



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

#COCOLUPA

Un guide pratique

Favoriser l'inclusion et la mise en œuvre d'actions de lutte contre la précarité alimentaire dans les Contrats Locaux de Santé.

GT6 « Favoriser une alimentation favorable à la santé »



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

Ce guide pratique est issu des travaux des groupes de travail du Plan d'Action pour la transformation de l'aide alimentaire et la lutte contre la précarité alimentaire du Comité national de coordination de la lutte contre la précarité alimentaire (Cocolupa).

Les objectifs de ce document sont de proposer des outils opérationnels aux acteurs locaux souhaitant s'impliquer dans la lutte contre la précarité alimentaire (LPA) et favoriser l'inclusion et la mise en œuvre d'actions concrètes de LPA dans les Contrats Locaux de Santé.

La lutte contre la précarité alimentaire est définie dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF) de la façon suivante : « La lutte contre la précarité alimentaire 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 » (Article L266-1 du CASF).

Les Contrats locaux de santé (CLS), prévus par la Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, sont « l'expression de dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions au plus près des populations » sur les questions de santé (ARS ; 2022). La loi dite « 3DS » (pour différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification de l'action publique locale) adoptée en février 2022 transfère de nouvelles compétences aux collectivités et renforce le rôle des élus locaux dans le pilotage des politiques publiques de santé. L'article 122 de cette loi prévoit l'inscription « d'un volet consacré à la santé mentale » dans les CLS (Article 122, LOI n°2022-217 du 21 février 2022). Elle spécifie également que le projet régional de santé devra prendre en considération « les contrats locaux de santé existant sur le territoire régional » (Article 120, LOI n°2022-217 du 21 février 2022).

Sommaire

Pourquoi mobiliser les Contrats Locaux de Santé dans la lutte contre la précarité alimentaire.....	p.3
Pourquoi favoriser l'inclusion et la mise en œuvre d'actions de lutte contre la précarité alimentaire (LPA) dans les CLS ?	p.3
Quels sont les dispositifs de lutte contre la précarité alimentaire à mobiliser sur un territoire ?	p.4
Comment inclure et mettre en œuvre des actions de LPA dans les CLS de manière concrète ?	p.5
1. Analyser les besoins par l'élaboration du Diagnostic Local de Santé (DLS) et recenser les dispositifs et financements existants	p.5
2. Elaborer le plan d'action – quelques repères.....	p.6
3. Il est important également de définir des actions concrètes qui contribuent à lutter contre la précarité alimentaire parmi lesquelles sont susceptibles de figurer des actions	p.9
4. Enfin comme cela est prévu dans la démarche CLS, il est essentiel de mettre en place des modalités de suivi et d'évaluation susceptibles de porter à la fois sur la stratégie globale du CLS et en particulier sur ses actions de LPA.	p.9
Bibliographie	p.11
Annexes de synthèse	p.13

Pourquoi mobiliser les Contrats Locaux de Santé dans la lutte contre la précarité alimentaire ? ([Retour au sommaire](#))

1. Il s'agit de leviers et d'outils de santé préventive qui contribuent à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;
2. Il s'agit d'une démarche « contractuelle, partenariale et intersectorielle » associant des partenaires signataires (a minima Collectivité territoriale, ARS, dans certains cas la Préfecture – et selon les territoires Conseil départemental, CPAM, MSA et établissements de santé), des acteurs du champ sanitaire et des autres politiques publiques impactant favorablement la santé (éducation, agriculture, logement, habitat...) et des habitants ;
3. Il s'agit d'une approche « globale » de la santé – telle que définie dans la Charte d'Ottawa – portant sur la prévention, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et les déterminants sociaux de la santé (cf. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf).

Pourquoi favoriser l'inclusion et la mise en œuvre d'actions de lutte contre la précarité alimentaire (LPA) dans les CLS ? ([Retour au sommaire](#))

1. On estime que plus de 7 millions de personnes sont en insécurité alimentaire en France (INCA 3, 2017). Cette situation a été aggravée par la crise sanitaire. Une étude récente publiée par la DREES (2022)¹ a permis de recueillir la perception des centres de distribution et des Centres communaux d'action sociale (CCAS) sur l'évolution de la précarité alimentaire et d'affiner la hausse de fréquentation des dispositifs d'aide alimentaire. Cette étude met en évidence des disparités territoriales avec des régions dans lesquelles la hausse de fréquentation est la plus importante (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Outre-Mer) en précisant que la typologie des publics varie d'une région à l'autre. Les personnes seules, familles monoparentales et jeunes précaires sont les catégories en plus forte augmentation parmi les bénéficiaires.
2. Les dispositifs de lutte contre la précarité alimentaire apportent et/ou peuvent compléter une ration alimentaire qui peut être déséquilibrée, les personnes de position socioéconomique défavorisée présentant une alimentation caractérisée par de plus faibles apports en fruits et légumes, produits céréaliers complets, poissons, fibres et produits laitiers². Pour compenser les déficits

¹ Études et résultats février 2022 n°1218

² Cf. Etude ABENA 2, disponible au lien suivant : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/alimentation-et-etat-nutritionnel-des-beneficiaires-de-l-aide-alimentaire.->

nutritionnels des personnes, il est essentiel que l'aide alimentaire soit d'une très bonne qualité nutritionnelle, notamment dès le plus jeune âge (laits pour nourrissons et laits de suite) ;

3. **L'alimentation favorable à la santé est un déterminant en matière de santé publique, de prévention et de promotion de la santé.** La précarité alimentaire est susceptible d'entraîner à moyen et à long terme des maladies physiques et psychologiques³ (anémie par carence en fer, déficits en vitamines, obésité, diabète, hypertension artérielle, dépression⁴, etc.). En tant qu'initiatives de terrain, les CLS sont un outil privilégié de prévention et de promotion de la santé pour contribuer à la lutte contre la précarité alimentaire.
4. **L'inclusion d'objectifs liés à la lutte contre la précarité alimentaire dans les CLS permet d'engager des actions complétant des dispositifs répondant à des besoins immédiats et permet d'offrir un accompagnement global aux personnes concernées** en créant des passerelles avec d'autres projets d'inclusion existants (réinsertion sociale et professionnelle, éducation à la nutrition, lutte contre le non-recours...).

Quels sont les dispositifs de lutte contre la précarité alimentaire à mobiliser sur un territoire ? ([Retour au sommaire](#))

Les dispositifs nationaux ou locaux activés dans le cadre des politiques de lutte contre la précarité alimentaire constituent des leviers majeurs afin de lutter contre cette précarité et visent l'ensemble des publics. Leur prise en compte et leur intégration dans une dynamique de gouvernance globale est un atout pour le territoire :

- Les dispositifs de sensibilisation et de tarification sociale mis en œuvre dans les politiques éducatives (tarification au quotient, ateliers dans les écoles, collèges et lycées, distribution de petits déjeuners gratuits à l'école) ;
- Les dispositifs d'accompagnement à la parentalité (sensibilisation menée par les PMI ...) ;
- Les actions de prévention et lutte contre la dénutrition mises en œuvre dans le cadre des conférences départementales des financeurs et de prévention de la perte d'autonomie ;
- Les actions spécifiques engagées dans les quartiers politique de la ville notamment via les ateliers santé ville ou les centres sociaux ;
- Les dispositifs d'aide alimentaire financés par l'État ;
- Les dispositifs d'aide d'urgence mis en œuvre par les CCAS et le cas échéant par l'aide sociale à l'enfance ou les acteurs de l'insertion au niveau départemental.

[etude-abena-2011-2012-et-evolutions-depuis-2004-20052](#)

³ Cf. Etude ABENA 2

⁴ Cf. cohorte longitudinale Tempo (Trajectoires Epidémiologiques en Population)

Ces actions donnent lieu à de nombreux diagnostics et s'intègrent dans des canaux de financement divers :

- Les conventions d'appui à la lutte contre la pauvreté ;
- Les projets alimentaires territoriaux ;
- Les contrats de ville ;
- Les diagnostics mis en place par les conférences des financeurs.

Comment inclure et mettre en œuvre des actions de LPA dans les CLS de manière concrète ? ([Retour au sommaire](#))

1. Analyser les besoins par l'élaboration du Diagnostic Local de Santé (DLS)⁵ et recenser les dispositifs et financements existants :

✓ En complément d'outils identifiés dans le guide réalisé par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) pour l'établissement du DLS ([lien](#)). Une boîte à outils « Réaliser un diagnostic de la précarité alimentaire à l'échelle locale » est à votre disposition. Cet outil vous permet d'identifier les publics visés en ciblant en priorité les personnes en situation de précarité alimentaire présentant des difficultés d'accès à une alimentation et de décrire le territoire d'intervention pour prendre en compte ses spécificités grâce à des indicateurs « contextuels » liés au territoire étudié et à la composition de la population résidente et des indicateurs « liés au manque d'autonomie alimentaire (aide) » issus d'enquêtes ou de remontées administratives.

✓ Outre cette boîte à outils, en fonction de la réalité des territoires (besoins, spécificités, etc.), il est important de s'appuyer sur les acteurs intervenant dans le champ de la LPA :

- **L'ensemble des services des collectivités**, en intersectorialité : les communes et EPCI ; initiatives portées par les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), les services assurant la restauration collective, la médecine scolaire lorsqu'elle est déléguée, les actions engagées dans le cadre de la politique de la ville (ateliers santé ville, actions dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ou à destination de publics en situation de précarité), les actions d'accompagnement à la parentalité, pilotage de projets alimentaires territoriaux, etc.; le département (PMI, insertion, prévention de la perte d'autonomie, restauration dans les collèges), le cas échéant les régions (actions de nutrition dans les lycées) ;
- Les **associations** locales (de l'aide alimentaire, de l'éducation populaire...), les acteurs de l'Economie sociale et solidaire (ESS), et les initiatives portées par **les habitants et habitantes** qui apportent leurs idées et savoirs expérientiels ;
- **Le cas échéant, les bailleurs sociaux** si ces derniers sont amenés à mener des actions spécifiques ;
- **Les services de l'Etat et opérateurs de l'Etat** : les Directions Régionales de

⁵ Cf. [Guide DLS Opérateurs FinalFnors2-1 \(orsbfc.org\)](#)

l'Economie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DREETS) et les Directions Départementales de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DDETS); Directions Régionales de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF); les Directions Départementales des Territoires (DDT); les Directions Départementales de la Protection des Populations (DDPP); les Délégations Départementales de l'Agence Régionale de Santé (DDARS); les caisses d'allocation familiale; l'Education nationale (médecine scolaire); les Commissaires à la lutte contre la pauvreté; les CROUS;

- **Les organismes consulaires : les chambres d'agriculture ;**
- **Le secteur agroalimentaire et les organismes de recherche nationaux** tels que l'Institut National de la Recherche Agronomique et de l'Environnement (INRAE); le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), les centres de recherche universitaires, l'Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie (ADEME), etc. peuvent également être mobilisés, de même que **des organismes de recherche régionaux ou locaux.**

Cette mobilisation peut s'opérer selon plusieurs modalités en fonction des acteurs :

- Intégration de ces acteurs dans le comité de pilotage de la démarche ;
- Entretiens ;
- Transmission de données d'observation ;
- Réalisation de micro-trottoirs, questionnaires, recherches actions, etc.

✓ **L'élaboration du diagnostic intégrera utilement les dimensions suivantes :**

- **Analyse des inégalités d'accès à l'alimentation par public (genre, niveau de revenu, âge, territoire) ;**
- **Identification des causes possibles** (accessibilité financière, géographique, freins culturels, contraintes de temps, méconnaissance de l'offre...) ;
- **Analyse des dispositifs mis en œuvre en vue de répondre aux besoins de ces publics (prévention, repérage, orientation, accompagnement), des financements mobilisés et des besoins non couverts.**

2. Elaborer le plan d'action – quelques repères⁶

✓ **Des repères « qualitatifs » à partir de la définition de la LPA couvrant les dimensions suivantes :**

• **La dimension qualitative et socio-économique :**

L'action devrait permettre d'assurer à tous et toutes l'accès à une alimentation de qualité qui revêt les dimensions suivantes : organoleptique, sanitaire, nutritionnelle, fonctionnelle et symbolique renvoyant aux fonctions sociales de l'alimentation (socialisation, partage, etc.). Ainsi, l'action devrait prendre en compte l'aspect qualitatif de l'alimentation et devrait permettre aux personnes

⁶ Ces repères ne sont pas cumulatifs. Il s'agit avant tout de recommandations et de réflexes susceptibles d'être pris en compte pour favoriser l'inclusion et la mise en place d'actions qui tendent vers de bonnes pratiques.

concernées d'avoir accès à une alimentation « sûre, saine, diversifiée, de bonne qualité et en quantité suffisante, produite dans des conditions économiquement et socialement acceptables par tous, favorisant l'emploi, la protection de l'environnement et des paysages et contribuant à l'atténuation et à l'adaptation aux effets du changement climatique » telle que définie dans le Code rural et de la pêche maritime (Art.L1).

- **La dimension santé :**

L'action devrait permettre l'accès à une offre alimentaire tenant compte des recommandations du Programme National Nutrition-Santé (PNNS) et visant à agir sur un ensemble de déterminants de la santé.

- **La dimension socio-économique :**

L'action devrait favoriser l'accès des personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale à cette offre. (Art.L266-1, Code de l'action sociale et des familles).

- **La dimension systémique :**

L'action devrait s'insérer dans une approche systémique et prendre en compte les dimensions sociales, culturelles, gustatives qui sont tout aussi importantes pour appréhender la précarité alimentaire.

- **La dimension de coordination/coopération entre acteurs :**

L'action devrait faire appel à une démarche transversale et viser à inciter à la coopération entre partenaires (centres sociaux, associations, établissements de santé, conseil départemental, etc.).

- **La dimension participative :**

L'action devrait s'inscrire dans une démarche de participation citoyenne et dans un processus démocratique donnant toute leur place aux acteurs publics comme privés (l'État et ses établissements publics, les collectivités territoriales, les acteurs économiques, les associations, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale, les personnes concernées, etc.).

- **La dimension autonomisante et respectueuse de la dignité des personnes, notamment à travers le choix des produits ou la participation financière :**

L'action devrait s'insérer dans le respect du principe de dignité et d'autonomie des personnes. Elle devrait laisser aux personnes concernées le choix de choisir leurs produits mais également de les payer comme n'importe quel consommateur. Elle s'attachera également à penser des dispositifs, dans les lieux comme dans les modalités d'accès et de tarification, ouverts non stigmatisants en vue d'éviter les phénomènes d'autocensure.

- **La dimension d'accompagnement coordonné et d'approche globale :**

L'action devrait mettre en œuvre un accompagnement des personnes vers la sortie de la précarité. Elle sera utilement inscrite dans un dispositif global mettant en jeu une approche globale des besoins de la personne (logement, santé, alimentation, emploi...). Elle pourra s'appuyer notamment sur les démarches d'accueil social inconditionnel et sur une logique de parcours.

- **Les dimensions liées aux territoires et aux spécificités locales :**

L'action devrait intervenir à une échelle locale et prendre en compte un ensemble de caractéristiques (culturelles, historiques, économiques, etc.) de son terrain d'intervention. En partenariat avec les acteurs du territoire, les initiatives d'accès à l'alimentation contribuent à la vie locale et au dynamisme du territoire. Cela peut passer notamment par la participation des structures et des personnes concernées aux réflexions et à la mise en œuvre des Projets alimentaires territoriaux (PAT)⁷.

- **La dimension émancipatrice :**

L'action devrait favoriser l'émancipation des personnes concernées et devrait s'insérer dans leurs parcours.

- **La dimension de l'aller-vers :**

L'action devrait rompre avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle devrait permettre d'intégrer dans les pratiques, les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et d'engager les acteurs à se situer dans une pratique pro-active, pour entrer en relation avec ces publics.

- ✓ **Des repères « pratiques » :**

- **L'innovation :**

L'action devrait posséder un caractère innovant. En d'autres termes, elle devrait être innovatrice et/ou posséder une valeur d'exemple pouvant servir dans d'autres collectivités publiques.

- **La reproductibilité de l'action :**

L'action devrait être facilement applicable, réalisable et reproductible.

⁷ Prévus dans la Loi d'Avenir pour l'Agriculture, l'Alimentation et la Forêt (LAAF) du 13 octobre 2014 (Art 39), les PAT s'appuient sur un diagnostic partagé faisant un état des lieux de la production agricole et alimentaire locale, du besoin alimentaire du bassin de vie et identifiant les atouts et contraintes socio-économiques et environnementales du territoire. Élaborés de manière concertée à l'initiative des acteurs d'un territoire, ils visent à donner un cadre stratégique et opérationnel à des actions partenariales répondant à des enjeux sociaux, environnementaux, économiques et de santé.

3. Il est important également de définir des actions concrètes qui contribuent à lutter contre la précarité alimentaire parmi lesquelles sont susceptibles de figurer des actions :

- **de coordination d'initiatives de LPA dans les territoires** (ex. : projet Alim'Activ) ;
- **de prévention, dépistage et promotion de la santé en direction de publics en situation de vulnérabilité économique et sociale** (ex. : actions « itinérantes » au plus près des lieux de vie, en proximité de la population via un bus de santé, des ateliers/espaces d'échanges dans les maisons de quartier ; ateliers mobiles pour l'équilibre alimentaire ; ...) ;
- **de prévention globale autour de l'alimentation et de l'activité physique et de la lutte contre la sédentarité** (ateliers culinaires afin de faire prendre conscience aux jeunes des bonnes habitudes alimentaires, de sensibiliser au sport-santé ; ateliers de lutte contre la sédentarité tels que ceux visant à améliorer la posture et le maintien du dos ; dispositif « 30 minutes d'activité physique quotidienne » ; ...) ;
- **de prévention de l'obésité, du surpoids et du diabète** (ex. : ateliers cuisine pour manger équilibré à petits prix, adapter les recettes traditionnelles - prendre conscience de son corps dans sa globalité ; former et responsabiliser les accueillants en épicerie sociale à l'équilibre nutritionnel pour conseiller les bénéficiaires et prévenir la malnutrition...) ;
- **de prévention et promotion de la santé en direction de publics cibles tels que les enfants** (ex. : programmes « Fruits et légumes à l'école » et « Lait et produits laitiers à l'école »...), **les personnes âgées ou les femmes enceintes; d'éducation et de sensibilisation à l'alimentation et à la nutrition** (ex. : organisation de visites de ferme, jardins collectifs, éducation à l'alimentation à l'école, au collège et au lycée...) ;
- **d'accès aux dispositifs de droit commun dont l'alimentation** (ex. : temps d'échanges pour améliorer l'accès aux droits fondamentaux : logement, eau, électricité, salubrité, alimentation, transports).

4. Enfin comme cela est prévu dans la démarche CLS, il est essentiel de mettre en place des modalités de suivi et d'évaluation susceptibles de porter à la fois sur la stratégie globale du CLS et en particulier sur ses actions de LPA.

✓ **CLS de Saint-Laurent du Maroni : « Mobiliser les dispositifs de droit commun pour agir sur les déterminants de santé »**

Thématiques : Dispositif de droit commun et alimentation

Partenaires : CCAS ; Ville ; Sous-Préfecture ; CAF ; CGCSS ; CTG ; Mama Bobi ; Maisons de quartier ; PRE ; Croix-Rouge ; AKATIJ' ; Réseau KIKIWI ; AIDES

Description de l'action :

- Animer des temps d'échanges pour coordonner les actions d'aide alimentaire.
- Accompagner des dispositifs d'aide alimentaire en co-construction avec les habitants (produits disponibles, circuits de distribution).
- Revaloriser et accompagner l'autonomie alimentaire des habitants qui ont des espaces pour cultiver et élever.
- Interpeler les institutions compétentes sur l'absence de cantines scolaires dans les établissements (collèges et lycées).

Pour plus d'informations sur ce CLS, vous pouvez consulter le lien suivant : <https://www.crpv-guyane.org/wp-content/uploads/2020/10/Diagnostic-territorial-de-santei-SLM.pdf>

- Favoriser la pratique de l'activité physique par des propositions d'activités adaptées à la situation des personnes.
- Informer les bénévoles des sites alimentaires de l'existence de ces différentes activités pour orienter les personnes susceptibles d'être intéressées.
- Faciliter les passerelles avec les associations labellisées ou non et les autres structures présentes sur le territoire et intervenant dans les champs de l'action sociale et de la lutte contre la précarité alimentaire.
- Créer du lien et de la mixité sociale.
- Développer des connaissances d'un point de vue nutritionnel (éducation à la santé, équilibre alimentaire, promotion du faire soi-même en utilisant des produits de saison) et hygiène de vie.
- Retrouver confiance en ses capacités.
- Réinvestir le plaisir de manger et de bouger (dépassement de soi, goût de l'effort, convivialité) au travers d'ateliers collectifs.
- Travailler sur les représentations du public et les représentations alimentaires avec les bénévoles de l'aide alimentaire.
- Créer du lien et de la transversalité entre les sites alimentaires et l'Espace de Découverte et d'Initiative (EDI).

Pour plus d'informations sur ce CLS, vous pouvez consulter le lien suivant : <https://www.oscarsante.org/pays-de-la-loire/action/detail/19182>

Pour plus d'informations sur ce CLS, vous pouvez consulter le lien suivant : <https://www.paysdeguingamp.com/wp-content/uploads/2017/08/CLS-Pays-de-Guingamp-avril-2017.pdf>

Exemples de CLS incluant et mettant en œuvre des actions de LPA

BIBLIOGRAPHIE

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

Agence Régionale de Santé. « Les contrats locaux de santé ». Paris : Agence Régionale de Santé, avril 2022. <https://www.ars.sante.fr/les-contrats-locaux-de-sante>

Agence Régionale de Santé Ile-de-France. « Référentiel Contrat local de santé (CLS) ». Paris: Agence Régionale de Santé Ile-de-France, janvier 2016.
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/1224/download?inline>

Agence nationale de la cohésion des territoires. « L'agence dans votre département - Ain ». Paris: Agence nationale de la cohésion des territoires, 1 juillet 2021.
https://agence-cohesion-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2021-11/ANCT_Fiche_01_Ain%20STC.pdf.

Agence nationale de sécurité sanitaire alimentaire nationale. « Etude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3) ». Paris : Anses, juin 2017. INCA 3 : Evolution des habitudes et modes de consommation, de nouveaux enjeux en matière de sécurité sanitaire et de nutrition | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

Arth, Véronique, Lionel Chevallier, Cécile Gauffeny-Gillet, Florian Parisot, Séverine Roy, Marie-Laure Carre, Laurence Flageul, Stéphane Macke, Stéphane Plantevin, et Elisabeth Senejoux-Quentin. « Les contrats locaux de santé », 2014, 44.

Article L.1434-1, code de la santé publique (2022).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930633/

Article L.1434-10, code de la santé publique (2022).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886358/

Article L1, code rural et de la pêche maritime (2021).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037556733/

Chapitre VI: Lutte contre la précarité alimentaire (Articles L266-1 à L266-2), Pub. L. No. Article L266-1, Code de l'action sociale et des familles (2018).
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037550332/

Banque Alimentaire, « L'insécurité alimentaire, une conséquence de la pauvreté en France » (2022). L'insécurité alimentaire, une conséquence de la pauvreté en France | Banques Alimentaires (banquealimentaire.org)

Darmon, Nicole. « Recommandations pour un colis d'aide alimentaire équilibré », 2008, 6.

Direction Promotion de la santé Réduction des Inégalités, Mission CLS-CLSM/Cellule d'appui méthodologique. « Contrats Locaux de Santé Ile-de-France - Evaluation de processus ». Paris:

Agence Régionale de Santé Île-de-France, octobre 2017.
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/20970/download?inline>

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. « Aide alimentaire : une fréquentation accrue des centres de distribution dans les grandes villes les plus exposées à la pauvreté début 2022 ». Paris: Drees, février 2022.

Dupasquier, Anne. « Critères de sélection de bonnes pratiques en matière de développement durable et application à quelques exemples du domaine de l'eau dans le cadre de l'Agendas 21 », 2008, 7.

Dubois de Labarre, Mathieu et Leon, Olivier « ECOALES: Empowerment, Comportement Alimentaire et Economie Solidaire ». Journée départementale des épiceries sociales et solidaires

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé. « Guide à destination des opérateurs d'un diagnostic local de santé ». Paris : FNORS, mai 2012.

Léon, Olivier. « Présentation du dispositif de suivi de l'aide alimentaire ». Matinale du Réseau d'Observation Sociale et Sanitaire de Bourgogne-Franche-Comté. (2022).

Melchior, Maria. « TEMPO – Cohorte Trajectoires Epidémiologiques en Population ». Portail Epidémiologique France. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), janvier 2021. <https://epidemiologie-france.aviesan.fr/epidemiologie-france/fiches/epidemiological-trajectories-in-the-population/fre-fr>

Ministère de l'agriculture et de l'alimentation. « Programme national pour l'alimentation. Territoires en action 2019-2023 ». Paris : Ministère de l'agriculture et de l'alimentation, Septembre 2019. 190916-_pna3_final_01 (2).pdf

Ministère des solidarités et de la santé. « Plan d'action pour la transformation de l'aide alimentaire et la lutte contre la précarité alimentaire ». Paris : Ministère des solidarités et de la santé, s.d. [plan_action_transformation_aide_alimentaire_-cocolupa.pdf](#) (solidarites-sante.gouv.fr)

Ministère des solidarités et de la santé. « Programme National Nutrition Santé 2019-2023 ». Paris : Ministère des solidarités et de la santé, s.d. [pnns4_2019-2023.pdf](#) (solidarites-sante.gouv.fr)

Fiche 1 : Les CLS comme levier de lutte contre la précarité alimentaire ?

La lutte contre la précarité alimentaire** est définie dans le CASF*** de la façon suivante : « La lutte contre la précarité alimentaire 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 » (Article L266-1 du CASF).

Pourquoi mobiliser les CLS dans la lutte contre la précarité alimentaire ?

- 1 Parce ce qu'il s'agit de **leviers** et d'**outils de santé préventive** qui contribuent à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
- 2 Parce qu'il s'agit d'une **démarche « contractuelle, partenariale et intersectorielle »** associant des partenaires signataires, des acteurs du champ sanitaire et des autres politiques publiques impactant favorablement la santé et des habitants.
- 3 Parce qu'il s'agit d'une **approche « globale » de la santé** portant sur la prévention, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et les déterminants sociaux de la santé.

Pourquoi favoriser l'inclusion et la mise en œuvre d'actions de LPA dans les CLS ?

- 1 On estime que plus de **7M de personnes sont en insécurité alimentaire en France** (INCA 3, 2017). Cette situation a été aggravée par la crise sanitaire.
- 2 L'aide alimentaire est le principal dispositif de la LPA, soutenu par l'État, qui s'adresse aux personnes en situation de précarité alimentaire présentant des difficultés d'accès à une alimentation.
- 3 L'aide alimentaire vient compléter une ration alimentaire qui peut être déséquilibrée.
- 4 L'alimentation favorable à la santé est un déterminant en matière de santé publique, de prévention et de promotion de la santé.

Comment inclure et mettre en œuvre des actions de LPA dans les CLS de manière concrète ?



Lorsque vous réalisez un **Diagnostic Local de Santé partagé en amont de la construction d'un CLS**, des outils sont susceptibles d'être mobilisés pour inclure et/ou mettre en œuvre des actions de LPA :

- ✓ En complément d'outils identifiés dans le guide réalisé par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) pour l'établissement du DLS.
- ✓ Outre ce panier de ressources spécifiques à la LPA, il est important de s'appuyer sur les acteurs locaux intervenant dans le champ de la LPA pour développer une approche qualitative.
- ✓ La mobilisation de ces ressources au moment de l'élaboration du diagnostic permet de documenter et décrire les inégalités alimentaires et / ou de nutrition sur le territoire.



Au moment de la construction du plan d'action, il est important d'identifier les repères favorisant l'émergence de bonnes pratiques pour lutter contre la précarité alimentaire :

- ✓ Des repères « qualitatifs » peuvent être identifiés à partir de la définition de la LPA couvrant diverses dimensions.
- ✓ Des repères « pratiques » susceptibles de favoriser l'émergence de bonnes pratiques pour lutter contre la précarité alimentaire peuvent également être identifiés.



Il est important également de définir des actions concrètes qui contribuent à lutter contre la précarité alimentaire.



Comme cela est prévu dans la démarche CLS, il est essentiel de mettre en place des modalités de suivi et d'évaluation.

*Contrat Local de Santé (CLS)

**Lutte contre la précarité alimentaire (LPA)

***Code de l'action sociale et des familles (CASF)

****Diagnostic Local de Santé (DLS)

Fiche 2 : Les repères pour favoriser l'émergence de bonnes pratiques de LPA dans les CLS

Au moment de la mise en place d'un Contrat Local de Santé (CLS), le développement des actions devrait prendre en compte **les repères susceptibles de favoriser l'émergence de bonnes pratiques pour lutter contre la précarité alimentaire.**

- Des repères « qualitatifs » identifiés à partir de la définition de la LPA couvrant les dimensions suivantes :

La dimension qualitative et socio-économique

L'action devrait permettre d'assurer à tous et toutes l'accès à une alimentation de qualité qui revêt les dimensions suivantes : organoleptique, sanitaire, nutritionnelle, fonctionnelle et symbolique et renvoie aux fonctions sociales de l'alimentation (socialisation, partage, etc.).

La dimension de coordination/coopération entre acteurs

L'action devrait faire appel à une démarche transversale et viser à inciter à la coopération entre partenaires (centres sociaux, associations, établissements de santé, conseil départemental, etc.).

Les dimensions liées aux territoires et aux spécificités locales

L'action devrait intervenir à une échelle locale et prendre en compte un ensemble de caractéristiques (culturelles, historiques, économiques, etc.) de son terrain d'intervention.

La dimension santé

L'action devrait permettre l'accès à une offre alimentaire tenant compte des recommandations du Programme National Nutrition-Santé (PNNS) et visant à agir sur un ensemble de déterminants de la santé.

La dimension participative

L'action devrait s'inscrire dans une démarche de participation citoyenne et dans un processus démocratique donnant toute leur place aux acteurs publics comme privés.

La dimension émancipatrice

L'action devrait favoriser l'émancipation des personnes concernées et devrait s'insérer dans leurs parcours.

La dimension socio-économique

L'action devrait favoriser l'accès des personnes en situation de vulnérabilité économique ou sociale à cette offre. (Art.L266-1, Code de l'action sociale et des familles).

La dimension autonomisante et respectueuse de la dignité des personnes

L'action devrait s'insérer dans le respect du principe de dignité et d'autonomie des personnes. Elle devrait laisser aux personnes concernées le choix de choisir leurs produits mais également de les payer comme n'importe quel consommateur.

La dimension de l'aller-vers

L'action devrait rompre avec l'idée que l'intervention sociale ferait systématiquement suite à une demande exprimée. Elle devrait permettre d'intégrer dans les pratiques les situations de non-demande de certains publics (pas seulement des personnes vulnérables) et d'engager les acteurs à se situer dans une pratique pro-active, pour entrer en relation avec ces publics.

La dimension systémique

L'action devrait s'insérer dans une approche systémique et prendre en compte les dimensions sociales, culturelles, gustatives qui sont tout aussi importantes pour appréhender la précarité alimentaire.

La dimension d'accompagnement coordonné et d'approche globale

L'action devrait mettre en œuvre un accompagnement des personnes vers la sortie de la précarité.

- Des repères « pratiques » susceptibles de favoriser l'émergence de bonnes pratiques pour lutter contre la précarité alimentaire :

L'innovation

L'action devrait posséder un caractère innovant. En d'autres termes, elle devrait être innovatrice et/ou posséder une valeur d'exemple pouvant servir dans d'autres collectivités publiques.

La reproductibilité de l'action

L'action devrait être facilement applicable, réalisable et reproductible.