

Interreg



EUROPEAN UNION

France (Channel Manche) England

ASPIRE

European Regional Development Fund

Rapport d'évaluation

Accroître le capital social et le potentiel
individuel dans les régions défavorisées
(ASPIRE)



Bournemouth
University

Université de Bournemouth

Résumé

L'obésité et le chômage sont des problèmes sociaux et sanitaires étroitement liés qui ont un impact négatif sur l'espérance de vie, la qualité de vie, la santé mentale et entraînent une augmentation de la mortalité et de la morbidité. On ne sait pas très bien si l'obésité conduit au chômage ou si elle est une conséquence du chômage. Toutefois, de nombreuses recherches montrent que les deux conditions sont réciproques, qu'elles peuvent être la cause ou la conséquence l'une de l'autre et qu'elles ont des causes sous-jacentes communes. La recherche indique un lien constant entre l'obésité et le chômage, et les transitions uniques vers le chômage et le chômage persistant ont été associés à une mauvaise santé mentale et générale et à l'obésité. Les personnes à faibles revenus et les chômeurs ont une alimentation de moindre qualité, des taux plus élevés de maladies liées à l'alimentation et des niveaux plus élevés d'insécurité alimentaire, un problème qui a été fortement exacerbé par la crise du coût de la vie et la récente pandémie de coronavirus. Bon nombre des obstacles à une alimentation saine sont plus importants pour les personnes vivant dans des communautés socialement défavorisées et disposant de faibles revenus, et le système alimentaire exacerbe ces inégalités, avec des conséquences négatives sur la santé et la qualité de vie. Il est donc impératif de mettre en place des interventions fondées sur une approche holistique afin de s'attaquer aux déterminants sociaux, sanitaires et économiques sous-jacents.

Le projet ASPIRE (Adding to Social capital and individual Potential In disadvantaged REgions) est un projet financé par le Fonds européen de développement qui vise à cocréer un modèle holistique de lutte contre l'obésité, le surpoids et le chômage. Le partenariat était composé de 16 organisations partenaires et le projet a été mis en œuvre dans 9 sites en France et au Royaume-Uni. Les activités d'intervention se sont concentrées sur la nutrition, la santé et le bien-être, l'estime de soi et les compétences non techniques afin de promouvoir des modes de vie plus sains et de fournir aux participants les compétences et le soutien dont ils ont besoin pour accéder au marché du travail.

Afin de déterminer l'efficacité du modèle ASPIRE, une évaluation réaliste a été menée pour déterminer quels aspects du modèle ASPIRE étaient efficaces, dans quelles circonstances, pour qui et comment adapter le modèle à différents contextes. Le projet a été évalué à l'aide d'une approche mixte composée de méthodes quantitatives et qualitatives innovantes. Les données quantitatives ont été recueillies à l'aide du kiosque de santé et d'une boîte à outils d'évaluation comprenant des instruments validés pour évaluer la qualité de l'alimentation,

l'auto-efficacité, la qualité de vie liée à la santé et l'employabilité. Le kiosque de santé est un outil innovant et interactif d'engagement en faveur de la santé et du bien-être, basé sur des mesures validées, qui permet aux utilisateurs de faire un MOT santé en mesurant la composition corporelle et d'autres paramètres de santé et de bien-être. L'aspect qualitatif de l'évaluation a été réalisé à l'aide de Photovoice, une nouvelle méthode de recherche participative communautaire (CBPR) et de recherche visuelle par laquelle les participants prennent des photos pour documenter, réfléchir et parler de leurs expériences. Cette technique est un catalyseur de changement social qui permet aux individus de raconter leur propre histoire selon leur propre point de vue, ce qui a des effets allant d'un sentiment accru d'accomplissement à une compréhension plus profonde de la réalité de la vie quotidienne des participants.

Les principales conclusions de l'évaluation sont présentées ci-dessous :

- L'engagement des communautés autour des sites de mise en œuvre d'ASPIRE à l'aide du kiosque de santé a constitué un moyen accessible et efficace de stimuler les conversations sur la santé et le bien-être. Au total, 2 473 données sur les participants ont été obtenues à partir du kiosque de santé par le biais de tournées de présentation (63,8 %), de centres britanniques (5,2 %) et de centres français (30,9 %). Les données du kiosque de santé ont permis de comprendre le lien entre les mesures de la composition corporelle et les motivations d'engagement autour de la santé des individus, et mettent en évidence le kiosque de santé en tant qu'outil alternatif et accessible d'engagement sanitaire.
- Les données recueillies auprès de 20 participants inclus dans l'étude Photovoice ont montré qu'avant de participer à ASPIRE, les participants étaient confrontés à d'importants problèmes de chômage, de poids santé, avec des causes sous-jacentes liées au bien-être mental, à l'anxiété, à la dépression et au désespoir. La participation à ASPIRE a eu des effets positifs, notamment une amélioration du bien-être mental, de l'efficacité personnelle, de la valeur des produits sains, de la cuisine et de l'alimentation, ainsi qu'un sentiment général d'espoir.
- Les stratégies qui se sont avérées efficaces en termes de mise en œuvre et d'engagement comprenaient des activités co-crées avec les participants, avec un engagement social plus important, des incitations et des relations interpersonnelles entre les coordinateurs des centres et les participants.

- Les données d'évaluation recueillies auprès d'une moyenne de 279 participants sur les cinq questionnaires inclus dans la boîte à outils ont montré des changements marginaux dans la qualité globale de l'alimentation, la qualité de vie liée à la santé, l'auto-efficacité, la santé et le bien-être, mais ces changements n'étaient pas statistiquement significatifs. Des résultats positifs ont été observés sur certaines sous-échelles de la qualité de vie liée à la santé, de la santé physique, de l'auto-efficacité et des aspirations professionnelles futures, ce qui justifie des recherches plus approfondies.

Dans l'ensemble, les résultats du projet fournissent des preuves préliminaires de la faisabilité de la mise en œuvre d'un modèle holistique visant à réduire le chômage et l'obésité. Les résultats soulignent l'importance de la co-création, de la coordination et des stratégies innovantes qui sont efficaces pour engager les individus issus de communautés socialement défavorisées autour de leur santé, de leur bien-être et de leur employabilité. L'un des principaux obstacles au projet a été l'impact de la pandémie de COVID-19, qui a retardé la mise en place des sites du projet, affecté l'établissement de relations, les activités de mise en œuvre et le recrutement des participants, limitant ainsi le succès du modèle. En outre, le calendrier de l'évaluation a dû être adapté, ce qui a empêché le suivi à long terme des participants. Les futures mises en œuvre du modèle ASPIRE devront tenir compte de l'intensité des activités, de la durée du suivi, des ressources et du personnel pour faciliter un engagement plus profond avec les participants, la confiance et, en fin de compte, la réussite de la mise en œuvre du modèle.

Auteurs

Dr Sophia D. Amenyah - Chercheuse postdoctorale, Université de Bournemouth

Professeur Lee-Ann Fenge - Professeur de soins sociaux, Université de Bournemouth

Professeur Jane Murphy - Professeur de nutrition, Université de Bournemouth

Mme Karen Light - Assistante de recherche, Université de Bournemouth

Faculté des sciences sociales et de la santé, Université de Bournemouth

Bournemouth Gateway Building, St Pauls Lane, Bournemouth, BH8 8GP.

Contact : samenyah@bournemouth.ac.uk

Remerciements

L'équipe d'évaluation souhaite remercier tous les participants qui ont fourni des données pour l'évaluation et en particulier les participants qui ont partagé leurs incroyables voyages avec nous, nous n'aurions pas pu le faire sans vous. Nous remercions tout particulièrement les coordinateurs des centres ASPIRE qui ont facilité la collecte des données pour l'évaluation, ainsi que tous les partenaires du projet.

Interreg ASPIRE Evaluation



Table des matières

| | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | INTRODUCTION | 4 |
| 1.1 | Contexte et justification du projet | 4 |
| 1.2 | Objectif global | 6 |
| 1.3 | Aperçu du projet ASPIRE..... | 6 |
| 1.4 | Réglage | 7 |
| 1.5 | Partenaires du projet..... | 8 |
| 1.6 | Le modèle ASPIRE | 9 |
| 2 | ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE ET CO-CRÉATION..... | 13 |
| 2.1 | Boscombe..... | 13 |
| 2.2 | Medway | 14 |
| 2.3 | Lentille | 15 |
| 2.4 | Le jambon..... | 16 |
| 3 | MÉTHODES D'ÉVALUATION..... | 17 |
| 3.1 | Cadre théorique | 17 |
| 3.2 | Analyses des forces, faiblesses, opportunités et menaces (SWOT)..... | 20 |
| 3.3 | Synthèse réaliste | 22 |
| 3.4 | Les participants..... | 23 |
| 3.5 | Collecte de données | 24 |
| 3.6 | Données quantitatives | 24 |
| 3.7 | Outils de collecte de données | 24 |
| 3.8 | Données qualitatives..... | 26 |
| 4 | ANALYSE DES DONNÉES..... | 28 |
| 4.1 | Données quantitatives | 28 |
| 4.2 | Données qualitatives..... | 28 |
| 5 | RÉSULTATS..... | 29 |
| 5.1 | Kiosque de santé | 29 |
| 5.2 | Engagement et participation | 35 |
| 5.3 | Auto-efficacité | 37 |
| 5.4 | Qualité de vie liée à la santé | 38 |
| 5.5 | Qualité de l'alimentation..... | 41 |
| 5.6 | Santé générale | 42 |
| 5.7 | Expériences des participants en matière de participation au projet - Étude Photovoice | 44 |

| | | |
|-------|------------------------------------------------------------------|----|
| 5.7.1 | Ma vie avant ASPIRE | 45 |
| 5.7.2 | Ma vie pendant ASPIRE | 47 |
| 5.7.3 | Ma vie après ASPIRE | 48 |
| 5.7.4 | Ma vie sans ASPIRE..... | 50 |
| 5.7.5 | ASPIRE et ma santé, mon bien-être ou mon employabilité | 51 |
| 5.7.6 | Défis au cours d'ASPIRE | 52 |
| 5.7.7 | Le plus grand changement dans ma vie grâce à ASPIRE | 53 |
| 5.8 | Démontrer ce qui fonctionne, comment, pourquoi et pour qui | 56 |
| 6 | PRINCIPAUX RÉSULTATS ET DIFFUSION..... | 63 |
| 7 | DISCUSSION, LIMITES ET CONCLUSION..... | 65 |
| 7.1 | Discussion et limites | 65 |
| 7.2 | Conclusions | 67 |
| 8 | RÉFÉRENCES | 68 |
| 9 | ANNEXES..... | 73 |

1 INTRODUCTION

1.1 Contexte et justification du projet

L'obésité est un facteur de risque majeur pour la charge mondiale de morbidité (1) et contribue largement à la mortalité toutes causes confondues, à la morbidité et au déclin de la qualité de vie et de l'espérance de vie (2-4). Les données récentes montrant que les personnes obèses présentent un risque accru de morbidité et de mortalité liées au coronavirus 2019 (COVID-19) sont encore plus préoccupantes(5-7). Les données de l'enquête sur la santé en Angleterre (HSE) indiquent une prévalence du surpoids ou de l'obésité de 66,9 % chez les hommes adultes et de 59,7 % chez les femmes adultes (8). En France, la prévalence du surpoids (y compris l'obésité) chez les adultes était de 54 % chez les hommes et de 44 % chez les femmes (9). Outre le fait qu'elle constitue un facteur de risque pour la santé, l'obésité est fortement associée au chômage, aux désavantages sociaux et à une productivité socio-économique réduite (10) et les personnes pauvres en Europe sont 10 à 20 % plus susceptibles d'être obèses que les personnes à revenu élevé (11-13).

Conformément aux tendances mondiales, l'obésité dans la région France Manche Angleterre (FCE) (côtes sud et est de l'Angleterre et côte nord de la France) est une préoccupation majeure. Dans cette région, il a été démontré que les niveaux élevés d'obésité coïncident avec des taux élevés de chômage. Dans l'enquête britannique sur les ménages (BHPS), la perte d'emploi était associée à une prise de poids de 1,56 kg/an, à une baisse significative du bien-être et à un manque de sommeil accru (14) (14). Plusieurs voies de causalité ont été avancées pour expliquer le lien entre le chômage ou la privation socio-économique et un indice de masse corporelle (IMC) élevé. Le chômage entraîne une baisse des revenus pour un plus grand nombre de ménages, ce qui nécessite de nouvelles stratégies pour faire face aux restrictions budgétaires et peut conduire à des régimes alimentaires malsains. Les personnes appartenant à des ménages à faibles revenus consomment de plus en plus des régimes alimentaires qui peuvent satisfaire leurs besoins caloriques, mais qui sont pauvres en micro-nutriments, en variété alimentaire et riches en sucre et en graisses, ce qui entraîne de moins bons résultats en matière de santé (15). (15). Les données de l'enquête HSE montrent que seuls 29 % des adultes consomment les cinq portions de fruits et légumes recommandées par jour. Une plus grande consommation de fruits et légumes est également associée à un revenu plus élevé, et vice versa : 36 % de tous les adultes (32 % des hommes et 41 % des femmes) appartenant au quintile de revenu le plus élevé avaient consommé cinq

portions ou plus de fruits et légumes le jour précédent, contre 23 % de tous les adultes (20 % des hommes et 25 % des femmes) appartenant au quintile le plus bas (16). Les aliments frais, locaux et sains sont souvent plus chers et plus difficiles à cuisiner, si bien que les individus se contentent d'acheter des aliments beaucoup moins chers (produits carnés hautement transformés, aliments riches en graisses et en sucres) ou de recourir aux plats à emporter ou à la restauration rapide, qui ne nécessitent aucune préparation culinaire (13,17,18).

En outre, parmi les personnes appartenant au quintile de revenu le plus élevé, 42 % des hommes et 34 % des femmes pratiquent au moins cinq séances de 30 minutes d'activité physique (AP) modérée ou intensive par semaine, contre 31 % et 26 %, respectivement, dans le quintile le plus bas (19). Les données de l'étude française sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) ont montré que 53 % des femmes et 71 % des hommes atteignaient les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en matière d'activité physique pour la santé ; cependant, 90 % des adultes déclaraient plus de 3 heures d'activités sédentaires par jour et 42 % plus de 7 heures. (20). Des données plus récentes ont également montré que pendant la pandémie de coronavirus, la moitié de la population ne respectait pas les recommandations en matière d'activité physique et qu'un tiers déclarait un niveau élevé de sédentarité (20). Le manque d'activité physique était également plus fréquent chez les personnes appartenant à des catégories professionnelles inférieures, sans activité professionnelle, chez les femmes moins qualifiées, en arrêt de travail ou au chômage partiel (20).

En revanche, l'obésité est considérée comme une cause de baisse des revenus lorsque les personnes obèses se retrouvent dans des emplois à faible revenu en raison de la discrimination sur le marché du travail et de la stigmatisation publique (21). Les recherches suggèrent que les personnes obèses sont plus susceptibles d'être perçues comme paresseuses, infructueuses, sans volonté et indisciplinées, ce qui entraîne une discrimination négative due au poids corporel sur le marché du travail, notamment une plus grande insécurité de l'emploi et des chances moindres d'obtenir un emploi (22,23) . (22,23). Dans une étude longitudinale utilisant les données de plus de 120 000 adultes dans 21 pays européens, l'obésité a diminué les chances d'emploi et les conditions chroniques liées à un IMC élevé ont affecté négativement la probabilité d'emploi et augmenté l'intention de prendre une retraite anticipée (24). En outre, la détresse psychologique et l'alimentation émotionnelle qui en découle, conséquence à la fois de l'obésité et du chômage, constituent une voie sérielle reliant le chômage à l'obésité. Les stratégies d'adaptation inadaptées, telles que la consommation

d'aliments riches en énergie pour atténuer les émotions négatives et le stress, associées aux perturbations des signaux métaboliques induites par le stress, favorisent la prise de poids et l'obésité au fil du temps (25). Les conséquences sociales, psychologiques, émotionnelles et comportementales négatives de l'obésité exacerbent la détresse psychologique et les comportements alimentaires inadaptés, ce qui peut créer un mécanisme cyclique (25).

Bien qu'il ait été établi que l'obésité et le chômage sont étroitement liés, les services existants de lutte contre l'obésité et le chômage travaillent rarement ensemble pour traiter le problème de manière holistique. En outre, il y a un manque d'interventions examinant comment les causes sous-jacentes du chômage et de l'obésité peuvent être traitées à l'aide de stratégies communes. Les principales interventions de santé publique utilisées pour lutter contre l'obésité se concentrent sur les campagnes d'information, les règles en matière de publicité et d'étiquetage et la réglementation des allégations nutritionnelles (26). Bien que ces types d'interventions informent les gens sur les caractéristiques des aliments, elles ne sont pas en mesure de les inciter à faire des choix alimentaires plus sains. Des interventions axées sur l'amélioration des revenus des personnes économiquement défavorisées et ayant pour effet supplémentaire d'améliorer la santé sont nécessaires. Des recherches supplémentaires sont également nécessaires pour déterminer comment aider au mieux les personnes souffrant d'obésité à obtenir et à conserver un emploi.

1.2 Objectif général

L'objectif du projet était de fournir aux personnes sans emploi ou souffrant d'obésité ou de surpoids les compétences dont elles ont besoin pour choisir un mode de vie plus sain et améliorer leur employabilité.

1.3 Aperçu du projet ASPIRE

Le projet Adding to Social capital and individual Potential In disadvantaged Regions (ASPIRE) était un projet innovant qui visait à créer un nouveau modèle de prestation de services combinant un poids sain et des services d'employabilité pour lutter contre le chômage et l'obésité dans la région FCE. Le projet ASPIRE ciblait les personnes souffrant de surpoids et d'obésité et les chômeurs de la zone FCE, en utilisant la production alimentaire comme moyen de sensibilisation et d'engagement, de réduction du poids, d'augmentation de l'estime de soi et d'amélioration de l'employabilité par le biais de nouvelles compétences et d'une expérience professionnelle. ASPIRE visait à améliorer la qualité et l'efficacité des services fournis aux communautés défavorisées sur le plan socio-économique en coordonnant les possibilités de

modes de vie sains avec un parcours vers l'emploi. Les interventions fondées sur la santé, élaborées en collaboration avec les partenaires d'ASPIRE, seront adaptées aux communautés socialement et économiquement défavorisées afin de réduire l'obésité et la surcharge pondérale et d'améliorer l'employabilité.

1.4 Paramètres

Le projet ASPIRE a été mis en œuvre sur les 9 sites situés dans la région FCE (**Figure 1**). La région FCE couvre les côtes sud et est de l'Angleterre, de Cornwall à Norfolk, et la côte nord de la France, du Finistère au Pas-de-Calais. Les sites français étaient situés à Péronne, Lille, Abbeville, Wimereux, Boulogne sur Mer et Loos-en-Gohelle. Les sites au Royaume-Uni étaient situés à Aylesham, Medway et Boscombe.

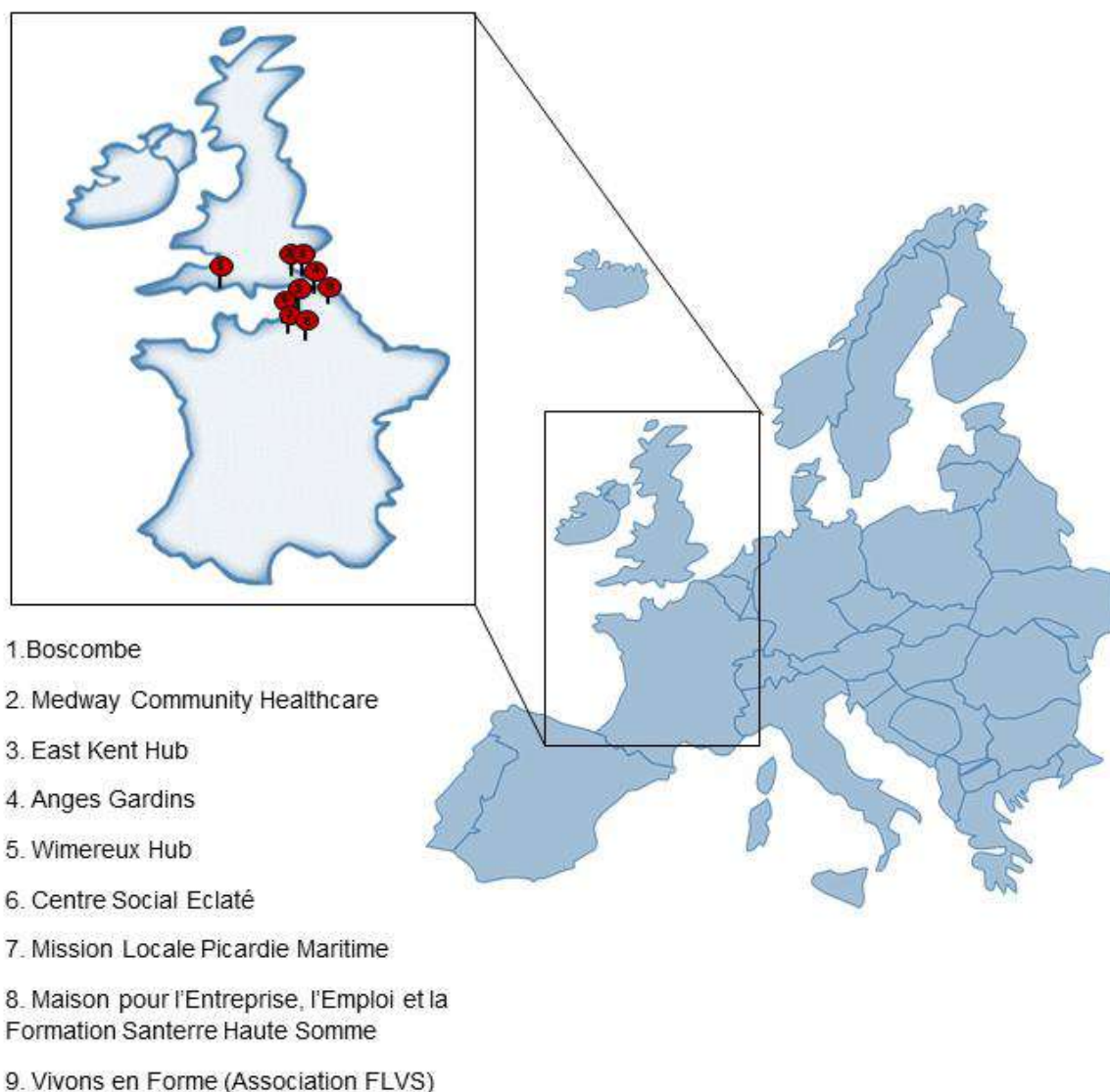


Figure 1: Localisation des centres de projets ASPIRE

1.5 Partenaires du projet

Le projet a été mis en œuvre avec 16 partenaires transfrontaliers du Royaume-Uni et de France impliqués dans la santé, l'emploi et la prestation de services sociaux. La liste complète des organisations partenaires figure ci-dessous :

- The Health and Europe Centre (Chef de projet)
- Université de Bournemouth (partenaire d'évaluation)
- Conseil du district de Dover
- Conseil du comté de Kent
- Kent Community Health NHS Foundation Trust

- Bien-être des personnes
- Mission Locale Picardie Maritime
- Maison pour l'Entreprise, l'Emploi et la Formation Santerre Haute Somme
- Centre social Audrey Bartier
- C3 Collaborer pour la santé
- Conseil de Bournemouth, Christchurch et Poole
- Anges Jardins
- Vivons en Forme (Association FLVS)
- Vos loisirs
- Soins de santé communautaires de Medway
- Centre Social Eclaté

1.6 Le modèle ASPIRE

Les activités du modèle ASPIRE se sont concentrées sur des interventions de style de vie améliorant la santé afin d'obtenir des résultats liés à la perte de poids, à l'augmentation de l'employabilité et à l'amélioration générale de la santé et de la qualité de vie. Afin d'améliorer l'acceptabilité et la participation, les interventions ont été adaptées pour répondre aux différents besoins des participants qui se trouvaient à différents stades de leur parcours de perte de poids ou d'employabilité. Les interventions ont été conçues en collaboration avec les participants pour garantir l'appropriation du modèle et ont été adaptées par les différents sites de mise en œuvre en fonction de leurs capacités, de leurs ressources et des participants potentiels. Le modèle ASPIRE se compose de trois éléments interconnectés et d'un quatrième élément qui relie les différents éléments entre eux. Les trois éléments sont les suivants (1) être actif (cultiver soi-même), (2) manger sainement (manger soi-même), (3) atteindre des objectifs personnels et améliorer l'employabilité (vendre soi-même). Le quatrième élément est l'amélioration de l'estime de soi par le biais du bien-être, de l'engagement communautaire et de la responsabilisation. Il est important de noter que le modèle ASPIRE utilise une approche holistique et que, par conséquent, tous les éléments sont liés les uns aux autres par le biais du résultat principal, à savoir l'amélioration de l'estime de soi et du soutien au sein de la communauté. Le **tableau 1** présente les différents éléments et les détails des interventions pour chacun d'entre eux.

Tableau 1: Éléments fondamentaux, activités et résultats d'apprentissage pour les composantes du modèle ASPIRE

| Élément ASPIRE | Activité | Résultats de l'apprentissage |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vendez vos propres produits | <ul style="list-style-type: none"> • Atelier de conseil en image • Cours sur les compétences financières • Coaching 1-2-1 en option • Coaching en matière d'employabilité • Ateliers numériques • BRICOLAGE • Créez votre propre cosmétique | <p>Atteindre les objectifs et l'employabilité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaître les différentes possibilités d'activité, d'emploi et d'auto-emploi qui s'offrent à eux • Se sentent soutenus pour atteindre leurs objectifs et reviennent pour bénéficier d'un soutien continu tout au long de leur parcours. • Être capable de définir les obstacles à l'activité/à l'emploi et les moyens de les surmonter. • être capable de fixer ses propres objectifs pour atteindre le niveau d'activité ou d'emploi qu'il recherche |
| Mangez vous-même | <ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de cuisine • Cuisine de base • Mise en conserve • Cours de nutrition | <p>Alimentation saine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des fruits et légumes produits localement et personnellement dans les recettes • Acheter les bons produits sains dans un magasin qui correspond à son budget • Préparer un repas sain • Être capable de définir les obstacles à un mode de vie sain • Être en mesure de définir comment surmonter ces obstacles • Être capable de fixer ses propres objectifs pour parvenir à un mode de vie sain (y compris en matière d'activité physique et de nutrition) |

Cultiver soi-même

- Ateliers de culture alimentaire
- Jardinage
- Cours de remise en forme
- Activité physique adaptée
- Cyclisme
- Boxe
- Promenades guidées
- Marches pour le bien-être

Estime de soi et soutien dans la communauté

- Atelier sur l'estime de soi
- Atelier de connaissance de soi
- Rendez-vous individuels
- Naturopathie
- La nature au service du bien-être
- Sophrologie et bien-être
- Yoga silencieux
- Qigong
- Introduction à la méditation
- Art-thérapie / Art
- Crochet
- Thé des députés
- Chorale
- Chant communautaire
- Un grand plaisir pour un petit changement
- Les hommes dans les hangars
- Drame

Être actif

- Cultiver des aliments dans un jardin familial ou dans un cadre personnel
- Faire de l'activité physique tous les jours
- Être capable de définir les obstacles à un mode de vie sain
- Être en mesure de définir comment surmonter ces obstacles
- Être capable de fixer ses propres objectifs pour parvenir à un mode de vie sain (y compris en matière d'activité physique et de nutrition)

Estime de soi et soutien dans la communauté

- Décrire ses propres sentiments
 - Se sentir confiant, soutenu, heureux et détendu
 - Se sentir capable d'adopter un mode de vie sain (y compris l'activité physique et la nutrition) et d'atteindre des objectifs personnels (y compris l'emploi, le bénévolat, le rôle au sein de la communauté, etc.)
 - Se sentir en confiance pour revenir/rester en contact avec d'autres participants à la plate-forme.
-

2 ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE ET CO-CRÉATION

Dans le cadre d'ASPIRE, C3, un partenaire d'ASPIRE, s'est engagé avec 7 communautés en Angleterre et en France en utilisant sa stratégie innovante d'engagement communautaire CHESS® (Community Health Engagement Survey Solutions), afin de mettre en place 7 plans d'action pour le changement conçus conjointement par les communautés. Vous trouverez ci-dessous un résumé des résultats obtenus par les centres ASPIRE.

2.1 Boscombe

Activités

C3 a touché environ 300 membres de la communauté de Boscombe par le biais d'une série d'activités. À Boscombe, Zoe Keeping de C3 a géré la mise en œuvre du plan d'action CHESS® de la communauté. Elle-même résidente, ayant travaillé et vécu à Boscombe pendant plus de 20 ans, Zoe est passionnée par le fait que la communauté soit le moteur du changement et qu'elle veille à ce que toutes les voix soient entendues. Parmi les activités organisées, citons les nettoyages communautaires, les bombardements d'abeilles et le réensauvagement, une chorale communautaire, des cours de cuisine saine et de cuisine de feu de camp, du hula-hooping, de la danse et des mocktails, un salon public pop-up, des pique-niques et des fêtes communautaires.



Figure 2 : Plan d'action CHESS pour le pôle de Boscombe

Impact

- 58 % des personnes interrogées ont déclaré manger plus de fruits et légumes par jour et faire plus d'activité physique depuis qu'elles ont participé aux activités du plan d'action CHESS®.

- 79 % des répondants à l'enquête ont déclaré en avoir appris davantage sur l'alimentation saine et l'importance de l'activité physique en participant aux activités du plan d'action CHESS®.
- 58 % des répondants à l'enquête ont déclaré que leur participation aux activités du plan d'action CHESS® leur avait permis d'acquérir de nouvelles compétences pour les aider à apporter des changements dans leur communauté.
- 79 % des répondants à l'enquête ont déclaré que leur participation aux activités du plan d'action CHESS® avait amélioré leur connaissance des problèmes de santé dans leur communauté.

2.2 Medway

Activités

C3 a touché environ 350 membres de la communauté à Gillingham South, Medway. Lisa Malone, facilitatrice de l'engagement communautaire de C3, a mis en œuvre le plan d'action CHESS® depuis janvier 2022. Les activités étaient créatives et comprenaient la préparation de pizzas saines, la création d'en-cas sains pour un pique-nique de jubilé, des cours de zumba pour les femmes de grande taille, des cours de yoga, la création de jardinières comestibles, des bombardements d'abeilles, des chasses aux mots et des promenades hebdomadaires pour la santé de la communauté. Ces opportunités créées pour se rassembler en tant que communauté ont émergé comme un thème fort de l'engagement communautaire de C3. Au cours de l'été 2022, Lisa a organisé une journée d'amusement et un pique-nique pour la communauté, avec des jeux de compétition "doux" pour faire bouger les gens ensemble. La BBC Radio Kent a présenté le brillant travail de Lisa à Medway en faisant la promotion de sa chasse aux mots de Noël.



Figure 3 : Plan d'action CHESS pour le pôle de Medway

Impact

- 83 % des participants interrogés ont déclaré en avoir appris davantage sur l'alimentation saine et l'importance de l'activité physique en participant aux activités du plan d'action CHESS®.
- 88 % des participants interrogés ont déclaré faire plus d'activité physique depuis qu'ils ont participé aux activités du plan d'action CHESS®.
- 67 % des participants interrogés ont déclaré que les activités du plan d'action CHESS® leur ont permis d'acquérir de nouvelles compétences qui les aideront à créer des changements dans leur communauté.
- 75 % des participants interrogés ont déclaré que les activités du plan d'action CHESS® leur avaient permis de mieux connaître les problèmes de santé de leur communauté.

2.3 Lentille

Activités

C3 a touché plus de 600 personnes à Lens. Stéphanie a mis en œuvre les activités du plan d'action à Lens pendant près de 2 ans. Elle a mis en place des ateliers de cuisine avec de nombreuses recettes à base de protéines végétales peu coûteuses, des ateliers de méditation et des promenades dans la nature pour découvrir les plantes et les animaux. Les participants sont très assidus et répètent les recettes à la maison. Les ateliers de méditation les aident à réduire leur niveau de stress. Les activités ont également été adaptées aux changements de saison et Stéphanie est restée en contact avec les acteurs locaux et participe à tous les événements locaux.

CHESS® ACTION PLAN



Targeted communications to mobilise local residents.



Improving the social link to the city of the provinces.



Organize events for the inhabitants of the city of the provinces



Learning about food, the food system and gardening



Encourage the use of existing resources in the neighbourhood for physical activities

Figure 4 : Plan d'action CHESS pour Lens

Impact

- 72 % des participants ont déclaré manger davantage de fruits et légumes depuis qu'ils ont pris part aux activités du plan d'action.
- 66% des participants ont répondu qu'ils étaient plus actifs physiquement qu'ils ne le sont dans les activités liées au plan d'action.
- 63 % des participants ont répondu qu'ils avaient partagé leurs connaissances sur l'alimentation et l'activité physique avec des membres de leur famille ou des voisins.
- 78 % des participants ont répondu que leur état de santé s'était amélioré depuis leur participation au plan d'action.

2.4 Jambon

Activités

C3 a touché plus de 150 personnes à Ham. Dans le cadre du projet ASPIRE, Magali, coordinatrice du plan d'action pour C3, a travaillé avec le Centre social de Ham et les acteurs locaux pour organiser des événements familiaux, des ateliers de cuisine, des cours d'activité physique, des groupes de marche, des cours de jardinage et fournir des paniers alimentaires redistribués à bas prix aux familles. Magali a également coordonné les différents ateliers autour du jardinage, de la cuisine et de l'activité physique.

CHESS® ACTION PLAN



**Create cooking
workshops
adapted to the
local public**



**Focus on local
production**



**Encourage the
practice of regular
physical activity
while
strengthening
social ties**



**Regularly organize
events in the city
centre of Ham**

Figure 5 : Plan d'action CHESS pour Ham

Impact

- 71 % des participants ont déclaré avoir appris de nouvelles choses sur l'alimentation saine et l'activité physique.
- 57% des participants ont déclaré manger plus de fruits et légumes depuis qu'ils ont pris part aux activités liées au plan d'action.
- 41 % des participants ont répondu "probablement ou très probablement" lorsqu'on leur a demandé s'il était probable qu'ils maintiennent un niveau d'activité physique plus élevé au fil du temps.
- 54 % des participants ont répondu par l'affirmative lorsqu'on leur a demandé si leur participation aux activités liées au plan d'action communautaire avait amélioré leur connaissance des problèmes de santé dans leur communauté.

3 LES MÉTHODES D'ÉVALUATION

3.1 Cadre théorique

Une méthode d'évaluation réaliste (ER) conçue comme un processus multidisciplinaire et mixte a été utilisée pour examiner l'efficacité du modèle ASPIRE. L'évaluation réaliste utilise des concepts clés liés ("mécanisme", "contexte" et "résultats") pour expliquer et comprendre les programmes. C'est ce que l'on appelle la configuration CMO. Une configuration CMO est une proposition indiquant ce qui, dans une intervention, fonctionne, pour qui et dans quelles circonstances. Cette approche a permis de développer, de valider et d'affiner des théories de moyenne portée qui expliquent comment le *contexte* dans lequel les activités d'intervention d'ASPIRE sont mises en œuvre influence les *mécanismes* d'intervention (par exemple, le raisonnement des participants dans l'adoption des interventions) pour produire des *résultats* prévus et imprévus (diminution du poids, de l'indice de masse corporelle ou du taux de chômage). Les évaluations réalistes reposent sur l'hypothèse que le succès ou l'échec des interventions dépendent de certaines conditions, d'interactions complexes de mécanismes de causalité et sont fortement influencés par la manière dont les différentes parties prenantes y répondent. (27). Le contexte fait référence aux caractéristiques sociales ou géographiques générales ainsi qu'aux facteurs affectant la mise en œuvre des programmes (par exemple, le cadre de l'intervention, le financement adéquat, les qualifications du personnel) (27-29). Le contexte dans lequel un projet est mis en œuvre peut influencer la manière dont un

programme est mis en œuvre ou la mesure dans laquelle il l'est, les personnes qu'il cible et celles qu'il atteint. Le mécanisme est le processus causal sous-jacent qui indique comment et pourquoi une intervention fonctionne et pour quels participants (27). Les mécanismes peuvent être voulus ou non, générer des résultats positifs ou négatifs et sont filtrés par les personnes, qui ont la capacité de les interpréter et d'y répondre différemment (27,28,30). (27,28,30). Par conséquent, l'évaluation de l'efficacité d'une intervention doit porter sur la manière dont différentes personnes la vivent et y réagissent, et sur les raisons de cette expérience. La méthode de l'ER est particulièrement adaptée à l'évaluation d'interventions nouvelles et complexes qui semblent fonctionner, mais dont on ne sait pas encore "pour qui et comment". Si plusieurs des interventions incorporées dans le modèle ASPIRE ont été utilisées pour réduire indépendamment le surpoids ou l'obésité et le chômage, on dispose de peu d'éléments sur la manière dont la combinaison de ces interventions fonctionne globalement pour réduire l'obésité et le chômage. Le cadre conceptuel utilisant la configuration de l'OCM pour cartographier le cheminement de l'intervention vers les résultats est illustré à la **figure 6**. La théorie initiale du programme représente les hypothèses sous-jacentes sur la manière dont les interventions mises en œuvre dans le cadre d'ASPIRE sont censées fonctionner et sur l'impact qu'elles sont censées avoir.

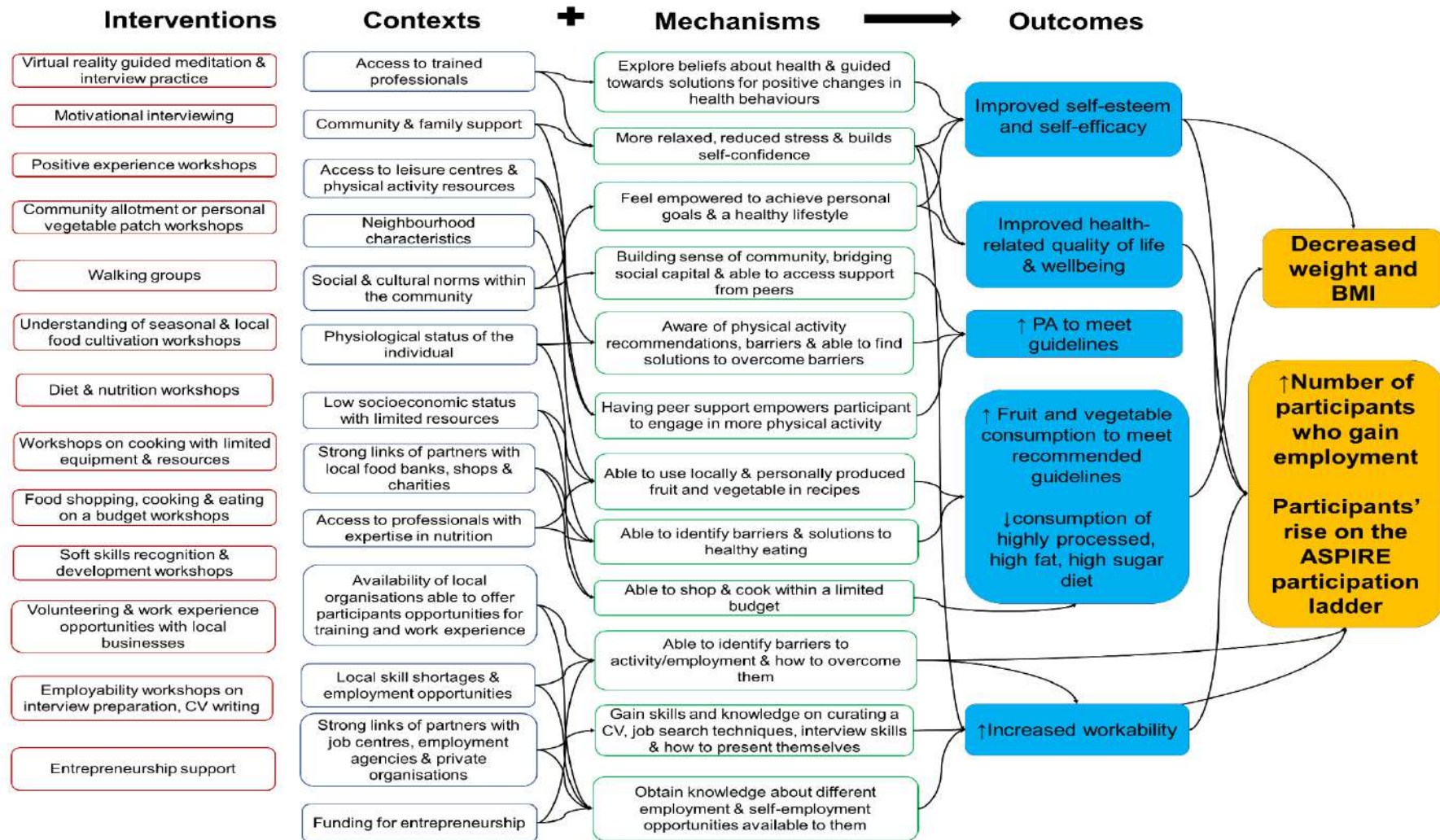


Figure 6 : Cadre conceptuel illustrant la configuration contextes-mécanismes-résultats qui sous-tend le modèle ASPIRE. Abréviations : IMC, indice de masse corporelle, CV, curriculum vitae, AP, activité physique

3.2 Analyses des forces, faiblesses, opportunités et menaces (SWOT)

Des analyses des lacunes et des forces, faiblesses, opportunités et menaces (SWOT) (**tableau 2**) ont été menées en collaboration avec les parties prenantes afin d'identifier les ressources existantes au sein des organisations susceptibles d'améliorer la mise en œuvre du modèle ASPIRE. En outre, les faiblesses et les menaces pesant sur le projet ont été identifiées et des stratégies ont été mises en œuvre pour atténuer les risques identifiés.

Tableau 2: Analyses des forces, faiblesses, opportunités et menaces (SWOT)

| Points forts | Faiblesses |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Partenaires déjà impliqués dans des services proposant des activités liées à un mode de vie sain, au bien-être et à l'employabilité.• Expérience du travail avec des personnes et des communautés difficiles à atteindre, vulnérables et isolées.• Expérience d'autres projets financés par l'UE et expertise dans le cadre de projets similaires en Angleterre et en France.• Une longue expérience de la collaboration avec les acteurs locaux pour la réalisation de projets communautaires similaires.• Partenariat solide avec les entreprises locales et les parties prenantes qui fournissent des services d'employabilité, de santé et de bien-être.• Un large éventail de compétences et d'expertise entre les partenaires du projet.• Les partenaires entretiennent des liens étroits avec les agences pour l'emploi, les organisations caritatives locales, les soins primaires, les services de probation, les services de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme. | <ul style="list-style-type: none">• La conception et la mise en œuvre de certaines activités du projet peuvent nécessiter des compétences supplémentaires de la part d'experts.• Tous les partenaires travaillent ensemble pour développer et mettre en œuvre efficacement le modèle ASPIRE.• Difficultés liées à l'identification des participants au projet ASPIRE et à la promotion du projet.• Difficultés liées au contrôle et au suivi des participants sur une longue période.• Le plan de mise en œuvre n'a pas été établi dès le départ avec des critères d'inclusion/exclusion et des délais définis, ce qui a entraîné des retards dans l'évaluation et l'obtention de l'approbation éthique. |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Le projet utilise des approches innovantes, notamment la technologie et l'utilisation de jeux. | |
| Opportunités | Menaces |
| <ul style="list-style-type: none"> Des ressources peuvent être mobilisées auprès de tous les partenaires pour contribuer à l'élaboration du modèle et à la mise en œuvre des activités. Établir des liens entre les professionnels et les services de santé et de bien-être et d'employabilité au sein des communautés ASPIRE. Adoption de bonnes pratiques dans les secteurs de la santé et du bien-être et de l'employabilité. Renforcer les liens existants entre les agences pour l'emploi, les organisations caritatives locales et les professionnels des soins primaires afin d'améliorer la santé et le bien-être des communautés difficiles à atteindre. Développer un réseau d'organisations proposant des formations en matière d'employabilité, une expérience professionnelle ainsi qu'un réseau de cultivateurs, de producteurs et de fournisseurs de produits alimentaires locaux. | <ul style="list-style-type: none"> L'évolution de la situation de Covid-19 et les exigences en matière de distanciation sociale auront une incidence sur la mise en œuvre des activités et sur le nombre de participants. Stratégies efficaces pour promouvoir l'adoption des activités du projet par les participants. Taux élevé d'abandon des participants. Atteindre les objectifs de recrutement des participants de manière équilibrée entre tous les sites de mise en œuvre. Respecter les délais des projets. Le projet doit être équipé pour gérer les défis liés aux participants souffrant d'addiction, de graves problèmes de santé mentale, d'événements défavorables dans l'enfance, etc. Les changements politiques et économiques en Angleterre et en France, par exemple le Brexit. Changement du contexte de l'emploi en Angleterre et en France suite à la pandémie de coronavirus. L'employabilité est compliquée dans une situation où le chômage augmente en raison de Covid, ce qui peut réduire les possibilités d'emploi des participants. |

3.3 Synthèse réaliste

Une synthèse réaliste a été réalisée pour identifier les stratégies communes utilisées par les interventions liées à la santé pour réduire l'obésité, le surpoids et le chômage et pour déterminer pour qui et dans quelles circonstances ces interventions ont réussi ou échoué et pourquoi. Cet examen a permis d'identifier les mécanismes contextuels qui déterminent les résultats observés et la manière dont les personnes impliquées dans les interventions liées à la santé visant à réduire l'obésité et le chômage ont eu tendance à réagir à l'intervention. Elle a également mis en lumière un certain nombre de perspectives négligées qui devraient être incluses dans les recherches futures.

Au total, 8 OCM ont été générées à partir de la théorie initiale du programme. Elles sont les suivantes (la lettre, le contexte C, le mécanisme M et les résultats O). Les OCM fournissent un niveau d'abstraction plus élevé qui définit la logique sous-jacente à la famille de stratégies d'intervention identifiées pour lutter contre le chômage et l'obésité.

1. **OCM1** : Lorsque les participants ayant des connaissances limitées en matière d'alimentation saine (C) reçoivent les connaissances et les compétences requises et sont en mesure d'appliquer ces nouvelles connaissances et compétences (M), leur comportement en matière d'alimentation saine s'améliore (O).
2. **OCM2** : Lorsque les participants ayant un faible niveau d'éducation (C) bénéficient d'une intervention dispensée dans leur langue maternelle, l'acceptation est plus grande, et ils sont en mesure d'utiliser les nouvelles compétences pour adopter avec succès un nouveau comportement (M) et améliorer leur comportement alimentaire sain (O).
3. **OCM3** : Lorsque les participants bénéficient d'une alimentation saine et d'activités physiques adaptées à leurs besoins (C), ils sont en mesure d'intégrer des compétences et des stratégies dans leur routine quotidienne, d'exécuter avec succès de nouvelles compétences (M) et de réduire leur poids et leur indice de masse corporelle (IMC) (O).
4. **OCM4** : Lorsque les participants à faible revenu (C) bénéficient d'incitations financières et de ressources, ils sont en mesure d'acheter des aliments plus sains (M) et d'améliorer leur comportement alimentaire (O).
5. **OCM5** : Lorsque les participants bénéficient d'interventions en matière d'alimentation saine et d'activité physique dans le cadre d'un groupe (C), ils sont en mesure d'obtenir

le soutien social de leurs pairs (M), d'augmenter leur niveau d'activité physique et d'améliorer leurs comportements en matière d'alimentation saine (O).

6. **OCM6** : Lorsque les participants ayant des connaissances et des compétences limitées en matière de recherche d'emploi (C) bénéficient d'une formation à la recherche d'emploi, ils sont en mesure d'appliquer ces compétences dans leur recherche d'emploi (M) et obtiendront un emploi (O).
7. **OCM7** : Lorsque les conditions du marché du travail sont favorables (C) et que les participants reçoivent une formation à la recherche d'emploi et à l'esprit d'entreprise, ils sont en mesure de développer et d'appliquer leurs nouvelles compétences en matière d'employabilité (M) et obtiennent un emploi (O).
8. **CMO8** : Lorsque les participants peu motivés et manquant d'estime de soi (C) se voient proposer des interventions autonomes, ils sont en mesure de développer des compétences d'autorégulation, de maintenir des perceptions de contrôle sur la situation (M) et d'améliorer leur auto-efficacité et leur estime de soi (O).

Les résultats ont montré que les interventions à composantes multiples combinant différentes stratégies, adaptées aux participants, utilisant un mélange de renforcement des connaissances et des compétences, d'approches motivationnelles et de pratiques concrètes ont donné des résultats positifs. Les caractéristiques des participants qui ont influencé les résultats comprennent l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le niveau de revenu, et elles devraient être prises en compte lors de l'adaptation des interventions. Dans l'ensemble, l'étude contribue à un domaine émergent de l'étude systématique, dans lequel les approches qualitatives complètent et étendent les résultats des études quantitatives, et met en évidence une approche coproduite plutôt que prescriptive de la conception et de la mise en œuvre d'interventions liées à la santé visant à réduire le surpoids, l'obésité et le chômage.

3.4 Participants

Les participants à l'étude ont été recrutés au sein des communautés des 9 sites de mise en œuvre d'ASPIRE. Le recrutement a été effectué dans les centres communautaires et de lutte contre le chômage, par le biais de prospectus, de messages en ligne, d'affiches et de recommandations de médecins généralistes, de cliniques de gestion du poids et de prescription sociale. L'approbation éthique de l'évaluation a été obtenue auprès du comité d'éthique de la recherche de l'université de Bournemouth () (ID éthique : 33136) et du NHS (ID projet IRAS : 288333).

3.5 Collecte de données

Conformément aux principes et à la méthodologie réalistes, une approche mixte a été utilisée pour collecter les données nécessaires à l'évaluation du projet. Des données quantitatives ont été collectées au départ et après 12 semaines afin d'évaluer l'efficacité des activités d'ASPIRE. Des données qualitatives ont été collectées à la fin de la participation à ASPIRE pour documenter les expériences des participants au projet.

3.6 Données quantitatives

Les données quantitatives ont été collectées à l'aide d'un kit d'évaluation numérique comprenant cinq enquêtes qui évaluaient la qualité de l'alimentation, la qualité de vie liée à la santé, l'auto-efficacité, l'engagement dans ASPIRE et la santé, le bien-être et l'activité. Les enquêtes en ligne comprenaient des questions sur les caractéristiques sociodémographiques, notamment l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et la durée du chômage.

3.7 Outils de collecte de données

1. **Kiosque de santé interactif Wellbeing People** : Les mesures anthropométriques et de composition corporelle, y compris le poids, l'IMC et le pourcentage de graisse corporelle, ont été effectuées à l'aide du kiosque de santé interactif Wellbeing People (numéro de modèle : SLF007 - Marden, Kent, Angleterre ; **figure 7**) . Ces mesures ont été effectuées lors de tournées de présentation au Royaume-Uni et dans les centres ASPIRE en France et au Royaume-Uni. Afin d'assurer la cohérence entre tous les centres ASPIRE, les mesures ont été effectuées selon un protocole standard et tous les coordinateurs des centres ont reçu une formation sur l'utilisation du Health Kiosk.



Figure 7 : Kiosque de santé de Wellbeing People

2. **L'échelle de participation et d'employabilité d'ASPIRE** : L'échelle de participation et d'employabilité d'ASPIRE (**figure 8**), composée d'une série de cinq étapes liées à des activités et à des résultats, a été utilisée pour cartographier la progression des participants dans le cadre d'ASPIRE. Les étapes de l'échelle sont les suivantes : "Rejoindre un centre ASPIRE", "Participer régulièrement à un centre", "Commencer

une formation professionnelle", "Bénévolat/expérience professionnelle" et "Emploi rémunéré".

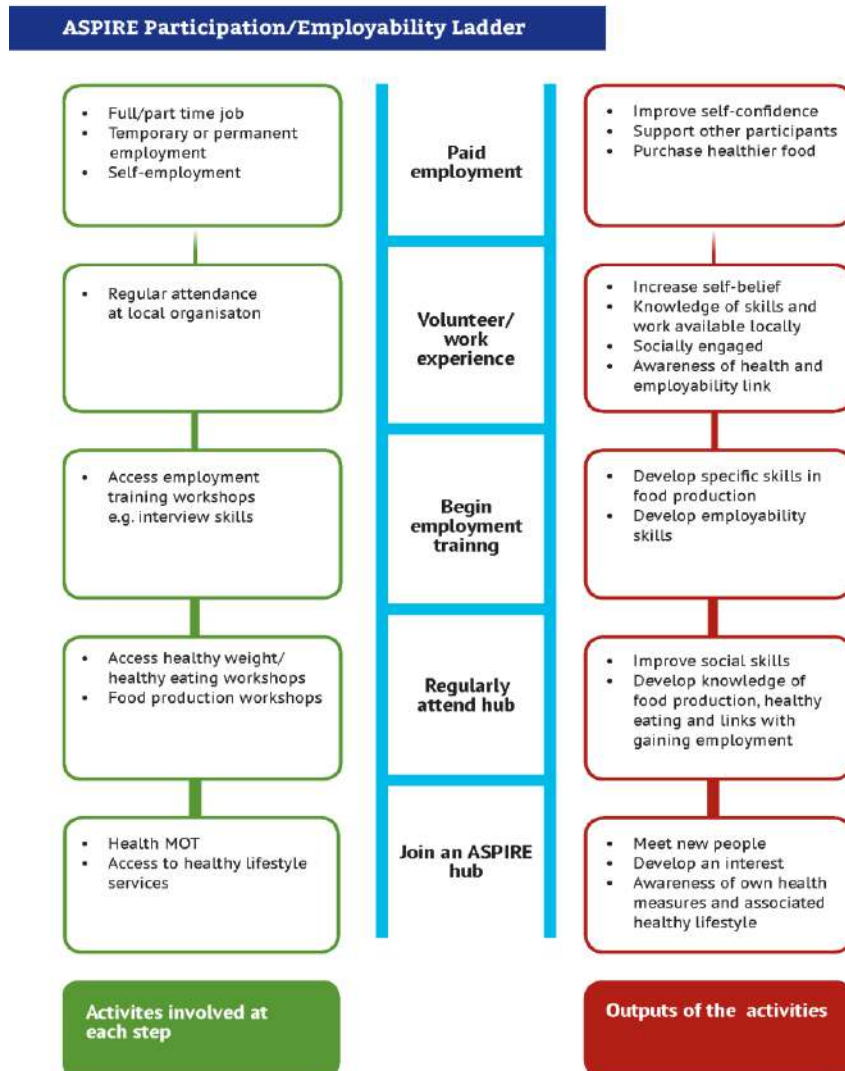


Figure 8 : L'échelle de participation/employabilité ASPIRE décrivant la série d'étapes, d'activités et de résultats.

3. Questionnaire semi-quantitatif sur la fréquence alimentaire (FFQ) : Ce questionnaire a été utilisé pour mesurer l'apport alimentaire et la qualité de l'alimentation. Le FFQ est un outil validé qui comprend 183 aliments et une section de questions ouvertes. Il s'agit d'une version adaptée du questionnaire Metacardis (31) et du FFQ EPIC (32,33) afin de refléter le régime alimentaire général en France et en

Angleterre et était adapté à une utilisation dans les deux pays. En utilisant des portions de taille standard, le FFQ a mesuré l'apport habituel en aliments et en nutriments d'un individu au cours de l'année écoulée. Des études de validation ont montré que cet instrument permettait d'estimer avec précision l'apport alimentaire et présentait des corrélations significatives avec les biomarqueurs et d'autres méthodes d'évaluation de l'alimentation.

4. **L'échelle générale d'auto-efficacité** : L'auto-efficacité a été évaluée à l'aide de L'échelle générale d'auto-efficacité (GSE)(34). Il s'agit d'une échelle auto-administrée en 10 points qui évalue le sentiment général d'auto-efficacité perçue dans le but de prédire comment les individus font face aux défis quotidiens et s'adaptent après avoir vécu toutes sortes d'événements stressants dans leur vie. Les réponses sont basées sur une échelle de 4 points et la somme des réponses aux 10 items donne un score composite final allant de 10 à 40, un score plus élevé indiquant une plus grande auto-efficacité. L'échelle a été validée pour une utilisation dans des populations adultes générales, et dans des échantillons provenant de 23 pays différents, l'alpha de Cronbach se situait entre 0,76 et 0,90, ce qui indique une grande fiabilité. Il a été démontré que le GSE présente une corrélation positive avec l'émotion, l'optimisme et la satisfaction au travail. Des coefficients négatifs ont été trouvés pour la dépression, le stress, les problèmes de santé, l'épuisement professionnel et l'anxiété (35).
5. **EuroQoI EQ-5D-5L** : cet instrument a été utilisé pour évaluer la qualité de vie liée à la santé des participants. L'EQ-5D-5L se compose d'un bref questionnaire descriptif et d'une échelle visuelle analogique (EQ-VAS) et fournit un profil descriptif simple de l'état de santé du répondant. Cet instrument est l'un des plus largement utilisés dans le monde pour mesurer l'état de santé et s'est avéré valide, fiable et sensible dans des populations variées (36-38).
6. **Santé, bien-être et activité** : Cet instrument a été utilisé pour collecter des données sur l'état de santé autodéclaré et la capacité de travail. L'état de santé autodéclaré sera évalué à l'aide des cinq questions du questionnaire sur la santé, le bien-être et l'activité, qui consiste à demander aux participants d'évaluer leur santé physique au cours des 30 derniers jours.

3.8 Données qualitatives

Les données qualitatives ont été recueillies à l'aide de la méthode Photovoice. Photovoice est une technique de recherche participative basée sur la communauté (CBPR) par laquelle les participants identifient, représentent et améliorent leur communauté par le biais de

photographies et de récits (39). En tant que méthodologie, photovoice a été largement utilisé dans la recherche pour explorer le bien-être et a permis aux participants d'identifier les activités et les lieux qui amélioreraient leur bien-être (40). Elle a également été utilisée dans des études sur le chômage et l'insécurité alimentaire (41) et comme un outil utile pour s'engager auprès des groupes défavorisés (42). Il a été démontré que la technique agit comme un catalyseur, apportant des impacts allant d'un sentiment accru d'accomplissement à une compréhension plus profonde de la réalité de la vie quotidienne des participants (42). L'utilisation de méthodes visuelles participatives a permis aux participants de créer leurs propres histoires. Les participants ont pu exercer un contrôle sur la présentation d'eux-mêmes, de leur bien-être et de leurs aspirations en matière d'employabilité tout au long du processus, et l'utilisation d'images visuelles telles que des photographies s'est avérée permettre aux participants de reconnaître leur autonomie (43). Dans le cadre du projet ASPIRE, un sous-ensemble de participants a été échantillonné à dessein et encouragé à prendre au moins sept photos de ce que le projet signifiait pour leur bien-être et/ou leur employabilité, et à remplir un journal de bord documentant chaque photo. Les photos ont ensuite été discutées lors d'un entretien semi-structuré afin d'obtenir un aperçu de l'expérience des participants avec ASPIRE et de l'impact du projet sur leur bien-être et leur employabilité. Tous les entretiens ont été enregistrés sur un dictaphone numérique en vue de leur transcription et de leur analyse.

4 ANALYSE DES DONNÉES

4.1 Données quantitatives

L'analyse statistique des données quantitatives a été réalisée à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) IBM statistics (version 26, SPSS UK Ltd Chertsey, UK). La normalité des variables continues sera vérifiée à l'aide de graphiques QQ et du test de Shapiro-Wilk. Tous les tests ont été effectués avec un intervalle de confiance de 95 % et, dans toutes les analyses, un seuil de $p < 0,05$ a été considéré comme statistiquement significatif. Des tests d'indépendance du chi carré ont été utilisés pour comparer les variables catégorielles telles que le sexe et le statut professionnel. Les moyennes et les écarts types ont été calculés pour les variables continues, notamment l'âge, le poids corporel et l'IMC. Des tests t par paires ont été utilisés pour examiner l'effet de l'intervention sur les variables au fil du temps. Des corrélations et des régressions ou des équivalents non paramétriques, le cas échéant, ont été utilisés pour examiner les relations entre les variables continues. Les abandons de l'étude ont été pris en compte dans l'analyse selon les principes de l'intention de traiter.

4.2 Données qualitatives

Les données qualitatives (photos et transcription d'un entretien semi-quantitatif) ont été analysées à l'aide de NVivo Pro 12.5 (QSR International, 2020), qui permet de coder les photos ainsi que le texte. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement des participants et transcrits. L'analyse thématique et l'analyse de contenu utilisant à la fois des approches déductives et inductives (44) ont été utilisées pour tester les théories initiales tout en permettant l'émergence de nouveaux thèmes, et comprenaient des étapes de familiarisation, de codage, d'indexation et de représentation graphique, de cartographie et d'interprétation. L'analyse déductive permettra de vérifier si les données sont cohérentes avec les hypothèses préalables. L'approche inductive, guidée par des objectifs d'évaluation spécifiques, a permis de faire émerger les résultats de la recherche à partir des thèmes fréquents, dominants ou significatifs inhérents aux données brutes.

5 RÉSULTATS

5.1 Kiosque de santé

Le tableau 3 ci-dessous décrit les caractéristiques générales des participants qui ont utilisé le kiosque de santé. Au total, 2 473 données sur les participants ont été obtenues auprès du kiosque de santé par le biais d'expositions itinérantes (63,8 %), dans les centres britanniques (5,2 %) et dans les centres français (30,9 %). La majorité des participants étaient des femmes (59,7 %) avec un âge moyen de 48±18,6 ans. Une plus grande proportion de participants était employée à temps plein (36,8). Les motivations pour utiliser le kiosque de santé étaient les suivantes : Inquiétude pour la santé (18,8%), Impossibilité de voir un médecin (5,2%), Encouragement par la famille ou un ami (6,8%), Encouragement par le personnel du centre (23,9%), Souci de la santé (13,0%), Plus pratique qu'une visite chez le médecin (3,5%) et Autre (28,9%).

L'analyse de la composition corporelle a révélé un IMC moyen de 28,0±6,1, la majorité des participants se situant dans la catégorie préobésité (34,8 %) et la composition moyenne de la graisse corporelle étant de 33,3±10,3 %. La pression artérielle moyenne était de 125,8±19,8mmHg pour la pression systolique et de 82,4±13,5mmHg pour la pression diastolique.

Tableau 3: Caractéristiques générales des participants du kiosque de santé (n 2473)

| Variable | n (%), moyenne (SD) |
|------------------------------------------------|---------------------|
| | 48.3 (18.6) |
| L'âge | |
| Le sexe | |
| Homme | 997.0 (40.3) |
| Femme | 1476.0 (59.7) |
| Situation professionnelle | |
| Temps plein | 910.0 (36.8) |
| Temps partiel | 375.0 (15.2) |
| Chômeurs à la recherche d'un emploi | 247.0 (10.0) |
| Chômeurs ne cherchant pas d'emploi | 79.0 (3.2) |
| Étudiant à temps plein | 57.0 (2.3) |
| Fabricant de maisons | 85.0 (3.4) |
| Travailleur volontaire | 126.0 (5.1) |
| Incapacité de travailler pour cause de maladie | 55.0 (2.2) |
| Aide à domicile | 20.0 (0.8) |
| Retraité | 476.0 (19.2) |
| Autres | 43.0 (1.7) |

| | |
|----------------------------------------------------------|---------------|
| Emplacement du kiosque | |
| Pôle français | 765.0 (30.9) |
| Pôle britannique | 129.0 (5.2) |
| Tournées de présentation | 1579.0 (63.8) |
| Motivation pour l'utilisation du kiosque de santé | |
| Inquiétude pour la santé | 465.0 (18.8) |
| Impossibilité de consulter un médecin | 128.0 (5.2) |
| Encouragé par la famille ou un ami | 168.0 (6.8) |
| Encouragé par le personnel du centre | 590.0 (23.9) |
| Soucieux de la santé | 321.0 (13.0) |
| Plus pratique qu'une visite chez le médecin | 86.0 (3.5) |
| Autres | 715.0 (28.9) |
| Indice de masse corporelle (kgm)⁻² | 28.0 (6.1) |
| Classification de l'IMC | |
| Insuffisance pondérale (<18,5) | 38.0 (1.5) |
| Poids normal (18,5-24,9) | 816.0 (33.0) |
| Pré-obésité (25.0-29.9) | 861.0 (34.8) |
| Classe d'obésité 1 (30,0-34,9) | 475.0 (19.2) |
| Classe d'obésité 2 (35,0-39,9) | 168.0 (6.8) |
| Classe d'obésité 3 (> 40) | 115.0 (4.7) |
| Composition de la graisse corporelle (BFC) | 33.3 (10.3) |
| Pression artérielle systolique (mmHg) | 125.8 (19.8) |
| Pression artérielle diastolique (mmHg) | 82.4 (13.5) |

Les données sont exprimées en moyenne (écart-type) pour les variables continues et en fréquence (%) pour les variables catégorielles. IMC catégorisé selon la classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

Le tableau 4 ci-dessous illustre la relation entre les motivations d'utilisation des kiosques de santé, la démographie et les indicateurs de l'état de santé. Les motivations d'utilisation du kiosque diffèrent selon l'âge, le sexe et le statut professionnel ($p < 0,001$). L'analyse post-hoc à l'intérieur du groupe a indiqué que les individus qui ont utilisé le kiosque de santé à cause de soucis de santé (53.3 ± 17.6 ans) ou qui avaient un accès limité à un médecin (53.9 ± 17.4 ans) étaient plus âgés que les individus encouragés par la famille ou les amis (46.1 ± 17.9) ou le personnel du centre (37.8 ± 16.4) ou conscients de leur état de santé. L'IMC des participants ($p < 0.001$) et le BFC différaient significativement en termes de motivations pour l'utilisation des kiosques de santé ($p < 0.001$). Les comparaisons post-hoc ont indiqué que l'IMC moyen des personnes soucieuses de leur santé ($26,4 \pm 5,2 \text{kgm}^{-2}$), tout en restant dans la catégorie des personnes en surpoids, était significativement plus bas que celui des personnes préoccupées par leur santé ($28,9 \pm 6,1 \text{kgm}^{-2}$), encouragées par leur famille ($28,8 \pm 6,6 \text{kgm}^{-2}$) ou encouragées par le personnel du centre ($28,2 \pm 7,3 \text{kgm}^{-2}$). De même, les personnes soucieuses de leur santé ($30,9 \pm 8,6\%$) avaient un BFC significativement plus faible que les

personnes inquiètes pour leur santé ($35,2 \pm 10,2\%$), ayant un accès limité à un médecin ($34,9 \pm 10,2\%$), encouragées par leur famille ou leurs amis ($34,4 \pm 11,2\%$) ou indiquant qu'il était plus pratique d'utiliser le kiosque de santé que d'aller chez le médecin ($35,0 \pm 8,1\%$).

Tableau 4: Relation entre la motivation pour l'utilisation des kiosques de santé, la démographie et l'état de santé (n 2473)







| | Santé préoccupante | Accès limité au médecin | Encouragé par la famille ou un ami | Encouragé par le personnel du centre | Soucieux de la santé | Plus pratique qu'une visite chez le médecin | Autres | Valeur p |
|------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------|---------------|-------------------|
| L'âge | 53.3(17.6) | 53.9(17.4) | 46.1(17.9) | 37.8(16.4) | 44.3(16.5) | 51.5(16.4) | 54.5(18.4) | <0.001* |
| Le sexe | | | | | | | | <0.001* |
| Homme | 202(43.4) | 51(39.8) | 62(36.9) | 207(35.1) | 119(37.1) | 26(30.2) | 330(46.2) | |
| Femme | 263(56.6) | 77(60.2) | 106(63.1) | 383(64.9) | 202(62.9) | 60(69.8) | 385(53.8) | |
| Situation professionnelle | | | | | | | | <0.001* |
| Temps plein | 201(43.2) | 46(35.9) | 68(40.5) | 200(33.9) | 140(43.6) | 37(43.0) | 218(30.5) | |
| Temps partiel | 63(13.5) | 12(9.4) | 30(17.9) | 93(15.8) | 63(19.6) | 14(16.3) | 100(14.0) | |
| Chômeurs à la recherche d'un emploi | 23(4.9) | 7(5.5) | 7(4.2) | 153(25.9) | 27(8.4) | 3(3.5) | 27(3.8) | |
| Chômeurs ne cherchant pas d'emploi | 22(4.7) | 3(2.3) | 7(4.2) | 27(4.6) | 7(2.2) | 1(1.2) | 12(1.7) | |
| Étudiant à temps plein | 8(1.7) | 8(6.3) | 6(3.6) | 15(2.5) | 12(3.7) | 1(1.2) | 7(1.0) | |
| Fabricant de maisons | 10(2.2) | 6(4.7) | 6(3.6) | 25(4.2) | 12(3.7) | 5(5.8) | 21(2.9) | |
| Travailleur volontaire | 11(2.4) | 5(3.9) | 6(3.6) | 36(6.1) | 14(4.4) | 4(4.7) | 50(7.0) | |
| Incapacité de travailler pour cause de maladie | 14(3.0) | 1(0.8) | 4(2.4) | 4(0.7) | 3(0.9) | 1(1.2) | 28(3.9) | |
| Aide à domicile | 8(1.7) | 1(0.8) | 4(2.4) | 0(0.0) | 1(0.3) | 0(0.0) | 6(0.8) | |
| Retraité | 93(20.0) | 38(29.7) | 29(17.3) | 22(3.7) | 40(12.5) | 19(22.1) | 235(32.9) | |
| Autres | 12(2.6) | 1(0.8) | 1(0.6) | 15(2.5) | 2(0.6) | 1(1.2) | 11(1.5) | |
| Emplacement du kiosque | | | | | | | | <0.001* |
| Pôle français | 53(11.4) | 28(21.9) | 28(16.7) | 408(69.2) | 153(47.7) | 8(9.3) | 87(12.2) | |
| Pôle britannique | 22(4.7) | 5(3.9) | 13(7.7) | 28(4.7) | 24(7.5) | 8(9.3) | 29(4.1) | |
| Tournées de présentation | 390(83.9) | 95(74.2) | 127(75.6) | 154(26.1) | 144(44.9) | 70(81.4) | 599(83.8) | |
| Indice de masse corporelle (kgm)⁻² | 28.9(6.1) | 28.3(5.6) | 28.8(6.6) | 28.2(7.3) | 26.4(5.2) | 27.9(4.6) | 27.6(5.5) | <0.001* |
| Composition de la graisse corporelle (BFC) | 35.2(10.2) | 34.9(10.2) | 34.5(11.2) | 32.2(11.8) | 30.9(8.6) | 35.0(8.1) | 33.4(10.3) | <0.001* |
| Pression artérielle systolique (mmHg) | 129.6(20.8) | 127.8(19.5) | 128.5(19.6) | 122.5(18.5) | 120.7(19.4) | 128.0(18.4) | 127.2(19.9) | <0.001* |




| | | | | | | | | |
|----------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|
| Pression artérielle diastolique (mmHg) | 83.0(13.7) | 83.1(12.0) | 84.3(14.3) | 82.5(14.6) | 80.4(12.8) | 83.6(11.9) | 82.0(12.7) | 0.045* |
|----------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|

Les données sont exprimées en moyenne (écart-type) pour les variables continues et en fréquence (%) pour les variables catégorielles. Les différences moyennes sont significatives au niveau de 0,05 en utilisant l'analyse de variance à sens unique (ANOVA) et les tests du chi-carré.

Le tableau 5 illustre la relation entre la composition corporelle et les indicateurs de santé et de bien-être. L'IMC diffère de manière significative pour les paramètres de santé et de bien-être suivants : votre corps, le sommeil, l'exercice, l'alimentation et l'alcool. Les personnes qui devaient prendre des mesures concernant leur corps ($p < 0,001$) et leur alimentation ($p < 0,001$) avaient un IMC significativement plus élevé que les autres groupes. L'analyse du BFC et des indicateurs de santé et de bien-être a révélé des différences significatives pour les indicateurs relatifs au corps, au sommeil et à l'alcool. Les participants classés comme étant en bonne santé en ce qui concerne la consommation d'alcool avaient un indice de masse corporelle plus élevé que les participants classés comme pouvant être améliorés ($p = 0,001$). Pour les paramètres relatifs au sommeil et au corps, les participants en bonne santé avaient un BFC plus faible que ceux classés comme pouvant être améliorés ($p < 0,001$) et les participants devant prendre des mesures avaient le BFC le plus élevé par rapport aux autres groupes ($p < 0,001$).

Tableau 5 : Relation entre la composition corporelle et les indicateurs de santé et de bien-être (n 727)

| Indicateurs de santé et de bien-être | Indice de masse corporelle (kgm) ⁻² moyenne (écart-type) | | | | Composition de la graisse corporelle (%) moyenne (écart-type) | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------|
| | Nécessité d'agir | Une marge d'amélioration | Bien-être | Valeurs p | Nécessité d'agir | Une marge d'amélioration | Bien-être | Valeur p |
|  Votre corps | 31.6(6.9) | 28.6(7.0) | 25.5(5.8) | <0.001 | 37.2(9.7) | 33.1(11.0) | 27.3(10.3) | <0.001 |
|  Sommeil | 25.1(2.1) | 28.8(7.1) | 27.2(6.8) | 0.007 | 29.0(6.9) | 33.8(11.3) | 30.1(10.9) | <0.001 |
|  Exercice | 29.9(7.9) | 28.3(7.1) | 26.7(6.3) | <0.001 | 34.0(12.3) | 31.6(11.1) | 30.7(10.84) | 0.068 |
|  Détente | 28.4(9.3) | 27.8(6.7) | 27.8(7.0) | 0.912 | 33.9(13.0) | 32.0(10.7) | 30.7(11.5) | 0.204 |
|  Vie domestique | 24.0(7.7) | 28.4(7.0) | 27.4(6.8) | 0.056 | 26.3(13.0) | 32.3(11.5) | 31.0(10.8) | 0.129 |
|  Vie professionnelle | 28.4(7.7) | 27.6(8.1) | 27.4(6.1) | 0.210 | 31.1(12.4) | 31.2(13.0) | 31.8(9.8) | 0.734 |

| | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------|-----------|-----------|------------------|------------|------------|------------|--------------|
|  | Le stress | 27.8(7.0) | 28.0(7.1) | 27.4(6.6) | 0.548 | 32.7(10.0) | 32.1(11.1) | 30.3(11.3) | 0.109 |
|  | Régime alimentaire | 31.3(10.4) | 28.4(7.0) | 26.9(6.4) | <0.001 | 33.4(15.5) | 32.1(11.3) | 30.8(10.6) | 0.212 |
|  | Alcool | 28.0(4.6) | 26.6(6.3) | 28.3(7.1) | 0.016 | 30.0(10.5) | 29.1(10.2) | 32.4(11.4) | 0.001 |

Données exprimées en moyenne (SD). Les différences moyennes sont significatives au niveau de 0,05 en utilisant l'analyse de variance à sens unique (ANOVA).

5.2 Engagement et participation

L'engagement et la participation à ASPIRE ont été évalués à l'aide de l'échelle de participation ASPIRE. L'analyse a porté sur les données de 322 participants au total, dont 64,6 % étaient des femmes et 55,0 % des participants vivaient en France (**tableau 6**). Au départ, 59,6 % des participants ont indiqué que leur étape actuelle sur l'échelle était l'adhésion à un hub ASPIRE, contre 37,0 % des participants après l'intervention.

Tableau 6 : Caractéristiques générales des participants ayant suivi l'échelle de participation et d'employabilité ASPIRE (n 322)

| Variable | n (%), moyenne (SD) |
|-----------------------|---------------------|
| Le sexe | |
| Homme | 111(34.5) |
| Femme | 208(64.6) |
| Autres | 3(0.9) |
| L'âge | 38.5(17.5) |
| Pays | |
| France | 177(55.0) |
| ROYAUME-UNI | 145(45.0) |
| Site du projet | |
| AG | 29(9.0) |
| MLPM | 55(17.1) |
| MEEF | 56(17.4) |
| WM | 15(4.7) |
| MCH | 57(17.7) |
| BCP | 48(14.9) |
| YL | 38(11.8) |
| VIF | 11(3.4) |
| CSE | 13(4.0) |

Données exprimées en moyenne (écart-type) pour les variables continues et en fréquence (%) pour les variables catégorielles. AG, Anges Gardins ; MLPM, Mission Locale Picardie Maritime ; MEEF, Maison pour l'Entreprise, l'Emploi et la Formation Santerre Haute Somme ; WM, Centre Social Audrey Bartier ; MCH, Medway Community Healthcare ; BCP, Bournemouth, Christchurch & Poole Council ; YL, East Kent hub ; VIF, Vivons en Forme ; CSE ; Centre Social Eclaté

Le nombre de participants progressant d'un échelon sur l'échelle a augmenté de façon constante entre la période de référence et la période de 12 semaines (**figure 9**). On observe également une augmentation de la proportion de participants qui montent d'un cran sur l'échelle de la participation en ce qui concerne leurs aspirations futures (**figure 10**). Alors que 14 % des participants avaient indiqué qu'ils souhaitaient obtenir un emploi rémunéré au moment de l'enquête de référence, 30,4 % ont indiqué qu'ils souhaitaient obtenir un emploi rémunéré après l'intervention.

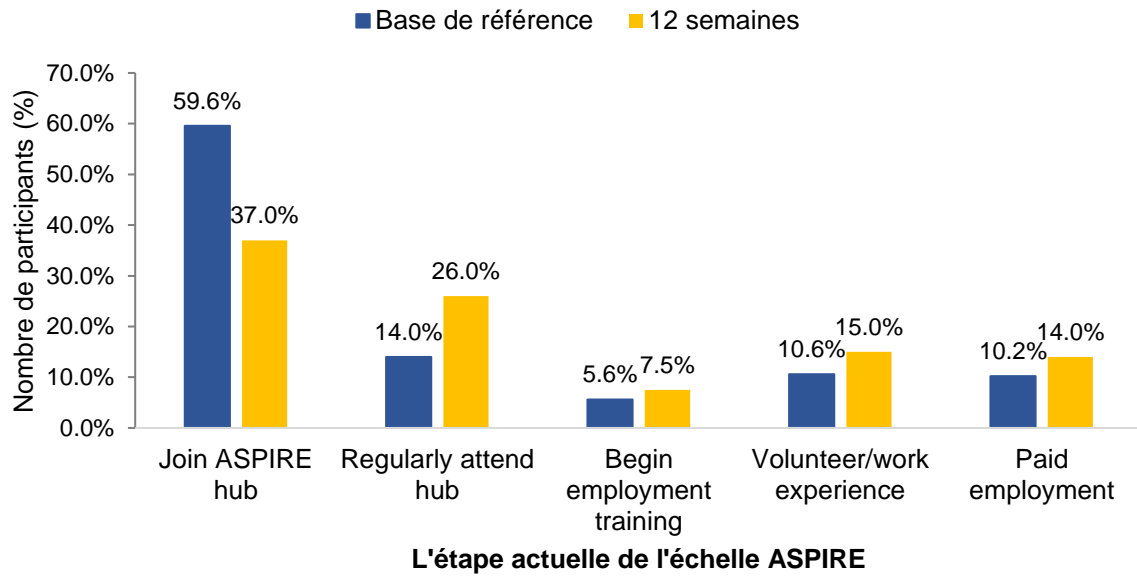


Figure 9 : Niveau actuel des participants sur l'échelle ASPIRE au début et à la fin de l'intervention

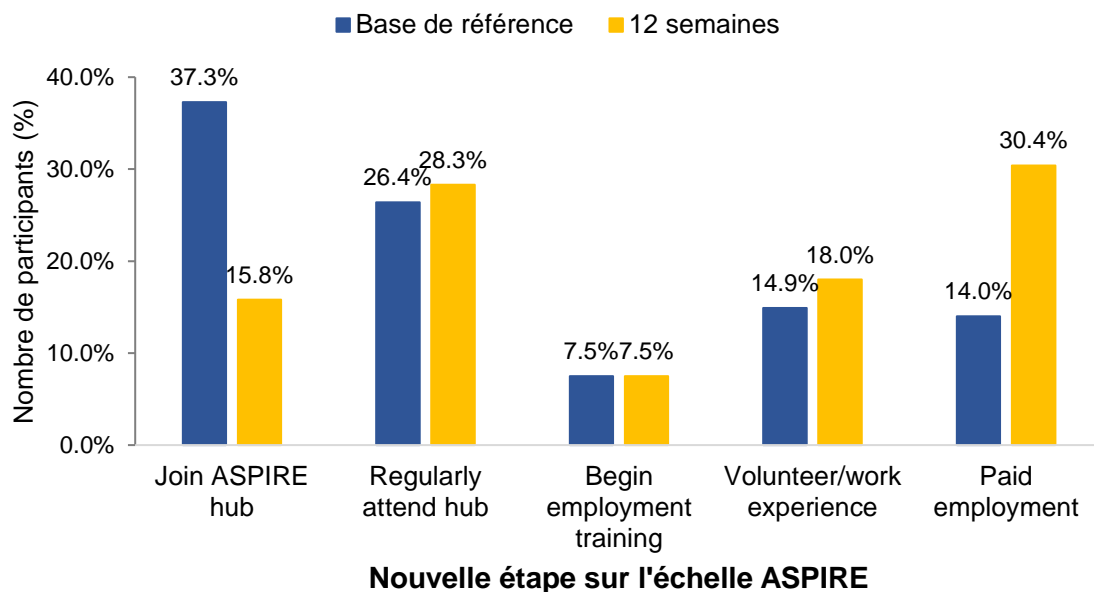


Figure 10 : Aspirations futures des participants sur l'échelle ASPIRE au départ et après l'intervention

5.3 Auto-efficacité

Le tableau 7 présente les données relatives à l'auto-efficacité. Au total, 252 participants ont été inclus dans cette analyse. L'âge moyen était de 37,9±17,9 ans, 65,5% de femmes et 66,7% de participants français. Le score moyen d'auto-efficacité au départ était de 28,8±6,5, sur une échelle allant de 10 à 40 pour tous les participants, un score plus élevé indiquant une meilleure auto-efficacité. L'analyse du score d'auto-efficacité post-intervention a révélé une augmentation faible mais significative de l'auto-efficacité post-intervention (0,5, p=0,036) chez tous les participants. L'analyse des sous-groupes a montré que l'auto-efficacité était systématiquement plus élevée chez les participants vivant en France (base : 29,8±6,1 ; post-intervention : 30,0±6,0) que chez les participants vivant au Royaume-Uni (base : 26,7±6,7 ; post-intervention : 27,7±7,1), à la fois au début et à la fin de l'intervention. Des différences statistiquement significatives dans les scores d'auto-efficacité ont été observées entre les pays au départ (p<0,001) et après l'intervention (p = 0,003).

Tableau 7 : Caractéristiques générales des participants ayant rempli l'échelle d'auto-efficacité (n 252)

| Variable | n (%), moyenne (SD) |
|--------------------------------|---------------------|
| Le sexe | |
| Homme | 84(33.3) |
| Femme | 165(65.5) |
| Autres | 3(1.2) |
| L'âge | 37.9(17.9) |
| Pays | |
| France | 168(66.7) |
| ROYAUME-UNI | 84(33.3) |
| Site du projet | |
| AG | 27(10.7) |
| MLPM | 40(15.9) |
| MEEF | 60(23.8) |
| WM | 17(6.7) |
| MCH | 46(18.3) |
| BCP | 8(3.2) |
| YL | 30(11.9) |
| VIF | 14(5.6) |
| CSE | 10(4.0) |
| Score d'auto-efficacité | |
| Base de référence | 28.8(6.5) |
| Post-intervention | 29.3(6.5) |

Données exprimées en moyenne (écart-type) pour les variables continues et en fréquence (%) pour les variables catégorielles. AG, Angès Gardins ; MLPM, Mission Locale Picardie Maritime ; MEEF, Maison pour l'Entreprise, l'Emploi et la Formation Santerre Haute Somme ; WM, Centre Social Audrey Bartier ; MCH, Medway Community Healthcare ; BCP, Bournemouth, Christchurch & Poole Council ; YL, East Kent hub ; VIF, Vivons en Forme ; CSE ; Centre Social Eclaté

5.4 Qualité de vie liée à la santé

L'évaluation de la qualité de vie liée à la santé à l'aide de l'outil EQ-5D-5L a été complétée par un total de 251 participants (**tableau 8**). La majorité d'entre eux étaient des femmes (64 %) et venaient principalement de France (65,3 %). La qualité de vie auto-évaluée sur l'échelle visuelle analogique (échelle EQ-VAS) a augmenté de 0,9 point entre le début de l'étude et la 12e semaine, mais cette différence n'était pas statistiquement significative. Si le score global de l'EQ-VAS n'a pas varié de manière significative, des différences ont été observées pour les sous-échelles descriptives de la mobilité, des soins personnels, des activités habituelles, de la douleur/inconfort et de l'anxiété/dépression (**figure 11**). Au départ, 66,1 % des participants ont déclaré n'avoir aucun problème de mobilité, contre 67,3 % à 12 semaines. Le nombre de participants ayant déclaré n'avoir aucune mobilité a diminué, passant de 1,6 % au départ à 1,2 % à 12 semaines. De même, le nombre de participants n'ayant déclaré aucun problème d'autonomie au départ (86,1 %) a augmenté par rapport aux 12 semaines (87,6 %), tandis que le nombre de participants ayant déclaré des problèmes légers, modérés et graves d'autonomie a diminué. Une tendance similaire a été observée pour l'activité habituelle, la douleur/la gêne et l'anxiété/la dépression.

Tableau 8 : Caractéristiques générales des participants ayant rempli le questionnaire EQ-5D-5L (n 251)

| Variable | n (%), moyenne (SD) |
|-----------------------|---------------------|
| Le sexe | |
| Homme | 84(33.5) |
| Femme | 164(65.3) |
| Autres | 3(1.2) |
| L'âge | 37.7(17.7) |
| Pays | |
| France | 164(65.3) |
| ROYAUME-UNI | 87(34.7) |
| Site du projet | |
| AG | 25(10.0) |
| MLPM | 41(16.3) |
| MEEF | 58(23.1) |
| WM | 14(5.6) |
| MCH | 52(20.7) |
| YL | 35(13.9) |
| VIF | 15(6.0) |
| CSE | 11(4.4) |
| Score EQ-VAS | |
| Base de référence | 64.8(21.0) |
| 12 semaines | 65.7(20.8) |

Données exprimées en moyenne (écart-type) pour les variables continues et en fréquence (%) pour les variables catégorielles. AG, Anges Gardins ; MLPM, Mission Locale Picardie Maritime

; MEEF, Maison pour l'Entreprise, l'Emploi et la Formation Santerre Haute Somme ; WM, Centre Social Audrey Bartier ; MCH, Medway Community Healthcare ; BCP, Bournemouth, Christchurch & Poole Council ; YL, East Kent hub ; VIF, Vivons en Forme ; CSE ; Centre Social Eclaté

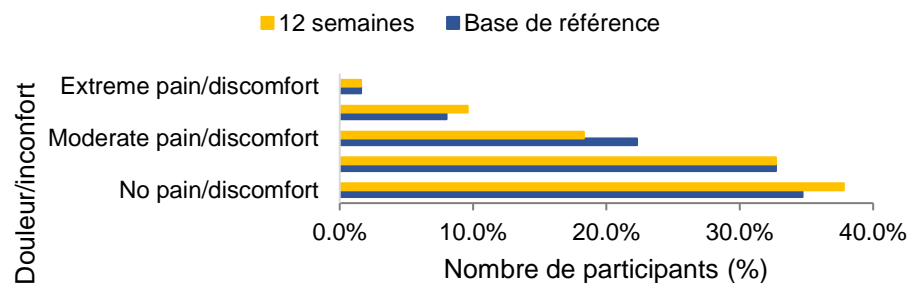
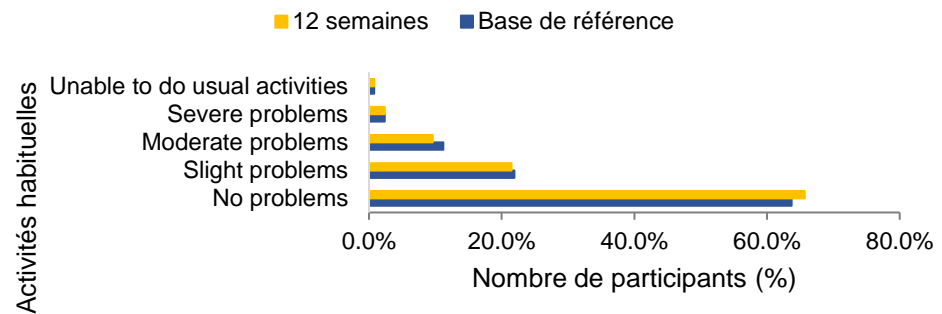
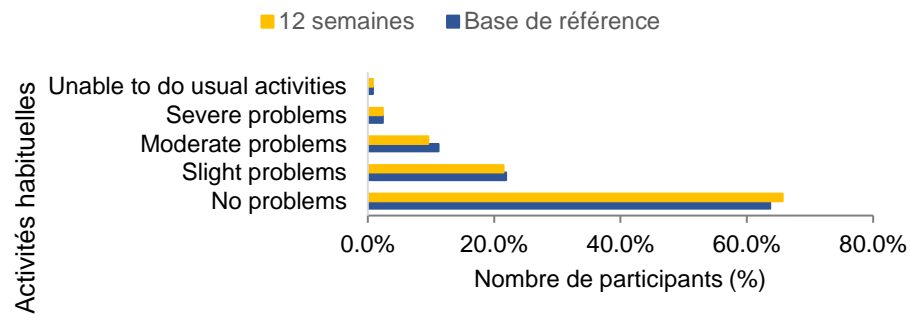
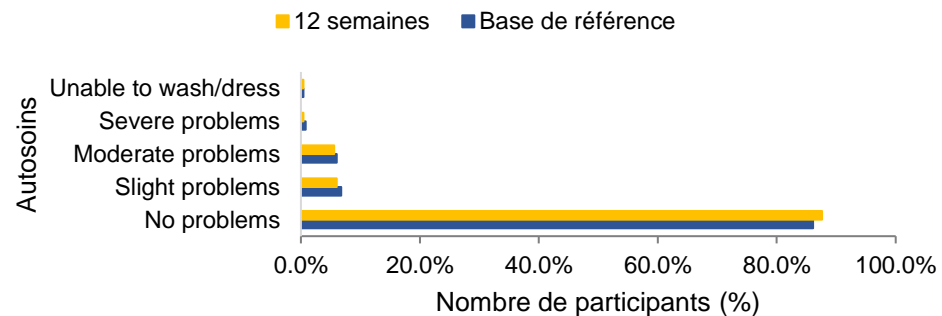
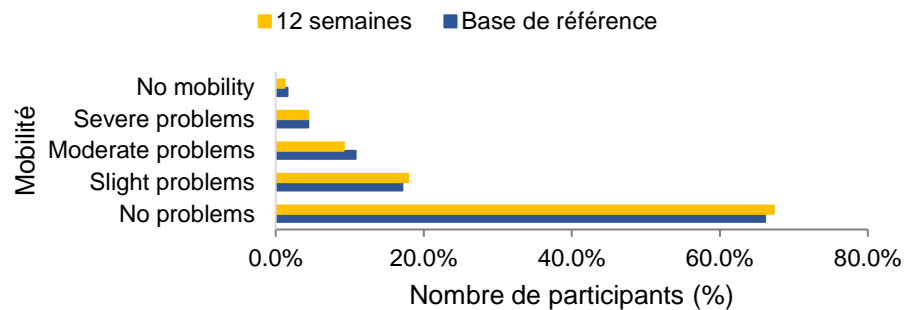


Figure 11 : Qualité de vie liée à la santé au départ et 12 semaines après l'intervention

5.5 Qualité de l'alimentation

Les caractéristiques générales des participants ayant répondu au questionnaire sur la fréquence alimentaire et la qualité du régime alimentaire évaluée à l'aide de l'indice de qualité du régime alimentaire - international (IQD-I) sont présentées dans le **tableau 9** ci-dessous. Le score de l'indice DQI-I varie de 0 à 100, un score plus élevé indiquant une meilleure qualité de l'alimentation. Des données ont été obtenues auprès de 257 participants au total, la majorité d'entre eux étant des femmes (65 %) et majoritairement originaires de France (66,1 %). Dans l'ensemble, la qualité de l'alimentation des participants peut être qualifiée de moyenne et il n'y a pas eu de changement statistique dans la qualité de l'alimentation en réponse aux activités d'ASPIRE lorsque l'on compare les données de base à celles obtenues après 12 semaines.

Tableau 9 : Caractéristiques générales des participants ayant répondu au questionnaire sur la fréquence alimentaire (n 257)

| Variable | n (%), moyenne (SD) |
|----------------------------------|---------------------|
| Le sexe | |
| Homme | 90(35) |
| Femme | 167(65.0) |
| L'âge | 40.7(18.0) |
| Pays | |
| France | 170(66.1) |
| ROYAUME-UNI | 87(33.9) |
| Site du projet | |
| AG | 45(17.5) |
| MLPM | 9(3.5) |
| MEEF | 62(24.1) |
| WM | 16(6.2) |
| MCH | 52(20.2) |
| YL | 3(1.2) |
| VIF | 18(7.0) |
| CSE | 20(7.8) |
| Qualité de l'alimentation | |
| Base de référence | 54.0(10.7) |
| 12 semaines | 54.2(10.3) |

Données exprimées en moyenne (écart-type) pour les variables continues et en fréquence (%) pour les variables catégorielles. AG, Anges Gardins ; MLPM, Mission Locale Picardie Maritime ; MEEF, Maison pour l'Entreprise, l'Emploi et la Formation Santerre Haute Somme ; WM, Centre Social Audrey Bartier ; MCH, Medway Community Healthcare ; BCP, Bournemouth, Christchurch & Poole Council ; YL, East Kent hub ; VIF, Vivons en Forme ; CSE ; Centre Social Eclaté

5.6 Santé générale

Le **tableau 10** présente les caractéristiques des participants ayant répondu aux questionnaires sur la santé et le bien-être. Comme pour les autres mesures, la majorité des participants étaient des femmes (64,9 %) et venaient de France (68,1 %). La majorité des participants avaient suivi l'enseignement obligatoire (40,1 %), n'avaient pas d'expérience professionnelle (34,8 %) et vivaient avec leur partenaire ou des membres de leur famille (44,4 %).

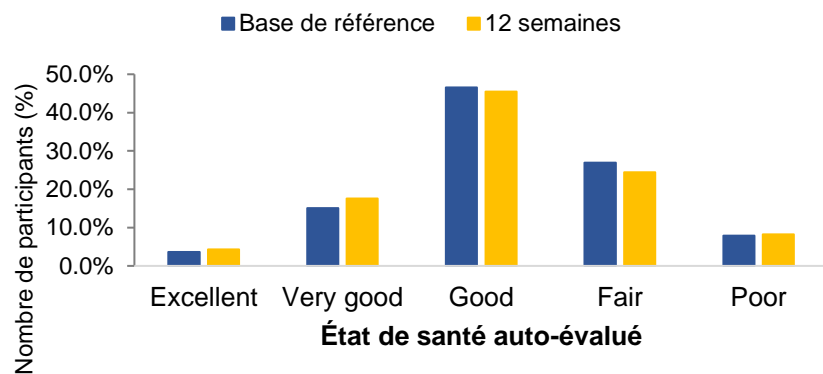
Tableau 10 : Caractéristiques générales des participants ayant répondu au questionnaire sur la santé et le bien-être (n 279)

| Variable | n (%), moyenne (SD) |
|----------------------------------------------------------|---------------------|
| Le sexe | |
| Homme | 92(33.3) |
| Femme | 181(64.9) |
| Autres | 6(2.2) |
| L'âge | 37.8 (17.8) |
| Pays | |
| France | 190(68.1) |
| ROYAUME-UNI | 89(31.9) |
| Site du projet | |
| AG | 29(10.4) |
| MLPM | 47(16.8) |
| MEEF | 59(21.1) |
| WM | 15(5.4) |
| MCH | 52(18.6) |
| BCP | 1(0.4) |
| YL | 37(13.3) |
| VIF | 14(5.0) |
| CSE | 25(9.0) |
| Niveau d'éducation le plus élevé | |
| Aucun | 25(9.0) |
| Scolarité obligatoire | 112(40.1) |
| Formation professionnelle/compétences professionnelles | 70(25.1) |
| Enseignement post-secondaire et qualifications | 72(25.8) |
| Durée de l'emploi précédent | |
| Aucun | 97(34.8) |
| < 1 an | 47(16.8) |
| 1 à 2 ans | 29(10.4) |
| 3-4 ans | 16(5.7) |
| 5 ans ou plus | 90(32.3) |
| Ménage | |
| Vivre seul | 92(33.0) |
| Vivre avec son partenaire | 55(19.7) |
| Vivre avec un colocataire (logement en colocation) | 8(2.9) |
| Vivre avec un partenaire et/ou des membres de la famille | 124(44.4) |

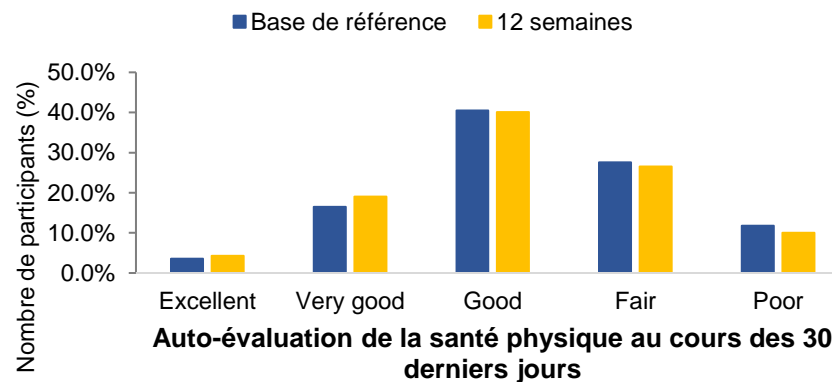
Données exprimées en moyenne (écart-type) pour les variables continues et en fréquence (%) pour les variables catégorielles. AG, Anges Gardins ; MLPM, Mission Locale Picardie Maritime ; MEEF, Maison pour l'Entreprise, l'Emploi et la Formation Santerre Haute Somme ; WM, Centre Social Audrey Bartier ; MCH, Medway Community Healthcare ; BCP, Bournemouth, Christchurch & Poole Council ; YL, East Kent hub ; VIF, Vivons en Forme ; CSE ; Centre Social Eclaté

L'état de santé auto-évalué en termes de santé générale et de santé physique au cours des 30 derniers jours s'est généralement amélioré entre le début et la 12e semaine (**figure 12**). De même, l'impact de la santé sur le niveau d'activité s'est amélioré. Par rapport à l'enquête de référence, où 48,4 % des participants ont signalé un effet de leur santé sur leur niveau d'activité, moins de participants (47 %) ont signalé un effet de leur santé sur leur niveau d'activité à la douzième semaine.

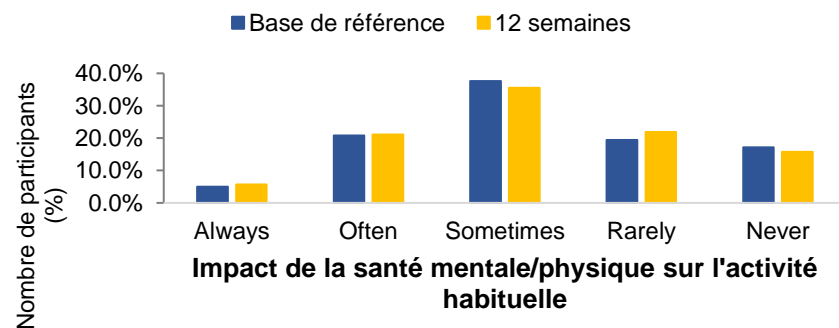
a.



b.



c.



d.

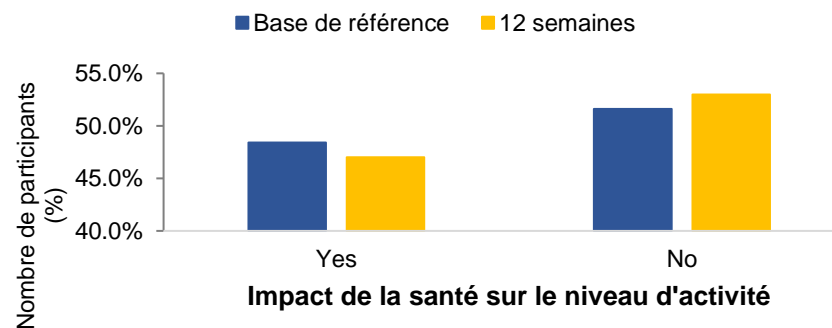


Figure 12 : État de santé auto-évalué des participants au départ et à 12 semaines

5.7 Expériences des participants au projet - Étude Photovoice

Les caractéristiques générales des participants à l'étude Photovoice sont présentées dans le **tableau 11**. Les neuf centres ASPIRE étaient représentés, la plupart d'entre eux ayant fourni deux participants. 65 % des participants venaient de France, 35 % du Royaume-Uni et la répartition entre les sexes était équilibrée, avec 55 % de femmes. La fourchette d'âge était large (19 à 73 ans), l'âge moyen étant de 39 ans, mais les participants français représentaient une cohorte plus jeune (âge moyen de 36 ans), tandis que la cohorte britannique était plus jeune (âge moyen de 43 ans). 40 % des participants vivaient seuls et les autres vivaient avec d'autres personnes (partenaires ou membres de la famille). Les parcours éducatifs sont variés : 30 % des participants n'ont suivi que la scolarité obligatoire, 35 % ont suivi une formation professionnelle et 35 % ont obtenu un diplôme de l'enseignement post-secondaire. Les emplois précédents étaient également variés, mais liés à l'âge : 45 % des participants n'avaient aucune expérience ou moins d'un an d'expérience (âge moyen : 25 ans), 35 % avaient plus de cinq ans d'expérience (âge moyen : 51 ans) et 20 % avaient entre un et quatre ans d'expérience (âge moyen : 46 ans).

Tableau 11 : Caractéristiques démographiques des participants à Photovoice (n 20)

| Variable | n (%), moyenne (SD) |
|-----------------------------------------------------------|---------------------|
| Le sexe | |
| Homme | 9(45) |
| Femme | 11(55) |
| L'âge | 38.5(16) |
| Pays | |
| France | 13(65) |
| ROYAUME-UNI | 7(35) |
| Niveau d'éducation le plus élevé | |
| Scolarité obligatoire | 6(30) |
| Formation professionnelle/compétences professionnelles | 7(35) |
| Enseignement post-secondaire et qualifications | 7(35) |
| Emploi précédent | |
| Aucun | 4(20) |
| < 1 an | 5(25) |
| 1 à 2 ans | 1(5) |
| 3 - 4 ans | 3(15) |
| >5 ans | 7(35) |
| Ménage | |
| Vivre seul | 8(40) |
| Vivre avec son partenaire | 2(10) |
| Vivre avec son partenaire et/ou des membres de sa famille | 9(45) |
| Inconnu | 1(5) |

Les données sont exprimées en moyenne (écart-type) pour les variables continues et en fréquence (%) pour les variables catégorielles.

Aperçu des thèmes et sous-thèmes

La figure 13 ci-dessous présente les principaux thèmes et les sous-thèmes les plus fréquemment codés qui ont été identifiés à partir de l'analyse de Photovoice.



Figure 13 : Principaux thèmes et sous-thèmes de l'analyse de Photovoice

Les sections suivantes examinent les principaux thèmes et sous-thèmes à l'aide d'exemples de photos et de citations tirées des transcriptions ; les identifiants des participants ont été rendus anonymes.

5.7.1 Ma vie avant ASPIRE

Le sous-thème dominant de cette partie du parcours est " Défis en matière de santé et de bien-être ". Les participants évoquent souvent leur mauvais état de santé mentale avant de commencer le programme ASPIRE ; la tristesse, la dépression et l'anxiété sont des sentiments courants : " *Quand je suis arrivé ici, j'étais très déprimé et très instable mentalement et je n'étais pas sûr de l'avenir* " (P3). Le manque de confiance et une mauvaise image de soi étaient également fréquents : " *Quand je suis arrivé à l'atelier ASPIRE, ma vie était en désordre. J'avais des problèmes que j'ai toujours, des problèmes de confiance en moi, d'estime de soi* " P8. La phrase la plus fréquente utilisée par les participants pour exprimer

leurs sentiments à ce stade est celle de l'absence d'espoir ou de progrès, " *votre vie est nulle, donc vous savez que vous devez hum, vous relever, donc ce feu rouge signifie, vous savez, que votre vie s'est arrêtée... elle est arrivée à zéro* " P7. Certains participants ont dit qu'ils se sentaient seuls : " *J'étais seul dans ma chambre* ". P12. Plusieurs références ont été faites aux mécanismes d'adaptation, certains étant négatifs : " *Mon poids, mon image de soi, le fait que je ne mange pas correctement et que j'ai recours à des aliments plus ou moins nocifs pour ma santé* " (P9), d'autres positifs. P9, et d'autres positifs - " *Nous faisons du bénévolat dans les soupes populaires, les services de secours, nous devenons religieux pour nous remonter le moral et trouver la paix afin de ne pas sombrer dans la dépression* " P19. L'autre sous-thème était " Les difficultés d'accès aux opportunités " ; les participants ont exprimé leurs expériences liées au manque d'opportunités, de revenus ou de temps, en raison du chômage ou du manque de soutien avant de rejoindre le programme ASPIRE : " *Je n'ai pas beaucoup de revenus en ce moment, j'ai l'impression que beaucoup d'opportunités me sont fermées en raison de mes revenus, cela me fait me sentir très hum, très isolée hum des choses sociales, hum de la progression dans la vie, hum, les opportunités sont limitées sans argent* " P5. Les photos et leurs légendes reflètent l'état d'esprit négatif de la plupart des participants, comme le montre la **figure 14**.



Tristesse



Une vie sans issue



Arrêtée



Seul dans mes pensées

Figure 14 : Photos et légendes du thème *Ma vie avant ASPIRE*

5.7.2 *Ma vie pendant ASPIRE*

Les trois sous-thèmes " Participer activement à ASPIRE ", " Avoir accès à un soutien et se sentir soutenu " et " Changements continus dans le mode de vie " reflètent les changements dont les participants ont fait l'expérience en participant aux activités d'ASPIRE. Ils ont aimé participer à des activités telles que le jardinage, la cuisine et les activités créatives "*Je peux aider à faire pousser des choses, et je peux faire partie de quelque chose qui n'est pas juste moi dans mon petit monde, c'est vraiment agréable ... C'est un grand confort*" P1, et ont trouvé du plaisir à être plus actifs grâce au sport et au mouvement "*J'étais constamment en mouvement, je bougeais parce qu'il y avait le sport, il y avait la partie nutrition, il y avait la sophrologie, et ainsi de suite. Je veux dire qu'il n'y avait pratiquement pas de temps mort*" P17. Certains ont commenté les aspects positifs de l'acquisition de nouvelles compétences et de l'implication dans le travail : "*J'ai appris des choses sur la santé et le bien-être. Cela m'a donné envie d'aller de l'avant.*" P11. Outre les activités elles-mêmes, les participants estiment que la participation au projet ASPIRE a soutenu leur santé physique et mentale en leur donnant des sentiments d'espoir et de bonheur "*pendant le projet, ce qu'Aspire m'a apporté...à avoir cette sensation de progresser ...à chaque atelier par exemple*". P15, "*depuis que je suis à ASPIRE..., je n'ai ressenti que du soutien..... pour me maintenir debout, pas seulement physiquement, mais aussi mentalement*" P4. Les participants ont également rapporté que pendant ASPIRE, ils ont connu des changements de style de vie continus avec des améliorations de leur santé mentale, de leur motivation "*Motivant. C'est le désir de me reconstruire*". P14, et la vie sociale "*Je vais au centre tous les jours, alors bien sûr je vois*

toujours les autres amies que je me suis faites avec ASPIRE ... et c'est génial. Disons que nous formons une famille. P16 Les photos et légendes de ce thème reflètent l'amélioration de l'état mental des participantes grâce à leur participation à des activités et au fait qu'elles se sentent soutenues par le projet ASPIRE, comme le montre la **figure 15**.



Actif



Soutenu



Le soleil du bonheur



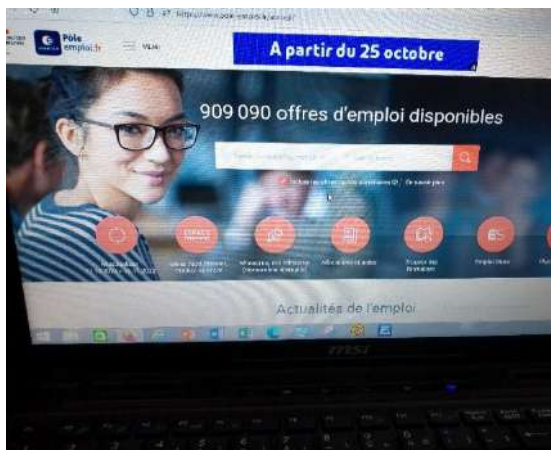
Groupe de solidarité

Figure 15 : Photos et légendes du thème *Ma vie pendant ASPIRE*

5.7.3 *Ma vie après ASPIRE*

Le sous-thème dominant était " Changements positifs dans la vie ". Contrairement à ce qui se passait avant ASPIRE, les participants ont exprimé des sentiments de bonheur et d'espoir : "*nous avons la foi, nous avons l'espoir, nous avons la lumière... vous voyez, le vert peut représenter beaucoup de choses, l'espoir*" P18, une énergie et une confiance accrues : "*je*

pense que j'ai complètement changé en termes d'estime de soi, j'ai fait des progrès ", et la motivation d'aller de l'avant dans la vie : " les activités que nous faisons à ASPIRE, sur le plan sportif, m'ont donné la motivation d'aller de l'avant et de me battre " P11. Le sens de la communauté et de l'amitié a également été fréquemment mentionné : "J'aime ça, j'aime être là pour les autres maintenant. Je me sens bien, je prends soin de moi mais aussi des autres" P20, ainsi que l'effet sur l'employabilité "J'ai pris cette photo parce que j'ai participé à Aspire, et je suis maintenant à la recherche d'un emploi" P12. Les photos et les légendes de ce thème reflètent ces expériences positives, comme le **montre la figure 16**.



A la recherche d'un emploi



La rivière verte de l'espoir



Aller de l'avant



Acceptation

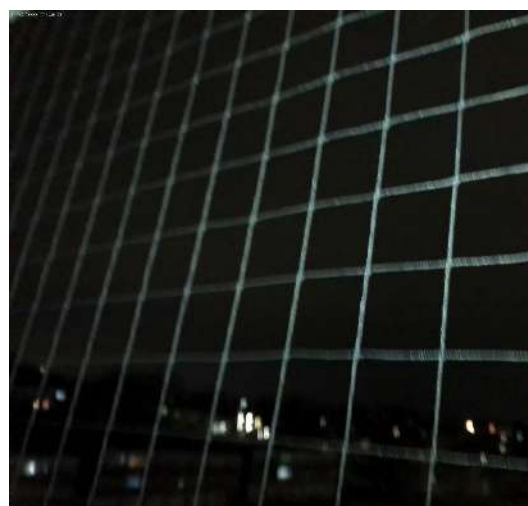
Figure 16 : Photos et légendes de *Ma vie maintenant* après le thème ASPIRE

5.7.4 Ma vie sans ASPIRE

Ce thème était dominé par les émotions négatives. De nombreux participants ont connu des problèmes de santé mentale dans le passé, notamment la dépression, le suicide, le stress, l'inquiétude, la toxicomanie et le sentiment d'être perdus et sans but. Ils pensent que, sans ASPIRE, ces problèmes se seraient poursuivis. *"J'étais sur la voie du suicide, de la dépendance et de l'alcool. Je ne me sentais pas bien"* P20, *"Je retournais dans l'obscurité. Je n'aurais rien eu à attendre de ma vie"* P3. Un autre sous-thème majeur était "l'inactivité et le manque de progrès", souvent décrit comme l'absence d'objectifs, l'immobilisme, une vie vide ou un chemin plein de défis *"c'est assez facile celui-là, vide, et c'est une marque d'usure, à force d'être assis sur cette chaise depuis trop longtemps"* P6. D'autres participants avaient des aspirations inassouvies par manque d'argent ou de motivation : *"J'avais l'impression, avant de rencontrer les gens d'ASPIRE, de rester immobile, j'avais beaucoup d'aspirations à faire des choses mais je n'avais pas l'argent pour les faire ou je n'avais pas la volonté de m'y mettre"*. P5. Les participants ont également déclaré que sans ASPIRE, ils avaient manqué de conseils et de soutien et n'avaient pas eu accès à une aide professionnelle pour la gestion du stress, les conseils nutritionnels, l'amélioration des connaissances et des compétences et la préparation à l'emploi : *"Et si nous n'avions pas adhéré à ASPIRE, aurions-nous pensé à aller voir un sophrologue ou à payer pour aller voir un nutritionniste ? N'oublions pas cela"* P9. Les photos et les légendes de ce thème reflètent ces émotions négatives, comme le montre la **figure 17**.



Sans repères



Ténèbres



Vide



Suicide

Figure 17 : Photos et légendes du thème *Ma vie sans ASPIRE*

5.7.5 ASPIRE et ma santé, mon bien-être ou mon employabilité

Les sous-thèmes dominants reflétaient les résultats escomptés de l'intervention : "Valorisation des produits, de la cuisine et de l'alimentation sains", "Amélioration de la santé mentale" et "Bénéfices en termes de condition physique et de perte de poids". De nombreux participants ont apprécié les conseils en matière de nutrition et de cuisine : *"C'est une meilleure façon de cuisiner et nous gardons les vitamines dans les légumes grâce aux ateliers de cuisine. Avant, nous mangions des aliments morts... Quand on a de bons légumes qui revitalisent le corps, on apprend à manger plus intelligemment"* P19, et ont trouvé que cela avait des effets positifs sur leur santé mentale *"cet arbre symbolise une nouvelle phase de ma vie... les tournesols, la lumière du soleil, représentant une nouvelle naissance, mais globalement, ASPIRE a juste ouvert une nouvelle lumière dans ma vie, il a rallumé beaucoup de rêves passés que j'ai eus aussi"* P3. Certains ont également réussi à perdre du poids : *" Et voilà la balance. J'ai perdu neuf livres en six semaines "* (P6). L'employabilité a également été mentionnée *"parce qu'en conséquence, en termes d'employabilité, je me prépare vraiment beaucoup pour l'avenir"* P15, ainsi que les avantages de faire partie d'une communauté *"Renouvellement. Le bien-être. Bien manger, être avec des gens, être sociable, participer à des activités. J'ai adoré hier. On n'était pas nombreux, mais c'était bien. C'est être ensemble"* P20. Les photos et les légendes de ce thème reflètent les effets positifs du projet ASPIRE, comme le montre la **figure 18**.



Alimentation saine



Bien-être



La force



Renouvellement de l'être ensemble

Figure 18 : Photos et légendes d'ASPIRE et de ma santé, mon bien-être et mon employabilité

5.7.6 Les défis d'ASPIRE

Les difficultés rencontrées par les participants au cours d'ASPIRE se répartissent principalement en deux sous-thèmes : " Difficultés liées à la santé physique " : " *Pour moi, la difficulté consiste à faire une activité. Le sport, les activités physiques. C'était difficile. Je n'avais pas l'habitude.* P20, ou les "défis émotionnels et mentaux", notamment l'anxiété, l'agoraphobie, l'affrontement des peurs, les troubles de l'alimentation ou la prise de parole au sein d'un groupe "C'est mon plus grand défi ... qui est de quitter la sécurité du nid, de quitter ce qui me protège... Je pense que c'est l'agoraphobie" P1. Pour certains participants, les défis liés à l'équilibre de la vie, aux déplacements vers le centre et à l'environnement socioculturel

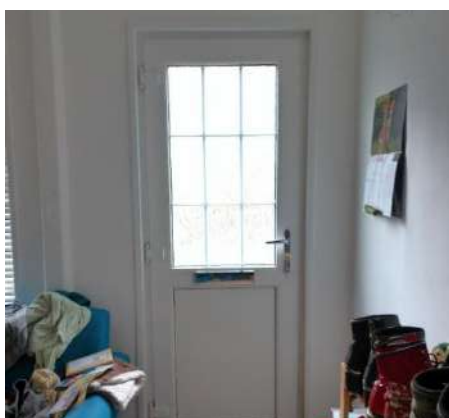
à la maison étaient également importants. Cependant, de nombreux participants ont exprimé des commentaires positifs sur les avantages de surmonter les défis pour la santé physique et mentale : *"Et quand nous faisons de l'exercice, nous nous sentions mieux. C'est le début qui est difficile, nous avons oxygéné notre sang"*. P19. Les photos et les légendes de ce thème étaient très variées en fonction des difficultés rencontrées par les participants, comme le montre la figure 19.



Parcours sportif



Les défis de la vie



Ma porte



Itinéraire possible malgré les difficultés

Figure 19 : Photos et légendes des défis relevés pendant le programme ASPIRE

5.7.7 *Le plus grand changement dans ma vie depuis ASPIRE*

La façon la plus courante dont les participants ont exprimé le plus grand changement dans leur vie est l'augmentation de la confiance et de l'efficacité personnelle, en parlant de changement d'image, de redécouverte, de franchissement d'obstacles et de motivation pour réussir malgré les défis, *"Je pense que c'est vraiment le fait d'oser, de se dire, bon, après tout, si je n'ose pas, c'est sûr que je ne réussirai pas, c'est clair, et aussi de se dire qu'il y a autre*

chose que cette routine quotidienne" P15. L'amélioration de la santé mentale, exprimée par un état d'esprit positif, l'appréciation de l'environnement, le bonheur, la paix et la sérénité, figure également en bonne place dans ce thème : *" c'est le plus grand changement qu'ASPIRE a eu sur la vie, c'est-à-dire les promenades et les activités, qui sont passées de la négativité à la positivité "* (P7). De nombreux participants pensent également que le plus grand changement provient des " aspects sociaux positifs de l'ASPIRE " : être accepté par la communauté, pas de racisme, pas de jugement, le soutien des autres et le sentiment de sécurité, *" l'ASPIRE est un lieu de sécurité pour moi par rapport à ma vie normale ... c'est un lieu de sécurité, où je peux venir pour quelques heures chaque jour, ou chaque semaine, où je me sens en sécurité "* (P3). *On peut marcher le long de la promenade côtière, mais il y a une promenade circulaire de 2,6 miles que je fais plusieurs fois par jour si je le peux"* P6. Les photos et les légendes de ce thème reflètent les changements positifs survenus dans la vie des participants, comme le **montre la figure 20**.



Ma renaissance



Sérénité



Sociabilité



Liberté et bonheur

Figure 20 : Photos et légendes du *Plus grand changement dans ma vie d'ASPIRE*

5.8 Démontrer ce qui fonctionne, comment, pourquoi et pour qui

Conformément aux principes de l'évaluation réaliste, une analyse plus poussée a été réalisée pour élucider les stratégies mises en œuvre dans le cadre du modèle ASPIRE qui ont réussi ou échoué et pour quels participants. Les **tableaux 12 et 13** ci-dessous résument les activités d'intervention réussies, les stratégies efficaces en matière de recrutement et d'engagement et les raisons de leur succès ou de leur échec.

Tableau 12 : Résumé des activités d'intervention, des stratégies de recrutement et d'engagement qui ont bien fonctionné dans ASPIRE

| | CE QUI FONCTIONNE | POUR QUI | COMMENT | POURQUOI | DÉFIS |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ACTIVITÉS D'INTERVENTION | Ateliers de cuisine Ateliers de culture alimentaire Cours de nutrition | Tous les participants dans tous les pôles | <ul style="list-style-type: none"> • Panier de légumes gratuit en guise de récompense. • Dégustation et partage de plats/recettes après un cours de cuisine. • Utiliser les aliments du jardin et apprendre de nouvelles recettes. • Possibilités de volontariat • Nouvelles compétences et connaissances en matière d'alimentation et de produits frais • Classes à effectifs réduits et programmes spécifiques aux groupes • Adaptation des activités aux besoins des participants • Fréquence des ateliers • Bonne atmosphère/environnement • Personnel proactif | <ul style="list-style-type: none"> • Plus d'engagement social, d'implication et d'adhésion des participants. • Programme d'activités varié : toujours explorer l'intérêt des membres pour de nouvelles activités/de nouveaux sujets. • Des ateliers fréquents ont favorisé un engagement régulier dans les activités. • Ressources pour soutenir les activités (livre de recettes, etc.). • Accès à la plateforme de soutien numérique. | <ul style="list-style-type: none"> • Recherche de prestataires de services (pour la cuisine) • Nécessité d'une structure physique et d'un équipement • Nécessité d'une politique claire de distribution des denrées alimentaires • Adapter l'espace physique au nombre d'activités. • Encourager les participants à assister à d'autres activités auxquelles ils ne se sont pas inscrits. • Aligner les activités proposées sur les intérêts et la disponibilité des participants (calendrier). |

| | | | | | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RECRUTEMENT | Le bouche à oreille | Tous les participants dans tous les pôles | <ul style="list-style-type: none"> • Témoignage • Afficher ses propres résultats. • Partager des réflexions positives sur le projet. • Site web avec des vidéos commandées. • Témoignage vidéo des participants. | <ul style="list-style-type: none"> • Les gens remarquent un réel changement chez la personne qui leur a recommandé le programme, et ils sont donc plus assidus. | |
| | Disponibilité de coordinateurs de centres pour faciliter le recrutement | Tous les participants dans tous les pôles | <ul style="list-style-type: none"> • Réunions formelles pour présenter les objectifs du projet aux participants intéressés. • Conversations individuelles entre les coordinateurs des plateformes et les participants potentiels • Stands lors d'événements communautaires locaux • Présentation des installations et du matériel, avec des exemples d'activités, des démonstrations de cuisine, des possibilités de parler au personnel et aux participants, etc. | <ul style="list-style-type: none"> • Facilité d'accès et disponibilité des informations sur le projet. • Les événements "pop-up" ont montré des résultats positifs en matière de recrutement grâce à des activités de démonstration dans des espaces publics. | <ul style="list-style-type: none"> • Les événements qui ne sont pas ouverts au public, bien qu'utiles pour la mise en réseau avec d'autres agences, demandent beaucoup d'efforts d'organisation. • Les réunions avec les parties prenantes peuvent s'avérer plus rentables pour la mise en place du réseau. |
| | Système d'orientation (réseaux de soins primaires du NHS, cabinets de médecins généralistes, services de prescription sociale, centres | Tous les participants dans tous les pôles | <ul style="list-style-type: none"> • Cibler le même public | <ul style="list-style-type: none"> • Les références des médecins généralistes s'avèrent bien fondées lorsqu'il s'agit de rester avec/de recevoir des participants réguliers dans | <ul style="list-style-type: none"> • Les professionnels de la santé ont été dépassés par la pandémie et d'autres problèmes internes (manque de temps). • Services de prescription sociale : rotation fréquente du |

| | | | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | d'emploi et de loisirs). | | n'importe quel type d'activité. | personnel, prestations complexes. |
| | Médias sociaux (Facebook, Instagram). | Les jeunes Nouveaux membres de la communauté | <ul style="list-style-type: none"> • Événements Facebook et affiches numériques annoncés sur les pages d'ASPIRE ou sur les plateformes de médias sociaux des partenaires. • Textes et lettre d'information | <ul style="list-style-type: none"> • Large portée de l'audience • Tenir les participants informés de l'évolution du programme. • Exclusion de la population non connectée aux médias sociaux. • Surcharge d'informations/intérêts concurrents sur les médias sociaux |
| L'ENGAGEMENT AVEC LES PARTICIPANTS | L'engagement des participants a été principalement attribué à la bienveillance du programme. | Tous les participants dans tous les pôles | <ul style="list-style-type: none"> • Identification aux valeurs du projet. • La qualité et la diversité des activités proposées • Accès gratuit aux activités et aux ressources • Suivi/coaching individualisé. • Matériel de soutien, cadeaux et diplôme de fin d'études • Retour d'information fréquent sur les progrès réalisés • Méthodes participatives, coopératives et collaboratives dans des contextes individuels et collectifs | <ul style="list-style-type: none"> • Perception par les participants de leurs résultats et/ou des progrès de leurs pairs. • Montrer les réalisations des différents groupes quand cela était possible. • Les participants se sont sentis confiants et responsabilisés |

| | | | | |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Relations interpersonnelles (coordinateurs du centre et participants) | Participants plus jeunes | <ul style="list-style-type: none"> • Politique d'inclusion des participants dans les phases du programme • Rendre les participants responsables des éléments des activités • Encouragement continu à la participation par des contacts réguliers (par téléphone ou en personne). • Possibilités d'implication de la communauté au sens large, telles que le théâtre de rue et la danse. • Assurer le suivi des participants qui n'ont pas assisté à la réunion en gardant le contact par téléphone et par SMS. | <ul style="list-style-type: none"> • Les participants se sentent en confiance et écoutés • Se sentir valorisé • Sentiment d'appartenance • Favoriser les relations entre les participants et les coordinateurs des centres. |
| | Progression vers le volontariat dans le cadre du projet | Participants plus jeunes | <ul style="list-style-type: none"> • Les participants se portent volontaires pour les activités du projet, y compris les sessions de cuisine, le travail dans les jardins ASPIRE ou la restauration pour les événements ASPIRE. • Promotion du programme lors d'événements locaux par les jeunes impliqués dans le projet | <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la confiance en soi et de l'estime de soi des participants |

| | | | | |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INCITATIONS POUR LES PARTICIPANTS | Aide au transport (transports publics et taxis) | <ul style="list-style-type: none"> • Les participants résidant dans des zones rurales ou des zones peu desservies par les bus. • Les personnes souffrant de troubles mentaux particuliers (anxiété, phobies) | <ul style="list-style-type: none"> • Une association locale de transport a été utilisée pour assurer le transport. • Remboursement des frais de transport : transports publics (valeur faciale du billet) ou déplacement en voiture jusqu'à la plateforme (sur la base du kilométrage). | <ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'accessibilité des activités du projet • Augmentation de la fréquentation |
| | Système de crédit social ou de récompense des participants. | <ul style="list-style-type: none"> • Hub des Anges Gardins | <ul style="list-style-type: none"> • Programme de récompense : MANNE. Les participants gagnaient des points en participant aux activités et pouvaient les utiliser pour échanger des produits ou des services, notamment chez le coiffeur. | <ul style="list-style-type: none"> • Encourager l'engagement par le biais du système d'échange MANNE. |
| | Uniforme ASPIRE (T-shirts et tabliers de cuisine) | Tous les participants dans tous les pôles | | <ul style="list-style-type: none"> • Promotion d'un sentiment d'appartenance et d'identité pour les participants |

Tableau 5: Résumé des activités d'intervention, des stratégies de recrutement et d'engagement qui n'ont pas bien fonctionné dans ASPIRE

| | CE QUI N'A PAS FONCTIONNÉ | POUR QUI | COMMENT | POURQUOI | CHALLENGES |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Activités d'intervention | Activités liées à l'activité physique (promenades de bien-être, cyclisme, promenades guidées, boxe, cours de fitness). | Tous les centres ASPIRE | <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à réaliser des activités sportives. | <ul style="list-style-type: none"> • Les activités de plein air (par exemple le cyclisme) dépendent du temps qu'il fait. • Équipement : limite de poids des vélos. • Exiger une forte implication des membres de l'équipe centrale pour mener à bien les activités avec les participants. | <ul style="list-style-type: none"> • Envisager des solutions de rechange pour l'hiver. • Un personnel résilient et dévoué. |
| Recrutement | Flyers, affiches, articles, promotion dans les médias locaux et campagnes de publicité. | Tous les centres ASPIRE | <ul style="list-style-type: none"> • Dépôt de brochures dans les magasins locaux • Affiches dans les espaces publics • Couverture radio locale | <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation de la communauté, mais pas de cohorte significative de participants au programme. • Les affiches et les banderoles dans les centres commerciaux n'ont pas été efficaces en raison de l'absence d'intervention humaine et d'un public non spécifique. | |
| Engagement avec les participants | Système d'inscription hebdomadaire aux ateliers | La majorité des centres ASPIRE | <ul style="list-style-type: none"> • Au lieu d'un affichage hebdomadaire d'activités programmées, gérer le programme sur la base d'une cohorte. | | |
| | Recrutement du personnel | La majorité des centres ASPIRE | <ul style="list-style-type: none"> • Forte rotation du personnel | <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'équipe stable dédiée au projet tout au long du programme. | |
| INCITATIONS POUR LES PARTICIPANTS | Utiliser les aliments du jardin | Pôle PCA | <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas établir de politique initiale pour l'utilisation de la zone de culture et la récolte des aliments du jardin. | <ul style="list-style-type: none"> • L'absence d'une politique claire de distribution des denrées alimentaires a créé des problèmes tels que "ne pas avoir assez de" | |

nourriture pour tout le monde, décider qui reçoit ce qui est disponible".