Interreg

France (Channel Manche) England

EUROPEAN UNION

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-créées 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 Ham ..... **Error! Bookmark not defined.**
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.

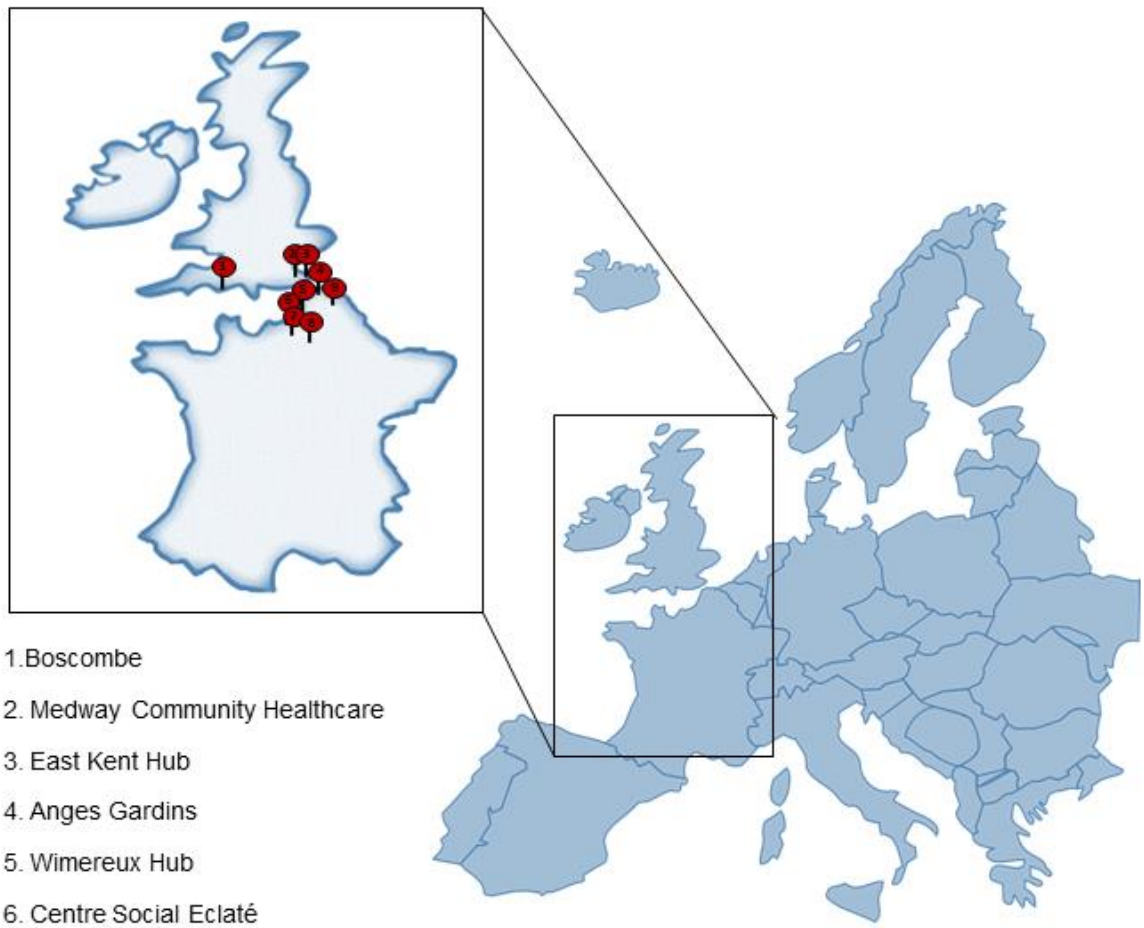


Figure 1: Localisation des centres de projets ASPIRE

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 Gardins
- 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: Eléments fondamentaux, activités et résultats d'apprentissage pour les composantes du modèle ASPIRE

Élément ASPIRE	Activité	Résultats de l'apprentissage
Vendez vos propres produits	• 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	**Atteindre les objectifs et l'employabilité** • 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	• Ateliers de cuisine • Cuisine de base • Mise en conserve • Cours de nutrition	**Alimentation saine** • 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	**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	• 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	**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.

***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 Ham

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.

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.

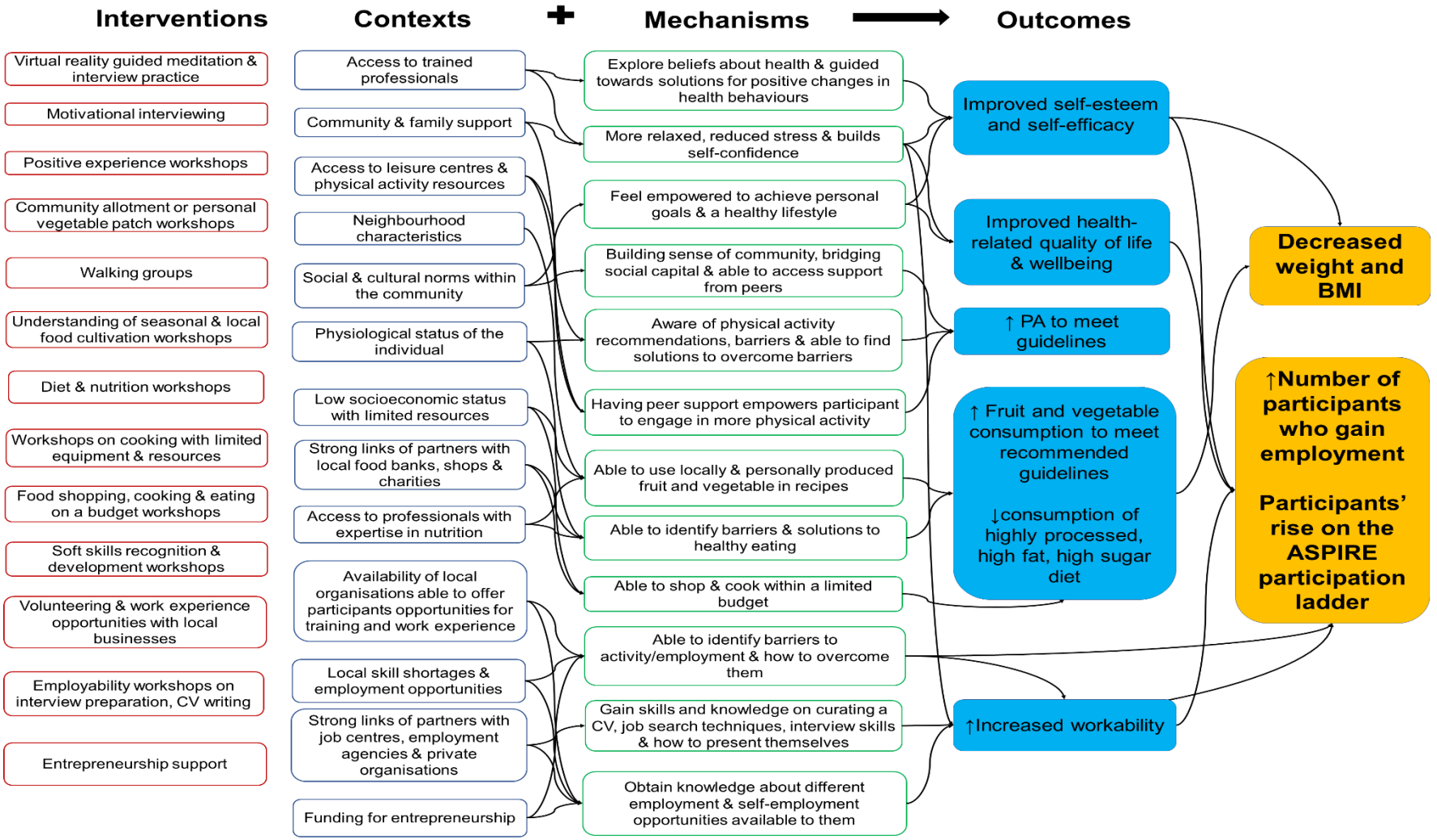


Figure 6 : *Cadre conceptuel illustrant la configuration contextes-mécanismes-résultats qui sous-tend le modèle ASPIRE. Abréviations : IMC, indice de masse corporelle, CV, curriculum vitae, AP, activité physique*

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
• 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.	• 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.

• Le projet utilise des approches innovantes, notamment la technologie et l'utilisation de jeux.	
Opportunités	**Menaces**
• 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.	• 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".

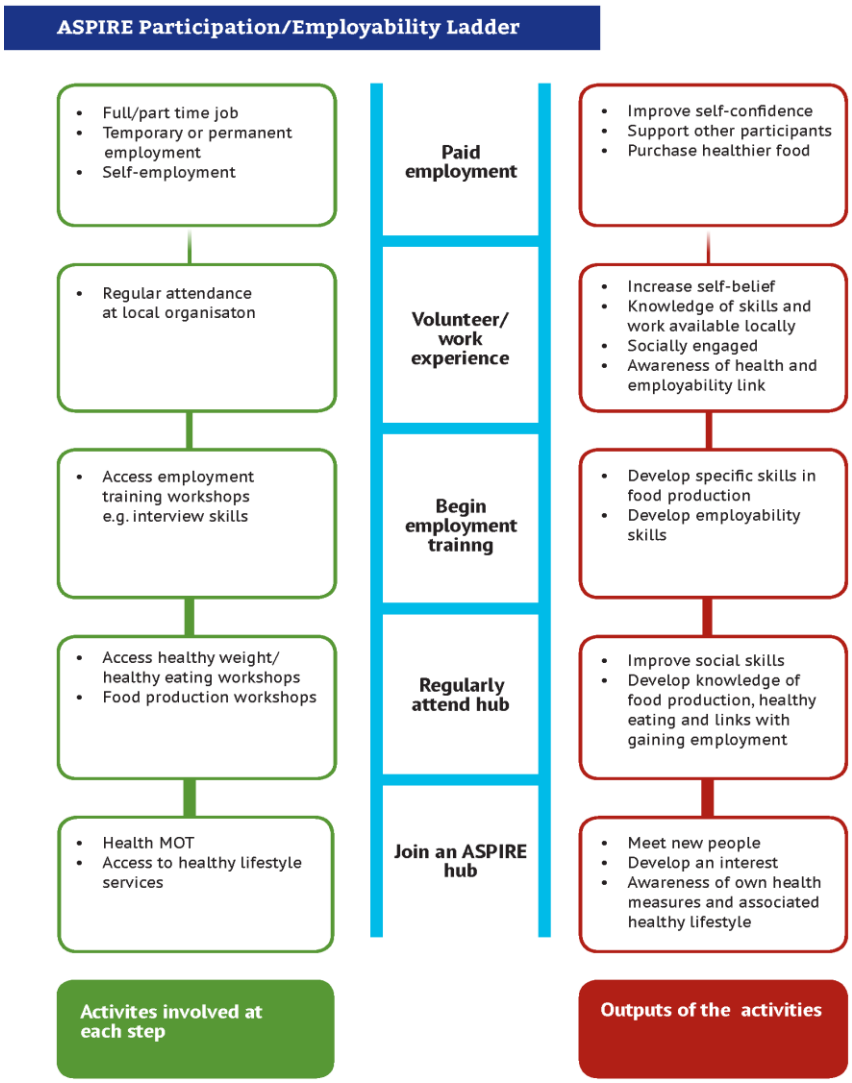


Figure 8 : *L'échelle de participation/employabilité ASPIRE décrivant la série d'étapes, d'activités et de résultats.*

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. **EuroQol 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 amélioraient 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±5,2kgm^{-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±6,1kgm^{-2}), encouragées par leur famille (28,8±6,6kgm^{-2}) ou encouragées par le personnel du centre (28,2±7,3kgm^{-2}). De même, les personnes soucieuses de leur santé (30,9±8,6%) avaient un BFC significativement plus faible que les

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

	Indice de masse corporelle (kgm)$^{-2}$ moyenne (écart-type)				**Composition de la graisse corporelle (%) moyenne (écart-type)**			
Indicateurs de santé et de bien-être	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.

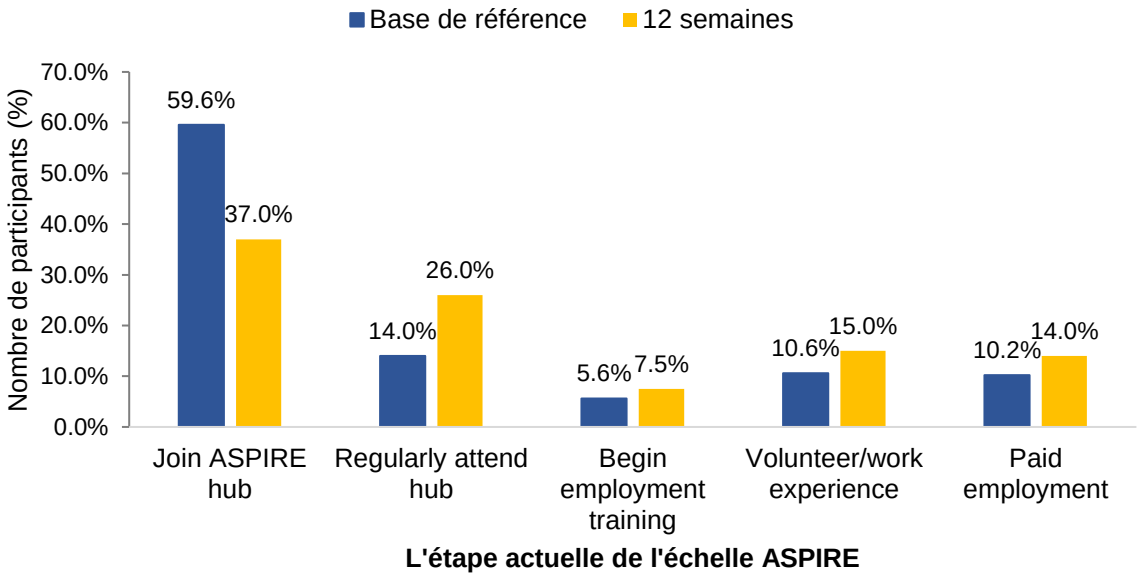


Figure 9 : *Niveau actuel des participants sur l'échelle ASPIRE au début et à la fin de l'intervention*

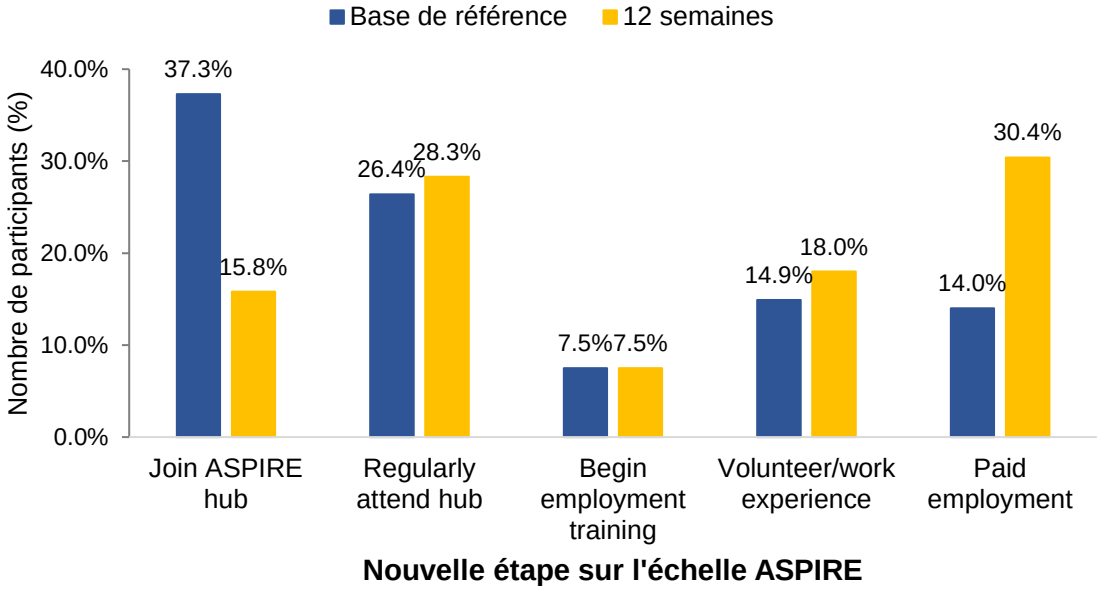


Figure 10 : *Aspirations futures des participants sur l'échelle ASPIRE au départ et après l'intervention*

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, 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

5.4 Qualité de vie liée à la santé

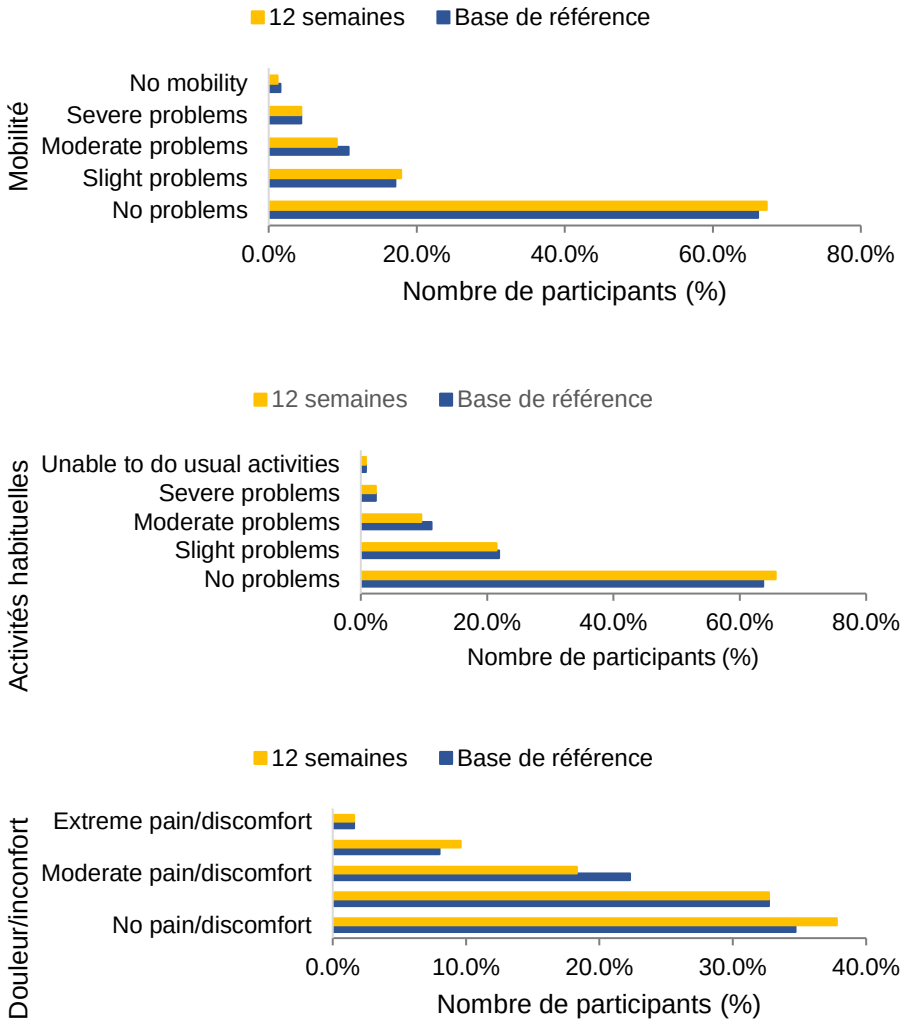
L'évaluation de la qualité de vie liée à la santé à l'aide de l'outil EQ-5D-5L a été complétée par un total de 251 participants (**tableau 8**). La majorité d'entre eux étaient des femmes (64 %) et venaient principalement de France (65,3 %). La qualité de vie auto-évaluée sur l'échelle visuelle analogique (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



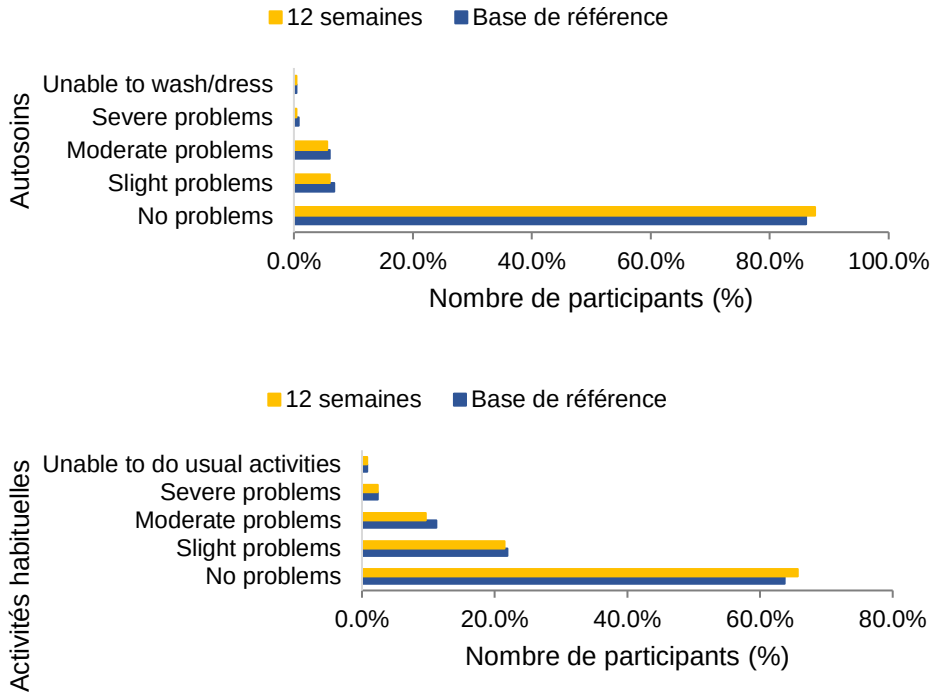


Figure 11 : *Qualité de vie liée à la santé au départ et 12 semaines après l'intervention*

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 %).

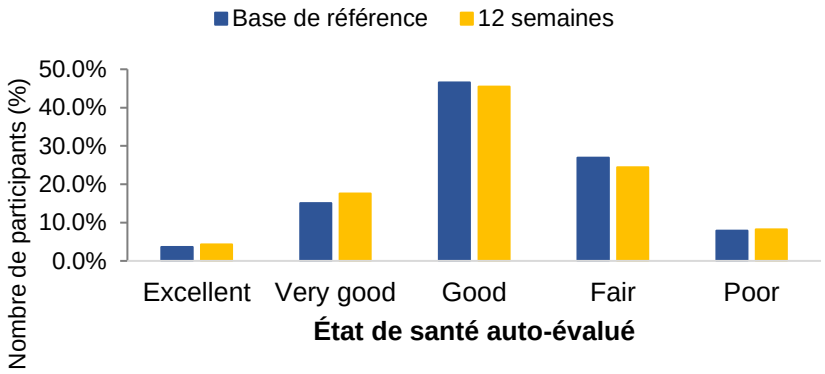
Tableau 10 : Caractéristiques générales des participants ayant répondu au questionnaire sur la santé et le bien-être (n 279)

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	52918.6)
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)

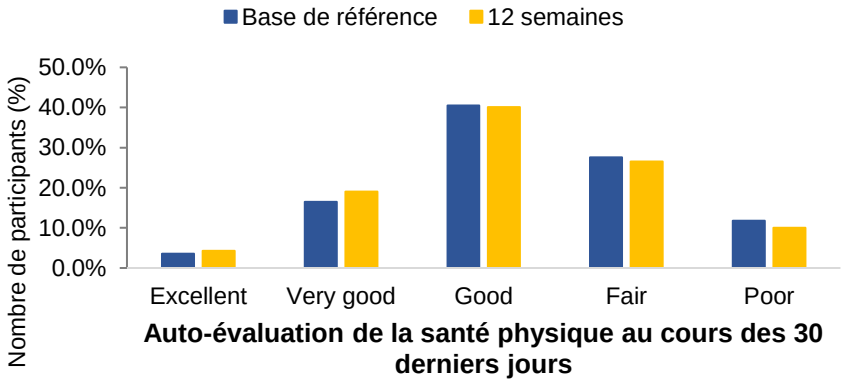
Données exprimées en moyenne (écart-type) pour les variables continues et en fréquence (%) pour les variables catégorielles. AG, Anges Gardins ; MLPM, Mission Locale Picardie Maritime ; MEEF, Maison pour l'Entreprise, l'Emploi et la Formation Santerre Haute Somme ; WM, Centre Social Audrey Bartier ; 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.

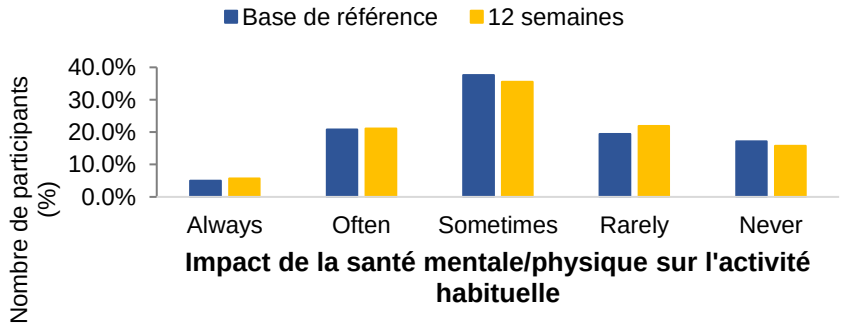
a.



b.



c.



d.

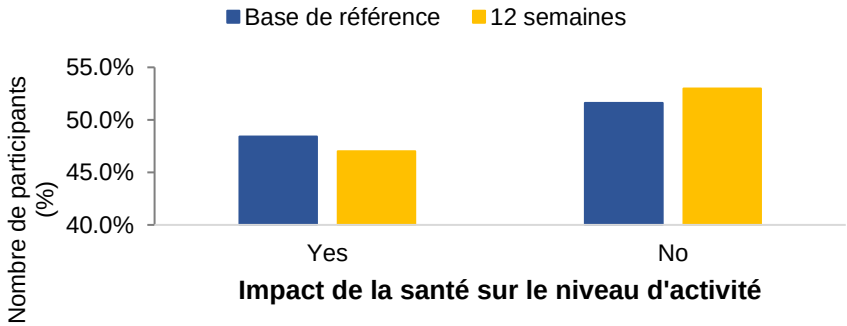


Figure 12 : *État de santé auto-évalué des participants au départ et à 12 semaines*

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.

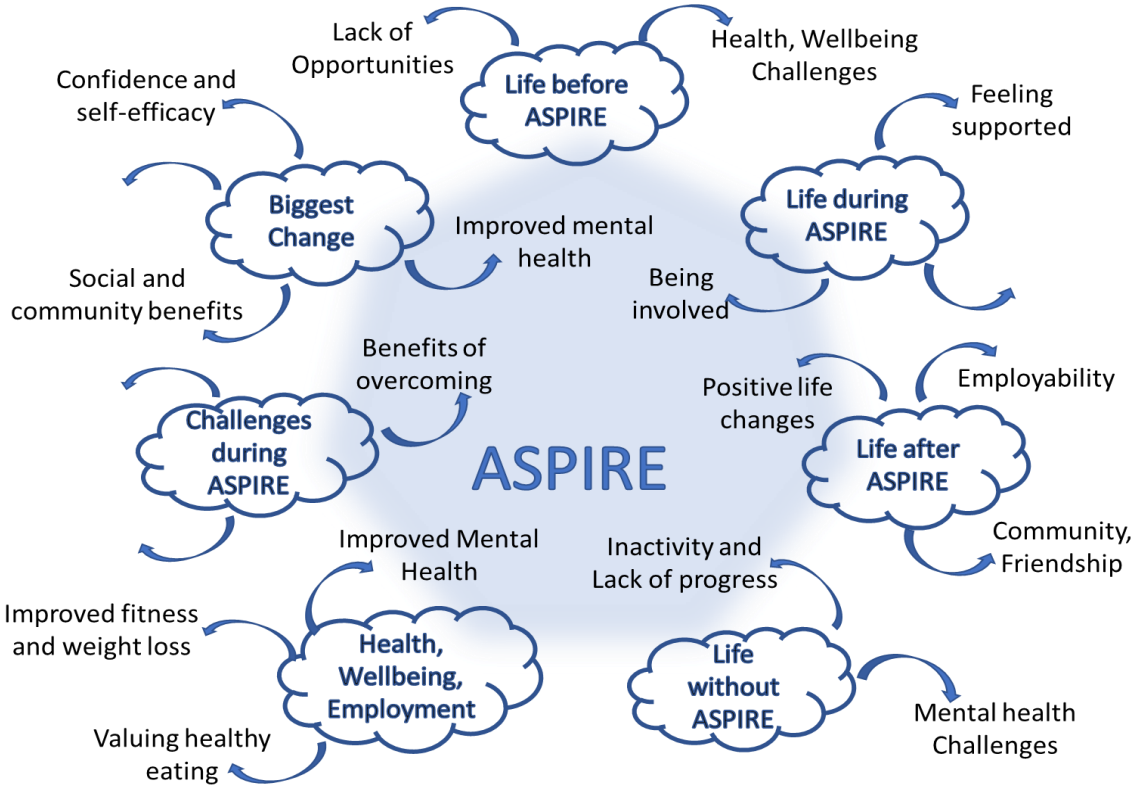


Figure 13 : *Principaux thèmes et sous-thèmes de l'analyse de Photovoice*

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

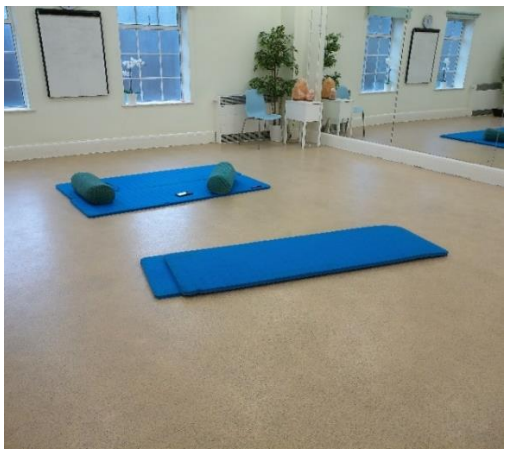
Seul dans mes pensées

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

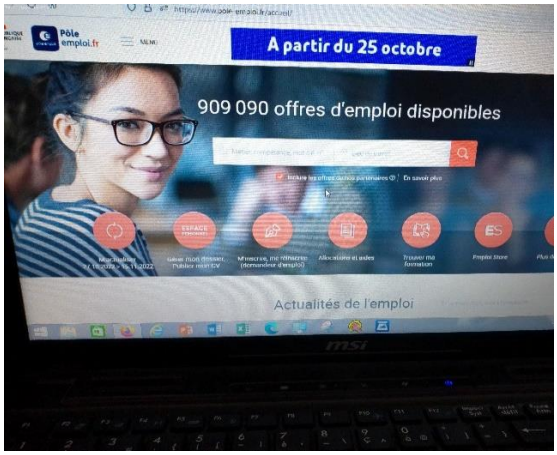
Groupe de solidarité

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

5.7.3 Ma vie après ASPIRE

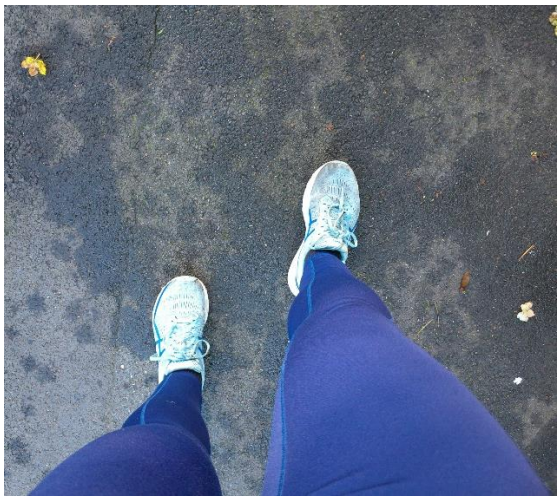
Le sous-thème dominant était " Changements positifs dans la vie ". Contrairement à ce qui se passait avant ASPIRE, les participants ont exprimé des sentiments de bonheur et d'espoir *: " nous avons la foi, nous avons l'espoir, nous avons la lumière... vous voyez, le vert peut représenter beaucoup de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

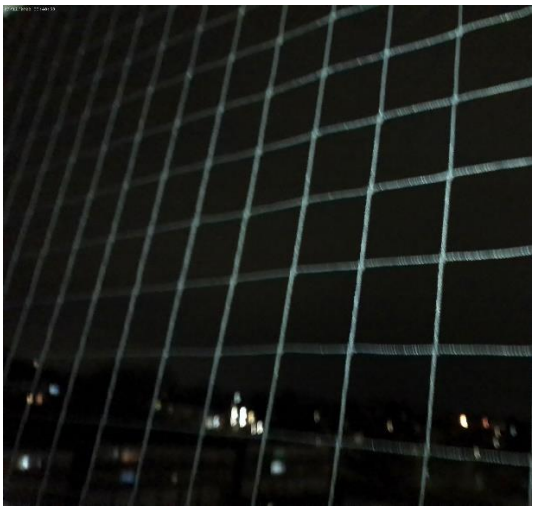
Acceptation

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

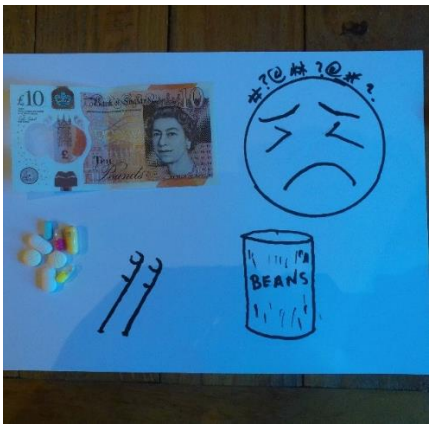
Figure 18 : *Photos et légendes d'ASPIRE et de ma santé, mon bien-être et mon employabilité*

5.7.6 Les défis d'ASPIRE

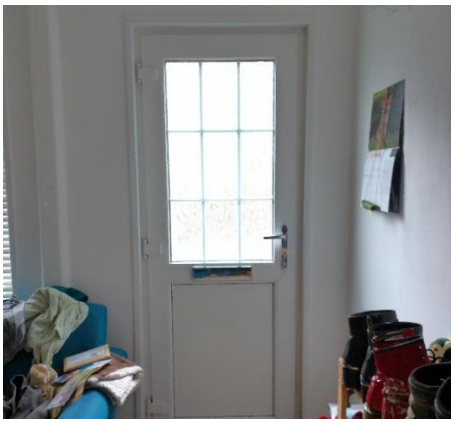
Les difficultés rencontrées par les participants au cours d'ASPIRE se répartissent principalement en deux sous-thèmes : " Difficultés liées à la santé physique *" : " Pour moi, la difficulté consiste à faire une activité. Le sport, les activités physiques. C'était difficile. Je n'avais pas l'habitude.* 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 faisions 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	• 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	• 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.	• 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	• Témoignage • Afficher ses propres résultats. • Partager des réflexions positives sur le projet. • Site web avec des vidéos commandées. • Témoignage vidéo des participants.	• 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	• 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.	• 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.	• 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	• Cibler le même public	• Les références des médecins généralistes s'avèrent bien fondées lorsqu'il s'agit de rester avec/de recevoir des participants réguliers dans	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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	• 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.	• 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	• 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	• 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)	• Les participants résidant dans des zones rurales ou des zones peu desservies par les bus. • Les personnes souffrant de troubles mentaux particuliers (anxiété, phobies)	• 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 plate-forme (sur la base du kilométrage).	• Promotion de l'accessibilité des activités du projet • Augmentation de la fréquentation
	Système de crédit social ou de récompense des participants.	• Hub des Anges Gardins	• 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.	• 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		• 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	• Difficultés à réaliser des activités sportives.	• 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.	• 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	• Dépôt de brochures dans les magasins locaux • Affiches dans les espaces publics • Couverture radio locale	• 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	• 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	• Forte rotation du personnel	• Pas d'équipe stable dédiée au projet tout au long du programme.	
INCITATIONS POUR LES PARTICIPANTS	Utiliser les aliments du jardin	Pôle PCA	• Ne pas établir de politique initiale pour l'utilisation de la zone de culture et la récolte des aliments du jardin.	• 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".

6 PRINCIPAUX RÉSULTATS ET DIFFUSION

Les principaux résultats et la diffusion des conclusions de l'évaluation comprennent des présentations lors de conférences, deux articles publiés dans des revues à comité de lecture, cinq résumés publiés, des livres de photos et des toiles de photos des participants à l'étude Photovoice.

Publications en texte intégral

- Amenyah S.D., Waters D., Tang W., Fenge L. et Murphy J.L. (2022). Synthèse systématique réaliste des interventions liées à la santé et au mode de vie conçues pour réduire le surpoids, l'obésité et le chômage chez les adultes. *BMC Public Health* 22(2100):1-24.
- Amenyah S.D., Murphy J.L. et Fenge, A. (2021). Évaluation d'une intervention liée à la santé pour réduire le surpoids, l'obésité et augmenter l'emploi en France et au Royaume-Uni : un protocole d'évaluation réaliste à méthodes mixtes. *BMC Public Health*. 21 (582), 1-11.

Résumés publiés

1. Amenyah S.D., Fenge L-A., Stallard J., Lerwill P., McGannan B., Oliveira N., Tang W., Murphy, J.L (2023). Body composition and motivations for accessing an innovative, digital community health engagement tool in socially deprived areas (Composition corporelle et motivations pour accéder à un outil numérique innovant d'engagement en faveur de la santé communautaire dans les zones socialement défavorisées). *Proceedings of the Nutrition Society (2023), 82 (OCE3), E207.*
2. Oliveira N., Amenyah S.D., Tang W., Fenge L-A., Murphy, J.L (2023). Auto-efficacité des participants à une intervention holistique visant à réduire le chômage et l'obésité en France et en Angleterre. *Proceedings of the Nutrition Society*, 82 (OCE3), E220.
3. Amenyah S.D., Larsen C., Tang W., Fenge L-A., Murphy, J.L (2023). Diet quality of participants in a holistic health-related intervention to reduce obesity and overweight in adults. *Curr Dev Nutr* (*sous presse*).
4. Amenyah S.D., Fenge L-A., Stallard J., Lerwill P., McGannan B., Oliveira N., Tang W., Murphy, J.L (2023). Une approche innovante et centrée sur la personne pour évaluer la composition corporelle, la santé et le bien-être dans les communautés socialement défavorisées. *Curr Dev Nutr* (*sous presse*).

5. Amenyah S.D., Light, K. Yinusa G., Tang W., Fenge L-A. & Murphy J.L (2023). Une approche innovante et participative pour évaluer l'efficacité d'une intervention liée à la santé visant à réduire l'obésité et le chômage chez les adultes. *Curr Dev Nutr* (*sous presse*).
6. Amenyah S.D., Waters D., Tang W., Fenge L-A. & Murphy J.L (2022). Une revue systématique réaliste pour comprendre l'efficacité des interventions liées à la santé conçues pour réduire le surpoids, l'obésité et le chômage chez les adultes. *Current Developments in Nutrition* 6(1) : 1045.

Présentations de conférences

mars 2023	**Conférence de la section écossaise de la Nutrition Society, Glasgow, Royaume-Uni** • Composition corporelle et motivations pour accéder à un outil numérique innovant d'engagement en faveur de la santé communautaire dans les zones socialement défavorisées. • Auto-efficacité des participants à une intervention holistique visant à réduire le chômage et l'obésité en France et en Angleterre
Décembre 2022	**Congrès de l'Union internationale des scientifiques de la nutrition (IUNS), Tokyo, Japon** • Stratégies d'intervention et efficacité des interventions liées à la santé pour réduire l'obésité et le chômage chez les adultes.
Juin 2022	**Conférence phare de l'American Society for Nutrition, Nutrition 2022, en ligne** • Une revue systématique réaliste pour comprendre l'efficacité des interventions liées à la santé conçues pour réduire le surpoids, l'obésité et le chômage chez les adultes

Liens vers des livres **de photos**

Version souple : https://photobook.onelink.me/QDvH/ephotobook?file=V5xWR
Version reliée : https://photobook.onelink.me/QDvH/ephotobook?file=pqKvL

7 DISCUSSION, LIMITES ET CONCLUSION

7.1 Discussion et limites

L'objectif global de l'évaluation ASPIRE était d'évaluer l'impact des activités ASPIRE sur les mesures relatives à la santé et au bien-être, à la qualité de l'alimentation et à l'employabilité. L'évaluation a également permis d'obtenir des données approfondies sur les expériences des participants afin d'élucider les raisons pour lesquelles les interventions ont fonctionné, l'efficacité des activités et de fournir des orientations pour les modèles futurs. Les résultats les plus probants concernent l'utilisation du kiosque de santé et l'expérience du projet par les participants.

Les données du kiosque de santé indiquent que la majorité des personnes vivant autour des centres ASPIRE se trouvent dans la catégorie de la préobésité et soulignent la nécessité d'interventions similaires à ASPIRE au niveau de la communauté. Les motivations pour l'utilisation du kiosque de santé varient en fonction de l'âge, du sexe, du statut professionnel et de la composition corporelle, les personnes soucieuses de leur santé ayant un IMC et un BFC plus faibles, bien qu'elles se situent toujours dans la catégorie des personnes en surpoids. En ce qui concerne les indicateurs de santé et de bien-être, les principales mesures ayant une influence significative sur l'IMC et le BFC sont le sommeil, l'exercice physique, l'alimentation et l'alcool. Des données récentes ont mis en évidence des inégalités en matière d'accès à la santé, les personnes issues de communautés socialement défavorisées ayant un accès limité aux médecins généralistes ou aux services préventifs ; le kiosque de santé constitue donc une approche communautaire attrayante pour soutenir les personnes vivant dans des zones socialement défavorisées.

Les expériences des participants au projet, documentées par la photographie, ont fourni des informations clés sur le succès des activités et ont mis en évidence les stratégies d'intervention qui ont été efficaces et les raisons de leur efficacité. Avant de s'inscrire à ASPIRE, les participants étaient confrontés à d'importants problèmes de chômage et de poids santé, avec des causes sous-jacentes liées au bien-être mental, à l'anxiété, à la dépression et au désespoir. Conformément aux recherches antérieures, le chômage et l'obésité sont associés à la stigmatisation, aux stéréotypes négatifs, aux sentiments psychosociaux négatifs tels que le stress, l'anxiété, la dépression et une faible estime de soi (45,46). (45,46). 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. Cela souligne l'importance d'une approche holistique pour s'attaquer aux causes sous-jacentes communes de l'obésité et du chômage. Les aspects physiques, émotionnels, sociaux, professionnels, intellectuels, spirituels et écologiques de la santé sont pris en compte.

Les principaux objectifs d'ASPIRE étaient de mettre en œuvre des activités liées à la santé, au bien-être et à l'employabilité afin de réduire l'obésité et le chômage, mais l'analyse de ces mesures a montré que les activités avaient un effet limité sur ces résultats. Bien que la proportion de participants ayant gravi un échelon de l'échelle de participation d'ASPIRE ait augmenté, un petit nombre d'entre eux ont pu obtenir un emploi, ce qui souligne la nécessité d'une formation et d'un soutien supplémentaires pour l'obtention d'un emploi. Une proportion significative des participants inclus dans l'évaluation a cependant indiqué que l'obtention d'un emploi rémunéré était une aspiration future et qu'il était donc possible d'obtenir un emploi si l'on s'engageait dans des activités à plus long terme. En termes d'efficacité personnelle, de santé et de bien-être, de qualité de vie liée à la santé et de qualité de l'alimentation, des changements marginaux ont été observés en réponse à la participation aux activités. Conformément aux recherches antérieures et à l'examen réaliste effectué, l'efficacité des interventions est influencée par le calendrier, la durée des activités d'intervention, l'intensité des activités et le niveau d'engagement. Les activités mises en œuvre dans le cadre d'ASPIRE étaient moins intensives et moins fréquentes, ce qui a limité l'ampleur des changements en réponse à l'intervention.

L'un des points forts du projet ASPIRE a été la co-création avec les participants et les approches multifactorielles utilisées pour lutter de manière globale contre l'obésité et le chômage. Cependant, plusieurs facteurs ont eu un impact sur le projet et donc sur la conduite

de l'évaluation et les résultats du projet. Le projet a démarré juste au début de la pandémie de COVID-19, ce qui a eu un impact négatif sur la collecte des données, la collaboration et la conduite efficace des activités du projet. En outre, la mise en place des projets dans les différents centres, le recrutement des participants aux deux activités, l'évaluation et le suivi des participants tout au long du projet ont posé d'importants problèmes.

7.2 Conclusions

L'objectif global du projet ASPIRE 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. Le projet a permis de démontrer la faisabilité de la mise en œuvre d'un modèle holistique de réduction du chômage et de 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. Toutefois, la pandémie de COVID-19 a limité la mise en œuvre et l'exécution du projet, ce qui a affecté l'établissement de relations, les activités de mise en œuvre et le recrutement des participants, limitant ainsi le succès du modèle.

8 RÉFÉRENCES

1. Murray CJ, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020 ; 396:1223-49.
2. Blüher M. Obesity : global epidemiology and pathogenesis. Nat Rev Endocrinol. 2019;15(5):288-98.
3. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association de la mortalité toutes causes confondues avec le surpoids et l'obésité en utilisant les catégories standard d'indice de masse corporelle : revue systématique et méta-analyse. JAMA 2013;309(1):71-82.
4. Bhaskaran K, dos-Santos-Silva I, Leon DA, Douglas IJ, Smeeth L. Association of BMI with overall and cause-specific mortality : a population-based cohort study of 3-6 million adults in the UK. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018;6(12):944-53.
5. Bixby H, Bentham J, Zhou B, Di Cesare M, Paciorek CJ, Bennett JE, et al. L'augmentation de l'indice de masse corporelle en milieu rural est le principal moteur de l'épidémie mondiale d'obésité chez les adultes. Nature. 2019;569(7755):260–4.
6. Lighter J, Phillips M, Hochman S, Sterling S, Johnson D, Francois F, et al. L'obésité chez les patients de moins de 60 ans est un facteur de risque d'hospitalisation pour COVID-19. Clin Infect Dis. 2020;71(15):896-7.
7. Popkin BM, Du S, Green WD, Beck MA, Algaith T, Herbst CH, et al. Individuals with obesity and COVID-19 : A global perspective on the epidemiology and biological relationships. Obes Rev. 2020;21(11):1-17.
8. Public Health England. Enquête sur la santé en Angleterre 2018. 2019. Disponible à l'adresse : https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/2018
9. Verdot C, Torres M, Salanave B, Deschamps V. Indice de masse corporelle des enfants et des adultes en France en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolutions depuis 2006. Bull Epidémiol Hebd 2017 ; 13:234-41.
10. García Villar J, Quintana-Domeque C. Revenu et indice de masse corporelle en Europe. Econ Hum Biol. 2009;7(1):73-83.
11. Bentley RA, Ormerod P, Ruck DJ. Origine récente et évolution de la corrélation obésité-revenu à travers les États-Unis. Palgrave Commun 2018;4(146):1-14.
12. Salmasi L, Celidoni M. Investigating the poverty-obesity paradox in Europe. Econ Hum Biol. 2017 ; 26:70-85.

13. Hoebel J, Kuntz B, Kroll LE, Schienkiewitz A, Finger JD, Lange C, et al. Socioeconomic inequalities in the rise of adult obesity : A time-trend analysis of national examination data from Germany, 1990-2011. Obes Facts. 2019;12(3):344-56.

14. Monsivais P, Martin A, Suhrcke M, Forouhi NG, Wareham NJ. Job-loss and weight gain in British adults : Evidence from two longitudinal studies. Soc Sci Med 2015 ; 143:223-31.

15. Dowler E, Lambie-Mumford H. How Can Households Eat in austerity ? Challenges for social policy in the UK. Soc Policy Soc 2015;14(3):417-28.

16. Ben Osborne, Cooper V. Enquête sur la santé en Angleterre, 2017 : Adult health related behaviours 2019. Disponible à l'adresse suivante : https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england/2017#resources

17. Borys JM, Richard P, Du Plessis HR, Harper P, Levy E. S'attaquer aux inégalités en matière de santé et réduire la prévalence de l'obésité : The epode community-based approach. Ann Nutr Metab. 2016;68(2):35-8.

18. Smed S, Tetens I, Lund TB, Holm L, Nielsen AL. The consequences of unemployment on diet composition and purchase behaviour : A longitudinal study from Denmark. Public Health Nutr. 2018;21(3):580-92.

19. Gardner B, Cane J, Rumsey N, Michie S. Behaviour change among overweight and socially disadvantaged adults : A longitudinal study of the NHS Health Trainer Service. Psychol Heal. 2012;27(10):1178-93.

20. Santé Publique France. Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban 2014-2016). In : Section nutrition Chapitre Activité physique et comportements sédentaires 2020 ; pp. 1-58. Disponible à l'adresse suivante : https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/rapport-synthese/etude-de-sante-sur-l-environnement-la-biosurveillance-l-activite-physique-et-la-nutrition-esteban-2014-2016.-volet-nutrition.-chapitre-activ

21. Kim TJ, Knesebeck O von dem. Revenu et obésité : quelle est la direction de la relation ? Une revue systématique et une méta-analyse. BMJ Open 2018 ; 8:1-13.

22. Caliendo M, Lee WS. Fat chance ! Obesity and the transition from unemployment to employment. Econ Hum Biol 2013;11(2):121-33.

23. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma : important considerations for public health. Public Health. 2010 ; 100:1019-28.

24. Feigl AB, Goryakin Y, Devaux M, Lerouge A, Vuik S, Cecchini M. The short-term effect of BMI, alcohol use, and related chronic conditions on labour market

outcomes : A time-lag panel analysis utilizing European SHARE dataset. PLoS One 2019 ; 14(3):1-14.

25. Spinosa J, Christiansen P, Dickson JM, Lorenzetti V, Hardman CA. Du désavantage socio-économique à l'obésité : le rôle médiateur de la détresse psychologique et de l'alimentation émotionnelle. Obesity 2019;27(4):559-64.

26. Traill WB, Mazzocchi M, Niedźwiedzka B, Shankar B, Wills J. The EATWELL project : Recommendations for healthy eating policy interventions across Europe. Nutr Bull. 2013;38(3):352-7.

27. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review - A new method of systematic review designed for complex policy interventions. J Heal Serv Res Policy. 2005;10(SUPPL. 1):21-34.

28. Westhorp G. 2014. Realist Impact Evaluation : An Introduction. Une publication de Methods Lab. Disponible à l'adresse suivante : ODI.org/Methodslab

29. Wong G, Westhrop G, Pawson R, Greenhalgh T. Realist synthesis : RAMESES training materials 2013. Disponible à l'adresse suivante : http://www.ramesesproject.org/index.php?pr=Project_outputs#method.

30. Stern E. (2015). Impact Evaluation : Un guide pour les commissaires et les gestionnaires. BOND, mai 2015.

31. Wong G, Westhorp G, Manzano A, Greenhalgh J, Jagosh J, Greenhalgh T. RAMESES II reporting standards for realist evaluations. BMC Med 2016;14(96):1-18.

32. OMS. Obésité et surpoids. 2020. p. 1-5. Disponible à l'adresse suivante : https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1

33. Ash S, Reeves M, Bauer J, Dover T, Vivanti A, Leong C, et al. A randomised control trial comparing lifestyle groups, individual counselling and written information in the management of weight and health outcomes over 12 months. Int J Obes. 2006;30(10):1557-64.

34. Verger EO, Armstrong P, Nielsen T, Chakaroun R, Aron-Wisnewsky J, Gøbel RJ, et al. Dietary assessment in the MetaCardis Study : development and relative validity of an online food frequency questionnaire. J Acad Nutr Diet. 2016;117(6):878-88.

35. McKeown NM, Day NE, Welch AA, Runswick SA, Luben RN, Mulligan AA, et al. Use of biological markers to validate self-reported dietary intake in a random sample of the European Prospective Investigation into Cancer United Kingdom Norfolk cohort. Am J Clin Nutr. 2001;74(2):188-96.

36. Day NE, Mckeown N, Wong MY, Welch A, Bingham S. Epidemiological assessment of diet : a comparison of a 7-day diary with a food frequency questionnaire using urinary markers of nitrogen, potassium and sodium. Int J

Epidemiol. 2001 ; 30:309-17.

37. Schwarzer, R. et Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology : A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, Royaume-Uni : NFER-NELSON.

38. Luszczynska A, Scholz U, Schwarzer R. The General Self-Efficacy Scale : multicultural validation studies. J Psychol 2005;139(5):439-57.

39. Herdman M, Gudex C, Lloyd A, Janssen MF, Kind P, Parkin D, et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). Qual Life Res 2011 ; 20:1727-36.

40. Paolo Finch A, Edward Brazier J, Mukuria C. Quelles sont les preuves de la performance des mesures génériques basées sur les préférences ? Une vue d'ensemble systématique des examens. Eur J Heal Econ 2018 ; 19:557-70.

41. Janssen MF, Birnie AE, Bonsel AGJ. Quantification des descripteurs de niveau pour le système standard EQ-5D à trois niveaux et une version à cinq niveaux selon deux méthodes. Qual Life Res. 2008 ; 17:463-73.

42. Wikström M, Anttila H, Savinainen M, Kouvonen A, Joensuu M. Development and content validity of the Abilitator : a self-report questionnaire on work ability and functioning aimed at the population in a weak labour market position. BMC Public Health 2020;20(327):1-14.

43. Wang C, Burris MA. Photovoice : Concept, methodology and use for participatory needs assessment. Heal Educ Behav. 1997;24(3):369-87.

44. Rose T, Sharpe TL, Shdaimah C, Detablan D. Exploring coping among urban youth through photovoice. Qual Soc Work. 2018;17(6):795-813.

45. Dougherty DS, Schraedley MA, Gist-Mackey AN, Wickert J. Une étude Photovoice de l'(in)sécurité alimentaire, du chômage et de la dialectique discursive-matérielle. Commun Monogr 2018;85(4):443-66.

46. Valiquette-Tessier SC, Vandette MP, Gosselin J. In her own eyes : Photovoice as an innovative methodology to reach disadvantaged single mothers. Can J Community Ment Heal. 2015;34(1):1-16.

47. Frith H, Harcourt D. Using photographs to capture women's experiences of chemotherapy : reflecting on the method. Qual Health Res 2007;17(10):1340-50.

48. Thomas DR. Une approche inductive générale pour l'analyse des données d'évaluation qualitative. Am J Eval. 2006;27(2):237-46.

49. Gebel M, Voßemer J. The impact of employment transitions on health in Germany. Adifference-in-differences propensity score matching approach. Soc

Sci Med 2014 ; 108:128-36.

50. Ferreira JA, Reitzle M, Lee B, Freitas RA, Santos ER, Alcoforado L, et al. Configurations of unemployment, reemployment, and psychological well-being : A longitudinal study of unemployed individuals in Portugal. J Vocat Behav 2015 ; 91:54-64.

51. Schuring M, Mackenbach J, Voorham T, Burdorf A. The effect of re-employment on perceived health. J Epidemiol Community Heal 2011;65(639):639-44.

52. Kantarovich K, Wnuk S, Cassin S, Hawa R, Sockalingam S. Résultats en matière d'emploi 2 ans après la chirurgie bariatrique : relation avec la qualité de vie et les prédicteurs psychosociaux. Obes Surg 2019 ; 29:2854-61.

9 ANNEXES

Proceedings of the Nutrition Society (2023), 82 (OCE3), E207 doi:10.1017/S002966512300277X

Scottish Section Conference 2023, 28–29 March 2023, Diet and health inequalities

Body composition and motivations for accessing an innovative, digital community health engagement tool in socially deprived areas

S.D. Amenyah[1], L-A. Fenge[1], J. Stallard[2], P. Lerwil[2], B. McGannan[2], N. Oliveira[1], W. Tang[3] and J.L. Murphy[1]

[1]*Faculty of Health and Social Sciences, Bournemouth University, Bournemouth, UK,*
[2]*Wellbeing People Ltd, Maidstone, UK and*
[3]*Faculty of Science and Technology, Bournemouth University, Bournemouth UK*

Obesity remains a critical public health challenge which adversely impacts health expectancy, quality of life, mortality and morbidity. The effects are even more pronounced in individuals living in socially deprived circumstances[1]. Engaging individuals within the community using novel and person- centred approaches remains a critical pathway to prevention and improving the health of individuals living with overweight and obesity. Limited research has explored the motivations of individuals living with obesity to engage with community health and engagement services as an alternative to general practice services. The aim of this study is to assess the associations between body composition and the use of a novel community health engagement tool in socially deprived communities.

Data for this study was collected as part of the larger Adding to Social capital and individual Potential In disadvantaged Regions (ASPIRE) study[2] using the Interactive Health Kiosk[2]. The Health Kiosk is an interactive health and wellbeing engagement tool based on validated measures which allows users to do a health MOT, by measuring body composition and other health and wellbeing metrics. Data on demography, body composition and motivation for using the Health Kiosk, were extracted for this analysis.

A total of 2473 participants, 59.7% female, mean age of 48 ± 18.6 years were included in this analysis. Average BMI was 28.0 ± 6.0kg/m2, with the majority of participants in the pre-obesity category (34.8%). Motivations for using the Health Kiosk included the following: Worried about health (18.8%), Not able to see doctor (5.2%), Encouraged by family/friend (6.8%), Encouraged by staff at hub (23.9%), Health conscious (13.0%), More convenient than visiting doctor (3.5%) and Other (28.9%). Participants' motivations for using health kiosk differed according to age, sex and employment status ($p < 0.001$).

Post-hoc analysis indicated that individuals who were worried about their health (53.3 ± 17.6 years) or with limited access to a doctor (53.9 ± 17.4 years) were older compared to individuals encouraged by family/friends (46.1 ± 17.9) or hub staff (37.8 ± 16.4) or health conscious. Participants motivations for using health kiosk indicated significant differences in BMI ($p < 0.001$) and BFC ($p < 0.001$). BMI for health-conscious individuals (26.4 ± 5.2kgm-2) while still in the overweight category, was significantly lower compared to individuals who were worried about their health (28.9 ± 6.1kgm-2), encouraged by family/friends (28.8 ± 6.6kgm-2) or encouraged by hub staff (28.2 ± 7.3kgm-2). Similarly, health- conscious individuals (30.9 ± 8.6%) had significantly lower BFC compared to those worried about their health (35.2 ± 10.2%), had limited access to a doctor (34.9 ± 10.2%), encouraged by family/friends (34.4 ± 11.2%) or indicated that health kiosk was more convenient than visiting the doctor (35.0 ± 8.1%).

This study provides critical and novel evidence on motivations for accessing a health engagement tool within socially deprived communities. It highlights the need and use of community-centred health engagement approaches to reduce and prevent obesity and presents potential options for commissioning health improvement and preventive services.

Acknowledgments

This work is funded by grants from the EU Interreg European Regional Development Fund (ASPIRE 191). The authors thank the participants and all the team members of the Adding to Social capital and individual Potential In disadvantaged Regions (ASPIRE) project.

References

1. Blüher M (2019) *Nat Rev Endocrinol* 15(5), 288–98.
2. Amenyah SD, Murphy JL & Fenge, LA (2021) *BMC Public Health* 21(582), 1–11.

https://doi.org/10.1017/S002966512300277X Published online by Cambridge University Press

Proceedings of the Nutrition Society (2023), 82 (OCE3), E220 doi:10.1017/S0029665123002902

Scottish Section Conference 2023, 28–29 March 2023, Diet and health inequalities

Self-efficacy of participants in a holistic intervention to reduce unemployment and obesity in France and England

N. Oliveira[1], S. D. Amenyah[1], W. Tang[2], L. Fenge[1] and J. L. Murphy[1]
[1]*Faculty of Health & Social Sciences, Bournemouth University, Bournemouth, UK and*
[2] *Faculty of Science and Technology, Bournemouth University, Bournemouth, UK.*

Individuals living with obesity face barriers to reintegrate into the labour market. They often experience psychological distress, low self-motivation, and reduced self-efficacy[1]. The maintenance of such negative social-psychological and behavioural factors may exacerbate maladaptive eating behaviours, unhealthy lifestyles, and create a cyclical mechanism of socioeconomic deprivation and high body mass index[2]. Self-efficacy, in particular, has been identified in research as a key and common underlying cause of obesity and unemployment as it influences lifestyle behaviour but also re-employment. Although there are interventions exploring the effects of self-efficacy improvement and weight management, limited intervention studies incorporate activities to address self-efficacy as a key determinant of unemployment and obesity. This highlights the need for interventions using a holistic approach to address common modifiable determinants of obesity and unemployment including self-efficacy. The aim of this study was to assess perceived self-efficacy in a sample of individuals living with obesity and/or unemployed.

Data were collected at baseline as part of The Adding to Social capital and individual Potential In disadvantaged Regions (ASPIRE) project which is a novel and innovative, programme developed to improve weight, wellbeing, self-efficacy, and employment in individuals who were living with obesity or unemployed in England and France[3]. In addition to demographic variables, data on self-efficacy was collected using a validated self-administered digital version of the General Self-Efficacy Scale (GSE). Differences between groups were analysed using independent t-tests and relationships between variables were explored using correlations (SPSS Version 26).

A total of 223 participants were included in this analysis. The mean age was 37.5 years (SD 17.8), 67.3% (n = 150) were female and 66.4% (n = 148) were participants from France. The mean self- efficacy was 28.6 (SD 6.5), on a scale ranging from 10 to 40 for all participants, with a higher score indicating a higher self-efficacy. Subgroup analysis indicated a statistically significant difference ($p = 0.001$) in self-efficacy scores between countries. Participants living in France (29.5 ± 6.3) had a higher self-efficacy score compared to participants in the UK (26.8 ± 6.5). There were no statistically significant differences observed for self-efficacy scores between male and female participants ($p = 0.835$). Additionally, no significant correlations were observed between age and self-efficacy ($r = 0.097$; $p = 0.150$).

The findings suggest country-specific differences in self-efficacy and highlight the need for interventions that are tailored to country-specific contexts. Additionally, obesity and unemployment are conditions influenced by a complex interplay of different factors including self-efficacy. Further research is needed to better characterise self-efficacy to inform the development of novel and holistic interventions to address obesity and unemployment.

Acknowledgments

This project is funded by the European Development Fund. The authors wish to thank the participants and the Adding to Social capital and individual Potential In disadvantaged REgions (Project).

References

1. Kreuzfeld, S, Preuss M, Weippert M *et al.* (2013) *Int Arch Occup Environ Health* 86(1), 99–105.
2. Smed, S, Tetens I, Boker LT *et al.* (2018) *Public Health Nutr* 21, 580–92.
3. Amenyah, SD, Waters D, Tang W *et al.* (2022) *BMC Public Health* 22, 1–24.

https://doi.org/10.1017/S0029665123002902 Published online by Cambridge University Press

Current Developments in Nutrition CDN

Curr Dev Nutr. 2022 Jun; 6(Suppl 1): 1045. PMCID: PMC9194118
Published online 2022 Jun 14. doi: 10.1093/cdn/nzac070.004

A Realist Systematic Review to Understand the Effectiveness of Health-Related Interventions Designed to Decrease Overweight, Obesity and Unemployment in Adults

Sophia Amenyah, Diane Waters, Wen Tang, Lee-Ann Fenge, and Jane Murphy

Abstract

Objectives

Obesity, overweight and unemployment are intertwined, with common underlying causes however limited studies have examined this association. Holistic approaches are therefore required to understand this inter-relationship. The aim of this realist synthesis was to identify the common strategies used by health-related interventions to reduce weight and unemployment and to understand the contexts and mechanisms that determine effectiveness.

Methods

Electronic literature searches were conducted in Cochrane library, Medline, SocIndex, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, an
Data from included articles were extracted and coded for Context-Outcome-Me
urations (CMOcs). A realist approach to thematic analysis was used to synthesis and refine the final program theory building on the initial program theory. Results are presented using a narrative synthesis.

Results

A total of 83 studies meeting the inclusion criteria and assessment for rigor and relevance were included. 17 CMOcs were identified that demonstrated interactions between intervention strategy, context of intervention, responses generated by the intervention (mechanism) and outcomes. Findings indicate implementation of multicomponent interventions tailored to the needs of the target group are more likely to result in positive outcomes. Additionally, consideration of both individual and external contextual factors would enhance the design, delivery and effectiveness of health-related interventions designed to reduce obesity and improve re-employment.

Conclusions

View PDF

Feedback

Amenyah et al. BMC Public Health (2022) 22:2100
https://doi.org/10.1186/s12889-022-14518-6

BMC Public Health

RESEARCH Open Access

Systematic realist synthesis of health-related and lifestyle interventions designed to decrease overweight, obesity and unemployment in adults

Sophia D. Amenyah[1*], Diane Waters[2], Wen Tang[2], Lee-Ann Fenge[1] and Jane L. Murphy[1]

Abstract

Background: Obesity and unemployment are complex social and health issues with underlying causes that are interconnected. While a clear link has been established, there is lack of evidence on the underlying causal pathways and how health-related interventions could reduce obesity and unemployment using a holistic approach.

Objectives: The aim of this realist synthesis was to identify the common strategies used by health-related interventions to reduce obesity, overweight and unemployment and to determine for whom and under what circumstances these interventions were successful or unsuccessful and why.

Methods: A realist synthesis approach was used. Systematic literature searches were conducted in Cochrane library, Medline, SocIndex, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus, and PsychInfo. The evidence from included studies were synthesised into Context-Mechanism-Outcome configurations (CMOcs) to better understand when and how programmes work, for which participants and to refine the final programme theory.

Results: A total of 83 articles met the inclusion criteria. 8 CMOcs elucidating the contexts of the health-related interventions, underlying mechanisms and outcomes were identified. Interventions that were tailored to the target population using multiple strategies, addressing different aspects of individual and external environments led to positive outcomes for reemployment and reduction of obesity.

Conclusion: This realist synthesis presents a broad array of contexts, mechanisms underlying the success of health-related interventions to reduce obesity and unemployment. It provides novel insights and key factors that influence the success of such interventions and highlights a need for participatory and holistic approaches to maximise the effectiveness of programmes designed to reduce obesity and unemployment.

Trial registration: PROSPERO 2020 CRD42020219897.

Keywords: Realist synthesis, Obesity, Unemployment, Overweight, Health-related interventions

Background

Obesity and unemployment are critically intertwined social and health issues which adversely impact life expectancy, quality of life, mental health and lead to increased mortality and morbidity [1–4]. Whether obesity leads to unemployment or is a consequence of unemployment is not fully determined, however there is strong

*Correspondence: samenyah@bournemouth.ac.uk

[1] Faculty of Health and Social Sciences, Bournemouth University, 5th Floor, Bournemouth Gateway Building, St Paul's Lane, Bournemouth BH8 8GP, UK
Full list of author information is available at the end of the article

© The Author(s) 2022. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Amenyah et al. BMC Public Health (2021) 21:582
https://doi.org/10.1186/s12889-021-10523-3

BMC Public Health

STUDY PROTOCOL Open Access

Evaluation of a health-related intervention to reduce overweight, obesity and increase employment in France and the United Kingdom: a mixed-methods realist evaluation protocol

Sophia D. Amenyah* Jane Murphy and Lee-Ann Fenge

Abstract

Background: Obesity, overweight and unemployment are interlinked, with debilitating effects on mortality, health, wellbeing and quality of life. Existing interventions to reduce overweight, obesity and unemployment have addressed these challenges independent of each other with limited success. The Adding to Social capital and individual Potential In disadvantaged REgions (ASPIRE) project will develop an innovative model using a combination of skills training and health and wellbeing interventions to improve health, wellbeing, quality of life and reduce overweight, obesity and unemployment in England and France. The aim of this paper is to outline the protocol for evaluating the ASPIRE project to examine the effectiveness of the intervention and clarify the mechanisms and contextual factors which interact to achieve outcomes.

Methods: A mixed-method realist evaluation using a single-group before-and-after design will be used. The evaluation will consist of development of an initial programme theory, theory validation and refinement using quantitative and qualitative data to understand the causal mechanisms, contexts of implementation and their interactions that result in outcomes observed in ASPIRE. Primary outcomes that will be assessed are change in body weight and body mass index, reemployment and a rise on the ASPIRE participation ladder. The ASPIRE participation ladders consists of a series of 5 steps to engage participants in the project. The first step on the ladder is joining an ASPIRE hub with paid employment as the final step on the ladder. Secondary outcomes will be physical activity, diet quality, self-efficacy and health-related quality of life. Both quantitative and qualitative approaches are appropriate in this study because the use of validated questionnaires and objective measures will demonstrate how much the intervention addressed outcomes related to weight loss and reemployment and the qualitative data (photovoice) will provide insights into the contexts and experiences that are unique to participants in the project.

(Continued on next page)

* Correspondence: samenyah@bournemouth.ac.uk
Faculty of Health and Social Sciences, 5th Floor, Bournemouth Gateway Building, Bournemouth University, St Paul's Lane, Bournemouth BH8 8GP, UK

© The Author(s). 2021 **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

My life before ASPIRE...
Ma vie avant ASPIRE...
Photo 1
My life during ASPIRE...
Ma vie pendant ASPIRE...
Photo 2
My life now, after ASPIRE...
Ma vie maintenant, après ASPIRE...
Photo 3
My ASPIRE
JOURNEY
If ASPIRE did not exist...
Si ASPIRE n'existait pas...
Photo 4
ASPIRE and my health, wellbeing and employability...
ASPIRE et ma santé, mon bien-être et mon employabilité...
Photo 5
The challenges fr
my ASPIRE journey...
Les défis de mon parcours ASPIRE...
Photo 6
The biggest change in my life from ASPIRE...
Le plus grand changement dans ma vie grâce à l'ASPIRE...
Photo 7

Les couleurs de la vie
La rivière du silence
Le nid de la vie
My ASPIRE
JOURNEY
Porter sa croix
Le potager des couleurs
Le parcours possible malgré les difficultés
L'eau qui vient d'en haut, quelque chose qui s'élève

Fade
Motivante
Renaissance
My ASPIRE
JOURNEY
Triste
Sérénité
Le bien-être
Ne rien lâcher

ZQSD
Technologie
Chopin
My ASPIRE
JOURNEY
Roue libre
Dress code
Le pain
Omniscience

Cracked
Bud burst
Blue sky thinking
My ASPIRE
JOURNEY
Dumpster fire
Smile
In the sunlight
My door

La passivité
L'envie de savoir
Un jour avec Justine
My ASPIRE
JOURNEY
L'obscurité
Le avant-après
Le coup de pouce
La twing twing

Bleu
Rayons de soleil
Repas équilibré
My ASPIRE
JOURNEY
Sport
SE LANCER
Se Lancer

La solitude
Se lever pour travailler mon projet
Chercher du travail
My ASPIRE
JOURNEY
La confiance
La sociabilité
LOW RESOLUTION
La motivation
Le dépassement

Stopped
Active
Get up and go
My ASPIRE
JOURNEY
Darkness
The World now
On your feet
Up hill climb

Ma vie de merde
Moi avant, dans un coin
Je m'engage pour ma liberté
My ASPIRE
JOURNEY
Le suicide
Ma renaissance
La découverte
Être autonome

Alone and overwhelmed
Supported
Personal Regrowth
My ASPIRE
JOURNEY
Darkness
Hope and happiness
Strength
Life challenges

Reason why I'm here
Relief
My ASPIRE
JOURNEY
Recovery and help
Learning new skills

Hortentia
Groupe Solidaire
Le poisson
My ASPIRE
JOURNEY
La Nature
Centre SocioCulturel
Audrey Bartier
Deuxième maison
Parcours Sportif
Marche Nordique

Le désordre
l'amélioration
Le changement
My ASPIRE
JOURNEY
L'isolement
LE MEILLEUR MOYEN DE RÉUSSIR L'IMPOSSIBLE EST DE CROIRE QUE C'EST POSSIBLE.
La réussite
ZEN
Le bien-être
L'équilibre

Vie sans issue
Le travail
Une vie pleine d'espoir
My ASPIRE
JOURNEY
Une voie pleine d'embuches
Ateliers, échanges, rencontres
Des bons légumes
Parcours sportif

Seule dans mes pensées
Le soleil du bonheur
La course vers la réussite
My ASPIRE
JOURNEY
La bulle dans le renfermement
Le proverbe d'ASPIRE
Le petit déjeuner de la forme
Le test de l'enfer

Darkness
Light from darkness
Light bursting from the dark
My ASPIRE
JOURNEY
Learning
Safety
Blossoming
Sunlight

Half empty / half full
Proud
Autumn - A time for reflection
My ASPIRE
JOURNEY
Empty
Favourite walk
Healthy eating
Achievement

Foyer
Evolution
Acceptation
My ASPIRE
JOURNEY
Point mort
Horizon
Osez
Présidence

A closed door
Autumn pathway
Moving water
My ASPIRE
JOURNEY
Standing still in life
Freedom and happiness
Strong foundations
Time

Figée
Mouvement
Beauté, joie
My ASPIRE
JOURNEY
Inquiétude, réflexion, questionnement
Puissance, régénération
Dynamisme, énergie
Performance, volonté

Bournemouth University

Participant Consent Form - ASPIRE Evaluation

Full title: Adding to Social capital and individual Potential In disadvantaged REgions (ASPIRE)

IRAS ID: 288333

Section A: To be completed by ASPIRE Coordinator prior to enrolment into ASPIRE evaluation.

Participant identification number: ……

Name, position and contact details of ASPIRE coordinator:

……

……

To be completed by participant prior to data collection activity.

Section B: Agreement to participate in the research

You should only agree to participate in this research if you agree with all of the statements in this table and accept that taking part will involve the listed activities.

	Initial box to agree
1. I have read and understood the Participant Information Sheet (*PIS ASPIRE Evaluation Version 1; 24.05.2021*) for the above research and have been given access to the BU Research Participant Privacy Notice which explains how my personal information is collected and used (https://www1.bournemouth.ac.uk/about/governance/access-information/data-protection-privacy).	
2. I have had an opportunity to ask questions and I am happy with the answers.	
3. I understand that taking part in this research is voluntary. I can stop taking part at any time without giving a reason, without my medical care or legal rights being affected. I can refuse to answer any particular question or questions.	
4. I understand that taking part in this aspect of the research will include the following activities: • Completing a set of questionnaires based on my goals at the beginning when I join ASPIRE, at 12 weeks and 6 months.	

• Taking measurements of my height, weight, percent body fat and step counts at the beginning when I join the ASPIRE, at 12 weeks and 6 months.	
5. I understand that, if I withdraw from the study, I will also be able to withdraw my information from further use in the study **except** where my information has been anonymised (as I cannot be identified).	
6. I understand that my information may be included in an anonymised form within a dataset to be archived at BU's Online Research Data Repository.	
7. I understand that my information may be used in an anonymised form by the research team to support other research in the future, including future publications, reports or presentations.	
8. I understand that should I disclose something of concern during the research, my ASPIRE coordinator may need to break confidentiality as part of their duty of care and support me to contact an agency that could help.	
I agree to take part in the research on the basis set out above (Section B)	

Section C: I confirm my agreement to take part in the research as indicated above.

Name of participant (BLOCK CAPITALS)	Date (dd/mm/yyyy)	Signature
Name of person taking consent (BLOCK CAPITALS)	Date (dd/mm/yyyy)	Signature

Section D: Record Keeping

Once a Participant has signed, **please sign 1 copy** and take 2 photocopies:

- Original kept in the local investigator's file
- 1 copy to be kept by the participant (including a copy of participant information sheet)

Fiche d'information du participant - Évaluation ASPIRE

1. Le titre du projet

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

2. Invitation à participer

Nous vous invitons à participer à la recherche d'évaluation dans le cadre du projet ASPIRE. Avant de prendre votre décision, il est important que vous compreniez les raisons de cette recherche et ce qu'elle implique. Prenez le temps de lire attentivement les informations suivantes et discutez-en avec d'autres personnes si vous le souhaitez. Demandez-nous si quelque chose n'est pas clair ou si vous souhaitez plus d'informations. Prenez le temps de décider si vous souhaitez ou non participer à la recherche.

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

3. Quel est l'objectif de la recherche ?

Contexte

L'obésité et le surpoids exposent les personnes qui en souffrent à des maladies graves telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, les maladies pulmonaires, les cancers et les décès prématurés. De plus en plus de personnes souffrent d'obésité au Royaume-Uni, ce qui suscite des inquiétudes croissantes quant à son impact à long terme sur la santé.

Objectifs nationaux

Nous sommes tous encouragés à adopter des modes de vie sains pour prévenir, gérer et inverser l'obésité. En Angleterre, les taux d'obésité sont les plus élevés là où le nombre de chômeurs et de personnes à faibles revenus est également élevé. Les aliments frais, locaux et sains sont souvent chers et semblent plus difficiles à cuisiner. Les gens passent moins de temps à cuisiner, ils sont moins actifs mais plus occupés, et achètent davantage de plats préparés et de restauration rapide. Nous connaissons l'importance du plein air, de l'interaction sociale et du maintien d'un mode de vie sain avec une alimentation appropriée et de l'activité physique, mais il est difficile de manger sainement, surtout si nous sommes occupés, fatigués ou stressés. Nous savons également qu'une personne qui lutte contre son poids ou son bien-être peut avoir des difficultés à trouver un emploi en raison d'un manque de confiance en soi

et de la pression exercée par la stigmatisation. Par ailleurs, une personne qui n'a pas de travail ou d'activité régulière peut également avoir du mal à maintenir un poids sain.

L'objectif d'ASPIRE

L'objectif global du projet ASPIRE est de donner aux participants le soutien, les compétences et la confiance nécessaires pour faire des choix de vie plus sains pour eux et leur famille. Le projet ASPIRE peut vous aider à cultiver des produits frais, à acquérir de nouvelles compétences, à améliorer votre alimentation et votre bien-être. En adoptant un mode de vie sain et en acquérant de nouvelles compétences, les individus seront en mesure d'améliorer leur bien-être et, le cas échéant, leurs chances de.. :

- Réduire leur poids
- Augmentation du niveau d'activité
- Le bénévolat
- Se rendre au travail

Les résultats d'ASPIRE pourraient contribuer à améliorer les services offerts aux personnes souffrant d'obésité ou de surpoids et/ou au chômage.

4. Pourquoi ai-je été invité ?

Vous avez été invité à participer à cette recherche, qui est un aspect d'ASPIRE, parce que vous participez actuellement à des activités dans un centre ASPIRE. D'autres adultes vivant dans les communautés de Medway, Boscombe et Kent et participant aux activités ASPIRE seront également invités à participer.

5. Dois-je participer ?

Participer est un choix qui vous appartient totalement et c'est à vous de décider si vous voulez participer ou non. Si vous décidez de participer dans un premier temps, vous pouvez changer d'avis à tout moment. Si vous décidez de participer, on vous remettra cette fiche d'information à conserver et on vous demandera de signer un formulaire de consentement. Nous souhaitons que vous compreniez ce qu'implique la participation à la recherche avant de décider d'y prendre part.

6. Puis-je changer d'avis sur ma participation ?

Oui, vous pouvez arrêter de participer à cette partie de la recherche à tout moment et sans donner de raison. Cela n'affectera pas votre capacité à participer aux activités d'ASPIRE ou aux services que vous recevez dans le cadre de vos soins.

7. Si je change d'avis, qu'advient-il de mes informations ?

Une fois que vous aurez décidé de ne plus participer à cette recherche, nous ne recueillerons plus d'informations auprès de vous ou à votre sujet, mais nous conserverons les informations dont nous disposons déjà à votre sujet, si elles sont importantes pour la recherche. Il ne nous sera pas possible de supprimer vos informations car vous ne serez plus identifiable.

8. En quoi consisterait la participation ?

On vous donnera cette fiche d'information à lire et on prendra votre nom et vos coordonnées. Quelques jours plus tard, votre coordinateur ASPIRE local vous contactera par téléphone et vous demandera si vous êtes toujours intéressé(e) par le projet. Si vous répondez que vous n'êtes plus intéressé(e), nous vous remercierons pour votre temps et ne vous recontacterons plus. Si vous dites que vous souhaitez poursuivre la recherche, votre coordinateur ASPIRE organisera une visite au centre ASPIRE à l'heure qui vous convient. Lors de cette rencontre, il vous expliquera ce que vous devez faire et répondra à toutes vos questions. Si vous souhaitez toujours participer, il vous sera demandé de signer un formulaire de consentement.

Les prochaines étapes seront les suivantes :

- Au cours de la semaine suivant la signature du formulaire de consentement, il vous sera demandé de vous rendre dans votre centre ASPIRE local pour remplir des questionnaires et prendre vos mensurations. Cela permettra d'obtenir des informations de base sur vous.
- Les questionnaires permettent d'enregistrer certaines informations de base vous concernant : Âge/sexe
- Ils vous poseront également des questions sur votre alimentation, votre activité physique, votre emploi, votre santé et votre efficacité personnelle.
- Les questionnaires que vous remplissez sont basés sur des objectifs que vous vous fixez avec l'aide de votre coordinateur dans le cadre de votre participation à ASPIRE.
- Vous vous rendrez également au kiosque Wellbeing People Health pour mesurer votre poids, votre taille et votre pourcentage de graisse corporelle.
- Un podomètre peut également vous être remis pour vous aider à compter vos pas.
- Il vous sera demandé de vous rendre à nouveau à votre centre ASPIRE à 12 semaines et à 6 mois pour remplir les questionnaires et prendre vos mensurations.

9. Quels sont les avantages et les éventuels inconvénients ou risques liés à la participation ?

Les informations tirées de cette recherche contribueront à améliorer les services de santé, de bien-être et d'employabilité en Angleterre, mais il se peut que vous n'en tiriez aucun bénéfice personnel. Bien que nous ne pensions pas que votre participation à cette étude puisse vous porter préjudice, nous avons mis en place des procédures de signalement, d'enquête, d'enregistrement et de traitement des événements négatifs et des plaintes des volontaires qui participent à la recherche.

Si vous vous sentez perturbé(e) pendant une partie quelconque de cette recherche, vous pouvez arrêter de participer à tout moment sans donner de raison. Vous pourrez également contacter les organisations suivantes pour obtenir du soutien en appelant ces numéros si nécessaire :

Services de santé mentale du NHS : 111

Samaritains : 116123

10. Comment mes informations seront-elles gérées ?

Votre centre ASPIRE local est responsable de la gestion de vos informations personnelles. Cependant, l'université de Bournemouth (BU) est l'organisation qui a la responsabilité globale de s'assurer que vos informations sont stockées et utilisées correctement. La recherche est une tâche que nous accomplissons dans l'intérêt public, dans le cadre de notre fonction principale en tant qu'université.

Cette recherche impliquera la collecte et/ou la production d'informations vous concernant. Nous gérons les données de recherche en stricte conformité avec :

- les exigences éthiques ; et
- Les lois actuelles sur la protection des données. Ces lois régissent l'utilisation d'informations concernant des personnes identifiables, mais ne s'appliquent pas aux données de recherche anonymes : Le terme "anonyme" signifie que nous avons supprimé ou non collecté les données ou les liens vers d'autres données permettant d'identifier une personne spécifique en tant que sujet ou source d'un résultat de recherche.

L'avis de confidentialité de l'UB concernant les participants aux recherches fournit de plus amples informations sur la manière dont nous assumons nos responsabilités et sur vos droits en tant qu'individu en vertu de la loi sur la protection des données. Nous vous demandons de lire cet avis afin de bien comprendre comment nous utiliserons vos informations personnelles. Nous n'utiliserons les informations que nous recueillons auprès de vous ou à votre sujet que dans le cadre de la recherche. Seul votre coordinateur ASPIRE local connaîtra votre nom ou vos coordonnées, et uniquement pour vous contacter afin d'organiser des rendez-vous avec vous. Toutes les personnes impliquées dans cette étude veilleront à la sécurité de vos données. Nous respecterons également toutes les règles de confidentialité énoncées dans l'avis de confidentialité. Nous veillerons à ce que personne ne puisse savoir qui vous êtes à partir des rapports que nous rédigeons.

Vos informations sous une forme anonyme peuvent être incluses dans un ensemble de données qui sera archivé dans le dépôt de données de recherche en ligne de l'université.

11. Ma participation à la recherche restera-t-elle confidentielle ?

Oui, vous recevrez un code anonyme (numéro d'identification) que vous utiliserez tout au long de votre participation à l'étude. Ce code contribuera à préserver la confidentialité des informations que vous fournirez et ne sera pas lié aux informations d'identification personnelle que vous fournirez.

12. Personnes à contacter pour plus d'informations

Si vous avez des questions ou si vous souhaitez obtenir de plus amples informations, veuillez contacter votre coordinateur ASPIRE local :

Hub de Boscombe
Martha Searle
Mobile : 07901 701908
Tél : 01202 128454
Courriel : martha.searle@bcpcouncil.gov.uk

Hub de Medway
Julie Webster
Mobile : 07983958768
Tél : 01634334620
Courriel : julie.webster1@nhs.net

Hub d'Aylesham
Angela Doggett
Tél : 01304840134
Courriel : angela.doggett@bechange.org.uk

13. En cas de plainte

Si vous avez d'autres préoccupations concernant cette recherche ou votre participation à cette recherche, veuillez contacter le professeur Vanora Hundley, vice-doyenne de la recherche et

de la pratique professionnelle, faculté des sciences sociales et de la santé, à l'adresse suivante : :

Courriel : researchgovernance@bournemouth.ac.uk

14. Que se passe-t-il ensuite ?

Si vous décidez de participer, vous recevrez une copie de cette fiche d'information du participant à conserver. Il vous sera également demandé de signer un formulaire de consentement pour montrer que vous acceptez de participer à la recherche. Vous recevrez également une copie du formulaire de consentement que vous aurez signé et que vous conserverez.

Merci d'avoir pensé à participer à cette recherche.

Bournemouth University

Participant Consent Form – ASPIRE Photovoice Study

Full title: Adding to Social capital and individual Potential In disadvantaged REgions (ASPIRE)
IRAS Project ID: 288333

Section A: To be completed by ASPIRE coordinator prior to enrolment into Photovoice study

Participant identification number: ……
Name, position and contact details of ASPIRE coordinator:
……..

……

Section B: Agreement to participate in the research

To be completed by participant prior to data collection activity

You should only agree to take part in this research if you agree with all of the statements in this table and accept that taking part will involve the listed activities.

	Initial box to agree
1. I confirm that I have read and understood the Participant Information Sheet (PIS Photovoice Version 3; 24.05.2021) and have been given access to the BU Research Participant Privacy Notice which explains how my personal information is collected and used (https://www1.bournemouth.ac.uk/about/governance/access-information/data-protection-privacy).	
2. I have had an opportunity to ask questions and I am happy with the answers.	
3. I understand that taking part is voluntary. I can stop taking part at any time without giving a reason, without my medical care or legal rights being affected and I can refuse to answer any particular question or questions.	
4. I understand that taking part in this aspect of the research will include the following activities: • Taking some photographs which show how I felt about taking part in activities at my ASPIRE hub. • A sound recording being made of my interview as part of the research. • My words will be quoted in publications, reports, web pages and other research outputs (without using my real name). • The photographs that I take as part of the research will be included in research outputs.	

5. I understand that, if I withdraw from the study, I will also be able to withdraw my information from further use in the research **except** where my information has been anonymised (as I cannot be identified).	
6. I understand that my information may be included in an anonymised form within a dataset to be archived at BU's Online Research Data Repository.	
7. I understand that my information may be used in an anonymised form by the research team to support other research in the future, including future publications, reports or presentations.	
8. I understand that should I disclose something of concern during the interview, the person conducting the interview may need to break confidentiality as part of their duty of care and support me to contact an agency that could help.	
I agree to take part in the research on the basis set out above (Section B)	

Section C: I confirm my agreement to take part in the research as indicated above.

Name of participant (BLOCK CAPITALS)	Date (dd/mm/yyyy)	Signature
Name of person taking consent (BLOCK CAPITALS)	Date (dd/mm/yyyy)	Signature

Section D: Record Keeping

Once a Participant has signed, **please sign 1 copy** and take 2 photocopies:

- Original kept in the local investigator's file
- 1 copy to be kept by the participant (including a copy of participant information sheet)

Fiche d'information pour les participants - Étude ASPIRE

Photovoice

1. Le titre du projet :

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

2. Invitation à participer

Nous vous invitons à participer à la recherche photovoice dans le cadre du projet ASPIRE. Avant de prendre votre décision, il est important que vous compreniez la raison de cette recherche et ce qu'elle implique. Prenez le temps de lire attentivement les informations suivantes et discutez-en avec d'autres personnes si vous le souhaitez. Demandez-nous si quelque chose n'est pas clair ou si vous souhaitez plus d'informations. Prenez le temps de décider si vous souhaitez ou non participer à la recherche.

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé.

3. Quel est l'objectif d'ASPIRE ?

Contexte

L'obésité et le surpoids exposent les personnes qui en souffrent à des maladies graves telles que les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, les maladies pulmonaires, les cancers et les décès prématurés. De plus en plus de personnes souffrent d'obésité au Royaume-Uni, ce qui suscite des inquiétudes croissantes quant à son impact à long terme sur la santé.

Objectifs nationaux

Nous sommes tous encouragés à adopter des modes de vie sains pour prévenir, gérer et inverser l'obésité. En Angleterre, les taux d'obésité sont les plus élevés là où le nombre de chômeurs et de personnes à faibles revenus est également élevé. Les aliments frais, locaux et sains sont souvent chers et semblent plus difficiles à cuisiner. Les gens passent moins de temps à cuisiner, ils sont moins actifs mais plus occupés, et achètent davantage de plats préparés et de restauration rapide.

L'objectif d'ASPIRE

L'objectif global du projet ASPIRE est de donner aux participants le soutien, les compétences et la confiance nécessaires pour faire des choix de vie plus sains pour eux et leur famille. En adoptant un mode de vie sain et en acquérant de nouvelles compétences, les individus seront en mesure d'améliorer leur bien-être et, le cas échéant, leurs chances de survie :

-Réduire leur poids

-Augmentation du niveau d'activité

-Volontariat

Les résultats d'ASPIRE peuvent contribuer à améliorer les services dont bénéficient les personnes souffrant d'obésité ou de surpoids ou qui sont au chômage. Cette étude a pour but de nous aider à comprendre vos expériences tout au long de votre parcours ASPIRE.

4. Pourquoi ai-je été invité ?

Vous avez été invité(e) à participer à cette recherche, qui s'inscrit dans le cadre du projet ASPIRE, parce que vous avez déjà pris part à des activités dans un centre ASPIRE. Nous aimerions en savoir plus sur votre expérience du parcours ASPIRE et savoir si les activités vous ont aidé ou non. D'autres adultes vivant dans les communautés de Medway, Boscombe et Kent et ayant pris part aux activités ASPIRE seront également invités à participer.

5. Dois-je participer ?

Participer est un choix qui vous appartient totalement et c'est à vous de décider si vous voulez participer ou non. Si vous décidez de participer dans un premier temps, vous pouvez changer d'avis à tout moment. Si vous décidez de participer, on vous remettra cette fiche d'information à conserver et on vous demandera de signer un formulaire de consentement. Nous voulons que vous compreniez ce qu'implique votre participation avant de décider si vous voulez y prendre part.

6. Puis-je changer d'avis sur ma participation ?

Oui, vous pouvez arrêter de participer à cette partie de la recherche à tout moment et sans donner de raison. Cela n'affectera pas votre capacité à participer aux activités d'ASPIRE ou aux services que vous recevez dans le cadre de vos soins.

7. Si je change d'avis, qu'advient-il de mes informations ?

Une fois que vous aurez décidé de ne plus participer à cette recherche, nous ne recueillerons plus d'informations auprès de vous ou à votre sujet, mais nous conserverons les informations que nous possédons déjà à votre sujet si elles sont importantes pour la recherche. Il ne nous sera pas possible de supprimer vos informations car vous ne serez plus identifiable.

8. En quoi consisterait la participation ?

On vous donnera cette fiche d'information à lire et on prendra votre nom et vos coordonnées. Quelques jours plus tard, votre coordinateur ASPIRE local vous contactera par téléphone et vous demandera si vous êtes toujours intéressé(e). Si vous répondez que vous n'êtes plus intéressé(e), nous vous remercierons pour votre temps et nous ne vous contacterons plus. Si vous dites que vous souhaitez poursuivre la recherche, votre coordinateur ASPIRE organisera une visite au centre ASPIRE à l'heure qui vous convient. Lors de cette rencontre, il vous expliquera ce que vous devez faire et répondra à toutes vos questions. Si vous souhaitez toujours participer, il vous sera demandé de signer un formulaire de consentement.

Les prochaines étapes seront les suivantes :

- Enregistrement de quelques informations de base vous concernant : Âge/genre
- Apprendre à utiliser l'appareil photo dont vous disposerez pendant le projet.
  - Assurez-vous de savoir ce que vous pouvez et ne pouvez pas photographier.
  - Que faire s'il y a des personnes sur vos photos ?
  - Qu'adviendra-t-il des photos que vous prenez ?
  - Entraînez-vous à prendre des photos.
- On vous demandera de prendre des photos de ce que vous ressentez en participant à ASPIRE.
  - Vous pouvez choisir de commencer le jour suivant ou il peut être plus pratique pour vous de laisser passer quelques jours.
  - Votre coordinateur vous demandera quand vous pensez commencer à prendre des photos et vous contactera ensuite pour vérifier que tout vous convient et pour convenir d'une date à laquelle vous devrez rapporter l'appareil photo.
- Vous remplirez un carnet de bord documentant chaque photographie.

9. Qu'adviendra-t-il de mes photographies ?

Une fois l'appareil photo récupéré, les photographies seront enregistrées sur un ordinateur et votre coordinateur vous demandera de sélectionner au moins cinq photographies dont vous souhaitez parler. Il ou elle vous posera ensuite des questions à leur sujet. La durée de

l'entretien est difficile à prévoir, car elle dépend du nombre de photographies dont vous voulez parler et de l'ampleur de la discussion, mais elle sera probablement comprise entre une heure et une heure et demie.

Une fois l'entretien terminé, votre coordinateur discutera à nouveau des informations abordées lors de votre visite avant les photographies. Il confirmera la manière dont les photographies et l'entretien seront conservés et s'assurera qu'il dispose d'une autorisation écrite de votre part pour utiliser les photographies dont vous avez parlé dans le cadre de la diffusion des résultats de l'enquête. Si vous ne souhaitez pas que certaines photographies soient utilisées, nous veillerons à ce que cela soit soigneusement consigné afin qu'elles ne soient pas publiées de quelque manière que ce soit. Si des photographies contiennent des images de personnes, leurs visages seront masqués par "pixellisation" de l'image afin que les personnes ne puissent pas être identifiées. Cette opération sera effectuée une fois que vous aurez regardé les images pour l'entretien. Vous pourrez conserver toutes vos photographies sur une clé USB. Une fois l'entretien terminé et l'autorisation photographique signée, les chercheurs de l'université de Bournemouth procéderont à une analyse détaillée des résultats afin de rédiger un rapport pour le projet ASPIRE. Les résultats peuvent également être diffusés par le biais d'articles publiés dans des revues ou d'événements tels que des expositions ou des conférences.

Dépenses et paiements ?

Vous recevrez un bon d'achat de 25 livres sterling pour votre participation à ce projet et vos frais de déplacement seront remboursés.

10. Quels sont les avantages de la participation ?

Les informations obtenues grâce à cette recherche peuvent contribuer à améliorer les services de santé, de bien-être et d'employabilité en Angleterre, mais ne peuvent pas vous bénéficier personnellement.

11. Quels sont les inconvénients ou les risques éventuels liés à la participation ?

Il est peu probable que la participation à cette recherche comporte des risques. Toutefois, les entretiens portant sur les rôles et la signification des choses dans votre vie peuvent susciter des réactions émotionnelles. Si vous vous sentez bouleversé pendant l'entretien, vous pouvez l'interrompre à tout moment. Vous pourrez également contacter les organisations suivantes pour obtenir de l'aide en appelant ces numéros si nécessaire :

Services de santé mentale du NHS : 111

Samaritains : 116123

Si, au cours de l'entretien, une situation se présente et que le coordinateur local qui mène l'entretien craint pour votre bien-être (par exemple, la probabilité d'une automutilation ou d'un préjudice causé à autrui), il en discutera avec vous. Si nécessaire, il devra peut-être rompre la confidentialité et vous aider à contacter un organisme susceptible de vous aider. Cette démarche s'inscrit dans le cadre de son devoir de diligence à l'égard des participants.

12. Serai-je enregistré et comment les enregistrements seront-ils utilisés ?

L'entretien qui suit la prise des photos sera enregistré et les enregistrements sonores ne seront utilisés qu'à des fins d'analyse et de transcription des enregistrements dans des rapports ou des publications. Aucune autre utilisation ne sera faite sans votre autorisation écrite et personne en dehors du projet ne sera autorisé à accéder aux enregistrements originaux.

13. Ma participation à l'étude restera-t-elle confidentielle ?

Tous les entretiens seront enregistrés sur un dictaphone numérique à des fins de transcription et ces entretiens seront téléchargés et enregistrés en toute sécurité conformément à la loi sur la protection des données de 1998. Toutes les photographies, interviews, transcriptions et informations seront conservées en toute sécurité pendant 5 ans après la fin de l'étude (Data Protection Act 1998) et seront ensuite détruites en toute sécurité.

L'anonymat sera préservé autant que possible, mais en raison de l'utilisation de la photographie, il est possible que quelqu'un reconnaisse un lieu ou un décor apparaissant sur vos photos, ce qui pourrait permettre de vous identifier. Dans la mesure du possible, l'anonymat sera préservé en s'assurant que les visages figurant sur les images sont pixellisés. Votre coordinateur ASPIRE en discutera avec vous pour s'assurer que vous avez bien compris lors de la demande de consentement écrit pour l'utilisation des photographies.

Votre vrai nom ne sera pas utilisé lorsque vous discuterez des résultats de la recherche. Des pseudonymes, c'est-à-dire un nom différent, seront utilisés dans tous les travaux, de sorte qu'à chaque fois qu'il sera fait référence à votre entretien ou à des photographies, un nom différent sera utilisé au lieu de votre vrai nom. Les autres personnes dont vous pourriez parler au cours de l'entretien (ou qui pourraient apparaître sur une photographie) seront désignées par leur lien de parenté avec vous (mari, femme, etc.) ou se verront attribuer un pseudonyme. Les noms réels et les pseudonymes associés ne seront connus que de votre coordinateur ASPIRE et seront conservés dans un document séparé stocké en toute sécurité sur le

système protégé par un mot de passe et sur un disque dur externe crypté. Le disque dur et tous les documents papier seront conservés dans un classeur fermé à clé.

14. Comment mes informations seront-elles gérées ?

Votre centre ASPIRE local est responsable de la gestion de vos informations personnelles, mais L'Université de Bournemouth (BU) est l'organisation qui a la responsabilité globale de s'assurer que vos informations sont stockées et utilisées correctement. La recherche est une tâche que nous effectuons dans l'intérêt public, dans le cadre de notre fonction principale en tant qu'université. Cette recherche implique la collecte et/ou la production d'informations vous concernant. Nous gérons les données de recherche dans le strict respect des règles suivantes

- les exigences éthiques ; et
- Les lois actuelles sur la protection des données. Ces lois régissent l'utilisation d'informations concernant des personnes identifiables, mais ne s'appliquent pas aux données de recherche anonymes : Le terme "anonyme" signifie que nous avons supprimé ou non collecté les données ou les liens vers d'autres données permettant d'identifier une personne spécifique en tant que sujet ou source d'un résultat de recherche.

L'avis de confidentialité de l'UB concernant les participants aux recherches fournit de plus amples informations sur la manière dont nous assumons nos responsabilités et sur vos droits en tant qu'individu en vertu de la loi sur la protection des données. Nous vous demandons de lire cet avis afin de bien comprendre comment nous utiliserons vos informations personnelles. Nous n'utiliserons les informations que nous recueillons auprès de vous ou à votre sujet que dans le cadre du projet. Seul votre coordinateur ASPIRE local connaîtra votre nom ou vos coordonnées, et uniquement pour vous contacter afin d'organiser des rendez-vous avec vous. Toutes les personnes impliquées dans cette étude veilleront à la sécurité de vos données. Nous respecterons également toutes les règles de confidentialité énoncées dans l'avis de confidentialité. Nous veillerons à ce que personne ne puisse savoir qui vous êtes à partir des rapports que nous rédigeons.

Vos informations sous une forme anonyme peuvent être incluses dans un ensemble de données qui sera archivé dans le dépôt de données de recherche en ligne de l'université.

15. Qui contacter pour plus d'informations ?

Si vous avez des questions ou si vous souhaitez obtenir de plus amples informations, veuillez contacter votre coordinateur ASPIRE local.

Hub de Boscombe

Wilbert Smith

Tel : 01202 817648

Courriel : wilbert.smith@bcpcouncil.gov.uk

Hub de Medway

Julie Webster

Mobile : 07983958768

Tél : 01634334620

Courriel : julie.webster1@nhs.net

Hub d'Aylesham

Angela Doggett

Tél : 01304840134

Courriel : angela.doggett@bechange.org.uk

16. Qui dois-je contacter en cas de réclamation ?

Si vous avez encore des doutes sur ce projet ou sur la possibilité d'y participer, veuillez contacter le professeur Jane Murphy, vice-doyenne de la recherche et de la pratique professionnelle, Faculté des sciences sociales et de la santé :

Courriel : researchgovernance@bournemouth.ac.uk

17. Que se passe-t-il ensuite ?

Si vous décidez de participer, vous recevrez une copie de cette fiche d'information et un formulaire de consentement à signer. Vous recevrez également une copie du formulaire de consentement que vous aurez signé et que vous conserverez.

Nous vous remercions d'envisager de participer à ce projet.

ASPIRE EVALUATION - PHOTOVOICE STUDY

Guide for taking pictures:

We would ask you to take some pictures that describe how you feel about the ASPIRE project.

- Picture 1: A photo that describes your life before coming along to the ASPIRE project.
- Picture 2: A photo that shows how your life has been during the ASPIRE project.
- Picture 3: A photo that describes your life now after coming to the ASPIRE activities.
- Picture 4: A photo showing how will your life be if the ASPIRE project did not exist.
- Picture 5: A photo showing what ASPIRE means to your health, wellbeing or employability.
- Picture 6: A photo that shows any challenges you encountered on your ASPIRE journey.
- Picture 7: A photo that shows the biggest change ASPIRE has had on your life.