans l'utilisation du logiciel](#).

ETAPE N°7 ([Retour au sommaire](#))

Communiquer et définir une stratégie d'action

Les résultats du diagnostic pourront ensuite être présentés afin que les acteurs puissent prendre connaissance du diagnostic, débiter, échanger et élaborer collectivement un plan d'action répondant aux objectifs du projet. La stratégie qui résultera de cette concertation permettra de formaliser des actions concrètes. Il sera alors nécessaire de définir des indicateurs de suivi afin d'évaluer la réalisation des actions.

La boîte à outils de l'ANSA contient des exemples d'outils utiles pour définir la stratégie d'action ;

- Un exemple de [méthode](#) pour structurer une action.
- Un exemple de [méthode](#) pour élaborer une feuille de route.
- Un [guide d'animation](#) des réunions participatives.

TROIS ETUDES DE CAS

Dans cette dernière section, trois études de cas représentatives de diagnostics de précarité alimentaire sont présentées.



ETUDE DE CAS N°1

Un diagnostic de l'aide alimentaire et des coordinations sur un territoire de l'Île-de-France – Projet Alim'Activ – ANSA ([Retour au sommaire](#))

ETAPE DU DIAGNOSTIC	<ul style="list-style-type: none"> 🎯 Définir les objectifs du projet de diagnostic ❓ Organiser la gouvernance du projet 📌 Choix des indicateurs ❓ Organiser la collecte des données 📊 Analyser les résultats 📝 Synthétiser les résultats 🗣️ Communiquer et définir une stratégie d'action 	PORTEUR DU PROJET TERRITOIRES	ANSA Trois établissements publics territoriaux de la Métropole de Grand Paris.
		ECHELLE DU DIAGNOSTIC NIVEAU DE DIFFICULTES MOYENS ALLOUES DUREE	Inter-communal ●●●●● 2018-2019

LA PHASE DE CADRAGE

🎯 ETAPE N°1

Définir les objectifs du projet de diagnostic

Le projet Alim'Activ porté par l'Agence nouvelle des solidarités actives (ANSA) découle d'un constat d'un manque de coordination des acteurs de l'aide alimentaire. Si les associations étaient amenées à s'associer ponctuellement, il y avait un manque de réflexion globale sur l'adéquation entre l'offre de service proposée sur les territoires et les besoins alimentaires des populations considérées.

Le projet Alim'Activ a permis la réalisation d'un diagnostic de l'aide alimentaire et des coordinations existantes avec plusieurs objectifs :

✓ Analyser les données sur l'offre des associations d'aide alimentaire habilitées et les services d'aide alimentaire des Centres communaux d'action sociale (CCAS).

✓ Analyser les besoins et les inadéquations entre offre et besoins.

✓ Identifier les coopérations entre acteurs de l'aide alimentaire et acteurs de la santé.

ETAPE N°2

Organiser la gouvernance du projet

Les acteurs impliqués dans la gouvernance du Projet Alim'Activ.

✓ **Porteur** : ANSA

✓ **Acteurs impliqués dans le comité de pilotage** : la DRIAAF Île-de-France dans le cadre du Programme National pour l'Alimentation en Île-de-France, avec l'ARS Île-de-France dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS 2), avec le Conseil régional d'Île-de-France et le Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis.

LA PHASE DE REALISATION

ETAPE N°3 ETAPE N°4

Sélectionner les indicateurs du diagnostic et organiser la collecte de données

Le diagnostic a été réalisé sur trois établissements publics territoriaux de la Métropole du Grand Paris, à savoir :

✓ Paris Ouest la Défense : Courbevoie, Garches, La Garenne-Colombes, Levallois-Perret, Nanterre, Neuilly-sur-Seine, Puteaux, Rueil-Malmaison, Saint-Cloud, Suresnes, Vaucresson

✓ Boucle Nord de Seine : Asnières-sur-Seine, Bois-Colombes, Clichy, Colombes, Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, Argenteuil

✓ Plaine Commune : Aubervilliers, La Courneuve, Épinay-sur-Seine, L'Île-Saint-Denis, Pierrefitte-sur-Seine, Saint-Denis, Saint-Ouen, Stains, Villetaneuse.

Ces territoires ont été sélectionnés au regard des situations de pauvreté. L'objectif était de questionner l'hétérogénéité des données relatives à la précarité alimentaire du territoire et les interactions entre les acteurs du domaine.

La méthode du diagnostic s'est appuyée sur la collecte de données qualitative et quantitatives entre juillet décembre 2018. La collecte de données a été réalisée sur la base ;

✓ **D'une revue bibliographique** basée sur plusieurs documents ressources sur la précarité alimentaire en France.

✓ **De l'expertise des partenaires du projet** de la DRIAAF et de l'ARS.

✓ **Des réponses des associations d'aide alimentaire et des CCAS du territoire d'étude à un questionnaire en ligne** portant sur leurs services d'aide alimentaire (colis, repas, chauds, épicerie, aide financière) les services annexes à l'aide alimentaire, les publics accueillis, les ressources mobilisées et les partenariats et la coordination territoriale.

✓ **D'entretiens avec des professionnels de la santé** pour appréhender les besoins des publics accueillis concernant l'insécurité alimentaire, la manière dont sont prises en compte les questions d'alimentation et les interactions avec les acteurs de l'aide alimentaire.

✓ **D'entretiens avec des personnes concernées et des bénévoles** pour comprendre les besoins, recueillir le ressenti des bénéficiaires, les points positifs et les difficultés d'accès aux services d'aide alimentaires.

✓ **Un groupe de travail** réuni par le Conseil Départemental de seine-Saint Denis et l'ANSA a permis de réunir les acteurs locaux de lutte contre la précarité alimentaire (associations, CCAS, Conseil département) a permis d'échanger sur le diagnostic et les actions à imaginer pour améliorer la coordination.

ETAPE N°5

Analyser les résultats

L'analyse des données du questionnaire s'est appuyée sur la production de tableaux, de graphiques et de cartes. Les données d'ordre qualitatives, notamment issues de l'analyse bibliographique et des entretiens sont venues enrichir l'analyse. Le rapport final se structure autour de quatre grands axes :

✓ Une partie sur « **les situations de précarité alimentaire** » qui reprend les éléments généraux issus de l'analyse bibliographique permettant d'explicitier la notion générale de « précarité alimentaire ». Cette section présente également des éléments permettant d'approcher le niveau de précarité de la zone d'étude considérée (ex. le taux de pauvreté par commune, l'indicateur de développement humain, les personnes hébergées à l'hôtel...).

✓ La seconde section s'intéresse aux « **réponses aux situations de précarité alimentaire** ». Il s'agit de décrire l'offre de services d'aide alimentaire disponible sur le territoire de la zone d'étude et l'intervention des divers acteurs : associations de l'aide alimentaire, centres communaux d'action sociale, acteurs et services de santé.

✓ Dans un troisième temps l'analyse s'est attachée à analyser « **l'inadéquation entre besoins et offre d'aide alimentaire** ». Les entretiens avec des personnes concernées, des bénévoles et des professionnels de l'aide alimentaire et de la santé ont permis de mettre en évidence plusieurs freins susceptibles de générer du non recours face à l'aide alimentaire. L'analyse s'est également attachée à étudier les éléments d'adéquation entre les produits alimentaires proposés et les attentes des bénéficiaires (notamment sur la base des réponses données au questionnaire), les limites et les disparités relatives à l'organisation du système d'aide alimentaire du territoire.

✓ Dans une quatrième partie, l'analyse s'est intéressée aux « **coordinations entre acteurs de l'aide alimentaire** ». L'objectif de cette section est de décrire les liens entre les structures, leurs positionnements et leurs attentes en matière de coordination. Cette sous-partie s'appuie majoritairement sur les réponses au questionnaire envoyé aux associations d'aide alimentaire et aux CCAS, ainsi que sur les entretiens effectués avec des acteurs de la santé.

LA PRODUCTION DES LIVRABLES



ETAPE N°6

Synthétiser les résultats

Le diagnostic dont les éléments de méthodologie ont été présentés ci-dessus a fait l'objet d'un [rapport](#).



ETAPE N°7

Communiquer et définir une stratégie d'action

Ce diagnostic de la précarité alimentaire en IDF a ensuite servi de base pour une enquête réalisée par **une enquête auprès de 8 territoires** ayant coordonné l'aide alimentaire de façon innovante et par **une journée d'échanges et de retours d'expériences** en février 2019.

La réalisation de ces travaux a abouti à la proposition d'une méthode pour mieux coordonner l'aide alimentaire dans les territoires :

Plusieurs livrables sont issus de l'étude présentée ci-dessus :

✓ Une [synthèse](#) de l'étude.

✓ Une restitution de l'étude finale « [« Projet Alim'Activ : Agir contre la précarité alimentaire par la coordination territoriale. Pratiques inspirantes et préconisations »](#) »

Complémentairement, l'ANSA s'est appuyée sur l'expérience de cette étude pour développer des outils qui ont été cités à plusieurs reprises dans ce document, à savoir :

- ✓ La fiche pratique pour réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire en cinq étapes
- ✓ La boîte à outils pour permettre aux porteurs de projet de coordonner localement la lutte contre la précarité alimentaire.



ETUDE DE CAS N°2

L'indice de présomption de précarité alimentaire - Vobsalim 34 [\(Retour au sommaire\)](#)

ETAPE DU DIAGNOSTIC	🎯 Définir les objectifs du projet de diagnostic	PORTEUR DU PROJET	Fédération des Acteurs de la Solidarité Occitanie en collaboration avec la Chaire UNESCO Alimentations du monde (Institut Agro et Cirad)
	❓ Organiser la gouvernance du projet	TERRITOIRES	Département de l'Hérault
	✦ Choix des indicateurs	ECHELLE DU DIAGNOSTIC	Communal
	❓ Appréhender la précarité alimentaire	NIVEAU DE DIFFICULTES MOYENS ALLOUES	● ● ● ● ●
	❓ Méthodologie	DUREE	18 mois (juillet 2021 – décembre 2022)
	📊 Analyser les résultats		
	👤 Perspectives et valorisation		

LA PHASE DE CADRAGE



ETAPE N°1

Définir les objectifs du projet de diagnostic

Le projet Vers un Observatoire des Solidarités Alimentaires dans l'Hérault (Vobsalim 34) comporte trois objectifs :



Fournir un état des lieux des solidarités alimentaires de l'Hérault

Cet état des lieux regroupera entre autres l'identification des structures et des dispositifs en spécifiant entre autres le type et la conditionnalité de l'aide ; le type d'utilisateurs ; la zone géographique d'intervention ; les fréquences d'ouverture ; l'accessibilité, etc.

✓ **Déterminer des conditions institutionnelles et organisationnelles pour la réalisation d'un observatoire pérenne**

Le but étant de déterminer ces conditions afin d'actualiser cet état des lieux et d'en faire un outil non pas ponctuel mais **vivant**. Cette étude de préfiguration d'un véritable observatoire des solidarités alimentaires s'appuiera sur l'expérimentation d'un outil numérique collaboratif, rassemblant les informations recueillies durant l'état des lieux. Au-delà de l'état des lieux, cet outil pourra également rassembler des ressources utiles aux acteurs sur des analyses sur la lutte contre la précarité alimentaire. L'objectif de cet observatoire, outre de fournir une information actualisée, sera de servir de support à une **meilleure coordination et à une réflexion et capitalisation collective entre acteurs**, de l'administration et du secteur associatif pour adapter les formes de solidarité à l'évolution des enjeux de la précarité alimentaire.

✓ **Mener une réflexion sur un état des lieux de la vulnérabilité alimentaire**

L'objectif est de prendre en compte le contexte local, et d'établir une évaluation des besoins de la population plutôt que des réponses apportées. Concrètement, il a été décidé de travailler sur la conception d'un indice de présomption de précarité alimentaire en partenariat avec l'INRAE.

ETAPE N°2

Organiser la gouvernance du projet

Les acteurs impliqués dans la gouvernance du Projet Vobsalim 34 :

✓ **Porteurs** : Fédération des Acteurs de la Solidarité Occitanie en collaboration avec la Chaire UNESCO Alimentations du monde (Institut Agro et Cirad)

✓ **Acteurs impliqués dans le comité de pilotage** : La Fédération des Acteurs de la Solidarité Occitanie (FAS), la Chaire Unesco Alimentations du Monde, le Conseil Départemental de l'Hérault, la Direction Départementale de l'Emploi,

du Travail et des Solidarités (DDETS), Montpellier Méditerranée Métropole (3M), La Ville de Montpellier, Le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation de l'Hérault (SIAO34), La Région Occitanie, INRAE, Solinum.

✓ **Financements** : France Relance (DDETS) et Conseil Départemental de l'Hérault

✓ **Moyens humains** : 1 ETP (Chaire ADM) + temps de travail interne FAS + temps de travail du conseiller scientifique Cirad + temps de travail INRAE (chercheuse et doctorante), collaboration avec différents partenaires (Solinum, SIAO ...).

✓ **Moyens matériels** : déplacements, location de salle, organisation repas.

LA PHASE DE REALISATION

✚ ETAPE N°3

Cartographier le territoire et appréhender la précarité alimentaire

Le diagnostic de précarité alimentaire du département s'est appuyé sur :

✓ Un **recensement et une caractérisation** des points de distribution de solidarité alimentaire sur le département de l'Hérault, réalisé en partenariat avec Solinum (via des entretiens en réel, téléphone, ou par demande de validation d'information).

✓ **Une revue bibliographique** de la précarité alimentaire et de ses différentes dimensions.

✓ Des entretiens avec des **experts** (ORS, nutritionniste, chercheur.e.s, autres structures travaillant sur cette thématique).

✓ **Des ateliers de travail et/ou des réunions d'information** regroupant les acteurs de la solidarité alimentaire du territoire :

- Mieux caractériser la précarité alimentaire
- Vers des solidarités alimentaires plus durables

ETAPE N°4

Construire la méthodologie de l'indice de présomption de précarité alimentaire

Afin de compléter ce panorama, la construction d'un indice de présomption de précarité alimentaire a été réalisée en partenariat avec l'INRAE qui a pu apporter son expertise sur la précarité alimentaire avec une entrée territoriale. Les résultats de cet indice ont pour vocation d'aiguiller le regard des acteurs vers des territoires qui semblent potentiellement en situation de précarité alimentaire. Une étude approfondie est cependant nécessaire pour mieux comprendre le contexte de chaque zone touchée.

- Identifier les indicateurs et les sources de données

Il s'agit ici de construire un indice synthétique s'appuyant sur différentes dimensions de la précarité alimentaire identifiées au travers de la littérature. Chaque dimension est composée d'un ou plusieurs indicateurs. Dans l'objectif de rendre cet indice utilisable et reproductible par d'autres territoire, il a été décidé de n'utiliser uniquement que des **données en libre accès et disponibles à l'échelle communale**.

L'indice est donc composé de dix indicateurs regroupés dans quatre dimensions :

Facteurs de précarité alimentaire regroupés en dimensions	Indicateur	Source
Monétaire	Médiane du revenu disponible par unité de consommation	Insee, Filosofi

Socio-économique	Taux de chômage	Insee, Recensement de la population
	Part des ménages dont la famille principale est une famille monoparentale	Insee, Recensement de la population
	Part des ménages d'une seule personne	Insee, Recensement de la population
	Part des jeunes non insérés	Insee, Recensement de la population
De santé	Part des moins de 15 ans	Insee, Recensement de la population
	Part des plus de 75 ans	Insee, Recensement de la population
	Indicateur d'accessibilité potentielle localisée à l'offre de soins	DREES
Mobilitaire	Taux de non-motorisation des ménages rapporté à la densité de population	Insee, Recensement de la population
	Temps d'accès par la route à la grande surface la plus proche	Jeu de données construit à partir de la BPE (Insee), mis à disposition sur data.gouv.fr

✓ **Dimension monétaire** : Le coût des denrées alimentaires constitue pour les ménages les moins aisés un obstacle pour accéder à une alimentation suffisante, diversifiée et de qualité, d'autant plus que les produits labellisés ou encore de bonne qualité nutritionnelle ont souvent un prix plus élevé. Cette dimension a été prise en compte en utilisant la médiane du revenu disponible

par ménage. D'autres indicateurs monétaires, comme le taux de pauvreté, n'étaient en effet pas disponibles pour de nombreuses communes du fait du secret statistique.

✓ **Dimension socioéconomique** : L'alimentation comporte une dimension sociale. Elle est vectrice de partage et de convivialité. L'isolement et l'exclusion sociale peuvent fragiliser l'équilibre des repas et mettre à mal leur dimension hédoniste. Certaines situations familiales (veuvage, monoparentalité) peuvent également décourager la pratique culinaire et constituer un facteur d'appauvrissement alimentaire.

✓ **Dimension santé** : L'alimentation est reconnue comme un déterminant majeur de santé. Faute de données disponibles à l'échelle communale sur la santé des populations, un indicateur d'offre de soins a été intégré. Ce choix repose sur l'hypothèse que plus l'accès aux soins est développé sur un territoire, plus la diffusion d'un discours de prévention sur les liens alimentation-santé est facile. Des indicateurs d'âge, à savoir la part des plus de 75 ans et des moins de 15 ans, ont également été intégrés pour prendre en considération les enjeux nutritionnels spécifiques des personnes âgées et des plus jeunes.

✓ **Dimension mobiliitaire** : Certains ménages peuvent avoir un choix restreint de lieux d'approvisionnement alimentaire du fait de faibles capacités à se déplacer. La voiture individuelle constituant en France le mode de déplacement principal, un indicateur de non-motorisation a été intégré. Cependant, afin de tenir compte de l'importance d'autres modes de transport dans les espaces urbains, cet indicateur a été rapporté à la densité de population. Enfin, le temps d'accès à la grande surface la plus proche a été intégré car il apparaît comme un critère discriminant lorsqu'il s'ajoute à d'autres facteurs de vulnérabilité.

NB : La dimension du paysage alimentaire est ici réduite aux points de distribution de solidarités alimentaires et au temps nécessaire pour se rendre dans un supermarché. Pour être plus précis, il faudrait recenser les commerces alimentaires, marchés, supermarchés, hypermarchés et points de restauration commerciale. Une attention particulière devrait également être portée aux cantines scolaires pratiquant une tarification sociale.

- Méthodologie du calcul de l'indice :

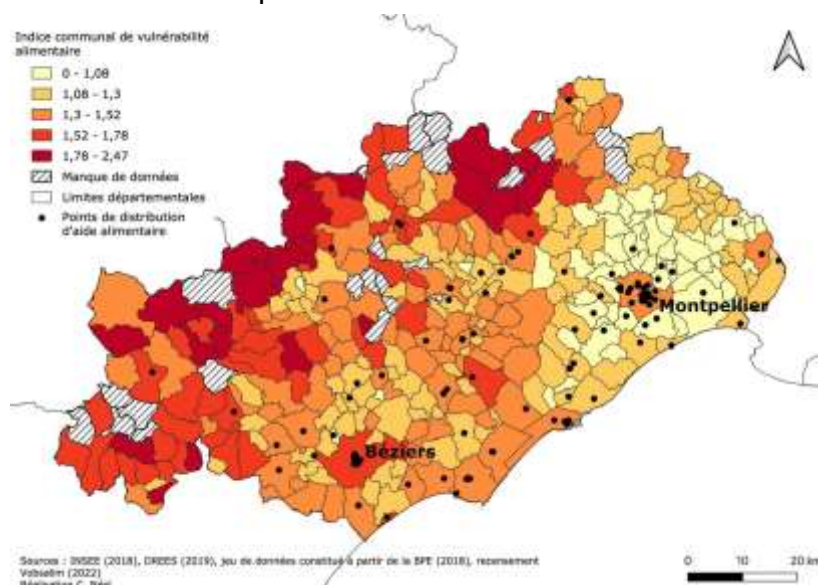
1. Standardisation de chaque indicateur entre 0 et 1, 0 étant attribué à la plus faible valeur et 1 à la valeur la plus élevée (et inversement pour les indicateurs suivants revenus et APL)
2. Calcul de la moyenne des indicateurs standardisés pour chaque dimension de la vulnérabilité
3. Somme des moyennes.
4. Mise en regard avec la répartition spatiale des points de distribution d'aide alimentaire.

LA PRODUCTION DES LIVRABLES

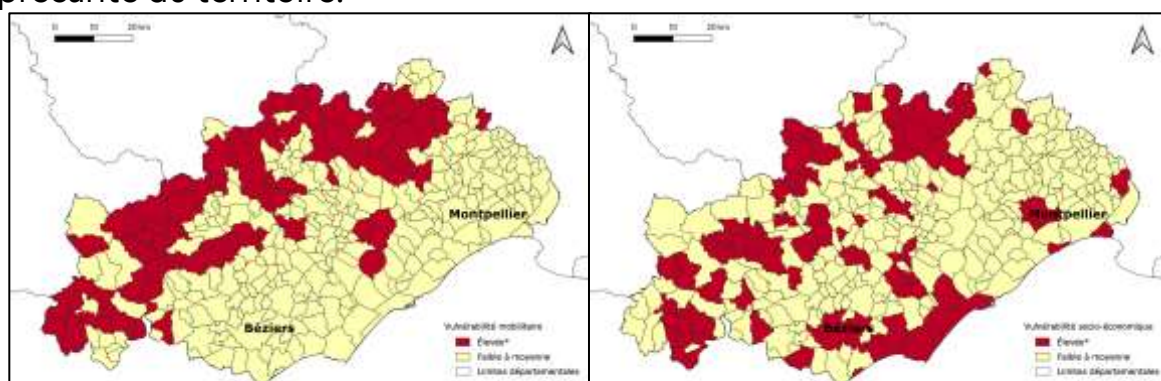
ETAPE N°5

Les résultats

✓ La carte obtenue via cet indice a été mise au regard des points de distribution de solidarités alimentaires, ce qui permet d'identifier visuellement les « zones blanches » du département.



✓ La décomposition de l'indice par dimension permet d'identifier le type de précarité du territoire.



✓ Si environ 20 % des communes de l'Hérault (n=71) présentent un indice pouvant être considéré comme élevé (supérieur à 1,52), ces territoires ne comptent que pour 11 % de la population du département (128 300 habitants). Pour l'action publique, cela implique de réaliser des arbitrages entre deux logiques antagonistes soit de **couverture territoriale**, soit de **maximisation de la population cible**.

ETAPE N°6

Perspectives et valorisation de l'indice

✓ Cet indice communal est peu pertinent pour les villes. Il doit être complété par un second indice, en cours d'élaboration, pour rendre compte des disparités intra-urbaines à partir de données à l'échelle des IRIS et des carreaux INSEE (la disponibilité des données à ces échelles restant le principal problème). Les enjeux et données disponibles différant entre espaces urbains et ruraux, concernant par exemple la problématique de la mobilité, les indicateurs utilisés seront adaptés.

✓ Une plateforme permettant de visualiser l'indice sur n'importe quel territoire est en cours de construction (Vobsalim, INRAE, Basic, Montpellier Méditerranée Métropole). Elle sera accessible gratuitement et permettra de visualiser de manière simple l'état de précarité alimentaire au niveau local.

✓ Un papier méthodologique a été publié lors des rencontres « Pour des solidarités alimentaires » et est accessible [ici](#).

LES DIFFICULTES DE L'EXERCICE

La construction de l'indice de présomption de précarité alimentaire et l'expérimentation d'un observatoire des solidarités alimentaires ont mis en lumière plusieurs limites :

✗ La collecte des données pour le recensement et la caractérisation des solidarités alimentaires s'est avérée difficile. Cela nécessite d'aller démarcher l'ensemble des associations du territoire, qui n'ont pas toujours les données recherchées.

✗ Un manque de communication et d'interconnaissance entre les acteurs associatifs, communes, communautés de communes ou d'agglomérations, projets alimentaires territoriaux et centres communaux d'action sociale.

✗ Des limites méthodologiques sur l'indice :

- L'impératif d'opérationnalité de l'indice proposé explique l'absence de certaines dimensions pourtant cruciales, comme la variété et la qualité de l'offre alimentaire sur le territoire. Par ailleurs, la mesure du bien-être alimentaire, de la dignité et de l'exclusion sociale est encore peu explorée dans la littérature. Même si dans certains cas, des indicateurs existent à l'échelle internationale et nationale, ils sont introuvables à l'échelle communale.
- L'objectif de l'indice étant d'être reproductible, seules des données publiques ont été utilisées (en majorité de l'INSEE), ce qui occulte un certain nombre d'indicateurs qui auraient pu être pertinents.
- Le secret statistique occulte une partie des données dans les territoires notamment ruraux.
- Les indicateurs ne sont pas tous disponibles à l'échelle communale (exemple des données de santé).
- Ainsi, cet indice est un outil en construction qui utilise des indicateurs proxy disponibles à l'échelle communale en Open Data.

✗ La réalisation de ce travail demande d'importants moyens humains et financiers.

✗ L'expérimentation en cours pose d'ores et déjà la question de la pérennisation de l'observatoire : quid du projet après 2022 ? Quels acteurs pourraient se l'approprier ? A quelles conditions ?



Un diagnostic à la précarité alimentaire en Île-de-France – CREDOC / ANSA [\(Retour au sommaire\)](#)

ETAPE DU DIAGNOSTIC	PORTEUR DU PROJET	Porteurs : Ansa et Crédoc, Pilotage GT5 IDF Financement DRIHL (France Relance) et Conseil régional d’Île-de-France
	TERRITOIRES	Île-de-France
	ECHELLE DU DIAGNOSTIC	Maille communale, couverture régionale
	NIVEAU DE DIFFICULTES MOYENS ALLOUES	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>
	DUREE	1,5 ans (juin 2021 – décembre 2022) pour l’ensemble du diag, 6 mois pour le diagnostic quantitatif

LA PHASE DE CADRAGE

ETAPE N°1

Définir les objectifs du projet de diagnostic

L'Ile-de-France a été particulièrement bouleversée par la crise sanitaire et sociale avec des situations de précarité alimentaire accrues. **Pourtant, il n'existe pas aujourd'hui de données publiques permettant de rendre compte directement de ces phénomènes, ou de méthodologie standard de mesure.**

Dans ce contexte, le Crédoc et l'Ansa se sont associés pour dresser un état des lieux de la précarité alimentaire en Ile de France en juillet 2021. Les travaux, suivis par les membres du GT5 et financés par France Relance et le Conseil régional d'Ile-de-France, s'inscrivent dans **une démarche méthodologique mixte**. D'une part, un **volet qualitatif** a permis de faire émerger des thématiques prioritaires qui sont instruites courant 2022. D'autre part, un **volet quantitatif** s'est attaché à produire une méthodologie permettant d'objectiver la précarité alimentaire à un échelon communal pour l'ensemble de la région (environ 1200 communes).

Le projet poursuit 4 objectifs, définis en concertation avec la DRIHL, l'Ansa et le Crédoc dans le cadre du plan France relance et de la poursuite des travaux du GT5, groupe issu de la Stratégie de lutte contre la pauvreté.

1. Construire une vision régionale de la précarité alimentaire en Ile-de-France
2. Renforcer les coordinations départementales de la lutte contre la précarité alimentaire
3. Améliorer les stratégies de lutte contre la précarité alimentaire en Ile-de-France : construire de la connaissance pour éclairer les décisions publiques
4. Favoriser le partage et la coconstruction entre acteurs, en incluant les personnes concernées

Ces objectifs ont été présentés et discutés en GT5 en juin 2022. S'est ensuivi une longue phase exploratoire pour recueillir les principales préoccupations des membres du GT5, suivie d'un vote pour déterminer 3 axes prioritaires à investiguer, en plus d'un diagnostic quantitatif autour de l'offre et la demande en matière alimentaire.

ÉTAPE N°2

Organiser la gouvernance du projet

Le projet est réalisé par l'Ansa et le Crédoc, qui réalisent le diagnostic, et est suivi par :

- Un comité technique régulier, par les 3 animateurs du GT5 : la DRIHL, la Préfecture IDF et l'association Revivre dans le monde, ainsi que par les personnes en charge du projet à l'Ansa et au Crédoc et, depuis 2022, par la Région Ile-de-France ;
- Les 30 membres du GT5 IDF, qui rassemble la Commissaire à lutte contre la pauvreté, des représentants de l'Etat déconcentré, les Collectivités, les Associations et divers acteurs œuvrant dans le champ social et de l'alimentation, piloté par 3 animateurs.

Les membres du GT5 se réunissent tous les 3 à 4 mois pour :

- Valider les objectifs du projet (juin 2021) ;
- Choisir les axes thématiques à investiguer par l'Ansa (nov 2021) ;
- Valider les choix méthodologiques réalisés par le Crédoc, avec l'appui du Groupe expert (janvier 2022) ;
- Suivre l'avancée des travaux et arbitrer sur la communication des premiers résultats (juin 2022) ;
- Valider une 1ère version du diagnostic et émettre des préconisations (novembre 2022).

Les structures membres du GT5 : DRIHL, DRIA AF, DRIETS, ARS IDF, PRIF – Résorption bidonvilles/roms, CROUS, Conseil régional IDF, UD CCAS 93, Conseils départemental 78, Conseils départemental 93, Ville de Paris, BAPIF, Restau du cœur, Croix Rouge, Secours populaire, ANDES, Action contre la faim, Fondation armée du salut, ACSC, FAS IDF, URIOPPS IDF, Cantines responsables, SIAO 93, SIAO 95, PASH 78-91-94, PASH 77.

Ils sont consultés individuellement au fil du projet, et certains participent à des groupes de travail consultatifs sur des sujets précis : logistique, familles à l'hôtel, coopérations locales, ou encore au test des outils.

Sont également fortement associées les 8 DRIHL et DDETS (état déconcentré à échelon régional) afin de présenter les travaux au fur et à mesure et de recueillir leur vision départementale.

Un groupe d'experts, le « Groupe de travail indicateurs », est également consulté dans le cadre de la sélection des données et de l'élaboration de la méthodologie quantitative.

LA PHASE DE REALISATION

✚ ETAPE N°3

Créer une méthodologie pour décrire la précarité alimentaire : choix des indicateurs et mode de calcul

La réalisation du diagnostic s'est appuyée sur des échanges avec un groupe d'experts réunis en un « Groupe de travail Indicateurs » (Inrae, Insee, Revivre, DRIHL, Solinum). Ce groupe de travail s'est réuni à plusieurs moments-clé de la réalisation du diagnostic et a été associé à la réflexion et à la validation de la méthodologie, qui propose de décrire la précarité alimentaire à échelon communal, autour de cinq axes, et fait émerger ainsi une typologie de communes.

5 axes pour décrire la précarité alimentaire



Chaque axe nécessite plusieurs informations pour le décrire dans toute sa complexité, pourtant une approche synthétique est nécessaire pour que le diagnostic puisse être une réelle aide à la décision. C'est pourquoi il s'articule autour **d'une logique pyramidale** :

- Un socle d'une **trentaine d'indicateurs**, constitués à partir des variables pertinentes pour décrire l'ensemble des axes ;
- **Chaque axe est résumé par un score synthétique**, dont le mode de calcul est détaillé dans la section suivante ;
- Afin de faciliter encore la compréhension du territoire et la prise de décision, une vision synthétique des 5 axes est proposée à travers **une typologie des communes**. Un algorithme statistique a en effet permis d'identifier **6 familles de communes**, correspondant à des positionnements spécifiques sur les axes du diagnostic.

ETAPE N°4

Organiser la collecte de données

Le Crédoc a choisi de s'appuyer majoritairement sur des données disponibles en Open data, dans un souci de répliquabilité de la méthode. Les données sont principalement des données Insee, CAF, ORS, ainsi que des données DRIHL et issues du Soliguide.

ETAPE N°5

Analyser les résultats

Principe du score d'un axe : une démarche relative à l'échelle francilienne

Chaque variable entrant dans la composition du score d'un axe est transformée de manière à obtenir un **indicateur relatif**. Plus spécifiquement, les **étapes de calcul pour un indicateur** sont les suivantes :

1. Les communes sont ordonnées de la plus favorisée à la plus défavorisée. Un score allant de 1 à 10 leur est attribué en fonction de leur position par rapport aux autres communes : les 10% de communes les plus favorisées ont un score de 1, les 10% suivant un score de 2, etc. jusqu'aux 10% les plus défavorisées qui ont un score de 10.

2. Le score est normalisé⁵ pour obtenir une note allant de 0 à 1. Cette étape est rendue nécessaire par certaines exceptions pour lesquelles la logique détaillée à l'étape 1 est ajustée. Ces exceptions sont détaillées dans les sections dédiées aux axes ci-après.
3. Pour passer des indicateurs du socle à un score par axe, l'esprit de la méthode est celui d'une moyenne simple :
4. On réalise la moyenne des indicateurs d'un axe, sans pondération : toutes les variables d'un axe ont le même poids.
5. Le résultat est normalisé pour obtenir un score qui varie de 0 à 1.
6. Le score d'un axe s'interprète de manière relative : il vaut 0 pour la commune ayant la meilleure situation par rapport aux autres communes d'Île-de-France, et 1 pour la commune ayant le plus de difficultés pour l'axe étudié par rapport aux autres communes. Plus il est élevé, plus la commune considérée cumule de difficultés pour l'axe par rapport aux autres communes franciliennes.
7. Une typologie de 6 communes.
8. La typologie de communes en 6 groupes, réalisée via un algorithme k-means sur la base de ces cinq indicateurs synthétiques, est pensée comme un outil d'aide à la compréhension du territoire. Chaque famille de communes présente des points de difficulté ou de force structurants au regard de la précarité alimentaire. Cette typologie apporte donc une aide à la compréhension des grands enjeux territoriaux à l'échelle de la région :
9. Communes les plus denses, qui présentent un profil difficile pour les publics à risque, la grande précarité et la santé et un déficit d'offre relativement à la densité (offre classique).
10. Communes denses, sans problème marqué en termes d'offre relative, mais des indicateurs de publics potentiellement à risque et grande précarité élevés. Ces communes peuvent donc faire l'objet d'une surveillance particulière.
11. Communes présentant une offre alimentaire faible au regard de la densité, mais pas de difficulté particulière en ce qui concerne les publics, la grande précarité et la santé.

Selon la méthode du maximin :
$$indic.norm = \frac{indic - \min(indic)}{\max(indic) - \min(indic)}$$
 Cette méthode permet d'obtenir un indicateur compris entre 0 et 1.

12. Communes dans lesquelles l'offre d'aide alimentaire est faible (l'offre classique ne présente pas de difficulté spécifique). Les publics potentiellement à risque sont légèrement plus présents que la moyenne et l'indicateur de santé est moins bon que la moyenne. Ces communes relativement peu denses peuvent donc faire l'objet d'une approche spécifique.
13. Communes peu denses, qui présentent un fort éloignement de l'offre alimentaire et un indicateur de santé très dégradé. Ces communes peuvent nécessiter des actions spécifiques, du fait de leur faible densité.

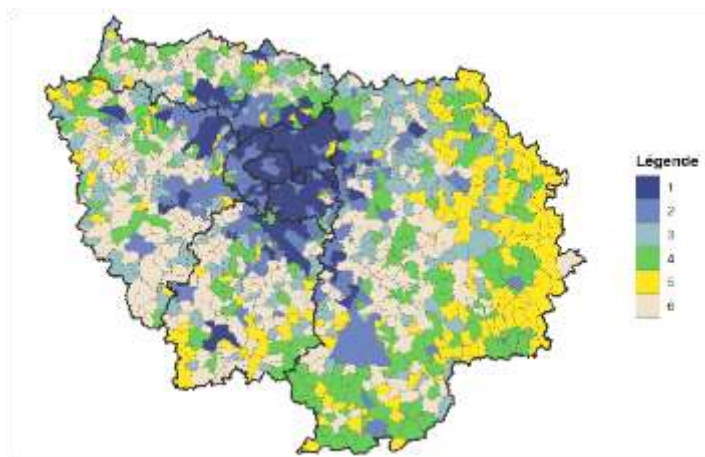


Figure : typologie des communes franciliennes sur la base des 5 axes du diagnostic

LA PRODUCTION DES LIVRABLES

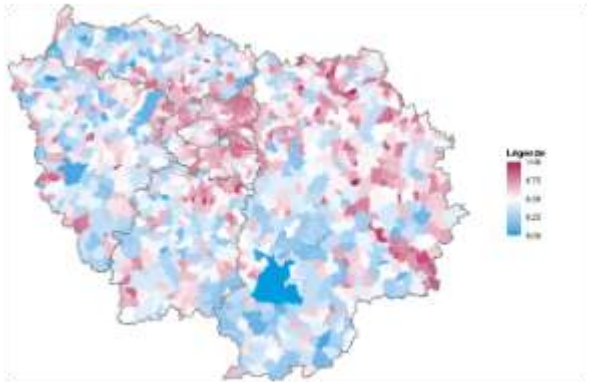
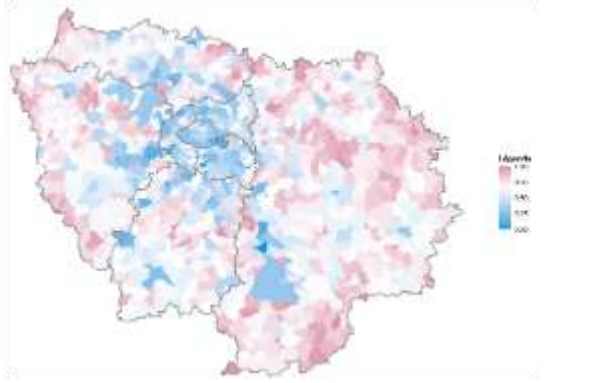
ETAPE N°6

Synthétiser les résultats

Afin de « mettre en main » les résultats du diagnostic quantitatif, deux types de livrables ont été réalisés. D'une part, des résultats statiques, sous forme de cartes ou de tableaux de données, ont été présentés au GT5 lors d'un atelier en janvier 2022 et ont servi de support pour les travaux du diagnostic qualitatif mené par l'Ansa.

Ces résultats ont également été déclinés à échelle départementale et partagés dans les instances départementales de coordination de la lutte contre la précarité alimentaire.

Les résultats et la démarche méthodologique sont synthétisés dans une note méthodologique et feront l'objet d'un chapitre du rapport d'analyse final du diagnostic.

Variables retenues pour chaque axe	Représentation de l'indicateur synthétique de l'axe (en bleu les communes les plus favorisées, en rouge les communes les plus en difficulté)
<ul style="list-style-type: none"> Distance au marché de plein air le plus proche (corrigé de l'effet densité) ; Distance au commerce de proximité le plus proche (corrigé de l'effet densité) ; Distance à l'hypermarché le plus proche (corrigé de l'effet densité) ; Indicateur de distance au restaurant universitaire le plus proche, prenant en compte la part d'étudiants de plus de 18 ans. 	 <p>Figure 3 : indicateur synthétique de l'axe 1 après correction de l'effet densité</p>
<ol style="list-style-type: none"> Quatre types de structures d'aide dont été retenues dans le cadre du diagnostic et font l'objet d'un traitement propre : les lieux de distribution de colis alimentaires, les lieux de distribution alimentaire, les épiceries sociales et 	 <p>Figure 4 : indicateur synthétique de l'axe 2 après correction de l'effet densité</p>

<p>solidaires, les lieux de restauration assise.</p> <p>2. Pour chaque type de structure, deux indicateurs sont constitués :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le nombre de structures, rapporté à la population de la commune ; • La distance de la commune à la structure la plus proche (corrigé de l'effet densité). 	
---	--

- La part des individus peu ou pas diplômés dans la population de la commune ;
- La part des ménages dont les ressources dépendent au moins pour moitié du RSA ;
- La part des individus au chômage dans la population ;
- La part des enfants des ménages à bas revenus parmi l'ensemble des enfants allocataires de la CAF ;
- La part des individus immigrés ;
- La part des ménages d'une seule personne ;
- La part des étudiants de 18 ans et plus dans la population ;
- La variable d'inadéquation entre possession de voiture et densité.

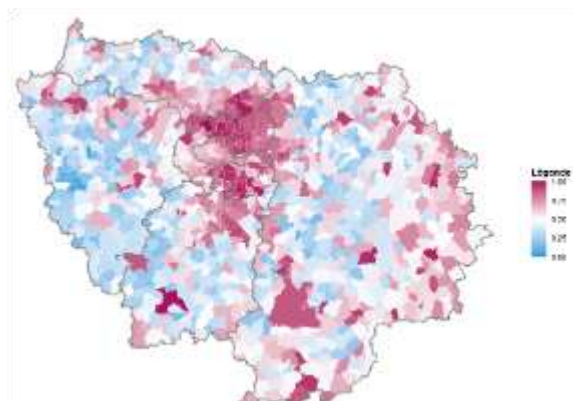
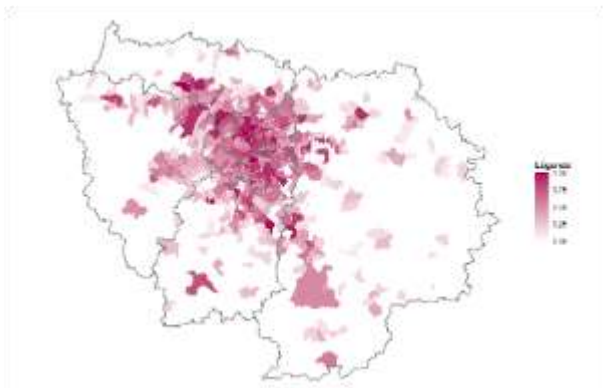
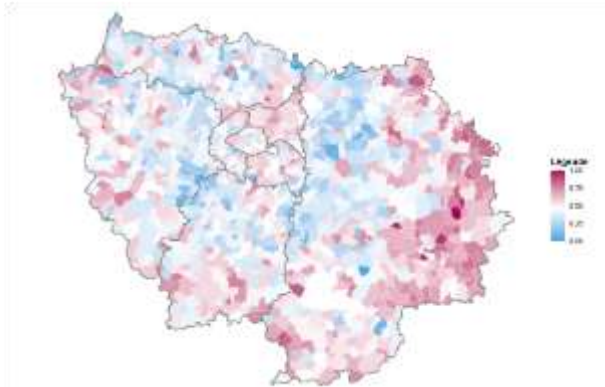


Figure 5 : indicateur synthétique de l'axe 3 après sélection des variables

<ul style="list-style-type: none"> • Part de personnes sans abri dans la population de la commune ; • Nombre de places d'hébergement rapporté à la population ; • Nombre de places en intermédiation locative rapporté à la population ; • Nombre de places en logements adaptés rapporté à la population ; • Nombre de nuitées hôtelières rapportées à la population. 	 <p>Figure 6 : indicateur synthétique de l'axe 4</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Accès aux soins et prévention : <ul style="list-style-type: none"> • Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes : cet indicateur met en relation le nombre et la répartition de médecins généralistes sur un territoire et la demande de soins en fonction des caractéristiques de la population. • Part de la population 	 <p>Figure 7 : indicateur synthétique de l'axe 5</p>

<p>ayant déclaré un médecin traitant.</p> <p>2. Prévalence de maladies induites par l'environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabète ; • Maladies cardio-vasculaires. 	
---	--

ETAPE N°7

Communiquer et définir une stratégie d'action

Le Crédoc a réalisé un site internet pour la mise à disposition des résultats : <https://ansa-precarite-alimentaire.credoc.fr/>

L'ensemble des résultats et des indicateurs sont d'ores et déjà **mis à disposition sur un site internet dédié** sous forme **de cartes interactives, de fiches communales** et d'une **base de données téléchargeable**. Les données sont disponibles à l'échelle de la commune ou de l'EPCI, et permettent une comparaison avec la moyenne départementale.

Sur le site, les utilisateurs peuvent consulter ou télécharger la note méthodologique détaillant les sources de données et le mode de calcul. Un document d'aide à l'utilisation du site est également mis à disposition (« Guide utilisateur »).

Ce site fait actuellement l'objet d'une phase de test et d'amélioration continue avant son ouverture plus large. Il permettra aux citoyens et acteurs de la lutte contre la précarité alimentaire, aux chercheurs et aux décideurs publics d'utiliser les résultats du diagnostic à des fins de connaissance, d'aide à la décision et d'amélioration des politiques publiques. Il permettra également de diffuser la méthodologie développée afin de favoriser son exploitation sur d'autres territoires.

LES DIFFICULTES DE L'EXERCICE

La construction de l'indice de précarité alimentaire à échelle francilienne a mis en lumière plusieurs limites :

- ✗ La maille communale ne permet pas forcément de faire des arbitrages opérationnels, il faut parfois aller au niveau du quartier ou à l'Iris pour un ciblage plus fin. Cette échelle est un compromis entre disponibilité des données publiques et finesse de l'analyse. Elle reste en outre une amélioration significative par rapport à l'existant.
- ✗ La non-exhaustivité des données existantes concernant l'aide alimentaire, malgré les fortes avancées de Solinum en matière de recensement.
- ✗ La non disponibilité de certaines données ayant nécessité un « scrapping » de sites internet ou la difficulté à joindre certains interlocuteurs (sujet à résoudre par convention dans la durée).
- ✗ La sensibilité des données en lien avec l'hébergement d'urgence et l'errance.
- ✗ La réalisation du travail demande d'importants moyens humains et financiers. La logique d'ouverture relative à la méthodologie et aux résultats lève partiellement ce frein, dans la mesure où une part importante des travaux a consisté à développer cette méthodologie.
- ✗ Le diagnostic en cours pose déjà la question de sa connaissance et son appropriation par les acteurs publics et des suites données au projet : comment faire connaître ces résultats ? Comment les utiliser au service de la lutte contre la précarité alimentaire ? Comment les vulgariser et diffuser sur un site accessible à tous ?
- ✗ Le diagnostic en cours pose la question de la mise à jour régulière des données, plusieurs scénarii sont à l'étude pour en faire un outil évolutif.

LES LIMITES DE LA DEMARCHE DE DIAGNOSTIC DE LA PRECARITE ALIMENTAIRE

[\(Retour au sommaire\)](#)

Cette boîte à outils dresse un panorama des indicateurs et des outils utiles pour caractériser la précarité alimentaire sur un territoire. Si de récents travaux ont permis l'émergence de nouvelles ressources, l'exercice de diagnostic de la précarité alimentaire reste un champ exploratoire, marqué par de nombreuses limites, notamment liées la collecte des données ;

- Il est à ce jour, difficile de recommander l'utilisation d'indicateurs pour une échelle territoriale donnée car l'accessibilité d'un même type de données n'est pas homogène selon les territoires. Les tentatives de diagnostic menées au niveau infra-départemental ont mis en avant les limites liées à la collecte de certaines données quantitative (ex. données des CCAS, cantines, santé). Ainsi, les diagnostics locaux sont bien souvent entravés et une articulation reste à trouver entre les données disponibles au niveau national et local.
- Actuellement, il n'existe pas de données immédiatement disponibles relatives au parcours des personnes permettant de documenter la dimension relative à la satisfaction alimentaire.
- En ce qui concerne l'utilisation de ces indicateurs pour construire des indices permettant d'approcher la précarité alimentaire, il n'existe pas de méthode unique et consensuelle pour en penser la conception. La méthodologie employée dépendra des données disponibles sur le territoire et des objectifs poursuivis par le diagnostic.
- Si la collecte de données et un exercice chronophage, les acteurs de la LPA (PAT / CCAS) susceptibles de réaliser ces diagnostics sont rarement en capacité d'y consacrer un temps suffisant.

ANNEXES

[\(Retour au sommaire\)](#)



ANNEXE N°1

Des exemples de questions pour approcher la satisfaction alimentaire.

Les indicateurs relatifs au bien-être alimentaire concernent le vécu des personnes et leur perception de leur capacité sociale d'accès à l'alimentation. Très peu présentes dans la statistique publique, les données relatives à cette dimension sont à rechercher au moyen d'enquêtes ponctuelles de terrain ou d'entretiens semi-directifs menés directement auprès des personnes concernées. **La satisfaction alimentaire s'appréhende en confrontant les pratiques alimentaires des personnes aux perceptions que les mangeurs ont de celles-ci.** D'un point de vue opérationnel, l'entretien semi-directif est un instrument difficile à mettre en œuvre. L'analyse des résultats est relativement complexe et s'avère peu adaptée au regard des besoins des acteurs de la lutte contre la précarité alimentaire. **Dans le cadre de ce panier de ressources, une vingtaine de questions permettant d'appréhender la satisfaction alimentaire des personnes concernées ont été recensées. La plupart de ces questions comportent un choix de réponse contraint. L'objectif est de faciliter l'analyse statistique et de proposer des outils qui pourront être analysés en utilisant des outils pratiques comme Excel. Un point de vigilance doit également être signalé : la définition des questions et les réponses associées doivent être pensées pour être accessibles à tous. Toutes les personnes en situation de précarité ne sont pas à l'aise avec la langue française et certaines ne savent ni lire ni écrire. Par conséquent, il peut être particulièrement pertinent de mobiliser des outils de facilitation pour permettre une bonne compréhension des questions et des réponses (ex. en utilisant des smileys).**



Figure : Smileys utilisés dans le cadre d'un questionnaire sur les habitudes alimentaires des habitants de la Ville de Montreuil

La partie suivante recense une vingtaine de questions utiles pour enquêter sur la satisfaction alimentaire des personnes. Ce questionnaire s'inspire des questions mobilisées par Amandine Degert dans le cadre de ses travaux sur l'accès à l'alimentation en Seine-Saint-Denis (Degert 2021) et un questionnaire en ligne sur l'alimentation mis en ligne par la Ville de Montreuil (Ville de Montreuil 2021). Les questions présentées dans la partie suivante sont présentées sous forme de binôme : une question s'intéresse aux pratiques alimentaires des personnes et la seconde à la perception que la personne a de ces pratiques. Les questions présentées ici ne visent pas l'exhaustivité. Il s'agit de donner des idées aux porteurs de projets pour permettre la conception d'enquêtes adaptées aux territoires.

Binôme N°1 : Pratique alimentaire / satisfaction de la personne vis-à-vis de cette pratique.

✓ **Qu'avez-vous mangé hier ?** (Réponse ouverte⁶)

Laquelle de ces images décrit le mieux votre satisfaction au regard de ce que vous avez mangé hier (Voir figure 1) ?

Binôme N°2 : Pratique alimentaire / satisfaction de la personne vis-à-vis de cette pratique.

✓ **Comment est-ce que vous qualifiez votre alimentation ?** (Réponse ouverte) ou (si traitement statistique), choisir 2 à 3 réponses maximum parmi les propositions formulées ci-dessous: Saine, équilibrée, monotone, riche, mauvaise, variée, simple, fraîche, insuffisante etc.

Laquelle de ces images décrit le mieux votre satisfaction concernant votre alimentation (Voir figure 1) ?

Binôme N°3 : Pratique alimentaire / satisfaction de la personne vis-à-vis de cette pratique.

✓ **En moyenne et pour l'ensemble de votre foyer, quel budget consacrez-vous à l'alimentation chaque semaine ?** Choisir la proposition qui convient le mieux à votre situation : Inférieur à 20 euros par semaine, 20 à 50 euros par semaine,

⁶ Pour aller plus loin sur l'analyse des pratiques alimentaire, se référer à l'ouvrage « Méthode d'investigation de l'alimentation et des mangeurs » (Lepiller et al. 2021)

50 à 100 euros par semaine, 100 à 200 euros par semaine, plus de 200 euros par semaine.

Etes-vous satisfait du budget que vous pouvez consacrer à l'alimentation ?

Binôme N°3 : Pratique alimentaire / satisfaction de la personne vis-à-vis de cette pratique.

✓ **En général, dans quels types de commerces faites-vous vos courses ?** Choisir 2 à 3 réponses pour qualifier vos habitudes : Grande et moyenne surface, hard-discount, magasins spécialisés bio, supérettes, commerces traditionnels, marchés, surgelés, aide alimentaire, circuits courts, autre.

Etes-vous satisfait de l'offre alimentaire proposée dans les endroits où vous faites vos courses ?

Binôme N°4 : Pratique alimentaire / satisfaction de la personne vis-à-vis de cette pratique.

✓ **En général, où se situent les endroits où faites vos courses par rapport à votre domicile ?** Choisir la proposition qui convient le mieux à votre situation : A côté de chez moi, dans mon quartier, dans un autre quartier de la ville, dans une autre commune du département. **Laquelle de ces images décrit le mieux votre satisfaction concernant la distance que vous devez parcourir pour faire vos courses (Voir figure 1) ?**

Binôme N°5 : Pratique alimentaire / satisfaction de la personne vis-à-vis de cette pratique.

✓ **Si la personne a coché « aide alimentaire » à la question « En général, dans quels types de commerces faites-vous vos courses ? ». A quel type d'aide alimentaire avez-vous recours ?** Choisir 2 à 3 réponses pour qualifier vos habitudes.

Etes-vous satisfait de l'offre alimentaire proposée dans les lieux de solidarité alimentaire que vous fréquentez ?

Binôme N°6 : Pratique alimentaire / satisfaction de la personne vis-à-vis de cette pratique.

✓ **En général, où se situent les distributions alimentaires par rapport à votre domicile ?** Choisir la proposition qui convient le mieux à votre situation : A côté

de chez moi, dans mon quartier, dans un autre quartier de la ville, dans une autre commune du département.

Laquelle de ces images décrit le mieux votre satisfaction concernant la localisation des sites de solidarité alimentaire où vous faites vos courses (Voir figure 1) ?

Binôme N°7 : Pratique alimentaire / satisfaction de la personne vis-à-vis de cette pratique.

✓ **Chez-vous, avez-vous l'équipement nécessaire à la préparation et à la cuisine des aliments ? Choisir 2 à 3 réponses maximum parmi les propositions formulées ci-dessous:** Tout ce qu'il faut, manque de contenants, manque d'ustensiles, manque d'électroménagers, pas équipement du tout, ne veut pas répondre.

Laquelle de ces images décrit le mieux votre satisfaction concernant votre accès à des équipements de cuisine ?

Binôme N°8 : Pratique alimentaire / satisfaction de la personne vis-à-vis de cette pratique.

✓ **En général, avec qui passez-vous vos repas ? Choisir la proposition qui convient le mieux à votre situation :** Famille, amis, seul, conjoint, collègues, voisins, autre.

Laquelle de ces images décrit le mieux votre satisfaction concernant les personnes avec lesquelles vous prenez vos repas.



ANNEXE N°2

L'indice de défavorisation sociale - INSERM

ETAPE DU DIAGNOSTIC	✦ Choix des indicateurs	PORTEUR DU PROJET TERRTOIRES	INSERM
	📊 Analyser les résultats		NA
	📋 Synthétiser les résultats	ECHELLE DU DIAGNOSTIC NIVEAU DE DIFFICULTES MOYENS ALLOUES DUREE	Communal ●●●●● NA NA

LA PHASE DE REALISATION

✦ **ETAPE N°3**

Sélectionner les indicateurs du diagnostic

L'indice de défavorisation issu de travaux développés en France par l'équipe de l'INSERM de Caen, constitue un indice composite qui permet de rendre compte de la situation socio-économique des familles et des disparités territoriales au niveau de l'IRIS. Ce type d'indicateurs peut constituer un bon proxy pour approcher la vulnérabilité à la précarité alimentaire d'un territoire. En effet, les territoires dont les populations sont en situation de vulnérabilité économique seront probablement susceptibles de connaître des situations de précarité alimentaire.

L'indice de défavorisation social est constitué d'indicateurs pondérés issus du recensement retenu à partir de l'enquête européenne EU-SILC sur la perception des ressources et des conditions de vie.

Ces critères sont pris en compte dans le calcul du critère de défavorisation sociale par ordre de poids croissants :

- ✓ logement surpeuplé
- ✓ nationalité étrangère
- ✓ catégorie sociale ouvrier non qualifié ou agricole
- ✓ pas de voiture
- ✓ absence de chauffage
- ✓ chômage
- ✓ famille nombreuse
- ✓ famille monoparentale
- ✓ non propriétaire
- ✓ faible niveau d'éducation

ETAPE N°5

Analyser les résultats

Le calcul de l'indice de défavorisation sociale permet d'établir un score en 5 classes utile pour identifier les territoires les plus défavorisés (classe 5).

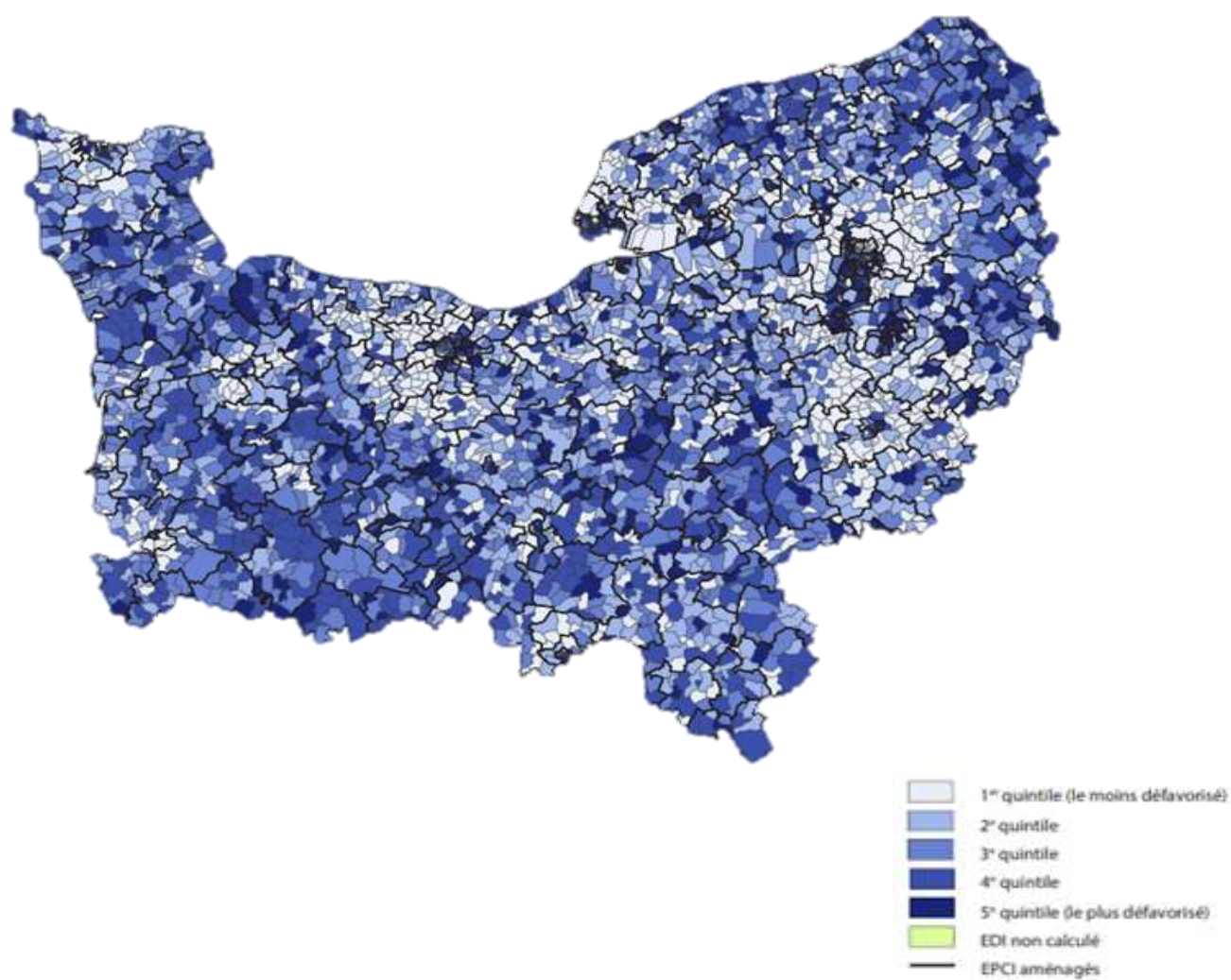
LA PRODUCTION DES LIVRABLES

ETAPE N°6

Synthétiser les résultats

L'indice de défavorisation sociale permet d'apporter une mesure du gradient social de santé:

« Le gradient social de santé décrit le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en-dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons »



BIBLIOGRAPHIE

[\(Retour au sommaire\)](#)

DEGERT, A, 2021. *Étude sur l'accès à une alimentation de qualité pour tous.tes en Seine-Saint-Denis* [en ligne]. Disponible à l'adresse: https://www.lab3s.fr/_files/ugd/ee6203_5bd3361c58f64e43ab056e3de66f61e0.pdf

BAZILE. C. *Un Recensement Analytique des données et indices sur la précarité alimentaire : quelles sont les capacités des statistiques françaises à nourrir les diagnostics locaux du phénomène - Le Cas de Terres de Lorraine*, 2021, 165 p.

DUTIL, J, 2012. *Le goût de Montréal : regard sur la notion de désert alimentaire*. [en ligne]. Pour 2012/3-4 (N° 215-216). Disponible à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-pour-2012-3-page-377.htm>

GÉOCONFLUENCES, 2016. *Désert alimentaire* [en ligne]. Glossaire. Disponible à l'adresse: <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/desert-alimentaire>

GIRARDIN, M, PERRIN, C, SOULARD, C et VONTHRON, S, 2021. *De quels leviers disposent les municipalités pour agir sur les paysages alimentaires ?* [en ligne]. So What ? Policy Brief N°17. Disponible à l'adresse: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjGicbE2ev3AhWFh_0HHWKAAMkQFnoECAMQAAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.chaireunesco-adm.com%2FNo17-De-quels-leviers-disposent-les-municipalites-pour-agir-sur-les-paysages&usg=AOvVaw3pQfo9Ay_LQSdEqVqDF7XL

HERON, R, 2016. *Les mangeurs urbains burkinabè, entre satisfaction et sécurisation alimentaires*. [en ligne]. Disponible à l'adresse: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01578922/document>

JAFFIOL, C, FONTBONNE, A, VANNEREAU, D, OLIVE, J-P et PASSERON, S, 2012. *Diabète et précarité : enquête en Languedoc* [en ligne]. Volume 196, Issues 4–5, (Bulletin de l'académie de médecine). Disponible à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-forum-2019-3-page-45.htm>

LEBRUN, M, 2013. *L'économie du bonheur face à l'insécurité nutritionnelle; des Maliens ruraux, urbains et migrants évaluent leur situation alimentaire*. [en ligne]. Disponible à l'adresse: <http://www.theses.fr/2013NSAM0013>

LEPILLER, O, FOURNIER, T, BRICAS, N et FIGUIÉ, M, 2021. *Méthodes d'investigation de l'alimentation et mangeurs*. [en ligne]. Editions Quae. Disponible à l'adresse: <https://agritrop.cirad.fr/599791/1/ID599791.pdf>

NATIONS UNIES, 2022. Objectifs de développement durable. 2 : Faim zéro. . 2022.

PECH, A, 2021. *Quand notre environnement nous rend obèses : comment l'environnement influence-t-il nos pratiques alimentaires ?* [en ligne]. Disponible à l'adresse: <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/informations-scientifiques/dossiers-thematiques/geographie-de-la-sante-espaces-et-societes/articles-scientifiques/obesite>

REVEL, A, 1997. *Sommet mondial de l'alimentation. Rome - 11-18 novembre 1996*. Economie rurale N°238.

VILLE DE MONTREUIL, 2021. Enquête dans votre assiette. [en ligne]. 2021. Disponible à l'adresse: <https://jeparticipe.montreuil.fr/project/dans-ton-assiette/questionnaire/enquete>

VONTHRON, S, 2021. *Offre commerciale alimentaire et pratiques spatiales d'approvisionnement des ménages : Construire une géographie des paysages alimentaires*. [en ligne]. Disponible à l'adresse: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjtrP6igub3AhUN3BoKHVSaAwoQFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Fhal.inrae.fr%2Ftel-03418393&usg=AOvVaw3ZHEGPM5AjSiK3k5NQAEiH>

REMERCIEMENTS

Pour leur participation à la production de cette publication :

Justine LABARRE « chargée de mission Vobsalim » à la Chaire Unesco Alimentations du monde.

Magali RAMEL « docteure en droit public, spécialisée dans le domaine du droit à l'alimentation et de la lutte contre la précarité alimentaire ».

Anaëlle DENIEUL « Chargée de mission lutte contre la précarité alimentaire » à la Direction générale de la cohésion sociale.

Marianne BLEHAUT, Directrice du pôle Data & Economie, CREDOC.