



Diagnostic de la précarité  
alimentaire en Île-de-France  
Diagnostic à échelon communal

Financé par



## Sommaire

<b>1. Objectifs du diagnostic quantitatif et démarche de travail .....</b>	<b>4</b>
Un diagnostic quantitatif : pour quoi et pour qui ? .....	4
Les grands temps du diagnostic quantitatif .....	5
<b>2. Une méthodologie originale .....</b>	<b>6</b>
Cinq axes pour décrire la précarité alimentaire .....	6
Synthèse de la méthodologie : une approche comparative .....	7
Mise à jour du diagnostic .....	7
<b>3. Offre alimentaire et offre d'aide alimentaire sont très inégalement réparties sur le territoire francilien .....</b>	<b>8</b>
<b>4. Les publics fragiles au regard de la précarité alimentaire .....</b>	<b>14</b>
<b>5. Santé publique .....</b>	<b>17</b>
<b>6. Six profils de communes au regard de la précarité alimentaire en Ile-de-France.....</b>	<b>21</b>
<b>7. Un site internet pour mettre les résultats à disposition de tous les acteurs.....</b>	<b>26</b>
Une logique d'amélioration continue .....	26
Un site pour des usages et utilisateurs variés .....	27
Visualiser les résultats du diagnostic à l'échelle de la région ou en zoomant sur un territoire .....	27
Consulter les résultats pour un territoire.....	28
<b>8. Annexes méthodologiques .....</b>	<b>29</b>
Calcul de l'indicateur synthétique d'un axe .....	29
Cas particuliers et exceptions .....	29
Calcul des distances .....	30
Sélection des variables de l'axe « publics à risque de précarité alimentaire » (axe 3) .....	30
Sources mobilisées dans cette version du diagnostic.....	31



Ce document est réalisé dans le cadre du Diagnostic de la Précarité alimentaire en Ile-de-France, porté par l'**Agence nouvelle des solidarités actives (Ansa)** et le **Centre de recherches pour l'études et l'observation des conditions de vie (Crédoc)** en 2021 – 2022.

**Ce projet est financé dans le cadre du plan France Relance**, sous l'égide de la Commissaire francilienne à la prévention et à la lutte contre la pauvreté par la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL), ainsi que par le Conseil régional d'Île-de-France.

Les membres du **groupe de travail 5 « Accès à l'alimentation » (GT5)** de la Stratégie de lutte contre la pauvreté en Ile-de-France, qui pilotent la réalisation du diagnostic, ont choisi trois thématiques à explorer : les coopérations locales, la logistique de l'aide alimentaire et l'alimentation des familles hébergées à l'hôtel.

Le GT5 est une instance de coordination régionale, présidée par la Commissaire à la prévention et à la lutte contre la pauvreté qui réunit le réseau des acteurs de l'accès à l'alimentation. Il est animé par la DRIHL et l'association ReVIVRE.

Sont membres du GT5 des entités institutionnelles et associatives : DRIAAF, DRIETS, ARS, CROUS, Conseil régional IDF, Préfecture de région IDF, UD CCAS 93, Conseil départemental 78, Conseil 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, Ansa, SIAO 93, SIAO 95, plateformes d'accompagnement social à l'hôtel (PASH) 77 – 78 – 91 – 94, Conseil régional des personnes accueillies et accompagnées IDF (CRPA).

[Accéder au diagnostic complet](#)



**Date de publication du rapport** : Mars 2023

**Rédaction** : *Crédoc - Marianne Bléhaut, directrice du Pôle data & économie, Pauline Jauneau-Cottet, chargée d'études*

**Lien de téléchargement** : <https://www.solidarites-actives.com/fr/nos-actualites/publication/diagnostic-de-la-precarite-alimentaire-en-ile-de-france>

**Pour citer ce rapport** : *Crédoc-Ansa, Diagnostic à échelon communal, Diagnostic Précarité alimentaire en Île-de-France, 2023*

## Le Crédoc

Créé en 1953, le CRÉDOC a toujours eu comme mission d'identifier les tendances lourdes de consommation pour ajuster les besoins et les secteurs économiques, ainsi que **de comprendre les conditions de vie et aspirations sociétales des Français**.

Le CRÉDOC bénéficie d'une **longue expérience d'études et d'analyses des tendances de consommation à travers des dispositifs d'enquêtes** auprès des consommateurs qui lui sont propres. Ces systèmes analysent autant les attitudes (opinions, représentations...) que les comportements de consommation, d'achat, etc. Il s'appuie sur les travaux de recherche pour mettre en place les dispositifs d'enquêtes appropriés, répondant aux objectifs de recherche.

Le CRÉDOC développe des outils méthodologiques qui intègrent les acquis les plus récents de la recherche et qui garantissent la qualité de ses travaux d'études. Cela lui permet de produire des analyses synthétiques sur la société française qui sont rendues publiques et qui participent au débat national.

# OBJECTIFS DU DIAGNOSTIC QUANTITATIF ET DEMARCHE DE TRAVAIL

## Un diagnostic quantitatif : pour quoi et pour qui ?

---

La précarité alimentaire est un phénomène complexe et multidimensionnel, au croisement de problématiques économiques, sociales, géographiques et nutritionnelles. Ce caractère multidimensionnel complexifie sa mesure et sa restitution sous une forme simple. Or, objectiver un phénomène à travers des données partagées est une étape importante de sa prise en compte dans le débat public, l'élaboration de politiques ou solutions adaptées. Le premier enjeu du diagnostic est donc **de proposer une méthodologie robuste, sur le plan scientifique et statistique, pour décrire la situation du territoire francilien au regard de la précarité alimentaire** dans toute sa complexité. En effet, **il n'existe pas aujourd'hui de données publiques permettant de rendre compte directement de la précarité alimentaire.**

Par ailleurs, le récent foisonnement de données en open data est à la fois porteur d'une indéniable richesse et de difficultés potentielles pour des usagers non spécialistes de la donnée. Ainsi, les données ouvertes peuvent être produites par plusieurs institutions (Insee, CNAF, Solinum...) et relayées sur des sites différents. Différentes sources peuvent également recouvrir des concepts proches sans être pour autant identiques (par exemple, la notion de pauvreté monétaire et la notion de dépendance aux aides sociales). Le second enjeu est de **s'emparer de cet ensemble de données ouvertes et d'appuyer leur mise en main pour tous les acteurs de la lutte contre la précarité alimentaire.**

Le **choix de la maille communale** répond quant à lui à une double nécessité. D'une part, il s'agit d'apporter plus de précision aux acteurs locaux (services de l'Etat, élus, associations ou citoyens), dans un contexte dans lequel la plupart des sources de données sur la précarité alimentaire sont nationales, régionales ou départementales. D'autre part, il s'agit de rendre compte des disparités territoriales, particulièrement fortes en Île-de-France qui a la spécificité d'être à la fois la région française la plus riche et la plus inégalitaire.

## Les grands temps du diagnostic quantitatif

La réalisation du diagnostic s'est appuyée sur des échanges avec un groupe d'experts (Inrae<sup>1</sup>, Insee<sup>2</sup>, Revivre<sup>3</sup>, DRIHL<sup>4</sup>, Solinum<sup>5</sup>). 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. Le diagnostic quantitatif s'est déroulé selon trois phases principales résumées dans le tableau ci-après.

Phase	Objectifs	Méthodologie
<b>Exploration – de juillet 2021 à octobre 2021</b>	Prendre connaissance du contexte et de la littérature dédiée à la précarité alimentaire, identifier les sources de données existantes	Travail en chambre, entretiens avec des experts et/ou parties prenantes, et échanges rapprochés avec l'équipe en charge du diagnostic qualitatif
<b>Définition de la méthodologie – d'octobre 2021 à janvier 2022</b>	En l'absence de méthodologie faisant référence, sélectionner les indicateurs et définir une méthode statistique Rendre compte des disparités communales en termes de risque de précarité alimentaire des populations résidentes	Analyse statistique et échanges avec le GT Indicateurs
<b>Mise à disposition – de janvier 2022 à juin 2022</b>	« Mettre en main » les résultats du diagnostic quantitatif	Création du <u>site internet</u> pour la mise à disposition des résultats

Le site internet fait l'objet d'une logique d'amélioration continue et continue d'être régulièrement mis à jour en intégrant les retours d'utilisateurs.

<sup>1</sup> Nicole Darmon, Dominique Paturel.

<sup>2</sup> Clotilde Sarron, Elisabeth Prevost.

<sup>3</sup> Alain Jézéquel.

<sup>4</sup> Caroline Nigon, Axelle Magnier.

<sup>5</sup> Théo Dumouchel.

# 1. UNE METHODOLOGIE ORIGINALE

Au moment de la réalisation de ce diagnostic, il n'existe pas d'indicateur ou de méthodologie de référence pour rendre compte de la précarité alimentaire à une échelle territoriale fine. Une grande partie des travaux a donc consisté à proposer une méthodologie et à la documenter pour la rendre reproductible (sur d'autres territoires) et actualisable (dans le temps).

## Cinq axes pour décrire la précarité alimentaire

L'analyse de la littérature et les échanges avec les experts ont permis de définir cinq axes pour décrire la précarité alimentaire au niveau d'un territoire (Voir Figure 1).

### Objectiver les risques de santé publique



Figure 1 : Schéma synthétique du diagnostic quantitatif

**Les deux premiers axes visent à caractériser l'offre.** L'axe 1 est dédié à l'**offre alimentaire** (marchés de plein vent, commerces de proximité, hypermarchés ou supermarchés, restaurants universitaires), tandis que l'axe 2 permet de rendre compte de l'**offre d'aide alimentaire** (épiceries solidaires, distributions de repas, restauration assise et distributions de colis). Il est apparu nécessaire de dissocier ces deux dimensions qui relèvent de logiques très différentes, notamment en termes de conditions d'accès. Les éventuelles actions publiques à mener face à un déficit caractérisé dans l'une ou l'autre de ces dimensions ne sont pas nécessairement les mêmes.

**Les axes 3 et 4 permettent de caractériser les publics,** ou en d'autres termes, les besoins. En miroir de la démarche adoptée pour caractériser l'offre, il a été décidé de dissocier les publics potentiellement à risque et les publics en grande précarité. L'axe 3 permet ainsi d'identifier les **populations ayant un risque accru de précarité alimentaire**, notamment sur la base de caractéristiques socio-démographiques recensées dans la littérature (part des individus peu ou non diplômés, part des ménages dont les ressources dépendent au moins pour moitié du

RSA, part des enfants des ménages à bas revenus parmi l'ensemble des enfants allocataires de la CAF, etc.). L'axe 4, consacré à la **grande précarité**, s'attache à un versant très spécifique de la précarité alimentaire en s'appuyant sur le nombre de personnes sans-abris et les places d'hébergement et de logement adapté dans chaque commune francilienne. Les besoins de ces populations décrites par ces deux axes sont potentiellement distincts.

Enfin, **l'axe 5 s'attache à rendre compte des risques de santé publique en lien avec l'alimentation**, à travers des données relevant de l'accès aux soins et de données de prévalence de certaines maladies induites par l'environnement. Cette dimension est moins souvent disponible dans les diagnostics relatifs à la précarité alimentaire faute d'accès aux données.

## Synthèse de la méthodologie : une approche comparative

---

Nous proposons dans cette section une synthèse de la méthodologie, par ailleurs documentée en détail dans la notice méthodologique en annexe.

Chaque axe nécessite plusieurs informations pour le décrire dans toute sa complexité. Le diagnostic est donc construit à partir d'un socle d'une **trentaine d'indicateurs**. Les variables retenues pour constituer ce socle répondent à **deux impératifs**. Le premier est **l'intérêt théorique de la variable pour l'axe**, documenté par la littérature relative à la précarité alimentaire ou les entretiens réalisés lors de la première phase du diagnostic. Le second est la **qualité de la variable**, évalué lors du travail en chambre sur des critères qualitatifs ou quantitatifs tels que la fiabilité et la pérennité de la source, ou le nombre de valeurs manquantes à l'échelle communale.

Chaque axe est ensuite résumé par un **score synthétique** allant de 0 à 1. Le score d'un axe permet de comparer les communes entre elles et 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 par rapport aux autres communes. Autrement dit, plus il est élevé, plus la commune considérée cumule de difficultés pour l'axe considéré par rapport aux autres communes franciliennes.

Afin de faciliter la compréhension du territoire et la prise de décision, un bilan des cinq axes est proposé à travers **une typologie des communes**. A travers ces six familles de communes, il ne s'agit pas de définir celles qui sont plus ou moins à risque de précarité alimentaire, mais plutôt de documenter leurs forces et difficultés spécifiques par rapport aux autres communes franciliennes en mobilisant les cinq axes du diagnostic.

## Mise à jour du diagnostic

---

La première version du diagnostic a été finalisée et présentée aux membres du GT5 en janvier 2022. Les sources de données mises à jour au cours de l'année 2022 ont été intégrées entre décembre 2022 et janvier 2023, afin de refléter pour chaque variable du diagnostic la donnée la plus récente disponible.

L'analyse statistique des sources a permis de constater de faibles évolutions pour la plupart des variables considérées. En définitive, peu de communes changent de famille dans la typologie établie à l'issue du diagnostic.

## 2. OFFRE ALIMENTAIRE ET OFFRE D'AIDE ALIMENTAIRE SONT TRES INEGALEMENT REPARTIES SUR LE TERRITOIRE FRANCILIEN



L'offre alimentaire (axe 1) est mesurée à travers quatre indicateurs de **distance** : distance au marché de plein vent le plus proche, distance au commerce de proximité le plus proche, distance à l'hypermarché ou supermarché le plus proche et la distance au restaurant universitaire le plus proche. Cette dernière permet de **rendre compte de l'offre à destination des étudiants**, public dont les difficultés ont été mises en lumière au moment de la pandémie de Covid-19. Pour refléter cette spécificité, la distance au restaurant universitaire le plus proche est corrigée par la part d'étudiants de 18 ans et plus résidant dans la commune considérée. Cette correction permet de ne pas dégrader le score d'une commune qui serait loin de l'offre étudiante mais ne comporterait pas ou peu d'étudiants. Chacune de ces variables de distance correspond à la distance moyenne des habitants de la commune considérée par rapport au commerce le plus proche.

**Paris et la petite couronne** sont caractérisées par des **distances à parcourir faibles** pour tous les canaux d'approvisionnement retenus, l'offre alimentaire étant présente directement sur leur territoire. **Les plus grandes communes de grande couronne** ont un profil similaire. C'est **dans les communes de la périphérie** que l'on trouve **les plus grandes distances à parcourir**, en particulière à l'est, au sud et au nord-ouest de la région. La Figure 2 illustre ce phénomène pour la distance à l'hypermarché ou supermarché le plus proche. Inférieure à 750 mètres pour la quasi-totalité des communes de petite couronne, elle est supérieure à 5 kilomètres pour 272 communes de grande couronne (soit près d'un quart d'entre elles).

En prenant en compte toutes les sources d'approvisionnement retenues, **l'offre alimentaire est concentrée dans les communes les plus denses** : Paris, les départements de petite couronne et les plus grandes communes de grande couronne (voir Figure 3).

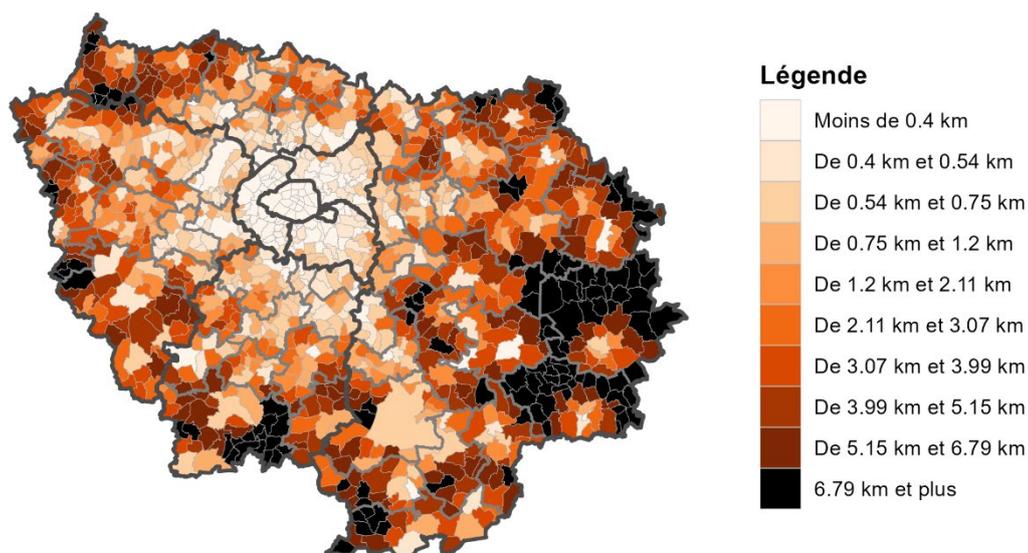


Figure 2 : Distance à l'hypermarché ou supermarché le plus proche (en km). Source : Insee, Base permanente des équipements et Recensement de population (2019). Calculs réalisés par le CREDOC.

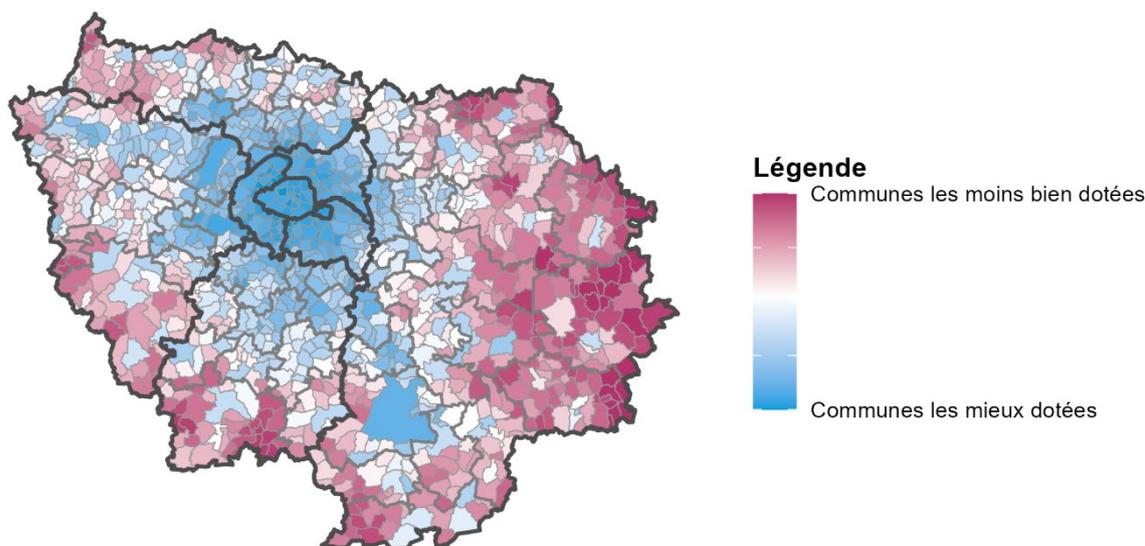


Figure 3 : Offre alimentaire (indicateur synthétique). Calculs réalisés par le CREDOC. Note de lecture : cet indicateur résulte des quatre composantes de l'axe « offre alimentaire » et s'interprète de manière relative. Plus la commune a un score élevé (rouge), plus elle cumule de difficultés par comparaison aux autres communes d'Île-de-France. En d'autres termes, plus ses habitants sont éloignés de l'offre alimentaire. Plus elle a un score faible (bleu), plus elle cumule d'avantages (plus ses habitants sont proches de l'offre alimentaire).

Afin de faire ressortir des disparités y compris au sein des zones denses ou au sein des zones rurales, le diagnostic propose une correction de chaque composante de l'axe par la densité. L'indicateur corrigé s'interprète comme l'éloignement à l'offre alimentaire pour une densité donnée.

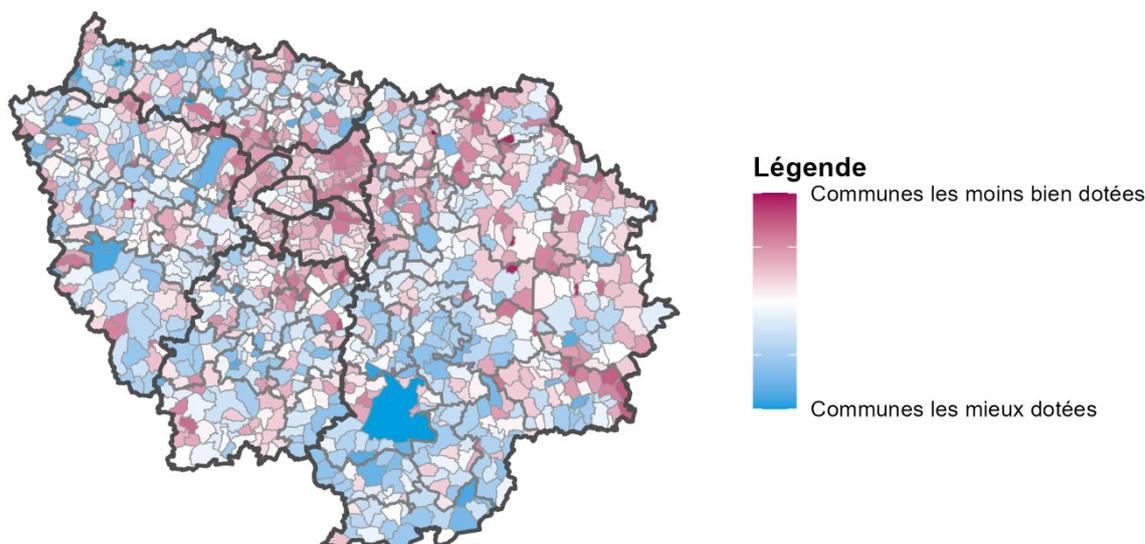


Figure 4 : Offre alimentaire corrigée par la densité (indicateur synthétique). Calculs réalisés par le CREDOC. Note de lecture : cet indicateur résulte des quatre composantes de l'axe « offre alimentaire », corrigées par la densité. Il s'interprète de manière relative. Plus la commune a un score élevé (rouge), plus elle cumule de difficultés par comparaison aux autres communes d'Île-de-France. En d'autres termes, plus ses habitants sont éloignés de l'offre alimentaire, étant donnée leur densité. Plus elle a un score faible (bleu), plus elle cumule d'avantages (plus ses habitants sont proches de l'offre alimentaire en tenant compte de leur densité).

Cette correction permet par exemple de rendre plus visibles les disparités au sein de la petite couronne (voir Figure 4) : à densité donnée, les communes de petite couronne tendent à avoir une offre alimentaire moins importante que Paris. Ainsi, les communes de Seine-Saint-Denis ont un déficit plus élevé que les arrondissements parisiens. La grande couronne est quant à elle marquée par d'importantes disparités territoriales, certaines communes présentant un fort déficit d'offre alimentaire : par exemple, les communes situées entre Cergy et Epinay-sur-Seine au nord-ouest de la région, ou entre Fontaines-Fourches et Maison-Rouge dans l'est de la Seine-et-Marne.

Une logique similaire permet de rendre compte des **disparités d'offre d'aide alimentaire** à l'échelle de la région (axe 2). Les composantes de cet axe sont la distance au point d'aide le plus proche et le nombre de lieux d'aide alimentaire rapporté à la population communale, pour quatre types de structures d'aide (les lieux de distribution de colis alimentaires, les lieux de distribution de repas<sup>6</sup>, les épiceries sociales et solidaires, les lieux de restauration assise). Ces huit indicateurs permettent une vision fine à la fois au sein des communes ayant une offre d'aide (à travers l'intensité de cette offre) et au sein des communes n'ayant pas d'offre d'aide (à travers les distances à parcourir pour s'y rendre).

<sup>6</sup> Correspond à la catégorie « distribution alimentaire » dans le Soliguide.

Prenons l'exemple des lieux de distribution de colis alimentaires. Comme le montre la Figure 5, un grand nombre de communes de grande couronne n'ont aucun lieu de distribution de ce type (c'est également le cas d'un petit nombre de communes de grande couronne). Parmi les communes ayant ce type d'aide sur leur territoire, l'offre est plus ou moins abondante au regard de la population de la commune. De manière générale, on constate que l'offre tend à être plus importante dans les communes plus proches de Paris. La Figure 6 montre par ailleurs que parmi les communes n'ayant aucun point de distribution de ce colis alimentaires, l'éloignement à l'offre d'aide varie fortement, et peut atteindre plus de 9 km pour les communes les plus éloignées. Les distances à parcourir sont plus faibles dans le nord-ouest de la grande couronne que dans le sud des Yvelines ou le sud-est de l'Essonne.

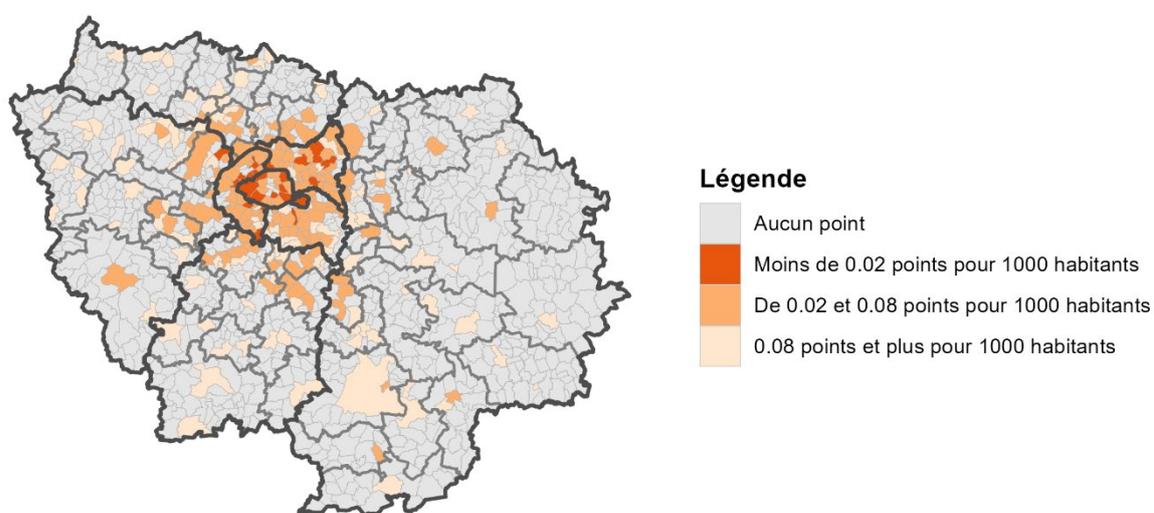


Figure 5 : Nombre de points de distribution de colis alimentaires pour 1000 habitants. Calculs réalisés par le CREDOC.

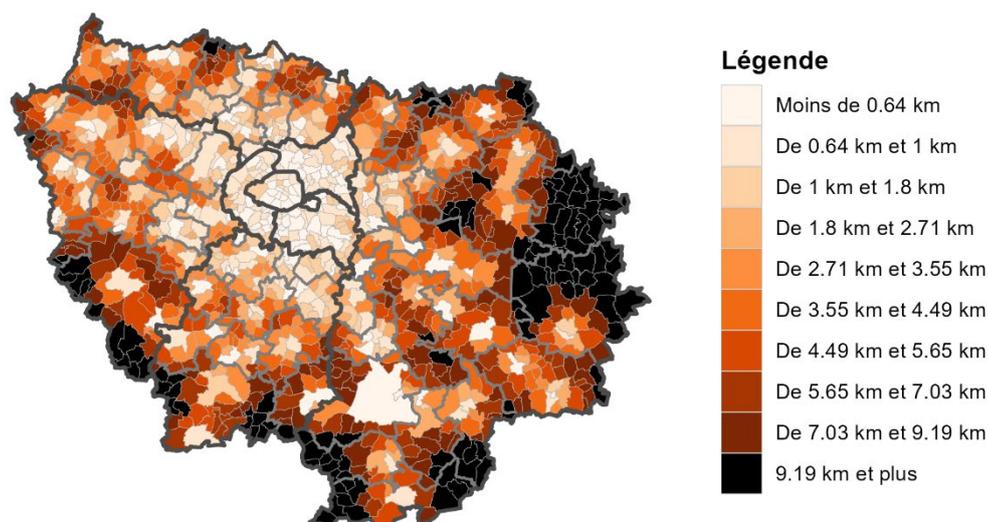


Figure 6 : Distance au point de distribution de colis alimentaire le plus proche (en km). Calculs réalisés par le CREDOC.

Comme pour l'offre alimentaire, ces conclusions se retrouvent pour les autres formes d'aide alimentaire retenues dans le cadre du diagnostic. L'indicateur synthétique de l'offre d'aide alimentaire reflète ces disparités (Figure 7). On retrouve un **fort effet densité : les communes les plus peuplées sont également celles pour lesquelles l'offre d'aide alimentaire est la plus importante (en termes de nombre de structures) et l'éloignement le plus faible (en termes de distance)**. Afin de rendre compte des disparités au sein des zones denses (et en miroir au sein des zones moins denses), une version corrigeant l'effet densité est également proposée (Figure 8).

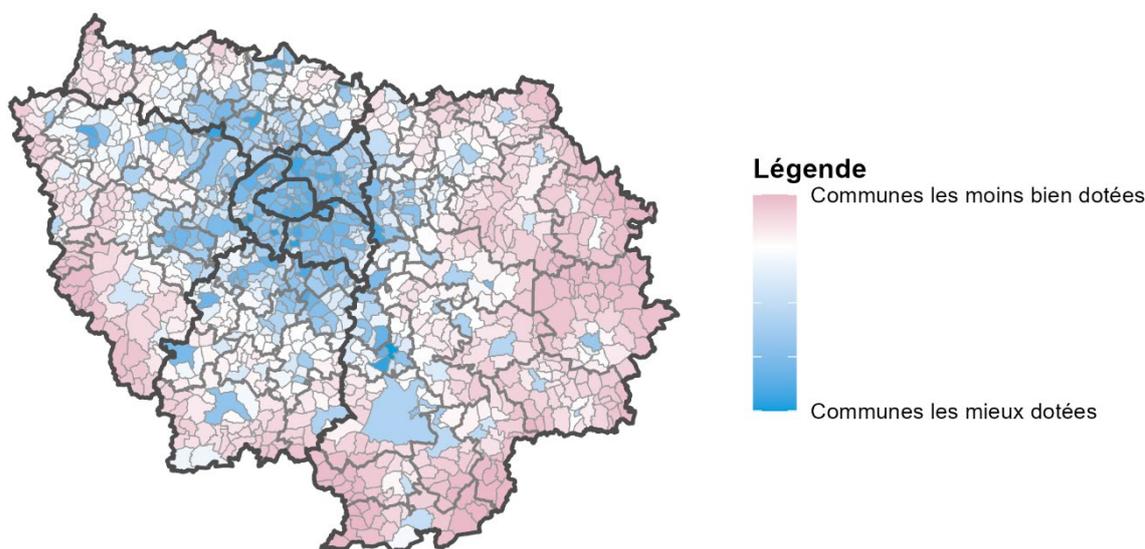


Figure 7 : Offre d'aide alimentaire (indicateur synthétique). Calculs réalisés par le CREDOC. Note de lecture : cet indicateur résulte des huit composantes de l'axe « offre d'aide alimentaire » et s'interprète de manière relative. Plus la commune a un score élevé (rouge), plus elle cumule de difficultés par comparaison aux autres communes d'Île-de-France. En d'autres termes, plus ses habitants sont éloignés

de l'offre d'aide alimentaire. Plus elle a un score faible (bleu), plus elle cumule d'avantages (plus ses habitants sont proches de l'offre d'aide alimentaire).

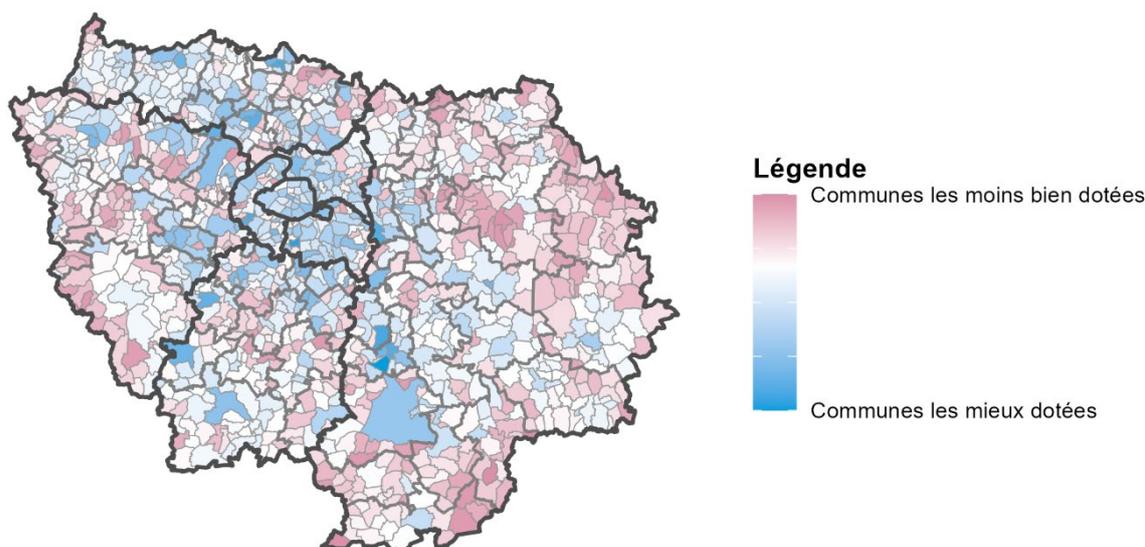


Figure 8 : Offre d'aide alimentaire corrigée par la densité (indicateur synthétique). Calculs réalisés par le CREDOC. Note de lecture : cet indicateur résulte des huit composantes de l'axe « offre d'aide alimentaire », corrigées par la densité. Il s'interprète de manière relative. Plus la commune a un score élevé (rouge), plus elle cumule de difficultés par comparaison aux autres communes d'Île-de-France. En d'autres termes, plus ses habitants sont éloignés de l'offre d'aide alimentaire, étant donnée leur densité. Plus elle a un score faible (bleu), plus elle cumule d'avantages (plus ses habitants sont proches de l'offre d'aide alimentaire en tenant compte de leur densité).

En définitive, le déficit d'offre d'aide alimentaire est plus marqué en périphérie de la région, en particulier en Seine-et-Marne et dans le Val-d'Oise. Les communes y cumulent une offre moins nombreuse et un plus fort éloignement. A l'inverse les communes de petite couronne présentent un faible déficit d'offre d'aide alimentaire relativement à leur densité. De manière générale, les communes les plus denses se distinguent par une offre d'aide alimentaire plus élevée que les communes plus rurales, y compris au sein de la grande couronne. Par exemple, Fontainebleau, Etampes ou Dourdan disposent de plusieurs points de distribution alimentaire. A l'inverse, la commune d'Egreville, à l'extrême sud de la région, cumule absence de structures d'aide sur la commune et distance aux points d'aide les plus proches.

### 3. LES PUBLICS FRAGILES AU REGARD DE LA PRECARITE ALIMENTAIRE

Un **très grand nombre de facteurs socio-démographiques** sont associés à un **plus fort risque de précarité alimentaire**. Ainsi, au-delà de la pauvreté monétaire, la dépendance aux aides ou aux minima sociaux peut être indicative de difficultés financières. Certaines typologies familiales sont également plus à risque que d'autres (familles monoparentales, familles nombreuses, familles avec enfants en bas âge). Le niveau de diplôme ou le type de profession exercées, le fait d'être immigré, le fait de vivre seul ont également été mises en évidence comme des facteurs de difficultés socio-économiques spécifiques.

Pour rendre compte des différences de fragilité des publics entre les communes, huit indicateurs ont été sélectionnés pendant la phase de définition de la méthodologie :



La part des individus **peu ou pas diplômés**,



La part **des individus immigrés**, la part des **ménages d'une seule personne**,



La part des ménages dont **les ressources dépendent au moins pour moitié du RSA**,



La part des **étudiants** de 18 ans et plus,



La part des individus au **chômage** dans la population,



La part de **personnes ne possédant pas de voitures** rapportées à la densité (cette correction permet de prendre en compte le rôle moins important de la possession de voiture dans les villes plus denses, qui permettent des alternatives en particulier grâce aux transports en commun).



La part des enfants des ménages à bas revenus parmi l'ensemble des **enfants allocataires de la CAF**,

En combinant l'ensemble de ces dimensions, les publics potentiellement à risque de précarité alimentaire sont **très concentrés dans deux parties de la région : les zones denses d'une part, et la périphérie d'autre part**.

Parmi les **zones denses**, la Figure 9 illustre la situation particulièrement difficile des habitants de Seine-Saint-Denis et du Val de Marne. Cela peut en partie expliquer l'importance de l'offre d'aide alimentaire dans ces territoires. A l'inverse, Paris et les Hauts-de-Seine ont une composition socio-démographique plus favorable en moyenne. Ces départements comptent par exemple moins de 15% de personnes peu ou pas diplômées.

Une partie des **communes de grande couronne** présentent également un profil de difficulté élevé. C'est le cas en particulier dans le sud du Val d'Oise (par exemple, à Cergy, Pontoise ou Gonesse), dans le nord des Yvelines (par ex., Poissy ou Mantes-la-Jolie),

et dans certaines communes périphériques de l'Essonne ou de la Seine-et-Marne (par exemple, Etampes ou Provins).

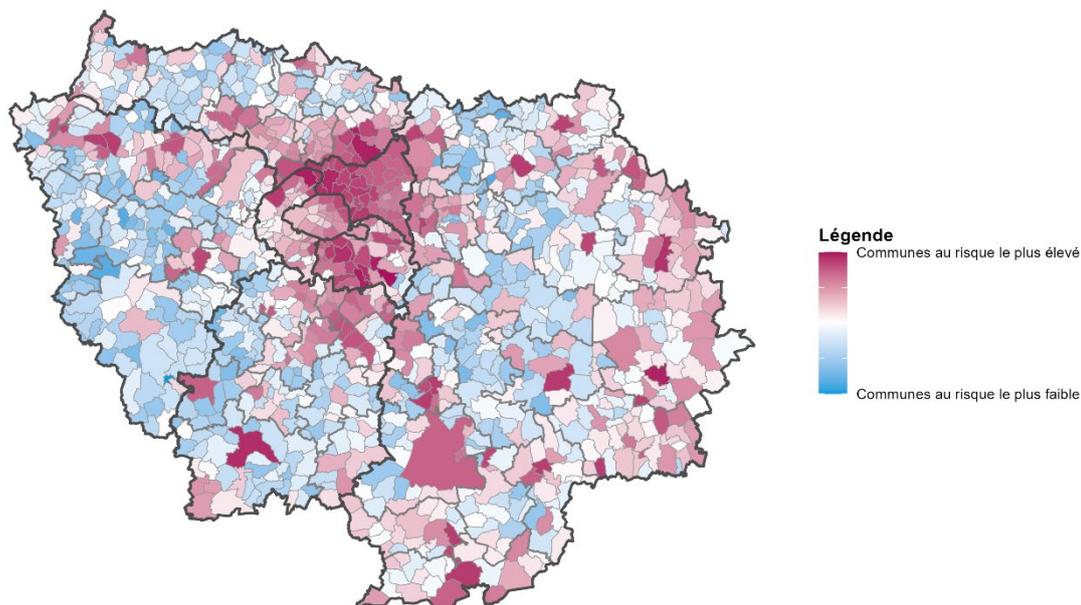


Figure 9 : Publics potentiellement à risque de précarité alimentaire (indicateur synthétique). Calculs réalisés par le Crédoc. Note de lecture : cet indicateur résulte des huit composantes de l'axe « publics potentiellement à risque ». Il s'interprète de manière relative : plus la commune a un score élevé (rouge), plus elle cumule de difficultés par comparaison aux autres communes d'Île-de-France. En d'autres termes, plus ses habitants cumulent de facteurs de risque. Plus elle a un score faible (bleu), plus elle cumule d'avantages (plus ses habitants sont favorisés).

Rendre compte de la **grande précarité** à l'échelle des communes pose plusieurs défis méthodologiques. Le premier est opérationnel : les personnes en situation de grande précarité sont plus difficilement joignables à travers des dispositifs d'enquête classiques. Le second est statistique : pour protéger l'anonymat des personnes concernées, il n'est pas possible de publier le nombre de personnes sans abri dans des communes en comptant moins de dix.

Cette dimension est pourtant un pan important de la précarité alimentaire qui risque de ne pas être pris en compte à travers les seuls indicateurs socio-démographiques de l'axe « publics potentiellement à risque ». In fine, deux mesurées liées à la privation de logement personnel sont prises en compte : la part de personnes sans-abri (rapportées à la population de la commune), et le nombre de places ou nuitées dans les dispositifs d'hébergement et de logement adapté (rapportés à la population de la commune). Parmi ces dispositifs, le diagnostic distingue le nombre de places d'hébergement, le nombre de places en intermédiation locative rapporté à la population, le nombre de places en logements adaptés rapporté à la population, le nombre de nuitées hôtelières, qui concernent des publics différents et dont les besoins peuvent ne pas coïncider.

La Figure 10 montre que **les publics en situation de grande précarité** sont surtout présents dans les **communes les plus denses** : Paris et la petite couronne sont particulièrement concernés. La part de personnes sans domicile s'élève par exemple à 1 pour 1000 habitants dans Paris, 4,1 à Bobigny, 2,6 à Aubervilliers ou 1,3 à Ivry-sur-Seine. Elle peut également être élevée dans **certaines communes de grande couronne** telles que Mantes-la-Jolie (0,5), Fontainebleau (0,64), ou Meaux (0,74). Les dispositifs d'hébergement tendent également à être plus présents dans ces grandes communes, expliquant la **très forte polarisation du score** de grande précarité dans les communes denses.

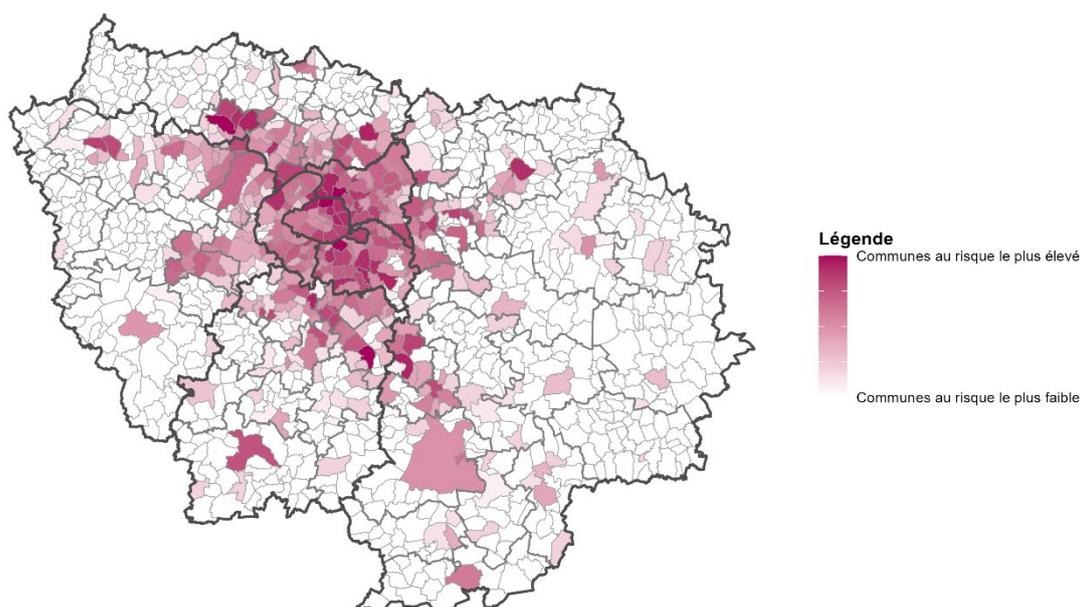


Figure 10 : Grande précarité (indicateur synthétique). Calculs réalisés par le Crédoc. Note de lecture : cet indicateur résulte des cinq composantes de l'axe « grande précarité ». Il s'interprète de manière relative : plus la commune a un score élevé (rouge), plus elle compte de publics en grande précarité (par rapport à sa population totale) par comparaison aux autres communes d'Île-de-France. Plus elle a un score faible (blanc), moins elle compte de publics en grande précarité.

## 4. SANTE PUBLIQUE

L'alimentation a une incidence importante sur l'état général de santé ou sur le risque de survenue de problèmes dentaires ou de pathologies induites par l'environnement. Elle peut également être un levier de soins dans la prise en charge de certaines pathologies. Le diagnostic s'appuie sur **deux aspects du lien entre alimentation et santé** :



**L'importance de l'accès aux soins, en particulier dans une logique préventive**, à travers l'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes<sup>7</sup> et la part de la population ayant déclaré un médecin traitant.



**La présence de pathologies induites par l'environnement**, à travers la part de personnes prises en charge pour le diabète et la part de personnes prises en charge pour une maladie cardio-vasculaire (par rapport à la population totale résidant dans la commune).

La situation des communes franciliennes est très contrastée concernant l'accès aux soins. Comme le montre la Figure 11, l'accès aux médecins généralistes est dégradé dans les communes peu peuplées de grande couronne. En petite couronne, Paris se distingue nettement des autres départements avec une accessibilité plus importante. En revanche, la Figure 12 met en évidence une dynamique très différente concernant la part de la population ayant déclaré un médecin traitant. Le nord de la petite couronne, y compris certains arrondissements parisiens, comptent parmi les communes ayant la plus faible proportion de personnes ayant réalisé cette démarche. Les personnes résidant en grande couronne l'ont plus souvent fait, en particulier dans les communes de l'extrême nord-ouest ou du sud-est de la région.

Les communes de grande couronne, notamment dans le sud-est de la région, sont également marquées par une forte proportion de personnes suivies pour des maladies cardio-vasculaires (voir Figure 13) ou du diabète (voir Figure 14). Cette seconde pathologie est également nettement plus présente dans le nord de la petite couronne qu'à l'ouest.

<sup>7</sup> Indicateur développé par la DREES mettant en relation l'offre de soins et les besoins potentiels. Documentation : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl>.

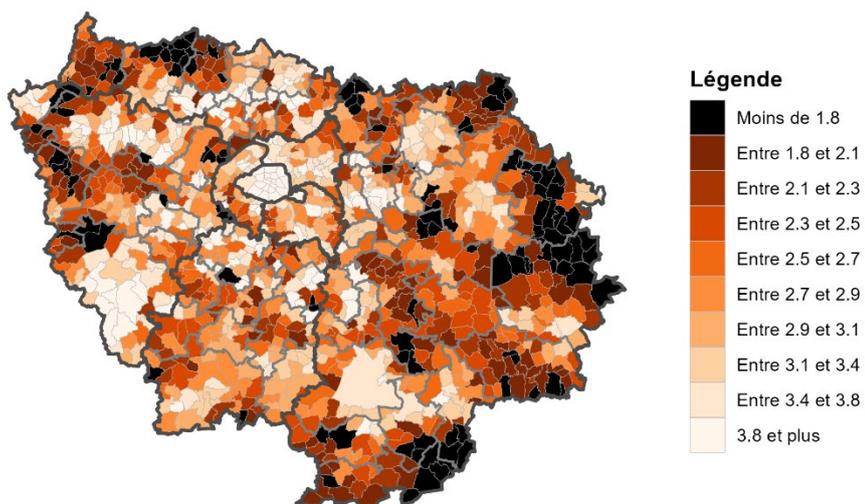


Figure 11 : Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes, par commune. Calculs réalisés par le CREDOC.

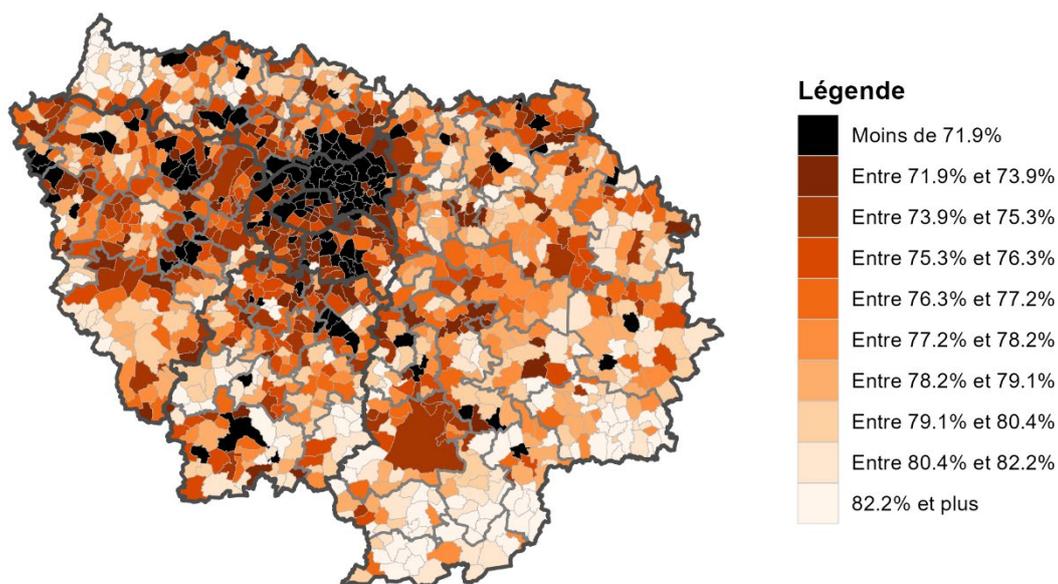


Figure 12 : Part de la population ayant déclaré un médecin traitant au 31/12/2019, par commune. Calculs réalisés par le CREDOC.

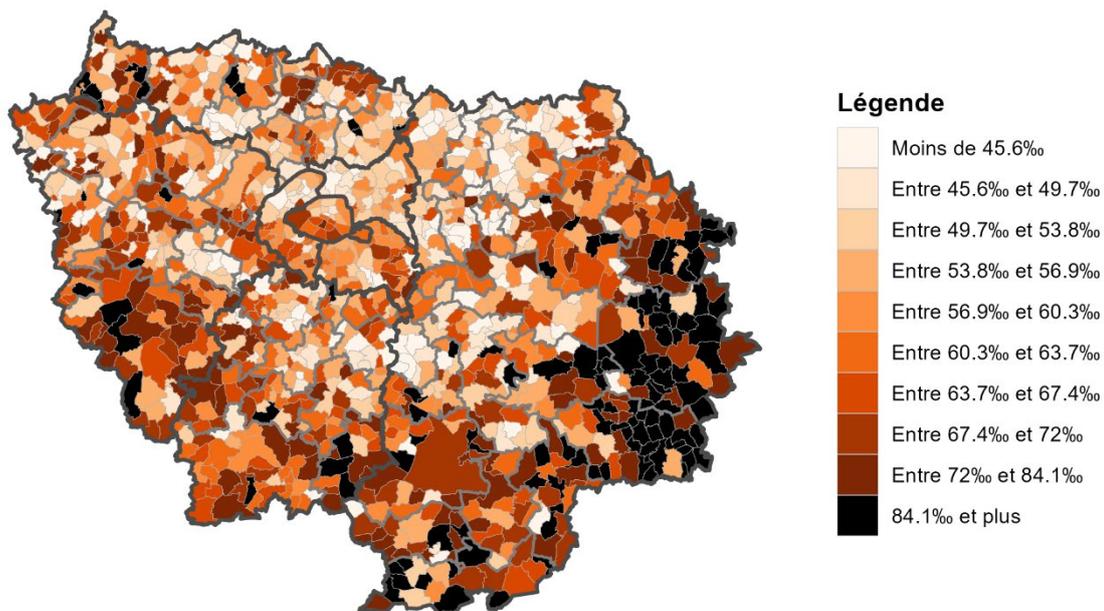


Figure 13 : Nombre de personnes prises en charge pour maladie cardio-vasculaire, rapportées à la population de la commune. Calculs réalisés par le Crédoc.

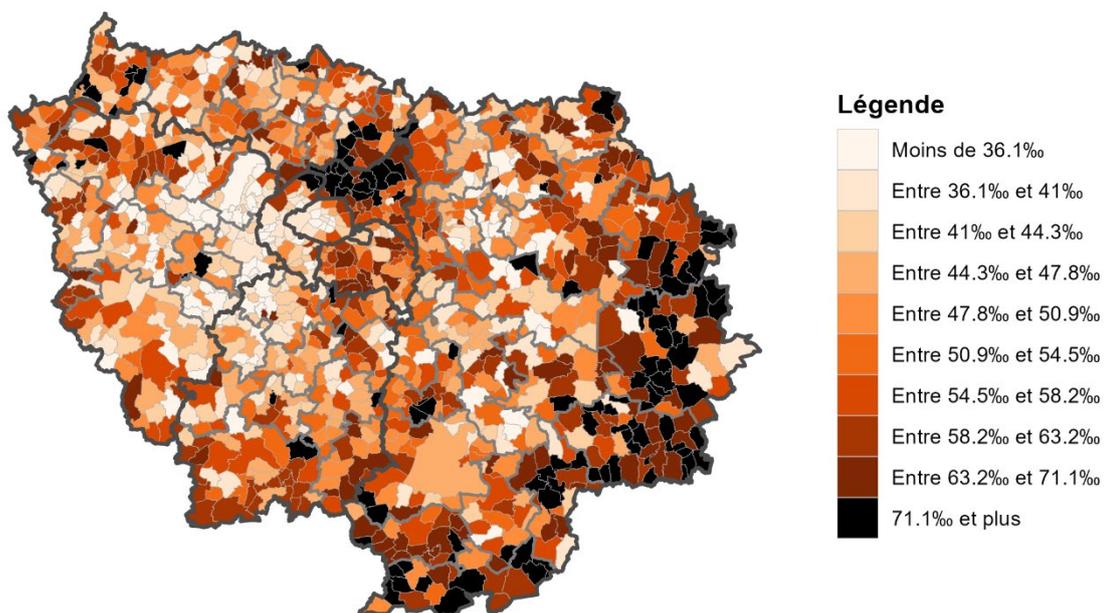


Figure 14 : Nombre de personnes prises en charge pour diabète, rapportées à la population de la commune. Calculs réalisés par le Crédoc.

En combinant ces quatre dimensions, **la santé publique s'avère plus à risque d'être dégradée dans les zones rurales** (voir Figure 15). Les territoires plus à risque en termes de santé publique sont en effet situés dans les « franges » des Yvelines, de l'Essonne et **tout particulièrement de la Seine-et-Marne**. Dans ce département, 290 communes ont un score dégradé par rapport à la médiane de la région.

**Paris et les départements de petite couronne présentent un profil contrasté**, avec à la fois des communes connaissant des **difficultés prononcées en Seine-Saint-Denis ou dans le Val-de-Marne** (par exemple Drancy ou Thiais), et **des zones plus favorisées** notamment dans les Hauts-de-Seine (Rueil-Malmaison), ou à Paris.

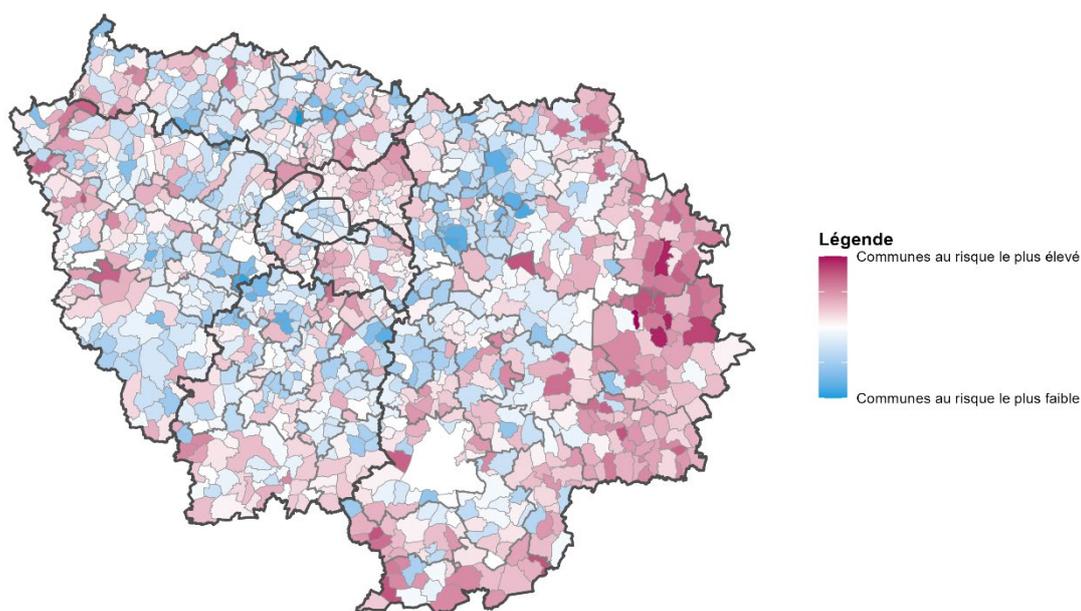


Figure 15 : Santé publique (indicateur synthétique). Calculs réalisés par le CREDOC. Note de lecture : cet indicateur résulte des quatre composantes de l'axe « santé publique et alimentation ». Il s'interprète de manière relative : plus la commune a un score élevé (rouge), plus elle cumule de difficultés en termes de santé publique par comparaison aux autres communes d'Île-de-France. Plus elle a un score faible (bleu), plus elle cumule d'avantages.

## 5. SIX PROFILS DE COMMUNES AU REGARD DE LA PRECARITE ALIMENTAIRE EN ÎLE-DE-FRANCE

En mobilisant les indicateurs synthétiques des cinq axes du diagnostic, on peut regrouper les communes franciliennes en **six familles, présentant des difficultés ou des forces spécifiques**. La Figure 16 présente leur localisation. Les paragraphes ci-après décrivent les principaux traits de chaque famille et la part de la population concernée.

Les graphiques illustrent la situation de chaque famille de communes par rapport à la moyenne des communes franciliennes. Pour rappel, chaque axe est associé à une **note de 0 à 1 qui s'interprète de manière relative** : plus cette note est **élevée**, plus la famille de communes considérée **cumule de difficultés** par rapport aux autres communes. Plus **l'aire colorée est grande**, plus la famille de communes a de **difficultés sur l'ensemble des axes**.

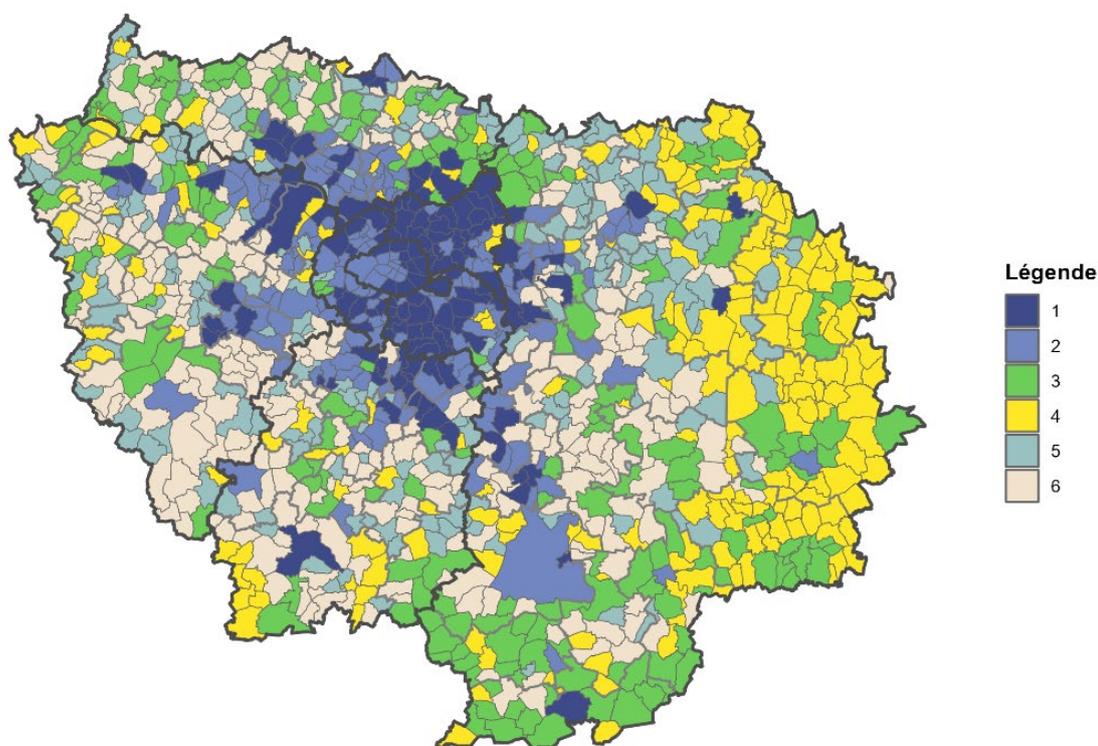
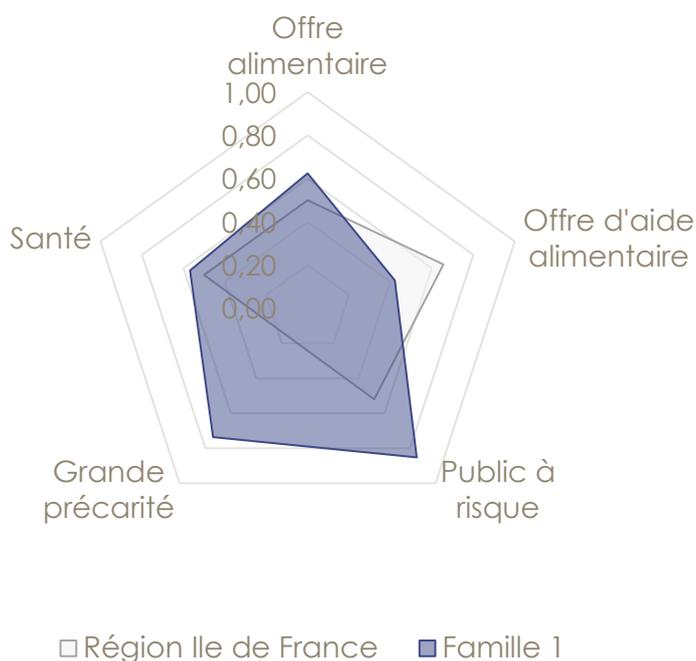


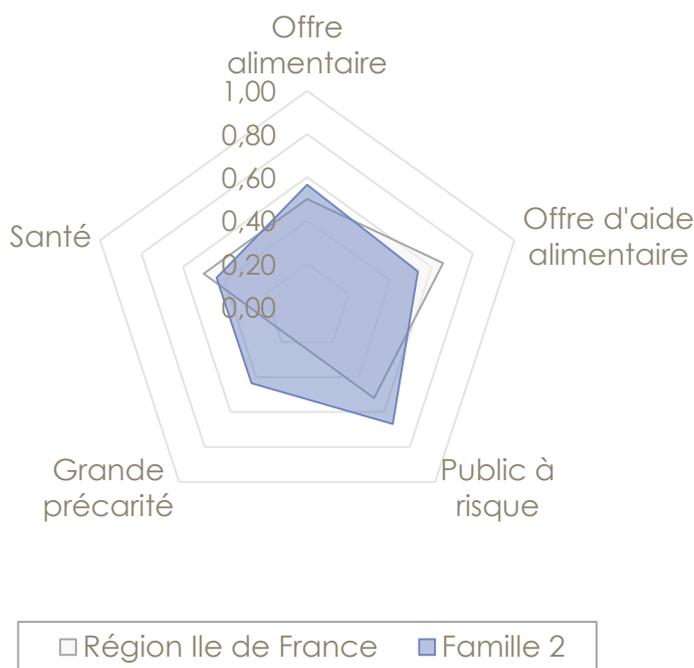
Figure 16 : Typologie des communes franciliennes en 6 familles de communes établies selon les scores dans les 5 dimensions du diagnostic.

Tableau 1 : Répartition des communes et de la population dans les six familles de communes franciliennes. Calculs réalisés par le Crédoc.

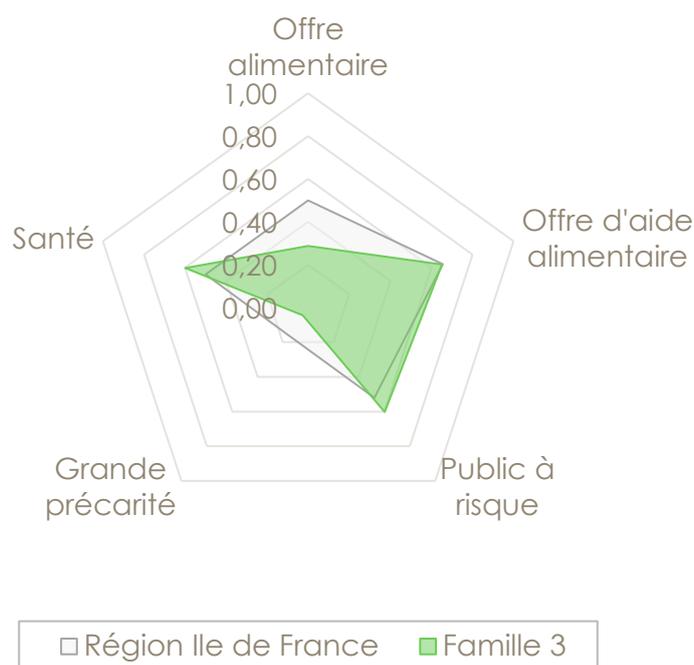
	Région Ile de France	Famille 1	Famille 2	Famille 3	Famille 4	Famille 4	Famille 6
Nombre de communes	1287	140	169	206	224	231	317
Densité moyenne (hab. / km <sup>2</sup> )	1 020,83	5 480,76	2 981,18	179,50	190,08	355,52	144,05
Population	12 262 544	6 375 061	3 965 740	443 404	426 132	604 866	447 341
Répartition population	100%	55,3%	29,0%	3,9%	2,9%	5,1%	3,9%

Les communes caractérisées par des **publics très fragiles (famille1)** sont des communes denses, principalement situées en petite couronne. Elles présentent une difficulté élevée pour les indicateurs de publics à risque, de grande précarité et de santé publique. L'offre alimentaire y est plus dégradée que la moyenne (en tenant compte de la densité de population). C'est la seule famille pour laquelle l'offre d'aide alimentaire rapportée à la densité de population est meilleure que la moyenne, en cohérence avec la concentration de l'aide alimentaire dans ces communes généralement denses. Etant donné la très forte présence des publics fragiles, cette offre n'est pour autant pas forcément suffisamment élevée. Ces communes regroupent 55% de la population francilienne, avec une très nette sur-représentation en Seine-Saint-Denis (85%), à Paris (67%) et dans le Val de Marne (69%). L'intensité de la grande précarité à Paris contribue à ce regroupement. Les Hauts de Seine et les départements de grande couronne comptent également quelques communes à « publics très fragiles », de manière minoritaire (par exemple, Nanterre, Mantes-la-Jolie ou Etampes).



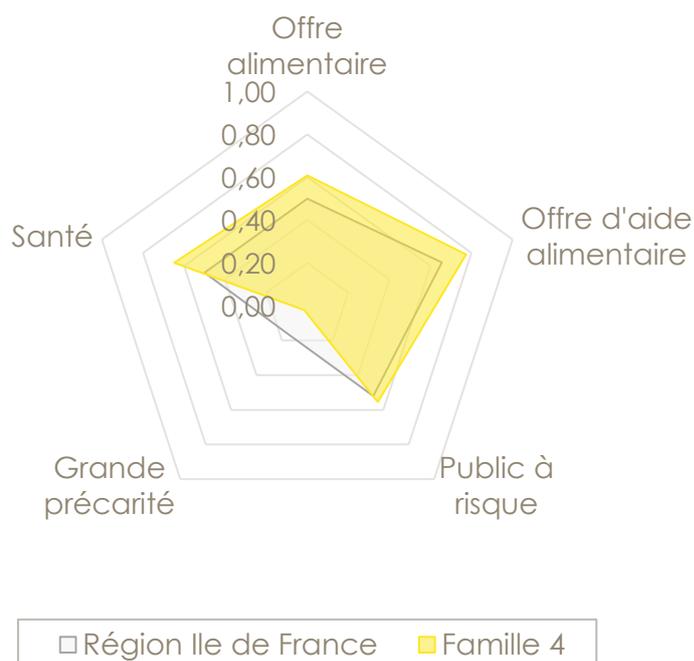


Les communes à **publics fragiles (famille 2)** ont des indicateurs de publics potentiellement à risque et de grande précarité relativement élevés. Elles ne présentent pas de difficulté marquée concernant l'offre alimentaire ou l'offre d'aide alimentaires. Relativement denses, bien que moins centrales que celles de la famille 1, elles bénéficient en effet d'une offre assez fournie au regard de leur population. Près d'un tiers des habitants de la région (29%) y réside. Elles sont sur-représentées dans l'ouest de la couronne : 60% de la population des Hauts-de-Seine (par exemple à Rueil-Malmaison ou Meudon) et 40% des Yvelines (par exemple Versailles ou Conflans-Sainte-Honorine).

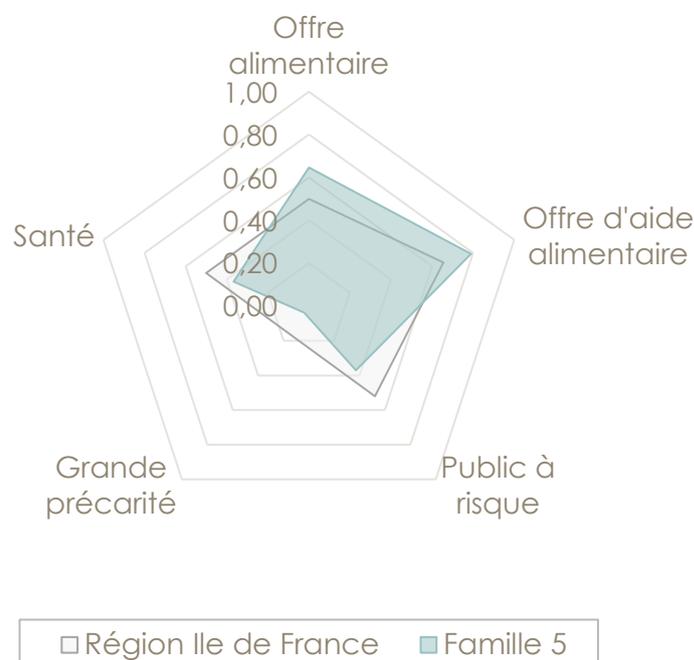


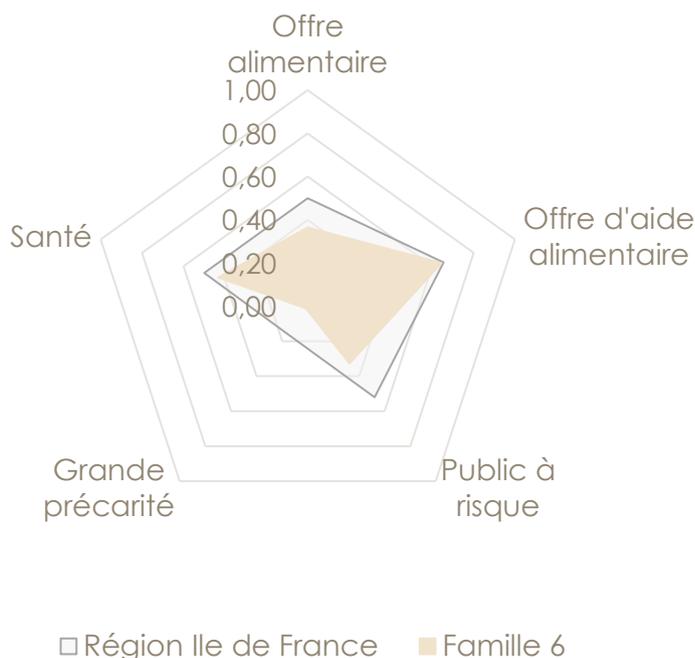
Les communes marquées par des **publics potentiellement à risque et une santé modérément dégradée (famille 3)** présentent également une offre d'aide alimentaire dans la moyenne. L'offre classique y est meilleure que la moyenne et les publics en grande précarité moins présents. 4% des franciliens vivent dans une des 203 communes concernées. Peu denses, elles sont sur-représentées en grande couronne, par exemple en périphérie de Provins, Nemours ou Rambouillet. 12% de la population de Seine-et-Marne, 8% de la population du Val d'Oise, 6% de la population de l'Essonne et 5% de la population des Yvelines y résident.

Les communes marquées par un **éloignement fort à l'offre d'aide alimentaire et une santé dégradée (famille 4)** présentent notamment un important éloignement de l'offre d'aide alimentaire, potentiellement peu adaptée à leur situation assez rurale dans sa forme classique. L'offre alimentaire et la santé y sont également nettement plus dégradées que la moyenne, et les publics à risque légèrement plus présents. 3% de la population de la région réside dans une de ces 195 communes, localisées très majoritairement en grande couronne et en particulier dans l'est de la Seine-et-Marne (par exemple, entre Provins et Bray-sur-Seine). Dans ce département, la part de la population concernée est nettement plus élevée : 10% de la population y réside.



Les communes caractérisées par des **publics favorisés (famille 5)** ont également une meilleure situation que la moyenne concernant la santé. Leur offre alimentaire et leur offre d'aide alimentaire sont en revanche plutôt dégradées par rapport à la moyenne, en cohérence avec ces faibles besoins. En toute rigueur, même si les publics à risque de précarité alimentaire y sont moins présents qu'ailleurs, des besoins peuvent cependant exister dans ces communes. 5% de la population est concernée. En Seine-et-Marne, dans les Yvelines et dans l'Essonne, ces communes sont plus présentes, qu'ailleurs et la part de la population concernée y est deux à trois fois plus importante que la moyenne (12%, 11% et 11% respectivement).





Enfin, les **communes favorisées (famille 6)** présentent des indicateurs meilleurs que la moyenne pour l'ensemble des axes du diagnostic (hormis concernant l'offre d'aide alimentaire, pour laquelle le besoin est de fait moins important que dans les autres communes d'Île-de-France). 4% de la population réside dans l'une de ces communes, cette proportion est plus importante dans les Yvelines, dans l'Essonne et en Seine-et-Marne (de 9 à 10% des habitants de ces départements sont concernés, résidant par exemple au Perray-en-Yvelines ou à Noisy-sur-Ecole).

Tableau 2 : Répartition de la population de chaque département dans les six familles de communes. Calculs réalisés par le Crédoc.

Part (en %) de la population du département dans la famille...	Famille 1	Famille 2	Famille 3	Famille 4	Famille 5	Famille 6
Paris (75)	67,4%	32,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Seine-et-Marne (77)	32,3%	24,4%	12,1%	10,1%	12,2%	8,9%
Yvelines (78)	26,2%	40,0%	5,3%	7,6%	10,7%	10,2%
Essonne (91)	42,3%	26,9%	5,8%	3,9%	11,2%	10,0%
Hauts-de-Seine (92)	38,0%	59,6%	0,8%	0,0%	1,6%	0,0%
Seine-Saint-Denis (93)	85,2%	12,4%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%
Val-de-Marne (94)	68,6%	28,6%	0,8%	1,1%	0,7%	0,2%
Val-d'Oise (95)	43,4%	32,8%	7,5%	5,4%	7,7%	3,2%

## 6. UN SITE INTERNET POUR METTRE LES RESULTATS A DISPOSITION DE TOUS LES ACTEURS

### Une logique d'amélioration continue

Le site <https://ansa-precarite-alimentaire.credoc.fr/> permet de centraliser l'ensemble des résultats et visuels du diagnostic quantitatif et d'outiller la réflexion sur la précarité alimentaire. Il s'accompagne de ressources téléchargeables pour favoriser sa prise en main par les acteurs de la lutte contre la précarité alimentaire en Île-de-France, les chercheurs ou les citoyens.

The screenshot shows the homepage of the website 'Précarité alimentaire en Île de France'. At the top, there is a navigation bar with 'Accueil', 'Cartes et résultats', 'A propos', and 'Documentation'. Below this, logos for 'PRÉFET DE LA RÉGION D'ÎLE-DE-FRANCE', 'Drihl', 'Agence nouvelle des solidarités actives', and 'CRÉDOC' are displayed. A red message states: 'Le site est encore en construction, soyez patient ! Le temps de téléchargement des cartes et données peut être long lors d'un premier affichage.' The main content area features a sidebar on the left with 'Accueil' and links like 'Ce que vous trouverez sur ce site', 'Pour quels usages?', 'La méthodologie mise en place', 'Un projet dans le cadre de France Relance', and 'Nous contacter'. The main content includes a 'guide d'utilisation' link, a large map of Île-de-France titled 'Une carte de l'Île-de-France avec la typologie des communes', and a section for 'Plusieurs cartes de l'Île-de-France pour visualiser chaque axe et les indicateurs ayant permis de construire les axes'. A circular diagram in the bottom right corner is labeled 'PRÉCARITÉ ALIMENTAIRE' and shows four axes: 'Qualité nutritionnelle', 'Où se nourrir', 'Où se loger', and 'Où se déplacer'.

Depuis la première version conçue début 2022, il a déjà connu plusieurs évolutions (corrections, ajout de fonctionnalités, mise à jour des données sources, etc.). Au moment de la rédaction du présent rapport, il est encore en phase de test et d'amélioration continue. A travers ces évolutions, il s'agit de continuer de répondre aux besoins et usages remontés par les utilisateurs effectifs ou potentiels.

A l'issue de cette phase de test (fin 2023), le site a vocation à être piloté par la DRIHL pour permettre sa mise à jour périodique.

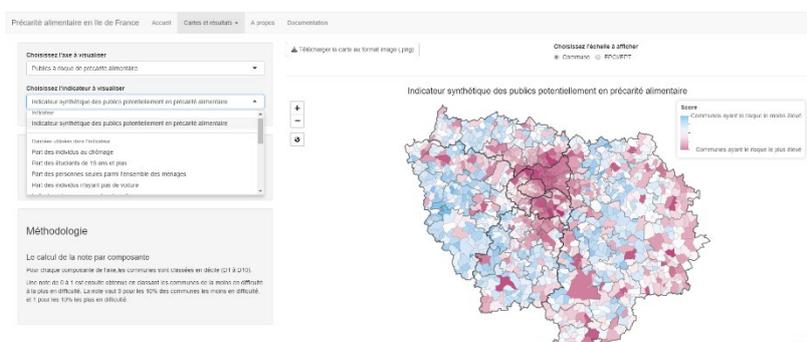
## Un site pour des usages et utilisateurs variés

<b>Coordinateur départemental</b>	Identifier la situation de son département, partager les résultats du et s'en servir lors de réunions
<b>Centre communal d'action sociale (CCAS)</b>	Chercher une fiche communale pour introduire une réunion locale
<b>Financier</b>	Comprendre le besoin et/ou l'offre déjà existante pour aider à l'arbitrage financier
<b>Association d'aide alimentaire</b>	Argumenter de la pertinence d'un projet, appuyer la réflexion sur la conception d'une nouvelle offre ou antenne
<b>Statisticien ou chercheur</b>	Télécharger la base de données sur la précarité alimentaire en Île-de-France

## Visualiser les résultats du diagnostic à l'échelle de la région ou en zoomant sur un territoire

Pour chaque axe, le site permet de consulter les cartes de l'ensemble des indicateurs mobilisés dans le diagnostic :

- L'indicateur synthétique, qui résume le degré de difficulté de chaque commune francilienne par rapport à l'ensemble des communes d'Île-de-France. Par exemple, pour l'axe 3 « publics potentiellement à risque de précarité alimentaire », il s'agit d'une carte similaire à la Figure 9.
- Les variables entrant dans la composition de l'indicateur synthétique. Toujours pour le même exemple, il est possible de consulter la carte de chacune des 8 composantes de cet axe.
- Le choix de l'indicateur à afficher est effectué grâce à des menus déroulants. Les cartes peuvent être visualisées pour les communes ou pour les EPCI (ou EPT).



Toutes les cartes sont interactives et permettent d'afficher le nom d'une commune et quelques informations la concernant en passant la souris sur celle-ci.

La carte de la typologie et l'explication de l'interprétation de chaque classe est également disponible.

## **Consulter les résultats pour un territoire**

---

Les fiches communales permettent de savoir comment une commune d'intérêt se positionne par rapport à son EPCI et à son département. Ces fiches sont à destination de personnes souhaitant visualiser l'ensemble des résultats du diagnostic avec une entrée par un territoire précis.

Les fiches par EPCI ou EPT permettent une approche similaire pour cet échelon.

A l'inverse, les fiches départementales permettent de comprendre les grandes caractéristiques d'un département en un coup d'œil.

## 7. ANNEXES METHODOLOGIQUES

### Calcul de l'indicateur synthétique d'un axe

---

Chaque variable entrant dans la composition du score d'un axe est transformée de manière à obtenir un **indicateur relatif**. Cela signifie que la valeur pour une commune s'apprécie au regard de sa situation par rapport à l'ensemble des communes franciliennes.

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 normalisé<sup>8</sup> 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.

Pour passer des indicateurs du socle à un score par axe, l'esprit de la méthode est celui d'une moyenne simple :

3. On réalise la moyenne des indicateurs d'un axe, sans pondération : toutes les variables d'un axe ont le même poids.
4. Le résultat est normalisé pour obtenir un score qui varie de 0 à 1.

**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.

### Cas particuliers et exceptions

---

Certains indicateurs ont des valeurs manquantes, notamment en raison du secret statistique<sup>9</sup>. C'est le cas pour les variables concernant les revenus, le dénombrement de sans-abri mais aussi pour certaines variables de santé.

Pour pallier la présence de valeurs manquantes sur certaines communes pour une partie des variables d'intérêt, une approximation doit être réalisée. Nous avons retenu une procédure d'imputation qui consiste à attribuer à une commune pour laquelle la donnée est manquante

---

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> En dessous d'un nombre minimal de personnes concernées, l'Insee et la plupart des administrations publiques ne diffusent pas les statistiques. Ceci permet de protéger les informations des personnes concernées.

la valeur de la plus petite commune de l'EPCI à laquelle cette commune appartient et pour laquelle l'information est disponible.

Cette méthode permet de prendre en compte la taille plus petite des communes concernées par la problématique des valeurs manquantes. Ces communes ont en effet généralement des caractéristiques particulières. Ici, nous leur attribuons donc la valeur d'une commune de taille aussi faible que possible, et proche géographiquement.

## Calcul des distances

---

La notion de distance d'une commune à un équipement est définie grâce aux données carroyées du recensement de population (source : Insee). Dans un premier temps, on calcule la distance minimale entre les centroïdes des carreaux de chacune des communes et l'équipement étudié. Pour chacun des carreaux, cette distance est ensuite pondérée par la population du carreau. L'information communale est ensuite reconstituée en sommant les distances pondérées pour l'ensemble des carreaux constituant la commune et en divisant cette donnée par la somme des populations de ces carreaux<sup>10</sup>.

Cette méthode a l'avantage de prendre en compte l'inégale répartition de la commune, particulièrement pertinente pour des communes étendues et/ou peu denses. C'est le cas notamment des communes telles que Fontainebleau, dont une part importante est couverte par la forêt.

## Sélection des variables de l'axe « publics à risque de précarité alimentaire » (axe 3)

---

Pour cet axe, trois étapes de sélection ont donc été mises en œuvre pour ne conserver que les variables les plus pertinentes.

Un certain nombre de variables ont été écartées a priori :

- Les variables relatives à la **situation de logement** : les sources publiques ne permettent pas d'identifier les accédants à la propriété, or cette population est particulièrement à risque. En outre, le fait de résider en logement social constitue à revenu identique plutôt un facteur réducteur de risque qu'un facteur de risque.
- Certaines variables relatives à la **composition des ménages** : la part des familles avec enfants (par tranches d'âge) est écartée, car elle est redondante avec d'autres variables.
- Les variables relatives à l'accès au **réseau de transports** : dans un souci d'efficacité, le choix a été fait de ne pas tenter un recensement des arrêts ou lignes de transports en commun en Île-de-France. Cette approche n'aurait en outre pas été facilement répliquable sur d'autres territoires. Une variable relative aux transports est conservée : le

---

<sup>10</sup>  $Distance\ communale = \frac{\sum(distanche\ entre\ le\ centroïde\ du\ carreau\ et\ les\ équipements * population\ du\ carreau)}{\sum(population\ du\ carreau)}$

taux de non-possession de voiture, corrigée pour ne pas pénaliser artificiellement les zones denses<sup>11</sup>.

- Le **taux de pauvreté**, bien que très pertinent sur le plan analytique, présente un trop grand nombre de valeurs manquantes. En effet, l'Insee applique les règles du secret statistique qui ne permettent pas de diffuser les données lorsqu'elles concernent un trop faible nombre de personnes. Le revenu médian est retenu dans un premier temps.

L'analyse des corrélations entre variables a permis d'en écarter certaines :

- Le **revenu médian** apparaît très corrélé à d'autres variables (niveau de diplôme, part d'ouvriers ou employés, taux de dépendance aux aides...). Le revenu médian est donc écarté.
- La **part des employés et ouvriers** est fortement corrélée avec la part des individus peu ou pas diplômés : cette dernière est conservée.

Une sélection statistique parmi les 11 variables restantes à l'aide d'une analyse en composante principale (ACP) : l'ACP permet d'identifier quelles variables apportent une information spécifique pour caractériser les communes. Les variables qui contribuent le moins aux deux premiers axes sont écartées : la part des individus de 75 ans et plus, la part des familles monoparentales et la part des familles nombreuses. Pour les deux dernières, l'ACP a en fait mis en évidence une forte proximité avec d'autres variables présentes dans l'analyse.

## Sources mobilisées dans cette version du diagnostic

Information	Sources	Années	Utilisation Axe Offre alimentaire classique
La localisation des hypermarchés ou supermarchés	Base Permanente des Equipements 2021, INSEE	2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distance à l'hypermarché ou supermarché le plus proche du centre du carreau et déciles de la distance</li> <li>• Distance à l'hypermarché ou supermarché le plus proche du centre du carreau pondérée par la racine de la densité et déciles de la distance</li> </ul>
La localisation des commerces de proximité	Base Permanente des Equipements 2021, INSEE	2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distance au commerce de proximité le plus proche du centre du carreau et déciles de la distance</li> <li>• Distance au commerce de proximité le plus proche du centre du carreau pondérée par la racine de la densité et déciles de la distance</li> </ul>
La localisation des CROUS	Localisation des marchés : Sites internet des CROUS (Créteil, Versailles,	2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distance au CROUS le plus proche du centre du carreau pondéré par la part des étudiants de 18 ans et plus y vivant et déciles de la distance</li> <li>• Distance au CROUS le plus proche du centre du carreau</li> </ul>

<sup>11</sup> Le taux de non-possession de voiture est multiplié par la racine carrée de la densité de population. En outre, les communes dont la densité est supérieure à 5 200 habitants sont regroupées avec un score de 0. Les autres communes sont classées de 1 à 10 comme dans le cas général. Pour cette variable, le score avant normalisation prend donc 11 valeurs allant de 0 à 10.

	Paris, Normandie, Orléans-Tours, Amiens - Picardie, Reims, Bourgogne-France Comté)	pondérée par la part des étudiants de 18 ans et plus y vivant pondérée par la racine de la densité et déciles de la distance
La localisation des marchés	Sites internet <a href="https://marches-reguliers.pagesperso-orange.fr">https://marches-reguliers.pagesperso-orange.fr</a> (75,77,78,91,92,93,94,95,27,28,45,60,02,51,10,89) 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Distance au marché le plus proche du centre du carreau et déciles de la distance</li> <li>•Distance au marché le plus proche du centre du carreau pondérée par la racine de la densité et déciles de la distance</li> </ul>

Information	Sources	Années	Utilisation Axe Offre d'aide alimentaire
La localisation des points de distribution alimentaire	SOLIGUIDE DHRIL, base de travail pour les points de distribution à habilitation régionale DGCS, base publique pour les points à habilitation nationale	Soliguide – novembre 2022 DRHIL - 2021 DGCS – Information 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre de points de distribution alimentaire pour 1000 habitants et déciles</li> <li>•Distance au point de distribution alimentaire le plus proche du centre du carreau pondérée par la racine de la densité et décile</li> <li>•Distance au point de distribution alimentaire le plus proche du centre du carreau et déciles</li> </ul>
La localisation des points de restauration assise	SOLIGUIDE	Soliguide – novembre 2022	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre de points de restauration assise pour 1000 habitants et déciles</li> <li>•Distance au point de restauration assise le plus proche du centre du carreau pondérée par la racine de la densité et déciles</li> <li>•Distance au point de restauration assise le plus proche du centre du carreau et déciles</li> </ul>
La localisation des épiceries sociales et solidaires	SOLIGUIDE DHRIL, base de travail pour les points de distribution à habilitation régionale DGCS, base publique pour les points à habilitation nationale	Soliguide – novembre 2022 DRHIL - 2021 DGCS – Information 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre d'épiceries sociales et solidaires pour 1000 habitants et déciles</li> <li>•Distance à l'épicerie sociale et solidaire la plus proche du centre du carreau pondérée par la racine de la densité et déciles</li> <li>•Distance à l'épicerie sociale et solidaire la plus proche du centre du carreau et déciles</li> </ul>
La localisation des points de distribution de colis alimentaires	SOLIGUIDE DHRIL, base de travail pour les points de distribution à habilitation régionale DGCS, base publique pour les points à habilitation nationale	Soliguide – novembre 2022 DRHIL - 2021 DGCS – Information 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre de points de distribution de colis alimentaires pour 1000 habitants et déciles</li> <li>•Distance au point de distribution de colis alimentaires le plus proche du centre du carreau pondérée par la racine de la densité et déciles</li> <li>•Distance au point de distribution de colis alimentaires le plus proche du centre du carreau et déciles</li> </ul>

Information	Sources	Années	Utilisation Axe Publics à risqué de précarité alimentaire
La population des communes	Insee, RP2019, géographie au 01/01/2022	2019	•Densité et déciles •Calcul des indicateurs rapportés à la population et déciles
Le nombre de ménages sur la commune	Insee, RP2019, géographie au 01/01/2022	2019	•Calcul des indicateurs rapportés au nombre de ménage et déciles
Le nombre de résidence principale	Insee, RP2019, géographie au 01/01/2022	2019	•Calcul des indicateurs rapportés au nombre de résidence principale et déciles
Nombre de familles monoparentales	Insee, RP2019, géographie au 01/01/2022	2019	•Part des familles monoparentales parmi l'ensemble des ménages + déciles
Nombre de familles nombreuses	Insee, RP2019, géographie au 01/01/2022	2019	•Part des familles nombreuses parmi l'ensemble des ménages + déciles
Nombre d'individus de 15-64 ans au chômage	Insee, RP2019, géographie au 01/01/2022	2019	•Part des individus de 15-64 ans au chômage dans la population totale + déciles
Nombre d'étudiants de 18 ans et plus vivant sur la commune	Insee, RP2019 – Mobilités scolaires, géographie au 01/01/2022	2019	•Part des étudiants de 18 ans et plus vivant dans la population totale + déciles
Nombre de personnes âgées de 75 ans et plus	Insee, RP2019, géographie au 01/01/2022	2019	•Part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population totale + déciles
Nombre de ménages d'une personne	Insee, RP2019, géographie au 01/01/2022	2019	•Part des ménages d'une personne parmi l'ensemble des ménages + déciles
Nombre de ménages disposant au moins d'une voiture en 2018	Insee, RP2019, géographie au 01/01/2022	2019	•Indicateur d'inadéquation entre possession d'une voiture et densité + déciles
Nombre d'individus non scolarisés peu ou pas diplômés (BEPC au plus élevé)	Insee, RP2019, géographie au 01/01/2022	2019	•Part des individus peu ou pas diplômés dans la population totale + déciles
Revenus médians	Insee, RP2019, géographie au 01/01/2022	2019	•Revenus médians corrigés de la non réponse et déciles
Nombre d'individus immigrés	Insee, RP2019, géographie au 01/01/2022	2019	•Part des individus immigrés (né non Français hors de France) dans la population totale et déciles
Part des allocataires dont les ressources sont des territoires - constituées à plus de 50 ANCT	CAF, Observatoire	2019	•Part des individus dont les revenus sont composés à 50% des prestations CAF et déciles

% des prestations CAF  
2019

Nombre d'enfants de 3 à 17 ans d'allocataires CAF	CAF	au 31 décembre 2018	•Part des enfants des allocataires à bas revenus parmi les enfants des allocataires CAF et déciles
Nombre d'enfants de 3 à 17 ans d'allocataires CAF à bas revenus	CAF	au 31 décembre 2018	•Dénominateurs pour l'indicateur ci-dessus.

Information	Sources	Années	Utilisation Axe Publics en grande précarité
Nombre de places d'hébergement (CHU, HUAS et CHRS) au 31 décembre 2020	Traitements DRHIL à partir des sources FINESS et données DRHIL	2021	•Nombre de places en hébergement d'urgence pour 1000 habitants et déciles
Nombre de places d'hébergement en asile (CADA, HUDA, CARA/DPAR et PRAHDA) au 31 décembre 2020	Traitements DRHIL à partir des sources FINESS et données DRHIL	2021	•Nombre de places en hébergement d'urgence pour 1000 habitants et déciles
Nombre de places d'hébergement pour Réfugiés : Places en CPH et assimilés à un CPH (DPHRS, DAHAR, CAÏR) au 31/12/2020	Traitements DRHIL à partir des sources FINESS et données DRHIL	2021	•Nombre de places en hébergement d'urgence pour 1000 habitants et déciles
Nombre de places d'hébergement pour migrants (Places hébergement migrants, places CHUM IVRY) au 31 décembre 2020	Traitements DRHIL à partir des sources FINESS et données DRHIL	2021	•Nombre de places en hébergement d'urgence pour 1000 habitants et déciles
Nombre total des places de logements adaptés (PF, FJT, FTM et RS) au 31/12/2020	Traitements DRHIL à partir des sources FINESS	2021	•Nombre de places en logement adapté pour 1000 habitants et déciles
Nombre total de places en Intermédiation Locative au 31/12/2020	Traitements DRHIL à partir des sources Solibail et Louez Solidaire	2021	•Nombre de places en intermédiation locative pour 1000 habitants et déciles
Nombre de places mobilisées en hôtel en décembre 2021	DHRIL, au 31 décembre 2021	2021	•Nombre de places en hôtel pour 1000 habitants et déciles
Nombre de sans abris	Insee, RP2018, géographie au 01/01/2021 Nuit de la solidarité Nuit des maraudeurs	2018 2022 2022	•Nombre de sans abri pour 1000 habitants et déciles

Information	Sources	Années	Utilisation Axe Santé publique
Accessibilité potentielle localisée pour les généralistes (DREES)	DREES	2018	• Accessibilité potentielle localisée pour les généralistes (DREES) et déciles
Part de la population prise en charge pour maladies cardiovasculaires en 2017	SNDS, cartographie des pathologies CNAM-TS Agrégation des données : ORS Île-de-France	2017	• Part de la population prise en charge pour maladies cardiovasculaires en 2017 (corrigée de la non réponse) et déciles
Part de la population prise en charge pour diabète en 2017	SNDS, cartographie des pathologies CNAM-TS Agrégation des données : ORS Île-de-France	2017	• Part de la population prise en charge pour diabète en 2017 (corrigée de la non réponse) et déciles
Part de la population ayant déclaré un médecin traitant au 31.12.2019	SNDS/DCIR 2019 Agrégation des données : ORS Île-de-France	2019	• Part de la population ayant déclaré un médecin traitant au 31.12.2019 (corrigée de la non réponse) et déciles

## Remerciements

Le Crédoc remercie les membres du Groupe de Travail Indicateurs pour leur contribution scientifique à la constitution de ce diagnostic. Nous remercions également l'ensemble des institutions ayant accepté de faciliter la transmission de données pour constituer ce socle.

Enfin, nous remercions l'Ansa et la Drihl pour leur confiance et leur appui dans la réalisation de ces travaux.

### CONTACT

**Marianne BLEHAUT**  
Directrice du pôle Data & Economie  
[blehaut@credoc.fr](mailto:blehaut@credoc.fr)



**CRÉDOC**

