

# La santé sociale outre-Manche : Évaluation de quatre années du projet Connected Communities ( Communautés Connectées ) financé par Interreg

Rapport d'évaluation final  
Version finale : 14 juillet 2023



Ce rapport a été préparé par l'Université de l'Essex avec des documents et des indices fournis par le biais de la coopération des Conseils de l'Est du Suffolk, du Kent, de Medway et du Suffolk, et du Conseil départemental de l'Eure. Nous remercions ces partenaires pour leur participation et leur collaboration à la compilation et au partage des informations nécessaires à la création de ce rapport, et plus généralement au sein du projet Connected Communities. Le rapport répond aux exigences des livrables de l'appel d'offres : T3.1.1 ; T3.1.2 ; T3.1.3

Membres de l'équipe ayant contribué à ce rapport :

Gina Yannitell Reinhardt, PhD

Dragana Vidovic, PhD

Nicolae Radulescu

Veillez adresser vos questions ou commentaires à :

Équipe d'évaluation, Connected Communities (Communautés Connectées)

Université de l'Essex

[evaluation@essex.ac.uk](mailto:evaluation@essex.ac.uk)

## Table des matières

<b>1</b>	<b>PRINCIPAUX RESULTATS</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>DONNEES DU PROJET CONNECTED COMMUNITIES</b>	<b>11</b>
	DONNEES A L'ECHELLE DE L'INDIVIDU : EVOLUTION DE LA SOLITUDE, DE L'ISOLEMENT SOCIAL ET DU BIEN-ETRE	12
	DONNEES A L'ECHELLE DU SYSTEME : EVOLUTION DE LA DEMANDE EN SOINS DE SANTE ET EN AIDE SOCIALE	12
	DONNEES A L'ECHELLE DE LA COMMUNAUTE : EVOLUTION DE LA PRODUCTIVITE ET DE LA CONNECTIVITE	12
	QUALITE DES DONNEES	13
	UN SYSTEME D'ENREGISTREMENT ET DE GESTION DES DONNEES CLIENTS (CRMS) COMMUN OU DISTINCT	13
	ENREGISTREMENT DES DONNEES	14
	EXTRACTION DES DONNEES	15
	TRAITEMENT DES DONNEES	15
<b>3</b>	<b>ANALYSES A L'ECHELLE DES INDIVIDUS ET DU SYSTEME (LIVRABLE T3.1.1 : RAPPORT CRMS)</b>	<b>16</b>
	STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE BASE	16
	SOURCES D'AIGUILLAGE - COMMENT LES BENEFICIAIRES ACCEDENT-ILS AU PROJET CONNECTED COMMUNITIES ?	16
	AIGUILLAGES - OU LES BENEFICIAIRES SONT-ILS ALLES POUR ENTRER EN CONTACT AVEC D'AUTRES PERSONNES ?	22
	COMBIEN Y AVAIT-IL DE BENEFICIAIRES ?	24
	SEXE	26
	ÂGE	27
	ETHNICITE	28
	STATUT MARITAL	30
	PLUS HAUT NIVEAU D'EDUCATION ATTEINT	32
	REVENUS	33
	LE BENEFICIAIRE VIT-IL SEUL OU AVEC D'AUTRES PERSONNES ?	35
	STATUT DU LOGEMENT	37
	EXPERIENCE D'UN EVENEMENT CRITIQUE OU TRAUMATISANT	38
	SANTE : PROBLEMES DE SANTE DE LONGUE DUREE, ACTIVITE PHYSIQUE ET HABITUDES	40
	ANALYSES DE L'EVALUATION	49
	TEST T POUR ECHANTILLONS APPARIES	49
	ÉCHELLE	50
	DIFFERENCES ENTRE LES PARTENAIRES	52
	INTERACTIONS, SOLITUDE ET CONNECTIVITE : CHANGEMENTS LIES AU COVID-19	52
	LA SOLITUDE	57
	L'ISOLEMENT SOCIAL (LIVRABLE T3.1.3 : RAPPORT SUR L'ISOLEMENT SOCIAL ET LE BIEN-ETRE)	63
	LE BIEN-ETRE (LIVRABLE T3.1.3 : RAPPORT SUR L'ISOLEMENT SOCIAL ET LE BIEN-ETRE)	73
	LA CONFIANCE	83
	LA PARTICIPATION CIVIQUE : LA CONNECTIVITE AU SEIN DE LA COMMUNAUTE	86
	LA SATISFACTION A L'EGARD DU PROGRAMME CONNECTED COMMUNITIES	89
	L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTE ET DE SOINS SOCIAUX	92
	LA PARTICIPATION A D'AUTRES PROGRAMMES DE PRESCRIPTION SOCIALE	97
	SUIVI	98
<b>4</b>	<b>ANALYSES A L'ECHELLE DE LA COMMUNAUTE (LIVRABLE T3.1.2 : RAPPORTS COMMUNAUTAIRES, DE COMTES ET NATIONAUX (COMMUNITY, COUNTY AND NATIONAL REPORTS) - CCNR)</b>	<b>99</b>
	STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE BASE	100

<b>5</b>	<b><u>RENVOIS DIRECTS A D'AUTRES SERVICES</u></b>	<b>114</b>
<b>6</b>	<b><u>IMPACT DE L'EXECUTION</u></b>	<b>126</b>
	<b>GESTION DE PROJET</b>	<b>126</b>
	<b>PREPARATION ET CONCEPTION</b>	<b>128</b>
	COLLECTE ET PARTAGE DES DONNEES	132
	REPertoire DES SERVICES	134
	CARTOGRAPHIE ET IDENTIFICATION DES LACUNES	135
	ROLE DE CONNECTEUR	135
	STRATEGIE DE BENEVOLAT	136
	OUTILS POUR MESURER LES RESULTATS D'INTERET : LA SOLITUDE, L'ISOLEMENT SOCIAL ET LE BIEN-ETRE	136
	<b>COMMUNICATION</b>	<b>137</b>
<b>7</b>	<b><u>IMPACT DU PARTENARIAT ET FACTEURS CONTEXTUELS</u></b>	<b>147</b>
	<b>COVID-19</b>	<b>147</b>
	<b>LE BREXIT</b>	<b>148</b>
	<b>INTERACTIONS ENTRE PARTENAIRES</b>	<b>148</b>
	<b>GESTION DES PARTENARIATS</b>	<b>150</b>
<b>8</b>	<b><u>CONCLUSION</u></b>	<b>152</b>
	<b>REFERENCES</b>	<b>154</b>

#### **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

Figure 1. Sources d'aiguillage - le Kent	17
Figure 2. Sources d'aiguillage - Cas difficiles et cas mineurs de Medway	19
Figure 3. Sources d'aiguillage - Cas difficiles de Medway	21
Figure 4. Renvois vers les services - cas difficiles de Medway	23
Figure 5. Actions d'aiguillage - cas difficiles de Medway	24
Figure 6. Nombre de bénéficiaires, données disponibles pour la première et la dernière visite	25
Figure 7. Sexe	27
Figure 8. Âge	28
Figure 9. Ethnicité	30
Figure 10. Statut marital	32
Figure 11. Éducation	33
Figure 12. Dans quelle mesure pensez-vous que vos revenus actuels (pension, épargne, travail à temps partiel) couvrent vos frais de subsistance ?	35
Figure 13. Avec qui le bénéficiaire vit-il, le cas échéant ?	36
Figure 14. Logement	38
Figure 15. Événements critiques de la vie	40
Figure 16. Problème(s) de santé de longue durée	41
Figure 17. Activité physique - Pourcentages de Medway et de l'Eure	45
Figure 18 - Activité physique - la différence moyenne pour les bénéficiaires de Medway	46
Figure 19. Tabagisme - L'Eure	47
Figure 20. Consommation d'alcool - Comparaisons entre partenaires	49
Figure 21. Comparé à ce qu'il ressentait avant la pandémie de Covid-19, le participant indique-t-il un changement dans ses interactions/habitudes quotidiennes ? - Medway	53
Figure 22. Comparé à ce qu'il ressentait avant la pandémie de Covid-19, le participant indique-t-il un changement dans son sentiment de solitude ? - Medway	55
Figure 23. Par rapport à ce qu'il ressentait avant la pandémie de COVID-19, le participant indique-t-il un changement dans sa capacité à nouer des liens ? - Medway	57
Figure 24. "A quelle fréquence vous sentez-vous seul ? " -Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires	58

Figure 25. " A quelle fréquence vous sentez-vous seul ? " - Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires.....	59
Figure 26. Échelle de solitude UCLA à 3 éléments - Kent .....	61
Figure 27. Échelle de solitude ONS4 - Kent.....	61
Figure 28. Isolement social " se sent proche des personnes de sa localité (hormis la famille) et peut compter sur celles-ci " - Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires.....	65
Figure 29. Isolement social " se sent proche des personnes de sa localité (hormis la famille) et peut compter sur celles-ci " - Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires .....	66
Figure 30. Isolement social " Fréquenter des personnes qui ne vivent pas avec vous " – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires .....	66
Figure 31. Isolement social " Fréquenter des personnes qui ne vivent pas avec vous " – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires .....	67
Figure 32. Isolement social " a parlé à quelqu'un au téléphone " – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires .....	68
Figure 33. Isolement social " a parlé à quelqu'un au téléphone " – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires.....	69
Figure 34. Isolement social " participation à des activités de groupes et clubs dont vous êtes membre " – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires.....	70
Figure 35. Isolement social " participation à des activités de groupes et clubs dont vous êtes membre " –Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires.....	71
Figure 36. Satisfaction dans la vie – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires .....	74
Figure 37. Satisfaction dans la vie – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires .....	75
Figure 38. Valeur de la vie – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires .....	75
Figure 39. Valeur de la vie – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires ..	76
Figure 40. Bonheur – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires (Kent, Medway et Suffolk) .....	77
Figure 41. Bonheur –Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires (Kent, Medway et Suffolk).....	78
Figure 42. Anxiété Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires (Kent, Medway et Suffolk) .....	78
Figure 43. Anxiété – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires (Kent, Medway et Suffolk).....	79
Figure44. Score total de bien-être ONS4 – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires...80	80
Figure45. Score total de bien-être ONS4 –Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires .....	81
Figure 46. Confiance en autrui – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires du Kent, de Medway et du Suffolk .....	84
Figure 47. Confiance en autrui – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires du Kent, de Medway et du Suffolk.....	84
Figure 48. Confiance aux fonctionnaires – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires du Kent, de Medway et du Suffolk.....	85
Figure 49. Confiance aux fonctionnaires – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires du Kent, de Medway et du Suffolk.....	86
Figure 50. Connectivité sociale / Participation civique et communautaire –Medway .....	88
Figure 51. Connectivité sociale / Participation civique et communautaire –Suffolk.....	89
Figure 52.Satisfaction des bénéficiaires à l'égard de Connected Communities — Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires .....	90
Figure 53. Satisfaction des bénéficiaires à l'égard de Connected Communities — Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires .....	91
Figure 54. Satisfaction des bénéficiaires à l'égard de Connected Communities à un moment donné - L'Eure et le Suffolk .....	92
Figure 55. Consultations chez le médecin généraliste dans L'Eure au cours du mois dernier .....	93
Figure 56. L'Eure - Visite à l'hôpital au cours du mois dernier .....	93
Figure 57. L'Eure - Recours à l'APA.....	94
Figure 58. Medway - Consultations chez le médecin généraliste au cours du mois dernier.....	95
Figure 59. Medway - Visites aux services des urgences au cours du mois dernier .....	95
Figure 60. Medway - Visites à l'hôpital au cours du mois dernier .....	96
Figure 61. Utilisation des services sociaux – Medway .....	96

Figure 62. Participez-vous actuellement à un autre programme de prescription sociale ou à un programme de nature similaire ? Si oui, à quelle fréquence ? .....	98
Figure 63. Le Kent, questionnaire de suivi - graphique fourni par le Kent.....	99
Figure 64. Tendances mensuelles dans le Kent - Coûts des soins .....	100
Figure 65. Tendances mensuelles dans le Kent - Nombre de demandes de soins.....	102
Figure 66 . Soins à domicile dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Nombre de demandes de soins .....	103
Figure 67. Soins résidentiels dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Nombre de demandes de soins .....	104
Figure 68. Services d'aide à la vie autonome (SIS) dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Nombre de demandes de soins.....	105
Figure 69. Soins à domicile dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Coût des soins .....	106
Figure 70. Soins résidentiels dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Coût des soins .....	106
Figure 71. Services d'aide à la vie autonome (SIS) dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Coût des soins .....	107
Figure 72. Tendances annuelles à Medway - Coût des soins .....	109
Figure 73. Tendances mensuelles à Medway - Nombre de demandes de soins .....	110
Figure 74. Tendances mensuelles dans le Suffolk - Coût des soins .....	111
Figure 75. Tendances mensuelles dans le Suffolk - Nombre de demandes de soins .....	112
Figure 76. Comparaisons entre Woodbridge (pilote) et Stowmarket (non pilote).....	113
Figure 77. Comparaisons entre Woodbridge (pilote) et Stowmarket (non pilote) - Soins résidentiels .....	114
Figure 78. Sources d'aiguillage de Medway - cas mineurs .....	115
Figure 79. Motifs principaux des aiguillages - cas mineurs .....	116
Figure 80. Motifs secondaires d'aiguillage - cas mineurs.....	117
Figure 81. Aiguillages primaires vers d'autres services pour Medway - cas mineurs .....	119
Figure 82. Aiguillages secondaires vers d'autres services pour Medway - cas mineurs.....	120
Figure 83. Engagement primaire de Medway pour les cas mineurs .....	122
Figure 84. Engagement secondaire de Medway pour les cas mineurs.....	123
Figure 85. Sources d'aiguillage du Kent - cas mineurs .....	124

#### **TABLE DES TABLEAUX**

Tableau 1. Nombre de cas difficiles et cas mineurs, par partenaire.....	25
Tableau 2. Mesure(s) de solitude .....	58
Tableau 3. Mesure de l'isolement social .....	64
Tableau 4. Mesure du Bien-Être.....	73
Tableau 5. Mesure de la confiance .....	83
Tableau 6. Connectivité sociale / Participation civique et communautaire.....	88
Tableau 7. Satisfaction à l'égard du programme.....	89
Tableau 8. Informations à l'échelle de la communauté pour l'Eure.....	108
Tableau 9. Aperçu de l'exécution (préparation et conception) .....	131
Tableau 10. Aperçu de la communication .....	142
Tableau 11. Vue d'ensemble de l'intégration.....	146

#### **TABLE DES IMAGES**

Image 1. Malcom et ses œuvres d'art .....	43
Image 2. Étude de cas - Medway .....	134
Image 3. Parties prenantes .....	144
Image 4. Diapositives de la formation Interreg de clôture .....	151

## 1 Principaux résultats

---

**L'aiguillage** vers le programme Connected Communities provient d'un large éventail d'organisations bénévoles et communautaires, du secteur de l'aide sociale, de membres de la famille, de voisins, des médias, de brochures et d'autres sources. Les personnes ayant bénéficié des services proposés par Connected Communities sur une période de 12 semaines (selon les données de Kent et Medway) ont été principalement orientées par le biais de brochures, du secteur bénévole et communautaire, des services sociaux, de professionnels tels que les gardiens communautaires du Kent, de leur propre initiative, de la famille et des amis et de nombreuses autres sources. En revanche, seul un petit nombre de bénéficiaires ont été aiguillés par leur médecin généraliste (6 % dans le Kent ; 1 % dans le Medway, à caractère inadéquat et donnant lieu à un aiguillage vers d'autres services). Bien que la prescription sociale ait été conçue par le NHS comme une approche des soins de santé devant être adoptée par les médecins généralistes dans tout le pays, les données de Connected Communities suggèrent que les médecins généralistes ne se sont pas complètement adaptés à ce paradigme. Les résultats concernant l'aiguillage vers le programme par les services de médecine générale à Medway et dans le Kent montrent qu'il est nécessaire de renforcer le recours à la prescription sociale au sein des services de médecine générale.

D'après les données de Medway, les connecteurs ont principalement mis en relation les bénéficiaires des services avec des groupes de voisinage locaux (60 %). Cette constatation montre le rôle que joue le secteur communautaire dans la mise en œuvre de la prescription sociale, le besoin qu'ont les gens de contribuer à la vie de leur communauté et leur désir de s'impliquer s'ils en ont l'occasion.

Connected Communities a reçu un grand nombre de demandes d'aiguillage, mais un certain nombre de dossiers n'ont pas été jugés éligibles pour bénéficier du service (voir plus loin dans la section **Renvois directs à d'autres services**). Pour ceux qui n'ont pas bénéficié du service, les connecteurs ont investi beaucoup de temps et d'efforts pour leur proposer des services plus adaptés à leurs besoins.

**La quantité de données** (données partagées aux fins de l'évaluation) était nettement inférieure au nombre de cas prévu par le partenariat au début du programme. Cela s'explique par divers facteurs contextuels (par exemple, COVID-19) et spécifiques au programme (manque de coordination entre les partenaires au cours de la phase de développement).

- **Sexe.** La majorité déclare s'identifier comme étant de sexe féminin.
- **L'âge** est compris entre 64 et 96 ans.
- **Ethnicité.** La majorité des bénéficiaires s'identifient comme étant blancs.
- **Statut marital.** La majorité déclare être en situation de veuvage.
- **Éducation.** La majorité déclare avoir suivi des études de niveau secondaire.
- **Revenus.** La majorité déclare que ses revenus actuels lui permet tout juste de couvrir ses frais de subsistance.
- **Situation familiale.** La majorité déclare vivre seule.
- **Statut du logement.** La majorité déclare être propriétaire d'une maison.

- **Événement critique de la vie.** La majorité déclare avoir récemment vécu un événement de ce type, parmi lesquels figurent les suivants : accident, décès d'un être cher, problème de santé, COVID, rupture.
- Au moins un tiers des bénéficiaires des sites partenaires ont **des problèmes de santé de longue durée**.
- **Activité physique.** Les bénéficiaires de l'Eure semblent être les moins actifs physiquement que ceux de Medway et du Suffolk. Medway était le seul partenaire à fournir des données sur l'activité physique lors de la première et de la dernière visite, et les résultats montrent que les bénéficiaires de Medway déclarent être plus actifs physiquement lors de leur dernière visite que lors de la première.
- **La consommation de tabac et d'alcool** était faible dans l'ensemble des sites partenaires et n'a pas évolué au fil du temps.

**Interactions avant COVID-19, sentiment de solitude et connectivité.** Pour Medway, le seul partenaire à avoir fourni des données sur ces mesures, nous constatons :

- une réduction statistiquement significative des niveaux de solitude en comparant les scores de la dernière visite à ceux de la première (la période précédant l'émergence de la pandémie de COVID-19 servant de repère) ;
- une amélioration statistiquement significative des niveaux de connectivité en comparant les résultats de la dernière visite à ceux de la première (la période précédant l'émergence de la pandémie de COVID-19 servant de repère)

**Solitude.** Nous constatons une réduction statistiquement significative de la solitude pour Medway, le Suffolk et le Kent, les bénéficiaires déclarant se sentir moins seuls lors de leur dernière visite que lors de leur première visite (aucune preuve de changement dans l'Eure - non statistiquement significatif).

**Isolement social.** Nous constatons des réductions statistiquement significatives dans quatre aspects relatifs à l'isolement social :

- les bénéficiaires déclarent qu'ils ont l'impression de côtoyer davantage de personnes dont ils sont proches et sur lesquelles ils peuvent compter lors de leur dernière visite que lors de leur première visite (pas de preuve de changement dans le Suffolk - non significatif sur le plan statistique).
- les bénéficiaires déclarent passer plus de temps avec une personne qui ne vit pas avec eux (socialisation) lors de leur dernière visite que lors de leur première visite (aucune preuve de changement dans le Suffolk - non statistiquement significatif).
- les bénéficiaires déclarent parler davantage au téléphone avec une personne qui ne vit pas avec eux lors de leur dernière visite en comparaison avec leur première visite (pas de preuve de changement dans l'Eure et le Suffolk - non statistiquement significatif).
- les bénéficiaires déclarent se rendre plus souvent à des réunions de clubs, à des rassemblements religieux et à d'autres événements de groupe lors de leur dernière visite en comparaison avec leur première visite (aucune preuve de changement dans le Suffolk - non statistiquement significatif).

**Bien-être.** Nous constatons des améliorations statistiquement significatives dans quatre aspects relatifs au bien-être :

- les bénéficiaires déclarent se sentir plus satisfaits de leur vie actuelle lors de la dernière visite que lors de leur première visite.
- les bénéficiaires déclarent que ce qu'ils font dans leur vie a plus de valeur lors de la dernière visite en comparaison avec la première visite.
- les bénéficiaires déclarent s'être sentis plus heureux lors de leur dernière visite que lors de la première.
- ils déclarent s'être sentis moins anxieux lors de leur dernière visite que lors de leur première visite (pas de preuve de changement dans le Kent - non statistiquement significatif).
- les bénéficiaires font état d'un plus grand bien-être général lors de leur dernière visite par rapport à leur première visite.

**La confiance.** Nous avons constaté une amélioration statistiquement significative au niveau de la confiance :

- les bénéficiaires déclarent faire davantage confiance à autrui lors de leur dernière visite que lors de leur première visite.
- dans le Kent des bénéficiaires déclarent faire davantage confiance aux fonctionnaires lors de leur dernière visite que lors de leur première visite (pas de preuve de changement dans le Suffolk et à Medway - non significatif sur le plan statistique).

**Satisfaction à l'égard du programme *Connected Communities*.** Nous constatons une amélioration statistiquement significative de la satisfaction à l'égard du programme dans le Kent et à Medway.

**Utilisation des soins de santé.** La majorité déclare ne pas s'être rendue chez le médecin généraliste (à l'exception de l'Eure), aux urgences ou à l'hôpital au cours du mois précédant le sondage effectué par le connecteur sur l'utilisation des soins de santé.

**Utilisation des soins sociaux.** La majorité déclare ne pas avoir eu recours aux services sociaux ou à l'aide sociale au cours du mois précédant le sondage effectué par le connecteur sur l'utilisation des soins de santé.

**Versements de l'APA.** Dans l'Eure, 29 % des bénéficiaires déclarent percevoir l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

**Analyses à l'échelle de la communauté** Étant donné le nombre de données individuelles reçues de chaque partenaire pour l'évaluation, les analyses de l'impact à l'échelle de la communauté ont été limitées à une discussion descriptive des tendances des données à l'échelle de la communauté. Les résultats montrent une augmentation des coûts des soins résidentiels dans le Kent, Medway et le Suffolk au cours des deux ou trois dernières années, ainsi qu'une augmentation du nombre de demandes de services de soins à domicile.

Il conviendrait d'étudier plus avant la possibilité d'un lien entre l'augmentation des coûts des soins résidentiels et l'augmentation du nombre de demandes de services de soins à domicile, car il est possible que le secteur des soins subisse une plus

grande pression dans un avenir proche, étant donné que de plus en plus de personnes commencent à recourir aux services de soins à domicile. Cela peut avoir des répercussions importantes pour le secteur des soins ainsi que pour le domaine de la prescription sociale.

Nous conseillons aux autorités locales de tester et d'explorer de manière plus approfondie la corrélation éventuelle entre l'augmentation des coûts des soins résidentiels et son impact sur d'autres services de soins sociaux tels que les soins à domicile. Si le lien existe, le recours aux soins à domicile exerce une pression supplémentaire sur les soignants et les agences de soins, ce qui nécessite davantage de ressources et de temps de la part du personnel de ce secteur. Une meilleure compréhension des tendances en matière de soins sociaux permettrait également aux services de prescription sociale d'adapter leurs programmes de prescription sociale afin d'atténuer l'augmentation de l'utilisation des soins sociaux. L'impact de la prescription sociale sur l'utilisation des soins sociaux est le domaine le moins étudié de la prescription sociale.

**L'impact de la mise en œuvre** a été constaté dans la manière dont le programme a été mis en œuvre, piloté et évalué. Tous les partenaires ont souligné la nécessité d'un plus grand engagement à leur niveau (par exemple, davantage de réunions du groupe de pilotage du projet), ainsi que le besoin de directives plus claires en matière de mise en œuvre et de direction, et d'un travail plus co-productif pour l'ensemble des livrables. La collecte de données est un aspect important et essentiel de la mise en œuvre du programme, car ce mécanisme permet d'évaluer les progrès des bénéficiaires et l'impact du programme ; il convient donc de consacrer du temps à la discussion, à la compréhension et à l'obtention d'un consensus sur les protocoles de collecte de données.

**L'impact du partenariat et des facteurs contextuels** a été principalement observé en ce qui concerne les complexités liées au COVID-19 (retards dans le démarrage du programme, fermeture de services), le Brexit (perte de partenaires français), les interactions entre les partenaires (désir d'un engagement plus interactif et plus collaboratif) et la gestion du partenariat par le secrétariat conjoint.

### **Qu'est-ce qui a fonctionné ?**

- Des échanges approfondis et positifs avec les organisations du secteur associatif, communautaire et des entreprises sociales ont permis de :
  - Promouvoir Connected Communities (Communautés Connectées)
  - Collaborer pour éviter la duplication des services et mieux servir la communauté : *une approche systémique globale*.
- Les partenaires se sont attachés à sensibiliser les membres de la communauté et les autorités locales à la solitude et à l'isolement.
- L'approche de Kent en matière de communication a été utile et instructive.
- L'élaboration du répertoire des services dans le Kent et à Medway a été efficace et utile.
- Le recours aux agents de La Poste dans l'Eure et aux gardiens communautaires dans le Kent a permis de mettre à profit les relations de confiance déjà établies au sein de la communauté.

## Qu'est-ce qui n'a pas fonctionné ?

- L'absence d'un système commun d'enregistrement et de gestion des données clients (Client Record Management System, CRMS) a été défavorable à :
  - la gestion, la collecte et le suivi des données
  - l'évaluation de l'impact
  - la coordination entre les partenaires.
- L'échange de connaissances par le biais d'ateliers et de réunions de collaboration a été faible :
  - Les partenaires auraient souhaité avoir davantage d'occasions de se rencontrer pour résoudre des problèmes, discuter de l'état d'avancement du programme, utiliser les compétences de chacun, faciliter le temps de travail collaboratif et établir des relations.

Nous recommandons aux concepteurs, aux administrateurs et aux évaluateurs de programmes de tirer parti de l'expérience du projet Connected Communities pour :

- Reconnaître le pouvoir d'une vision commune et la manière de la créer avec des méthodes de communication, de fixation d'objectifs et de planification dynamique d'actions.
- Comprendre que la coproduction n'est possible que lorsque les rôles des dirigeants sont précisément définis, que la vision est claire et que la collaboration fait l'objet d'un engagement à long terme.
- Mettre régulièrement à jour les plans de gestion des risques pour tous les aspects de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation.
- Allouer suffisamment de temps pour travailler avec les parties prenantes et les partenaires afin de trouver un équilibre entre les exigences en matière de collecte et d'analyse des données, d'une part, et les besoins des professionnels de la mise en œuvre et des bénéficiaires, d'autre part.

## 2 Données du projet Connected Communities

---

Les données de Connected Communities ont été collectées entre juin 2020 et décembre 2022, les services ayant été interrompus pendant la période de confinement liée à la pandémie de COVID-19. Des périodes fréquentes et prolongées de distanciation sociale ont eu un impact sur la participation au programme et, par conséquent, ont réduit le nombre et la qualité des données que nous souhaitions recueillir.

Les prescripteurs sociaux (connecteurs), qui ont dispensé les services de Connected Communities dans les régions du Kent, de l'Eure, de Medway et du Suffolk, ont échangé avec les bénéficiaires durant une période de 12 semaines et ont enregistré les données lors des premières et dernières visites et, dans certains cas, lors de visites de suivi effectuées dans l'intervalle. Dans quelques cas, les connecteurs du Suffolk ont enregistré les réponses aux questions d'évaluation lors de trois visites (ou plus).

Le modèle logique d'évaluation<sup>1,2</sup> proposé par l'équipe d'évaluation de l'Université de l'Essex (UoE) visait à saisir l'impact de Connected Communities à l'échelle de l'individu, du système et de la communauté.

### Données à l'échelle de l'individu : évolution de la solitude, de l'isolement social et du bien-être

Tous les partenaires participants ont accepté d'enregistrer des informations avant et après la participation au programme sur les niveaux de solitude des bénéficiaires (1 élément), l'isolement social/l'interaction (4 éléments), le bien-être (4 éléments - questionnaire ONS4), la confiance (2 éléments) et la satisfaction globale à l'égard du programme Connected Communities (1 élément). Les partenaires ont également recueilli des données démographiques de base et des questions relatives à la santé pendant la durée du programme. Certains partenaires ont enregistré des informations supplémentaires sur les habitudes des individus, leur engagement civique et leur connectivité sociale. Les données sont incomplètes pour de nombreux bénéficiaires et incohérentes d'un partenaire à l'autre. Les comparaisons entre partenaires à l'échelle individuelle et l'analyse à l'échelle du projet ne seront donc possibles que pour les aspects relatifs à la solitude, à l'isolement social, à deux questions sur le bien-être et à la satisfaction à l'égard du service. Pour toutes les autres réponses des bénéficiaires, nous fournissons une analyse descriptive sans aucune preuve de changements au fil du temps.

### Données à l'échelle du système : évolution de la demande en soins de santé et en aide sociale

Les données relatives aux changements à l'échelle du système devaient provenir des questions posées aux bénéficiaires en ce qui concerne leur propre utilisation de ces services. Les informations sur l'utilisation des soins de santé et des services sociaux avant et après la participation au programme n'ont été collectées que par Medway. L'Eure a recueilli des informations sur l'utilisation des soins de santé et des services sociaux lors de la première (pré) évaluation. Les données fournies par le Suffolk ne concernent que des visites chez le médecin généraliste pour quatre personnes et des consultations aux urgences pour une personne. Ainsi, les analyses de l'impact de Connected Communities sur le système ne seront possibles que pour Medway.

### Données à l'échelle de la communauté : évolution de la productivité et de la connectivité

En ce qui concerne les données à l'échelle de la communauté, certains partenaires ont partagé avec l'équipe d'évaluation de l'UoE des données mensuelles sur l'utilisation des services de soins à court et à long terme. Certains partenaires ont été en mesure de nous communiquer le nombre de personnes bénéficiant de divers services à court et à long terme, et d'autres nous ont indiqué le coût de ces services. Certains partenaires n'ont pu partager que des données annuelles sur les impôts, les revenus et les dépenses sociales pour une région entière. D'autres ont partagé des données MOSAIC<sup>3</sup> classant les ménages en fonction de leurs caractéristiques démographiques, de leurs comportements, de leurs modes de vie et de leurs attitudes. Il ne sera pas possible d'effectuer des comparaisons entre les comtés pour les données à l'échelle communautaire, en raison des différentes catégories et des types de données qui ont été fournis. En revanche, des analyses de données à l'échelle communautaire seront effectuées pour chaque autorité locale.

## Qualité des données

Dans les rapports précédents, nous avons détaillé de nombreux problèmes liés à la qualité des données. Comme nous présenterons ci-dessous les résultats basés sur ces données, nous souhaitons ici mettre en lumière quelques-unes des préoccupations et des complications qui sont apparues. En raison de problèmes liés au développement, à la supervision et à la standardisation du système d'enregistrement des données, la qualité et la présence des données des différents partenaires sont incohérentes. Toute conclusion que nous pouvons tirer sur l'efficacité du projet Connected Communities doit donc être interprétée avec prudence et en toute connaissance de cause.

Un système d'enregistrement et de gestion des données clients (CRMS) commun ou distinct  
Au départ, lorsque le programme a été proposé, tous les partenaires ont accepté de développer conjointement un système commun d'enregistrement et de gestion des données clients (Client Record Management System, CRMS) et un protocole pour son utilisation. Lorsque les partenaires ont commencé à mettre en œuvre Connected Communities quelques mois après l'attribution des fonds, ils se sont heurtés à diverses difficultés liées à la création d'un système CRMS commun tout en étant soumis à des règles et réglementations propres en matière de protection des données. La plupart des partenaires étaient désireux de développer leur propre système qui pourrait se conformer à d'autres projets au sein de leur autorité locale. En fin de compte, les partenaires ont examiné et voté pour trois options de base :

- 1) Acquérir, acheter conjointement et mettre en œuvre un CRMS unique et unifié pour les 8 autorités locales partenaires (dont le nombre a ensuite été réduit à 5, à savoir l'Est du Suffolk, l'Eure, le Kent, Medway et le Suffolk) ;
- 2) Regrouper par langue, acquérir, acheter conjointement et mettre en œuvre un total de deux systèmes CRMS - un pour les partenaires anglais (4 autorités locales) et un pour les partenaires français (4 autorités locales, plus tard réduites à 1) ;
- 3) Acquérir, financer et mettre en œuvre séparément et individuellement un système CRMS pour chaque partenaire. Permettre à chaque partenaire de définir les spécifications et les exigences du CRMS qu'il choisit.

Malgré les objections de l'équipe d'évaluation, les partenaires ont opté pour la troisième option. Bien que le raisonnement derrière cette décision soit justifié, elle a entraîné de nombreuses complications quant à la qualité des données et à l'analyse qui s'en est suivie. Le partenariat s'est mis d'accord sur les questions à poser et sur la structure générale d'enregistrement des données en juillet 2020. Cependant, chaque partenaire a appliqué la structure d'enregistrement des données d'une manière légèrement différente, en variant des éléments tels que l'ordre des questions, le choix des questions, les options de réponse et l'orthographe. Ces différences ne sont devenues évidentes que lorsque les partenaires ont partagé leurs premières données en 2022. À ce stade, aucun partenaire n'était disposé à modifier son système de collecte de données ou n'était en mesure de le faire. L'absence de gestion et de supervision au niveau des partenaires signifiait donc que les données n'étaient pas compatibles ou standardisées, et la consolidation des informations a entraîné une augmentation de la charge de travail au sein du partenariat.

Une fois qu'il a été décidé que chaque partenaire se procurerait son propre système CRMS, aucun partenaire n'était chargé de la supervision ou de la gestion des quatre systèmes d'enregistrement différents. Par conséquent, il n'y avait aucune autorité ni aucun mandat pour assurer la compatibilité entre les systèmes. La société de logiciels Simply Connect a été chargée de développer le système CRMS pour le Suffolk et Medway. Le Suffolk a choisi d'utiliser un format " prêt à l'emploi " que Simply Connect était déjà chargé de fournir à d'autres services du comté, et d'apporter de légères modifications à ce système en y ajoutant des questions à poser aux bénéficiaires. Medway a choisi d'utiliser également Simply Connect, mais en versant un supplément pour développer le format de manière à ce qu'il corresponde mieux aux besoins de Connected Communities et à la structure préalablement convenue.

Dans un souci de standardisation, l'équipe d'évaluation a évalué les CRMS de l'Eure, du Kent et du Suffolk, et a envoyé des rapports d'audit aux gestionnaires et aux partenaires des CRMS concernés. Dans chaque cas, il s'agissait d'évaluer la facilité d'utilisation pour les connecteurs, la fiabilité en termes de collecte précise des informations nécessaires (ce qui avait été convenu par tous les partenaires) et une liste de toutes les modifications à apporter à la formulation des questions, au flux de collecte des données ou à d'autres éléments. Les examens des CRMS du Kent et de l'Eure n'ont pas révélé la nécessité d'apporter des modifications. L'équipe de l'UoE a évalué la plateforme Simply Connect du Suffolk et a fourni un rapport d'audit soulignant des problèmes liés à ses fonctionnalités, à sa clarté et à son contenu au milieu de l'année 2020. Le Suffolk nécessitait de multiples modifications, mais l'équipe d'évaluation n'a jamais été autorisée à vérifier si elles avaient été effectuées. L'équipe de l'UoE n'a jamais été autorisée à examiner la plateforme Simply Connect développée pour Medway.

#### Enregistrement des données

L'objectif de l'audit du CRMS était de s'assurer que le système était facile à utiliser pour les connecteurs et qu'il permettait de saisir les données de manière adéquate. L'équipe de l'UoE a déterminé que le système Simply Connect de Suffolk n'était pas adapté et a proposé un certain nombre de modifications au niveau de la mise en page, de la présentation, de l'enchaînement des questions et de l'emplacement des éléments clés.<sup>4</sup> Parmi les changements proposés, citons : ajuster le flux et l'apparence des questions et des sections afin d'indiquer clairement les questions qui doivent être posées au moins deux fois par rapport à celles qui peuvent être enregistrées au fur et à mesure de la discussion, clarifier les instructions pour les connecteurs sur la manière dont les questions doivent être posées, et ajouter les options " non discuté " et " le participant refuse de discuter/répondre " pour chaque question.<sup>4</sup>

Dans un premier temps, Suffolk a examiné le rapport et a décidé que, hormis les erreurs typographiques et l'ajout de questions relatives au COVID, il ne serait pas demandé à Simply Connect de modifier le CRMS. L'UoE a mis en garde contre cette décision, affirmant que les difficultés d'enregistrement des données pourraient compromettre la qualité des données. Ainsi, tout résultat non concluant du programme pourrait être basé sur des données insuffisantes, plutôt que sur la conception ou la mise en œuvre du programme, sans qu'il soit possible de connaître la cause réelle de ces résultats. Après discussion avec l'équipe de l'UoE, le Suffolk a décidé de fournir le rapport d'audit complet à Simply Connect et de demander toutes les corrections.<sup>1</sup> Le Suffolk a signalé à l'UoE que Simply Connect avait indiqué avoir effectué ces

corrections. Malheureusement, malgré cette affirmation, les données reçues par l'UoE de la part du Suffolk en février et en mai 2022 était inutilisables (voir ci-dessous).

#### Extraction des données

Étant donné que chaque partenaire utilisait un système d'enregistrement de données différent, ceux-ci ont fourni à l'équipe d'évaluation de l'UoE des données avec des identificateurs et des contenus contradictoires. L'équipe d'évaluation a soulevé la question de la qualité des données dès que les partenaires ont commencé à fournir des données, et a transmis à chaque partenaire un retour d'information sur ses pratiques en matière d'enregistrement des données. L'ampleur des difficultés a conduit à un effort commun de standardisation de la collecte des données après la mise en œuvre. Les partenaires ont convenu en septembre 2022 de créer un nouveau format unifié de rapport de données en utilisant des feuilles de calcul Excel et un livre de codes. Trois des partenaires ont été en mesure de fournir les données dans des formats proches de la standardisation convenue. L'Eure n'a pas été en mesure de fournir des données dans le format développé en septembre 2022 en raison des contraintes de temps du programme.

Suffolk n'a pas été en mesure d'extraire les données du système Simply Connect de manière efficace. Les membres du personnel de Suffolk Family Carers (SFC), chargés de dispenser les services de *prescription sociale plus* dans le Suffolk, et qui enregistraient et partageaient leurs données avec l'UoE, ont dû faire manuellement un copier-coller du contenu dans une nouvelle feuille de calcul en vue de créer un format de données partageable et lisible. Nous concluons donc que la qualité de la plateforme Simply Connect a eu un impact négatif sur la faculté du Suffolk d'enregistrer les données pendant l'exécution ainsi que sur sa capacité à les extraire pour les partager avec l'équipe de l'UoE.

Medway a fait appel au même prestataire, Simply Connect, et a éventuellement réussi à aligner les besoins du programme Connected Communities sur les capacités de la plateforme Simply Connect. Néanmoins, le personnel de Medway a également consacré beaucoup de temps à la saisie manuelle des données dans un format partageable.

Le Kent a développé sa propre plateforme CRMS en interne. L'UoE a évalué la plateforme et a constaté qu'elle répondait aux critères de fonctionnalités, de clarté et de contenu nécessaires à l'enregistrement de données de haute qualité.<sup>1</sup> Cependant, le personnel du Kent a également passé du temps à copier et coller manuellement des informations, car certaines des questions d'évaluation proposées par l'UoE n'étaient pas directement liées à la plateforme, mais étaient enregistrées dans une section distincte, ce qui rendait l'extraction des données moins efficace. Le Kent a également procédé aux ajustements manuels convenus par les partenaires en septembre 2022.

#### Traitement des données

Il a fallu des centaines d'heures-personnes à l'UoE pour recueillir, nettoyer, fusionner et analyser les données déclarées aux échelles individuelle et du système. Il n'aurait pas été nécessaire de consacrer tout ce temps si le CRMS commun prévu à l'origine avait été mis en place, car dans le cadre de plans unifiés, l'UoE aurait supervisé la structuration de la plateforme de données et aurait eu un accès direct, autorisé et

sécurisé aux données. Le manque de standardisation et d'accès a entraîné des inefficacités et une réaffectation des charges de travail qui ont engendré d'importants retards dans l'exécution.

Des incohérences dans l'enregistrement des données ont également entraîné un manque de visibilité sur certaines données manquantes. Les informations enregistrées par certains partenaires au cours de leur interaction avec un bénéficiaire ne permettent pas de déterminer clairement si certaines données sont incomplètes parce que celles-ci n'ont pas été enregistrées, ou bien parce qu'un bénéficiaire a refusé de répondre à une question, ou bien parce qu'un connecteur n'a pas posé une certaine question, ou encore parce qu'un sujet particulier n'a pas été abordé. Nous ne disposons donc que de preuves anecdotiques pour éclairer les décisions futures en matière de sélection et de validité des mesures.

### 3 Analyses à l'échelle des individus et du système (Livrable T3.1.1 : rapport CRMS)

---

Dans cette section, nous étudions l'exécution des services et les résultats de Connected Communities à l'aide de données quantitatives et qualitatives. Tout d'abord, nous présentons les voies d'aiguillage des bénéficiaires, leurs caractéristiques démographiques, leurs conditions de vie et leur état de santé général.

Nous examinons ensuite si des changements ont été observés au fil du temps dans les niveaux de solitude, d'isolement social et de bien-être des bénéficiaires. Nous comparons les niveaux de ces attributs individuels déclarés par les bénéficiaires avant leur participation au programme à ceux qu'ils ont déclarés lorsqu'ils sont arrivés à la fin ou presque de leur participation. Nous présentons également la satisfaction des bénéficiaires à l'égard du service Connected Communities et leur niveau de confiance au fil du temps, lorsque ces attributs sont disponibles dans les données.

Nous présentons également des analyses comparant l'utilisation autodéclarée, avant et après le programme, des services de médecine générale, des services des urgences, et des services hospitaliers et sociaux pour les bénéficiaires de Medway, partenaire ayant enregistré et fourni ces données. Dans le cas des bénéficiaires de l'Eure, nous décrivons l'utilisation des soins de santé et des services sociaux comme étant déclarée à un moment donné.

Lorsqu'elles sont disponibles, nous présentons également des informations sur la participation des bénéficiaires à d'autres programmes de prescription sociale, les niveaux d'engagement civique et les changements perçus dans leur sens de connectivité, leurs habitudes et leur degré de solitude face à la pandémie de COVID-19.

#### Statistiques descriptives de base

#### Sources d'aiguillage - Comment les bénéficiaires accèdent-ils au projet Connected Communities ?

Les partenaires indiquent recevoir des demandes d'aiguillage vers le programme Connected Communities de la part de nombreuses sources et divers secteurs, dont

le vaste secteur associatif, communautaire et des entreprises sociales (Voluntary, Community and Social Enterprise, VCSE), du secteur de l'aide sociale, de membres de la famille, de voisins, des médias, de dépliants et d'autres encore. Les cas référés sont classés en deux catégories :

- cas difficiles - individus ayant bénéficié du service de prescription sociale par l'intermédiaire du projet Connected Communities
- cas mineurs - personnes orientées vers Connected Communities, et dont on a estimé que d'autres services répondaient mieux à leurs besoins et qui ont donc été orientées vers d'autres prestataires.

Certains partenaires ont fourni à l'équipe d'évaluation de l'UoE les données brutes concernant les voies d'aiguillage vers et en provenance de Connected Communities. Kent a fourni un graphique regroupant les aiguillages pour les cas difficiles et les cas mineurs, et a fourni des données brutes pour les renvois de cas mineurs. Medway a fourni des données brutes pour les cas difficiles et les cas mineurs.

Pour comparer les sources d'aiguillage dans le Kent (Figure 1, graphique fourni par le Kent) et à Medway (Figure 2, graphique produit par l'UoE à partir de données brutes), les cas difficiles et mineurs pour Medway sont regroupés dans la Figure 2. Cette section fournit également une vue d'ensemble des cas difficiles aiguillés en provenance de Medway. Cette section doit accorder une plus grande attention aux cas difficiles, étant donné que les analyses de l'évaluation ne peuvent être menées que sur des cas difficiles, c'est-à-dire des personnes qui ont bénéficié d'un service de Connected Communities. Pour plus d'informations sur les cas mineurs de Medway et du Kent, voir **Renvois directs à d'autres services**.

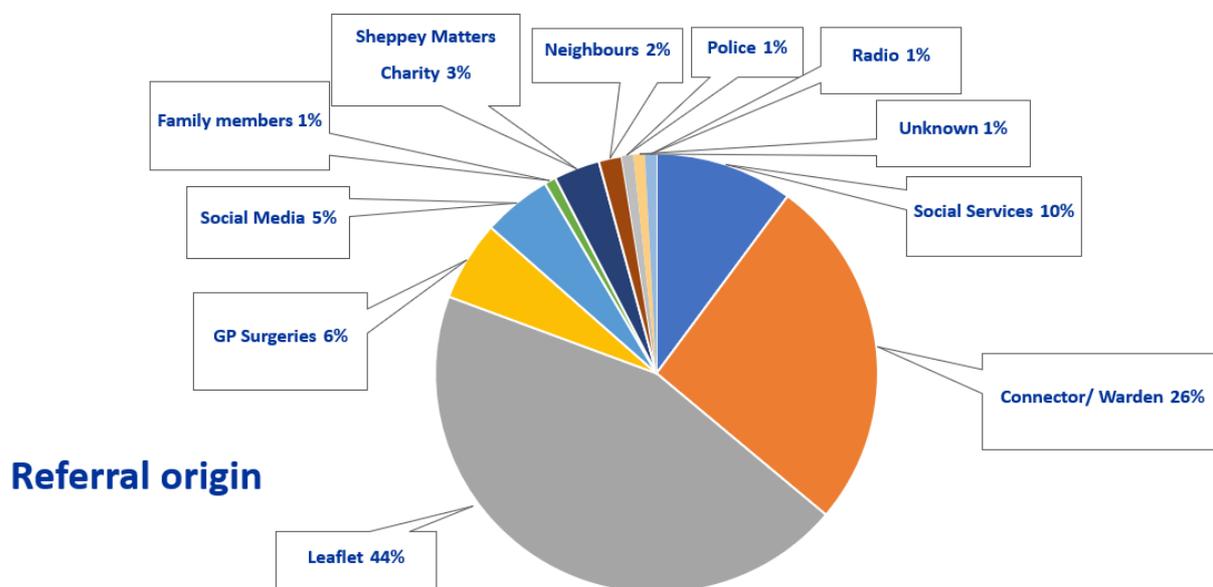


Figure 1. Sources d'aiguillage - le Kent

(graphique fourni par le Kent, comprenant à la fois les cas aiguillés difficiles et mineurs)

English	French
Figure 1. Referral sources – Kent	Figure 1 - Sources d'aiguillage - le Kent
Referral origin	Provenance des aiguillages
Leaflet	Brochures
GP surgeries	Cabinets de médecins généralistes
Social media	Réseaux sociaux
Family members	Membres de la famille
Sheppey matters charity	Association Sheppey matters
Neighbours	Voisins
Police	Police
Radio	Radio
Unknown	Inconnu
Social services	Services sociaux
Connector/warden	Connecteur/gardien communautaire

La Figure 1 montre que dans le Kent, la source d'aiguillage la plus fréquemment identifiée correspond aux 9 dépliantes (44%), suivie par les aiguillages effectués par les connecteurs qui ont également exercé les fonctions de gardiens communautaires dans le Kent (26%).

Au Royaume-Uni, la prescription sociale a été fortement soutenue dans le cadre du programme à long terme du NHS<sup>5</sup>, ce qui signifie que chaque médecin généraliste dispose désormais des ressources nécessaires pour intégrer un prescripteur social dans son service. Ce niveau de soutien n'a pas été accordé de la même manière au secteur de l'aide sociale. Pourtant, dans le Kent, les services sociaux sont plus nombreux que les services de médecine générale à aiguiller les bénéficiaires vers le programme Connected Communities. Le nombre de cas aiguillés par les services sociaux était de 10 %, tandis que celui des services de médecine générale était de 6 %.

La Figure 2 montre qu'à Medway, la source d'aiguillage la plus fréquemment identifiée est le centre d'aide sociale COVID (72 %), suivi par la famille et les amis (5 %), les services bénévoles et communautaires (6 %), l'auto-orientation (3 %), les services sociaux pour adultes (3 %), les organismes de soins (2 %), les associations de logement (1 %), le dépliant des impôts locaux (1 %), l'auto-orientation - le magazine Medway Matters (1 %), les services de navigation en matière de soins (1 %) et les services de soins primaires (1 %). Tout comme dans le Kent, les services de médecins généralistes ont effectué un petit nombre d'aiguillages (1 %) par rapport aux services bénévoles et communautaires, aux services sociaux pour adultes et à la famille et amis.

La majorité des aiguillages de Medway ont été reçues par l'intermédiaire du centre d'aide sociale COVID, ce qui illustre l'ampleur des besoins à Medway et les pressions auxquelles les autorités locales ont dû faire face pendant la pandémie de COVID-19. En outre, si l'on compare les sources d'aiguillage de Medway de la Figure 2 (cas difficiles et cas mineurs) à celles de la Figure 3 (cas difficiles uniquement), il est évident que toutes les demandes provenant du centre d'aide sociale COVID n'ont pas pu être prises en charge par le service de prescription sociale proposé sur une période de 12 semaines. Néanmoins, les connecteurs de Medway ont veillé à ce que toute personne

s'adressant à Connected Communities soit orientée vers les services les mieux à même de répondre à ses besoins.

Les actions de Medway témoignent de la contribution de Connected Communities aux personnes dans le besoin lors de l'un des événements de santé publique les plus inédits de l'histoire récente, la pandémie de COVID-19. Cela souligne également la nécessité de mieux comprendre ce qu'un cadre de prescription sociale peut offrir aux communautés dans le besoin.

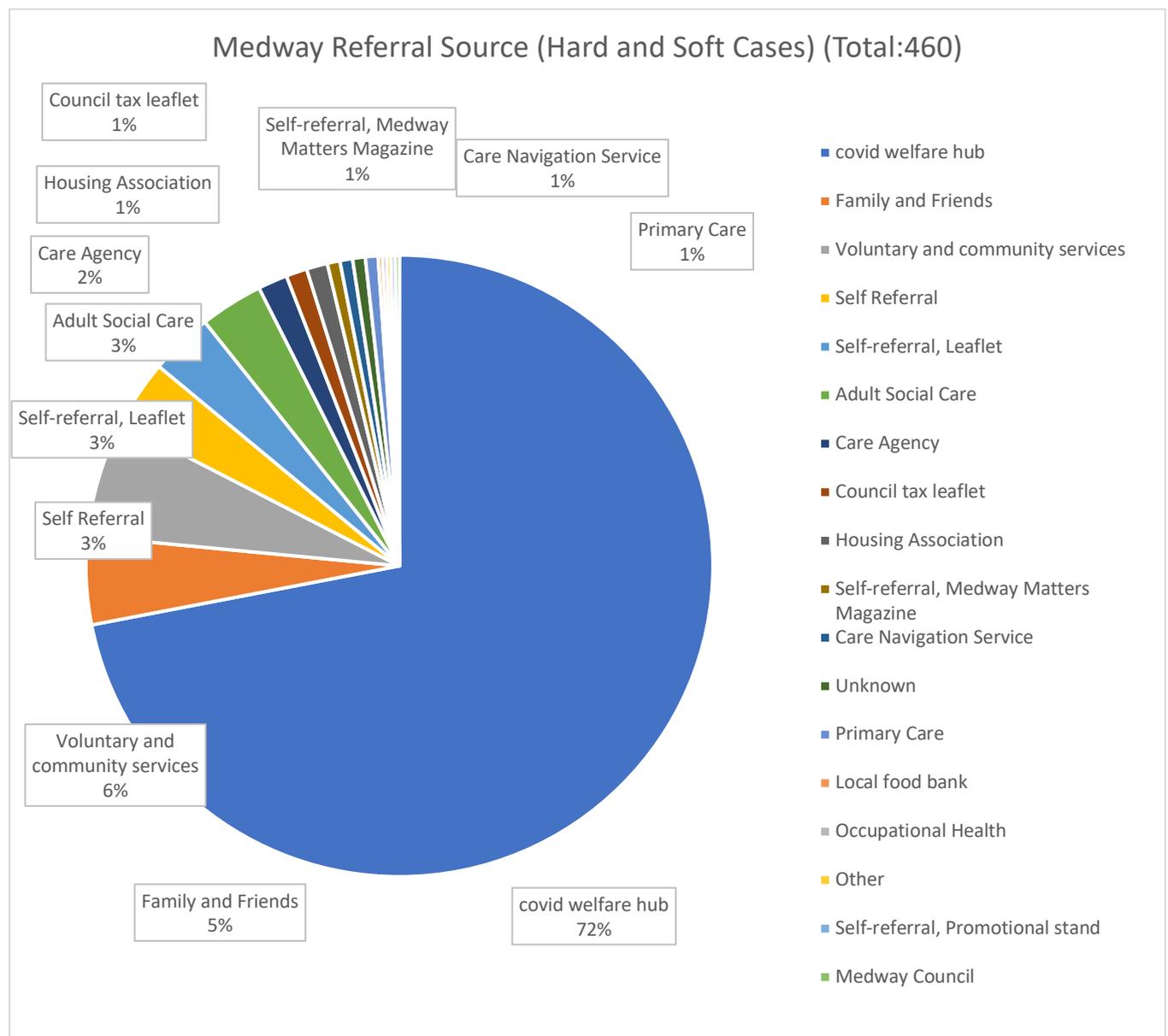
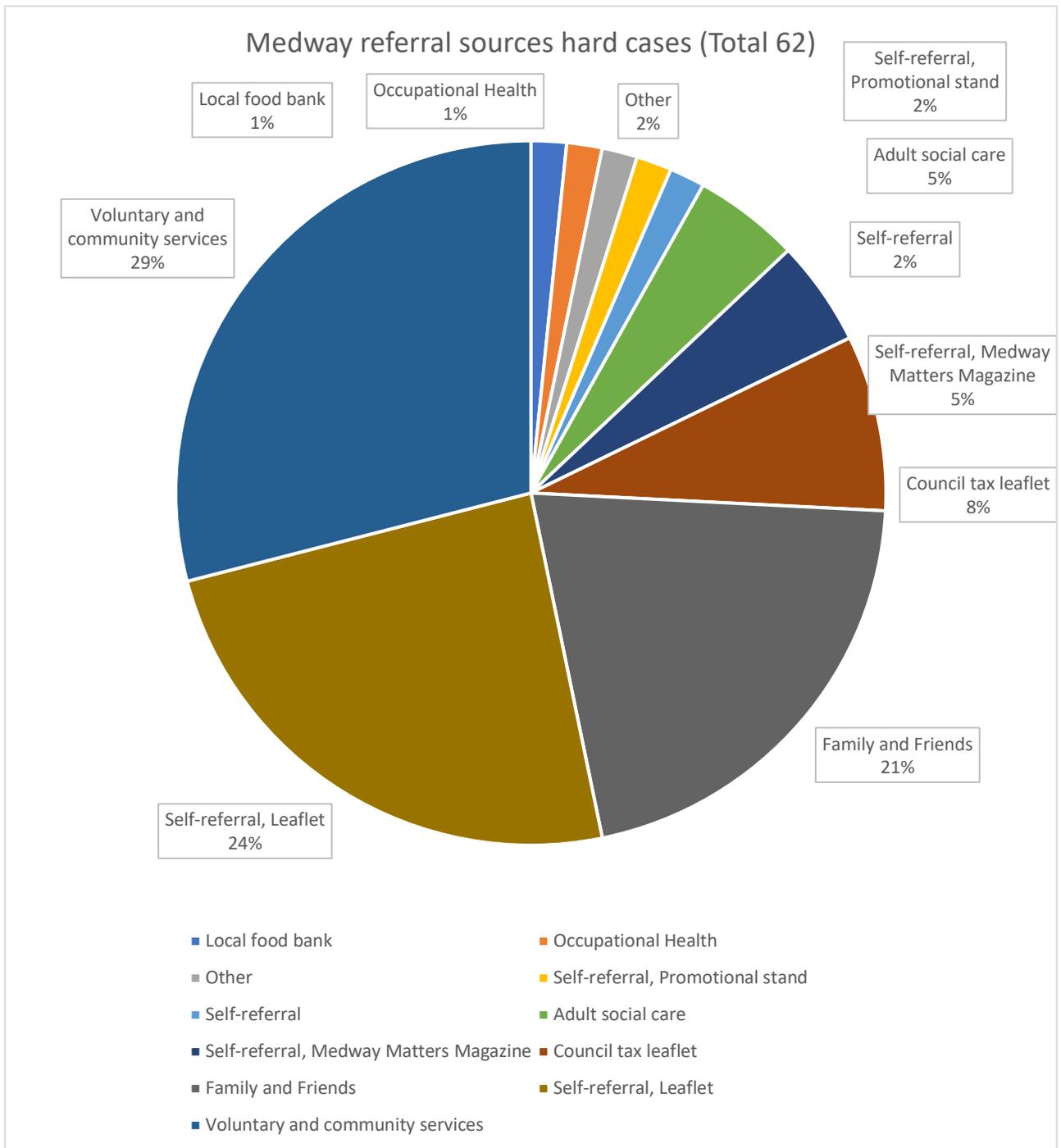


Figure 2. Sources d'aiguillage - Cas difficiles et cas mineurs de Medway

English	French
Figure 2. Referral sources – Medway hard and soft cases	Figure 2. Sources d'aiguillage – cas difficiles et cas mineurs de Medway
Medway Referral Source (Hard and Soft Cases) (Total:460)	Sources d'aiguillage de Medway (cas difficiles et cas mineurs) (Total : 460)
Covid welfare hub	Centre d'aide sociale COVID

Family and friends	Famille et amis
Voluntary and community services	Services bénévoles et communautaires
Self-referral	Auto-orientation
Self-referral, leaflet	Auto-orientation, brochure
Adult social care	Services sociaux pour adultes
Care agency	Organismes de soins
Housing association	Associations de logement
Council tax leaflet	Dépliant des impôts locaux
Self-referral, Medway Matters Magazine	Auto-orientation - Magazine Medway Matters
Care Navigation Service	Services de navigation en matière de soins
Primary care	Services de soins primaires
Unknown	Inconnu
Local food bank	Banque alimentaire locale
Occupational health	Services de santé au travail
Self-referral, promotional stand	Auto-orientation , stands promotionnels
Medway Council	Conseil de Medway



*Figure 3. Sources d'aiguillage - Cas difficiles de Medway*

English	French
Figure 3. Referral sources – Medway hard cases	Figure 3. Sources d'aiguillage - Cas difficiles de Medway
Family and friends	Famille et amis
Voluntary and community services	Services bénévoles et communautaires
Self-referral	Auto-orientation
Self-referral, leaflet	Auto-orientation, brochure
Adult social care	Services sociaux pour adultes
Council tax leaflet	Dépliant des impôts locaux
Self-referral, Medway Matters Magazine	Auto-orientation - Magazine Medway Matters

Other	Autre
Local food bank	Banque alimentaire locale
Occupational health	Services de santé au travail
Self-referral, promotional stand	Auto-orientation , stands promotionnels

La Figure 3 ne comprend que les cas difficiles de Medway, c'est-à-dire les personnes qui ont bénéficié du service sur une période de 12 semaines. Il en ressort que la plupart des bénéficiaires se sont dirigés vers Connected Communities (appelé Better Connected à Medway) par l'intermédiaire des services bénévoles et communautaires (29 %), de dépliants incitant à l'auto-orientation (24 %), de la famille et des amis (21 %), de dépliants joints aux lettres des impôts locaux (8 %), des services sociaux pour adultes (5 %), du magazine Medway Matters (5 %), de stands promotionnels placés lors d'événements (2 %), des services de santé au travail (1 %) et de la banque alimentaire locale (1 %). Il n'y a pas eu de demandes d'aiguillage adéquates de cas difficiles par le biais des cabinets de médecins généralistes.

Medway a consacré des efforts concertés et une attention particulière à l'engagement avec le secteur associatif, de la communauté et des entreprises sociales (VCSE), la plus grande source d'aiguillage (*voir Manuel de référence pour la prescription sociale (Toolkit)* pour plus d'informations). Medway s'est engagé avec de nombreuses organisations du secteur VCSE et a utilisé divers outils pour informer les individus et les organisations de leurs communautés sur le programme Connected Communities et son aptitude à améliorer la santé et le bien-être.

Les résultats concernant l'aiguillage vers le programme par les services de médecine générale à Medway et dans le Kent montrent qu'il est nécessaire de renforcer le recours à la prescription sociale au sein des services de médecine générale. Bien que la prescription sociale ait été conçue par le NHS comme une approche des soins de santé devant être adoptée par les médecins généralistes dans tout le pays, les données de Connected Communities suggèrent que les médecins généralistes ne se sont pas complètement adaptés à ce paradigme.

Aiguillages - Où les bénéficiaires sont-ils allés pour entrer en contact avec d'autres personnes ?

Medway a enregistré des informations sur les aiguillages des bénéficiaires du service de prescription sociale proposé sur une période de 12 semaines, indiquant vers quels services du secteur VCSE les personnes ont été dirigées et les mesures prises pour soutenir les bénéficiaires. La Figure 4 montre que la majorité des bénéficiaires ont été orientés vers des groupes de quartier locaux (60 %), ce qui illustre l'importance du secteur communautaire dans la mise en œuvre de la prescription sociale ainsi que le besoin des personnes de s'impliquer dans leurs communautés et leur volonté de s'engager si l'occasion leur en est donnée. Les groupes de quartier sont suivis par les services d'entraide (13 %), le soutien pratique (6 %), les services de soutien en santé mentale (5 %), les services de soutien à l'activité physique (5 %) et les groupes artistiques (1 %). Il est intéressant de noter que 8 % des bénéficiaires n'ont pas été orientés vers d'autres services ou n'ont pas trouvé de service adapté à leurs besoins.

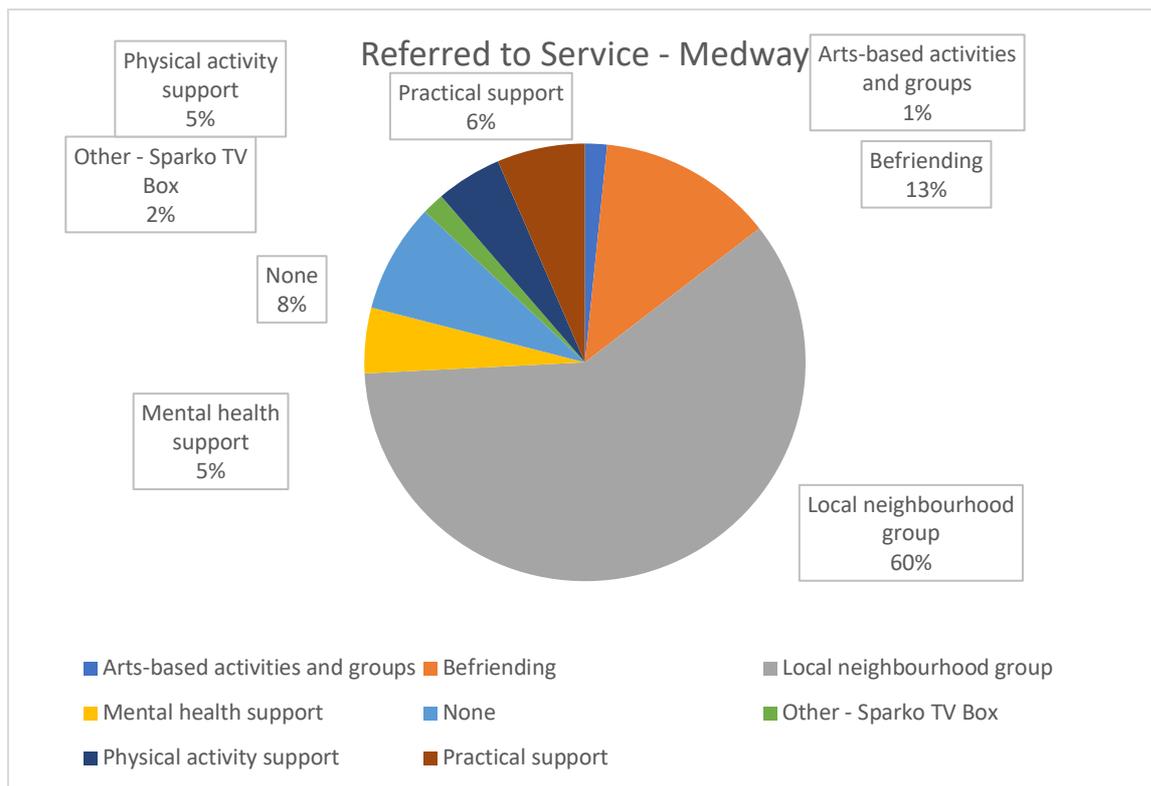


Figure 4. Renvois vers les services - cas difficiles de Medway

English	French
Figure 4. Referred to Services – Medway hard cases	Figure 4. Renvois vers les services - cas difficiles de Medway
Arts-based activities and groups	Activités et groupes artistiques
Befriending	Rencontres d'amitié
Mental health support	Soutien à la santé mentale
None	Aucun
Physical activity support	Soutien à l'activité physique
Practical support	Soutien pratique
Local neighbourhood group	Groupe de voisinage local
Other – Sparko TV Box	Autre - Sparko TV Box

La Figure 5 révèle que les connecteurs ont assisté les bénéficiaires de diverses manières au cours de leur participation au programme Connected Communities : 41 % des bénéficiaires ont été accompagnés, 43 % ont été aidés à établir des connexions et 8 % ont reçu des informations leur permettant de se mettre en relation avec d'autres services.

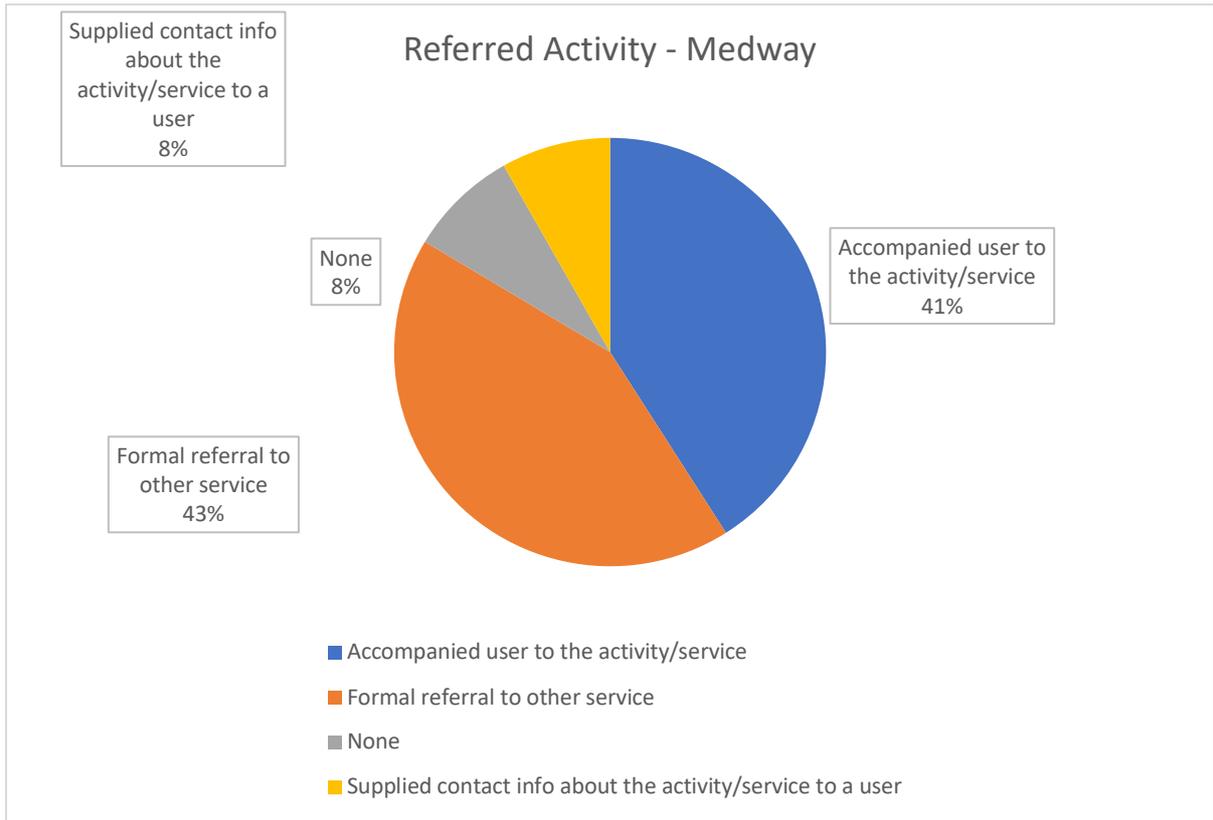


Figure 5. Actions d'aiguillage - cas difficiles de Medway

English	French
Figure 5. Referral activity – Medway hard cases	Actions d'aiguillage - cas difficiles de Medway
Accompanied user to the activity/service	A accompagné l'utilisateur à l'activité/au service
Formal referral to the other service	Aiguillage officiel vers l'autre service
None	Aucune
Supplied contact info about the activity/service to a user	A fourni des informations et les coordonnées d'une activité / service à un usager

### Combien y avait-il de bénéficiaires ?

Le nombre total de bénéficiaires ayant reçu des services de Connected Communities (cas difficiles) diffère selon les sites des partenaires. Le nombre de réponses reçues lors de la première et de la dernière visite diffère également, de sorte qu'il existe un nombre limité de cas pour lesquels les réponses avant et après la participation peuvent être comparées (troisième colonne du Tableau 1). Les cas difficiles des partenaires sont présentés dans le Tableau 1 et décrits dans la Figure 6.

Partenaire	Cas difficiles avec des données enregistrées et partagées au moins à un moment donné	Cas difficiles avec des données enregistrées et partagées au moins à deux moments donnés
<b>Kent</b>	101	73
<b>L'Eure</b>	202	102
<b>Medway</b>	62	56
<b>Suffolk</b>	19	9

Tableau 1. Nombre de cas difficiles et cas mineurs, par partenaire

Certains bénéficiaires n'ont pas reçu de données lors d'une deuxième visite : soit parce qu'ils n'ont pas poursuivi le programme, soit en raison d'un changement dans leur situation personnelle, par exemple une maladie qui a empêché le connecteur de poser des questions.

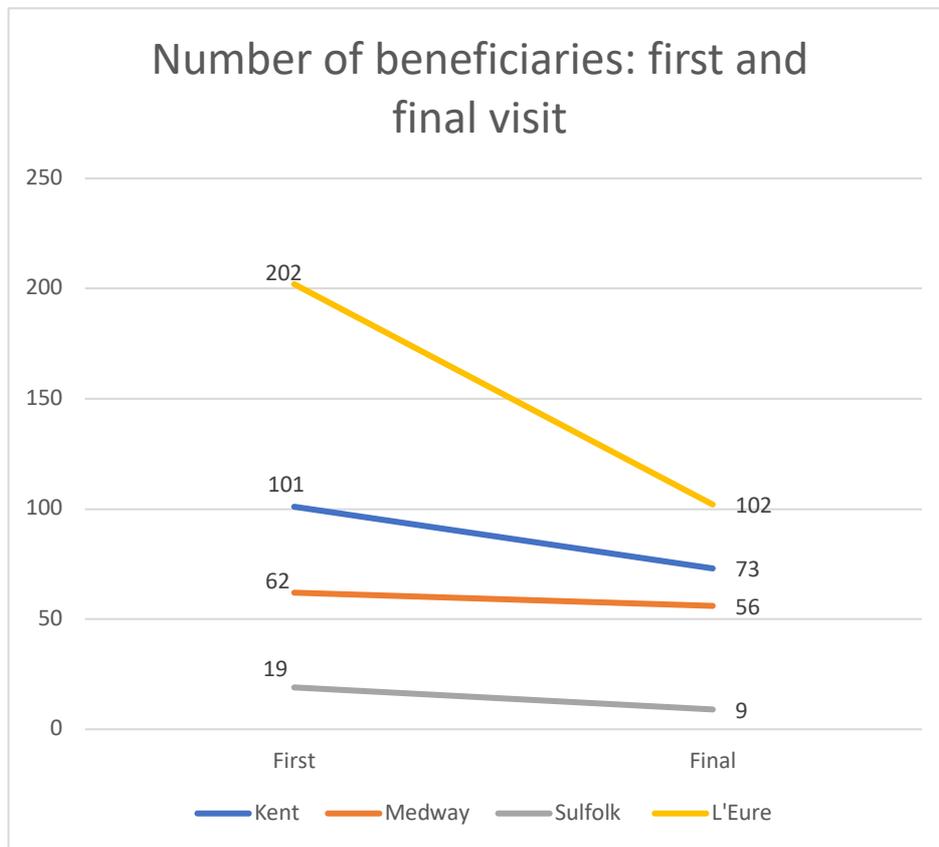


Figure 6. Nombre de bénéficiaires, données disponibles pour la première et la dernière visite

English	French
Figure 6. Number of Beneficiaries, data present for the first and last visit	Figure 6. Nombre de bénéficiaires, données disponibles pour la première et la dernière visite
Number of Beneficiaries : first and last visit	Nombre de bénéficiaires : première et dernière visite
First	Première
Final	Dernière

## Sexe

Notre protocole d'enregistrement des données a été conçu pour saisir les catégories de genre suivantes (Figure 7) : homme, femme, non-binaire, préfère ne pas répondre.

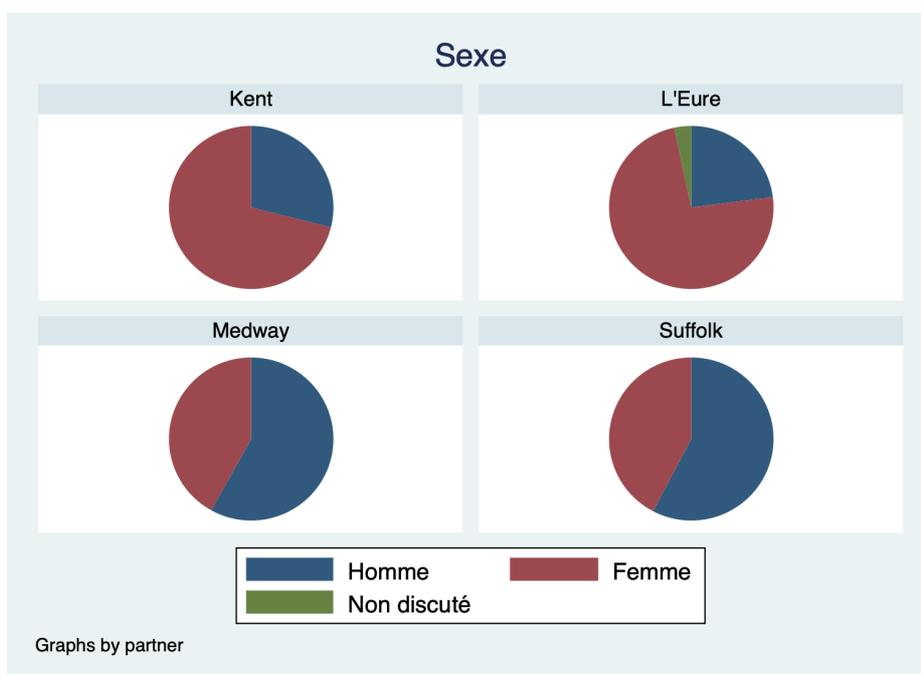
Dans le Kent, 71% de l'échantillon étaient des femmes et 29% des hommes.

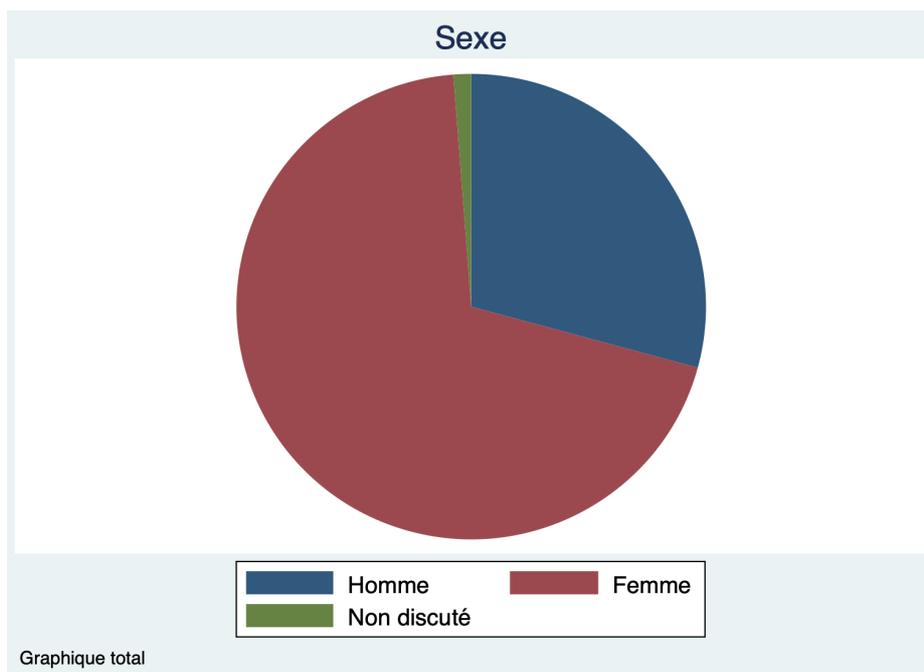
Dans l'Eure, 75% de l'échantillon étaient des femmes, 23% des hommes et pour 2% des bénéficiaires, la question n'a pas été abordée.

À Medway, 42% de l'échantillon étaient des femmes et 58% des hommes.

Dans le Suffolk, 42% de l'échantillon étaient des femmes et 58% des hommes.

Dans l'ensemble, pour tous les partenaires, 70 % de l'échantillon est composé de femmes, 29 % d'hommes et pour 1 % des bénéficiaires, la question n'a pas été abordée.





*Figure 7. Sexe*

## Âge

En ce qui concerne le critère de l'âge, Connected Communities a été conçu pour faire participer les personnes âgées de plus de 65 ans au Royaume-Uni et de plus de 60 ans en France. La Figure 8 montre que l'âge moyen global chez les trois partenaires (Kent, Medway, Suffolk) était de 77 ans.

L'âge des bénéficiaires du Kent variait de 65 à 96 ans et l'âge moyen est de 77 ans.

Pour Medway, l'âge variait de 66 à 91 ans, l'âge moyen étant de 76 ans.

Pour le Suffolk, l'âge variait de 64 à 91 ans, l'âge moyen étant de 77 ans.

L'Eure n'a pas communiqué de données sur l'âge, ce qui aurait probablement eu une incidence sur l'âge moyen et la fourchette d'âge, étant donné que les bénéficiaires français étaient éligibles à la participation à partir du seuil d'âge le plus bas, à savoir 60 ans et plus, contre 65 ans et plus chez les partenaires anglais.

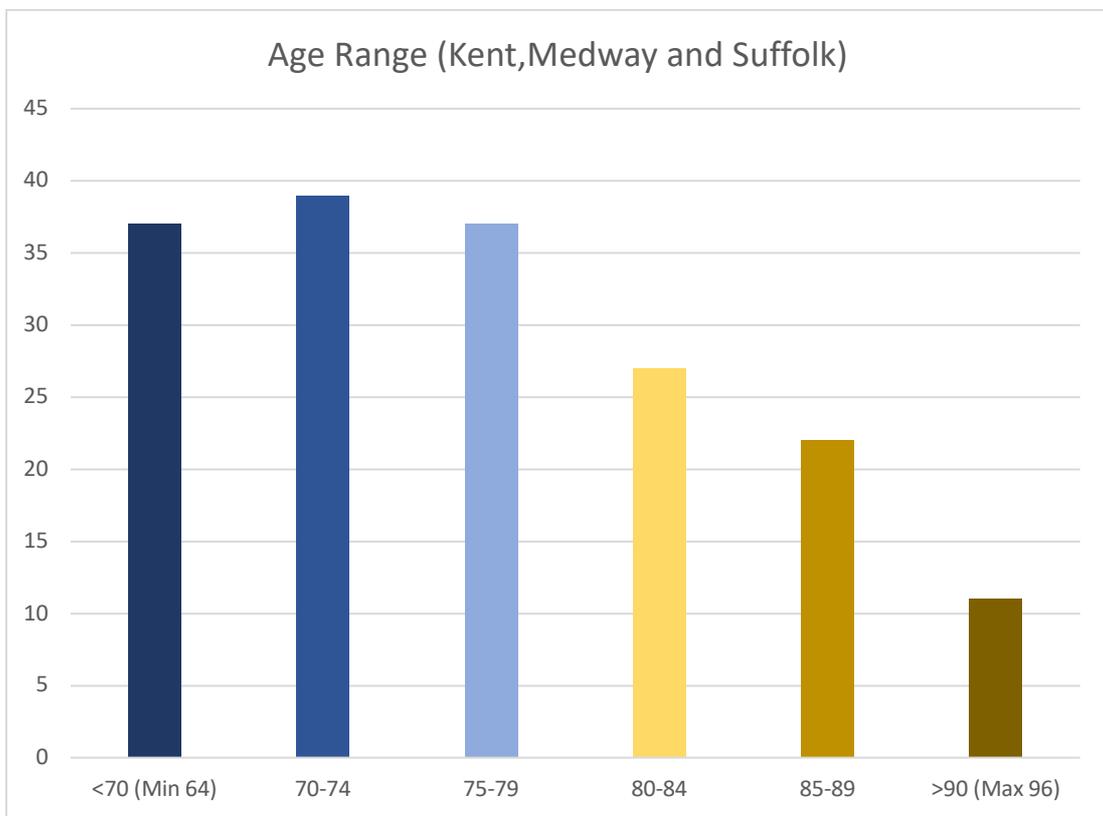
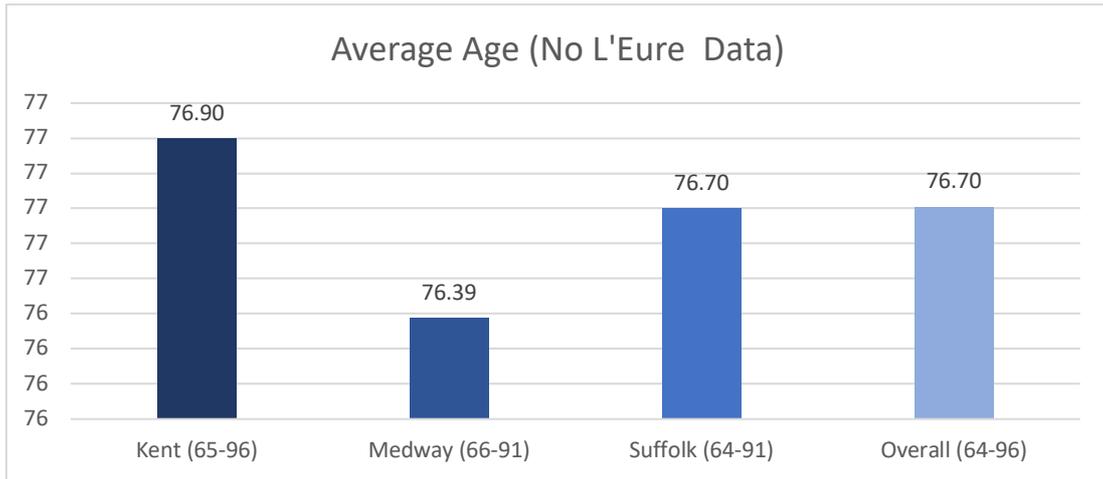


Figure 8. Âge

English	French
Figure 8. Age	Figure 8. Âge
Average Age (No L'Eure Data)	Âge moyen (pas de données pour l'Eure)
Age Range (Kent, Medway and Suffolk)	Tranche d'âge (Kent, Medway et Suffolk)
Overall	Global
Min	Min
Max	Max

## Ethnicité

La Figure 9 montre que la majorité des bénéficiaires sont blancs dans le Kent, à Medway et dans le Suffolk. Il convient toutefois de noter que l'appartenance ethnique

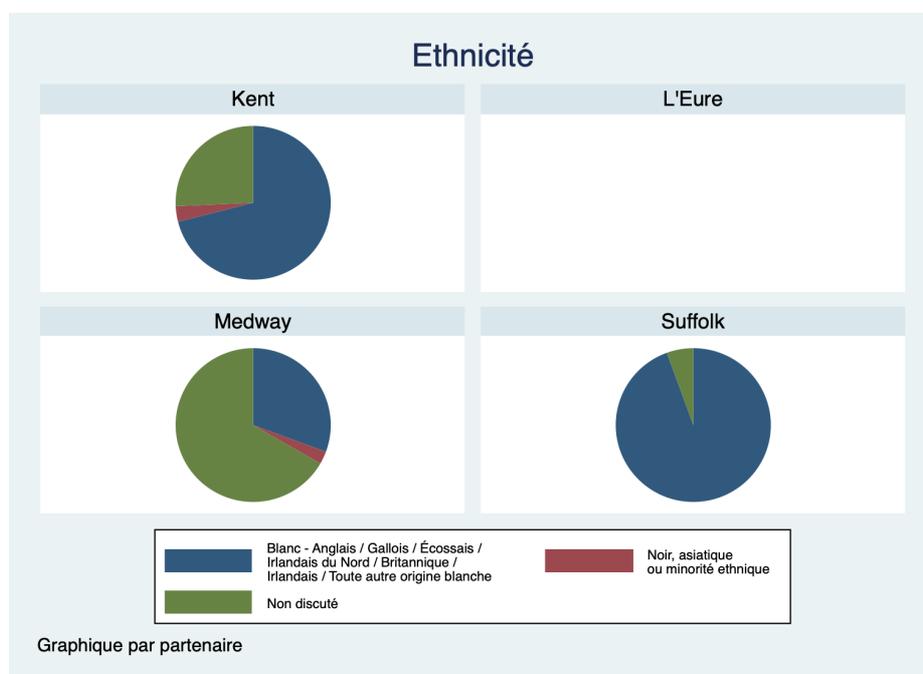
n'a pas été enregistrée pour tous les bénéficiaires. L'Eure a enregistré " l'origine " plutôt que l'ethnicité en raison de la volonté de respecter les sensibilités culturelles associées à l'idée de demander l'ethnicité d'une personne. Tous les bénéficiaires de l'Eure ont répondu être d'origine française.

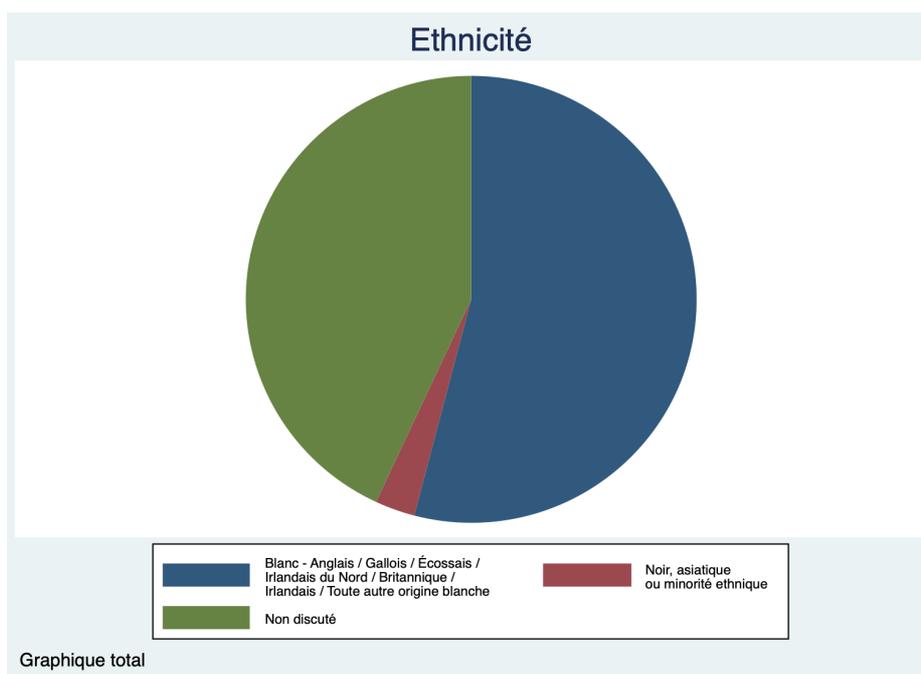
Dans le Kent, 71 % des bénéficiaires étaient blancs, 3 % étaient noirs, asiatiques ou issus d'une autre minorité ethnique et 26 % n'ont pas abordé cette question.

À Medway, 31 % des bénéficiaires étaient blancs, 3 % étaient noirs, asiatiques ou issus d'une autre minorité ethnique et 66 % n'ont pas abordé cette question.

Dans le Suffolk, 94 % des bénéficiaires étaient blancs et 6 % d'entre eux n'ont pas abordé cette question.

Dans l'ensemble, 54 % des bénéficiaires étaient blancs, 3 % étaient noirs, asiatiques ou issus d'une autre minorité ethnique et 43 % n'ont pas abordé cette question.





*Figure 9. Ethnicité*

## Statut marital

La Figure 10 montre que la majorité des bénéficiaires sont veufs dans la plupart des localités partenaires. Ce statut marital est révélateur, étant donné que le deuil est considéré comme l'une des causes sous-jacentes de la solitude. Des travaux supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les différentes stratégies d'adaptation des bénéficiaires et comment celles-ci influencent le rapport entre la solitude et le chagrin.<sup>6</sup>

Dans le Kent, les données montrent que :

- 5% sont célibataires
- 37% sont veuf(ve)s
- 19% sont séparé(e)s ou divorcé(e)s
- 8% sont marié(e)s ou en partenariat civil
- 4% ne souhaitent pas répondre
- 27% impossible de répondre

Dans l'Eure, les données montrent que :

- 6% sont célibataires
- 47% sont veuf(ve)s
- 20% sont séparé(e)s ou divorcé(e)s
- 27% sont marié(e)s ou en partenariat civil

À Medway, les données montrent que :

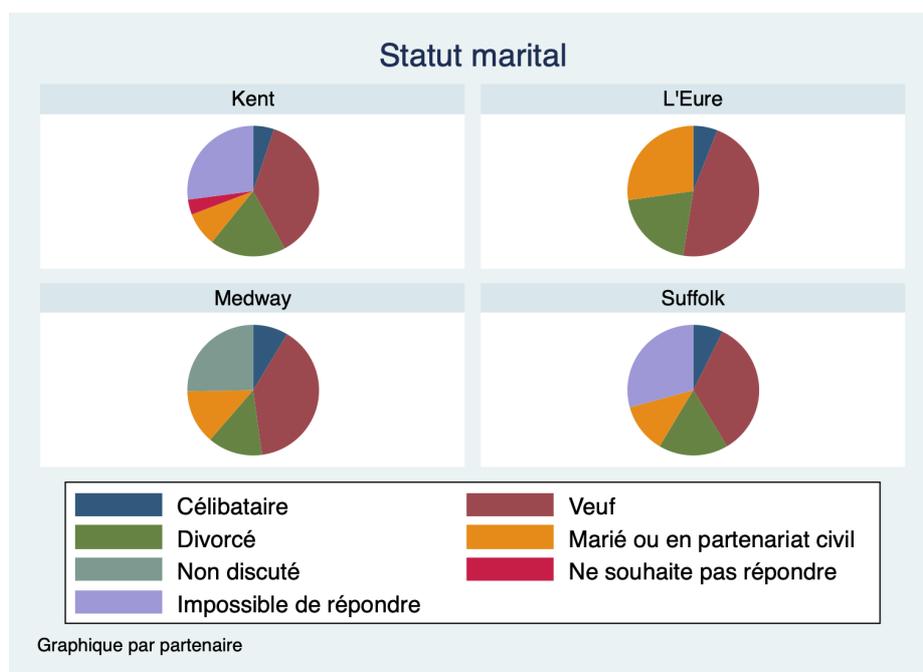
- 9% sont célibataires
- 39% sont veuf(ve)s
- 13% sont séparé(e)s ou divorcé(e)s
- 13% sont marié(e)s ou en partenariat civil
- 25% non discuté

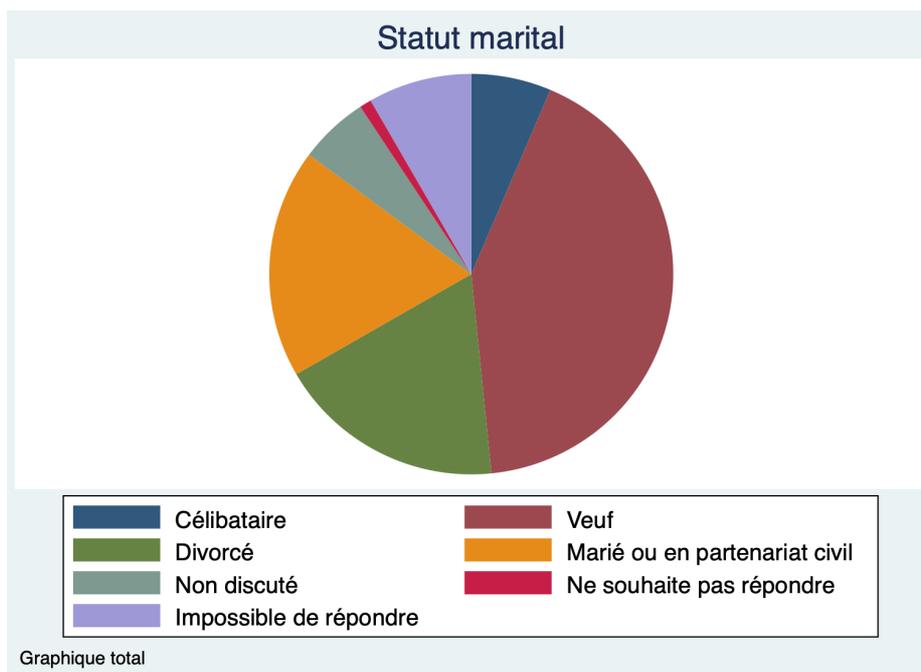
Dans le Suffolk, les données montrent que :

- 7% sont célibataires
- 34% sont veuf(ve)s
- 17% sont séparé(e)s ou divorcé(e)s
- 12% sont marié(e)s ou en partenariat civil
- 29% impossible de répondre

Dans l'ensemble, les données montrent que :

- 6% sont célibataires
- 42% sont veuf(ve)s
- 18% sont séparé(e)s ou divorcé(e)s
- 19% sont marié(e)s ou en partenariat civil
- 6% non discuté
- 1% ne souhaitent pas répondre
- 8% impossible de répondre





*Figure 10. Statut marital*

### Plus haut niveau d'éducation atteint

La Figure 11 montre que la majorité des bénéficiaires ont obtenu un diplôme d'études secondaires dans chaque localité du partenariat.

Dans le Kent, les données montrent que :

- 71% ont un niveau d'enseignement secondaire
- 25 % ont fait des études supérieures
- 1 % ont fait des études supérieures
- 3% ne souhaitent pas répondre

Dans l'Eure, les données montrent que :

- 23% ont un niveau d'enseignement primaire
- 56% ont un niveau d'enseignement secondaire
- 6 % ont fait des études supérieures
- 14% ne souhaitent pas répondre

À Medway, les données montrent que :

- 16% ont un niveau d'enseignement secondaire
- 8 % ont fait des études supérieures
- 76% non discuté

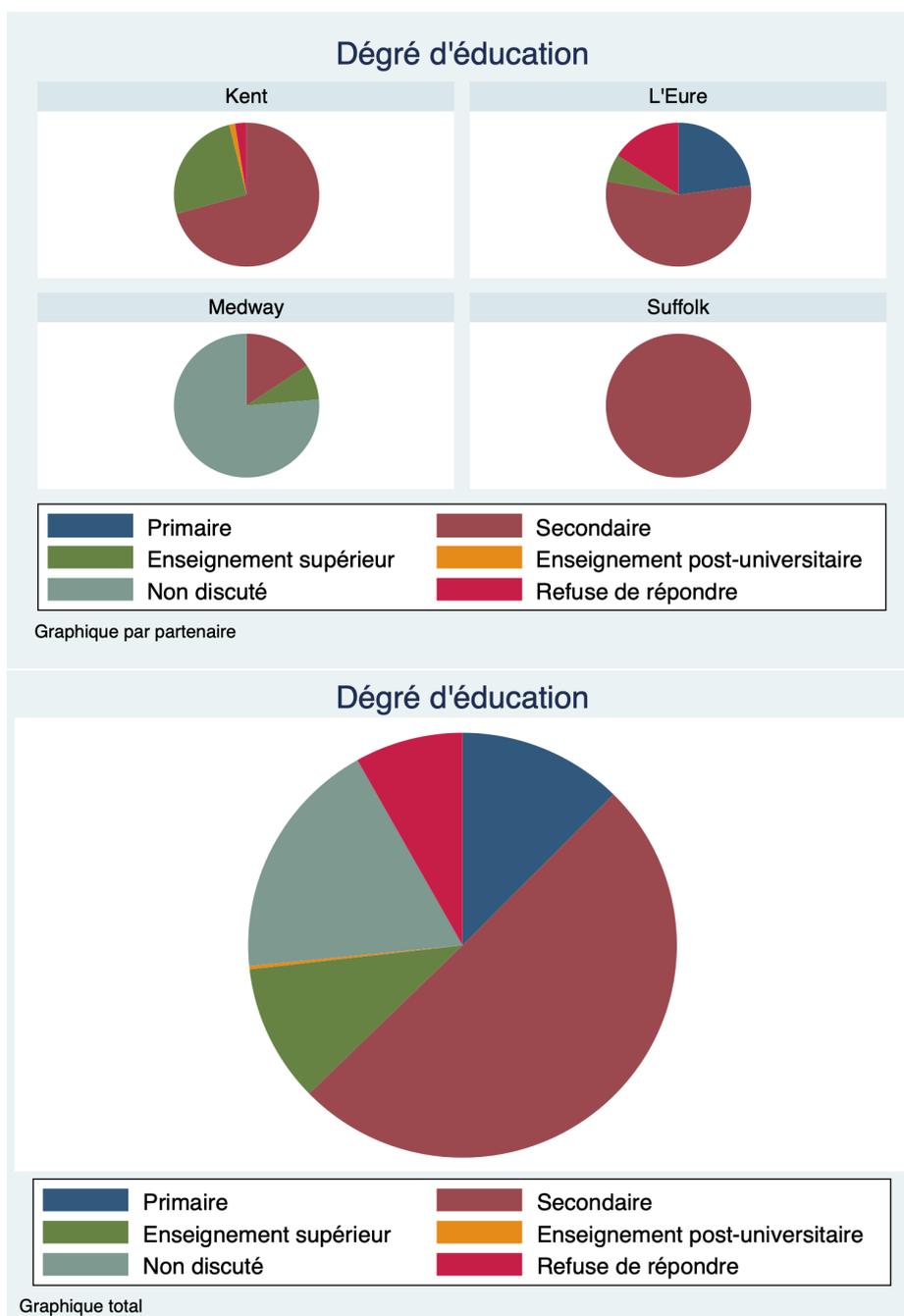
Dans le Suffolk, les données montrent que :

- 100% ont un niveau d'enseignement secondaire

Dans l'ensemble, les données montrent que :

- 12% ont un niveau d'enseignement primaire
- 50% ont un niveau d'enseignement secondaire
- 11 % ont fait des études supérieures

- 1 % ont fait des études supérieures
- 18% non discuté
- 8% ne souhaitent pas répondre



*Figure 11. Éducation*

## Revenus

L'absence de revenu disponible peut être l'une des causes sous-jacentes de l'isolement social et d'autres problèmes de santé physique et mentale. Nous avons demandé aux bénéficiaires de fournir une auto-évaluation portant sur leurs revenus (pension, épargne, travail à temps partiel) et d'indiquer dans quelle mesure ils estiment que ceux-ci couvrent leurs frais de subsistance.

La Figure 12 montre que la majorité des bénéficiaires déclarent que leurs revenus actuels couvrent tout juste leurs frais de subsistance.

Dans l'Eure, les données montrent que les revenus actuels couvrent les dépenses des bénéficiaires :

- 2% jamais ou presque jamais
- 5% de temps en temps
- 93% souvent ou toujours

À Medway, les données montrent que les revenus actuels couvrent les dépenses des bénéficiaires :

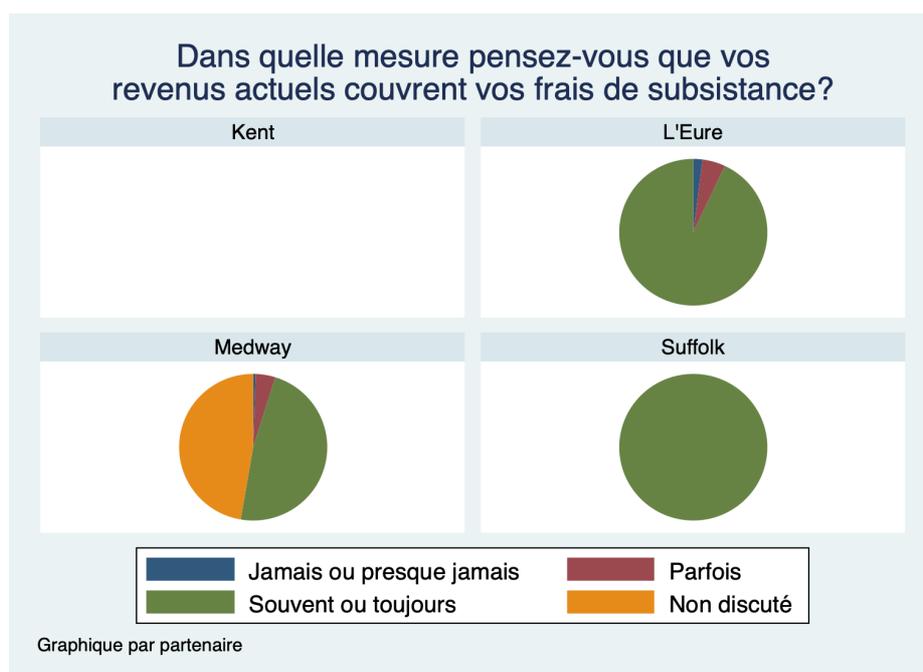
- 1% jamais ou presque jamais
- 4% de temps en temps
- 48% souvent ou toujours
- 47% non discuté

Dans le Suffolk, les données montrent que les revenus actuels couvrent les dépenses des bénéficiaires :

- 100% souvent ou toujours

Dans l'ensemble, les données montrent que les revenus actuels couvrent les dépenses des bénéficiaires :

- 1% jamais ou presque jamais
- 4% de temps en temps
- 65% souvent ou toujours
- 30% non discuté



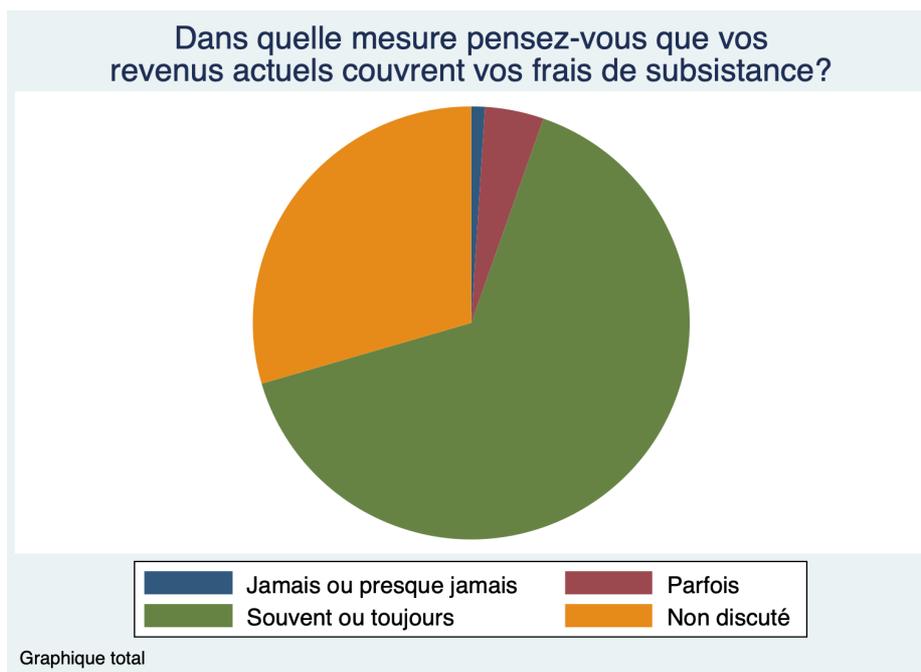


Figure 12. Dans quelle mesure pensez-vous que vos revenus actuels (pension, épargne, travail à temps partiel) couvrent vos frais de subsistance ?

### Le bénéficiaire vit-il seul ou avec d'autres personnes ?

Les personnes âgées sont davantage exposées au risque de perdre un membre de leur famille ou un ami et, avec l'âge, leur réseau social relativement bien établi se modifie au fil du temps, ce qui peut les amener à se sentir socialement isolées et/ou seules. Afin de mieux comprendre les causes sous-jacentes de l'isolement social et de la solitude, nous avons interrogé les bénéficiaires pour savoir avec qui ils vivent.

Les données dans la Figure 13 montre que :

#### Les bénéficiaires de Kent vivent

- 56% vivent seuls
- 1% en hébergement protégé
- 1% en logement accompagné
- 16% avec la famille
- 27% aucune réponse enregistrée

#### Les bénéficiaires de l'Eure vivent

- 26% vivent seuls
- 9% avec la famille
- 65% aucune réponse enregistrée

#### Les bénéficiaires de Medway vivent

- 60% vivent seuls
- 19% en hébergement protégé
- 21% non discuté

### Les bénéficiaires du Suffolk vivent

- 80% vivent seuls
- 20% avec la famille

### Dans l'ensemble, les bénéficiaires du programme vivent

- 43% vivent seuls
- 4% en hébergement protégé
- 1% en logement accompagné
- 9% avec la famille
- 5% non discuté
- aucune réponse enregistrée

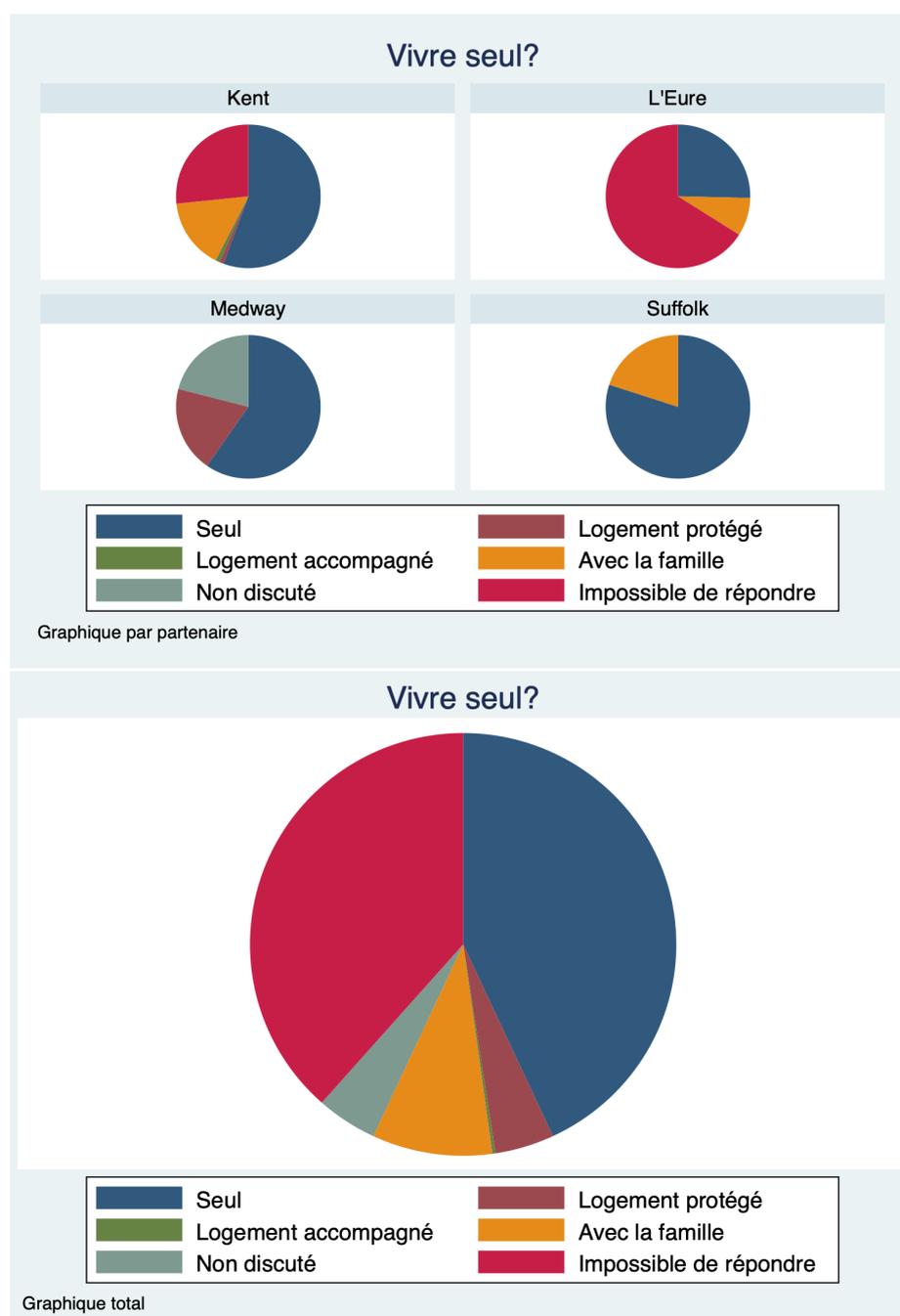


Figure 13. Avec qui le bénéficiaire vit-il, le cas échéant ?

## Statut du logement

Le statut du logement a été enregistré car il a un impact sur la santé globale et a été associé à des sentiments de solitude et d'isolement. La Figure 14 montre que :

Dans Le Kent,

- 61% des bénéficiaires possèdent un logement
- 22% des bénéficiaires louent un logement
- 17% des bénéficiaires vivent dans des logements sociaux

Dans l'Eure,

- 69% des bénéficiaires possèdent un logement
- 28% des bénéficiaires vivent dans des logements sociaux
- 1% préfèrent ne pas répondre
- 2% ne souhaitent pas répondre

À Medway,

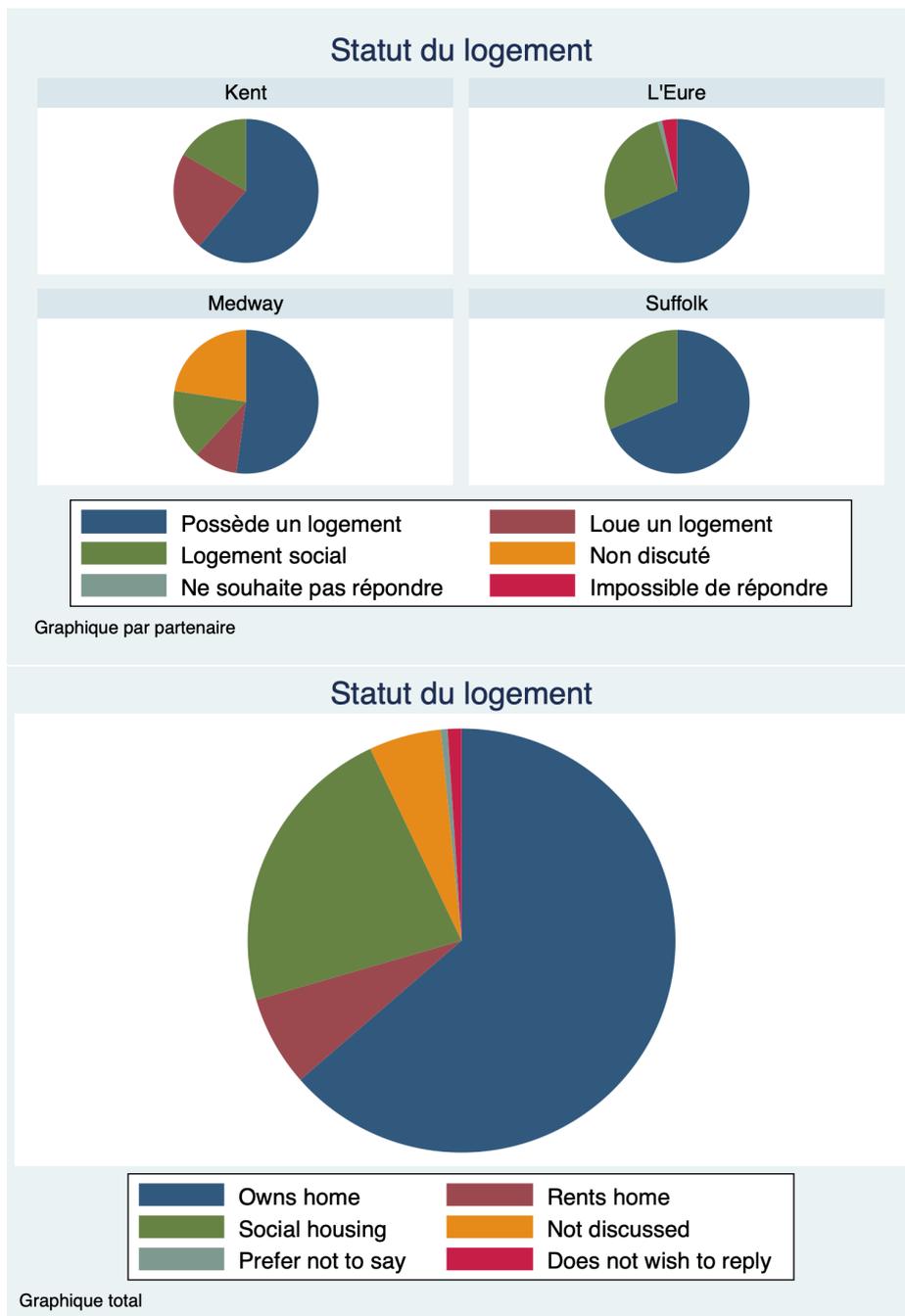
- 52% des bénéficiaires possèdent un logement
- 10% des bénéficiaires louent un logement
- 16% des bénéficiaires vivent dans des logements sociaux
- 22% non discuté

Dans Le Suffolk,

- 69% des bénéficiaires possèdent un logement
- 31% des bénéficiaires vivent dans des logements sociaux

Dans l'ensemble,

- 63% des bénéficiaires possèdent un logement
- 7% des bénéficiaires louent un logement
- 22% des bénéficiaires vivent dans des logements sociaux
- 5% non discuté
- 1% préfèrent ne pas répondre
- 2% ne souhaitent pas répondre



*Figure 14. Logement*

## Expérience d'un événement critique ou traumatisant

Les transitions critiques de la vie telles que le deuil, le divorce, la retraite et un diagnostic médical ne sont que quelques-uns des bouleversements de la vie qui peuvent contribuer à l'isolement social et au sentiment de solitude, avec des répercussions négatives sur le bien-être et d'autres aspects de la vie d'une personne.

Un événement marquant tel qu'un accident vasculaire cérébral est susceptible d'avoir un impact négatif sur la qualité de vie d'une personne et d'entraîner des sentiments de solitude plus prononcés. Une étude récente a montré que les survivants d'un

accident vasculaire cérébral sont au moins 70 % plus susceptibles de déclarer qu'ils ressentent un degré de solitude plus important que des personnes en bonne santé.<sup>7</sup>

Une [étude de cas de nos partenaires du Kent, Mme B](#), illustre comment la qualité de vie d'une personne autrefois active et sociale a décliné après un accident vasculaire cérébral. Sa capacité à participer à des activités sociales a ainsi diminué, entraînant une perte de confiance sur le plan physique et mental pour entrer en contact avec d'autres personnes, ce qui s'est finalement traduit par un sentiment de solitude et d'isolement social.

La Figure 15 Figure 15 montre que les bénéficiaires ont vécu l'une des situations suivantes :

Dans l'Eure,

- 16% accident ou expérience traumatisante
- 18% décès d'un proche
- 28% événement de santé
- 38% non discuté

À Medway,

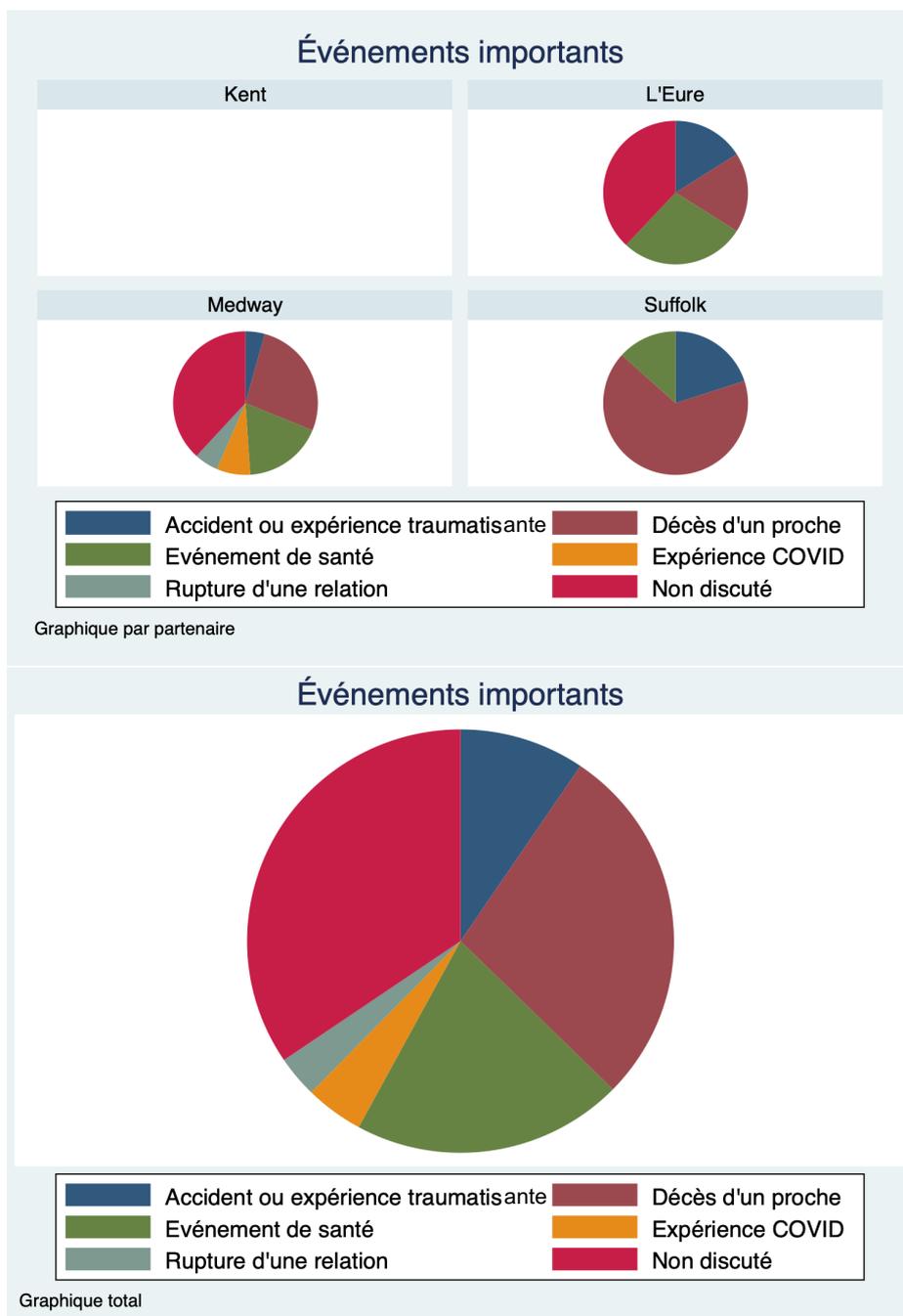
- 4% accident ou expérience traumatisante
- 27% décès d'un proche
- 18% événement de santé
- 8% expérience COVID
- 5% rupture d'une relation
- 38% non discuté

Dans Le Suffolk,

- 20% accident ou expérience traumatisante
- 67% décès d'un proche
- 13% événement de santé

Dans l'ensemble,

- 10% accident ou expérience traumatisante
- 28% décès d'un proche
- 21% événement de santé
- 4% expérience COVID
- 3% rupture d'une relation
- 34% non discuté



*Figure 15. Événements critiques de la vie*

## Santé : Problèmes de santé de longue durée, activité physique et habitudes

De nombreux partenaires déclarent travailler avec des personnes ayant des besoins de santé complexes, des handicaps et des problèmes de santé de longue durée ayant une incidence sur leur vie et leur participation à Connected Communities.

La Figure 16 montre qu'un tiers et plus des bénéficiaires ont des problèmes de santé de longue durée et des besoins de soins complexes.

Dans l'Eure, 23 % des bénéficiaires déclarent avoir un problème de santé de longue durée (Oui/légende rouge du graphique).

À Medway, 33 % des bénéficiaires déclarent avoir un problème de santé de longue durée.

Dans le Suffolk, 17 % des bénéficiaires déclarent avoir un problème de santé de longue durée.

Dans l'ensemble, 26 % des bénéficiaires du programme déclarent avoir un problème de santé de longue durée.

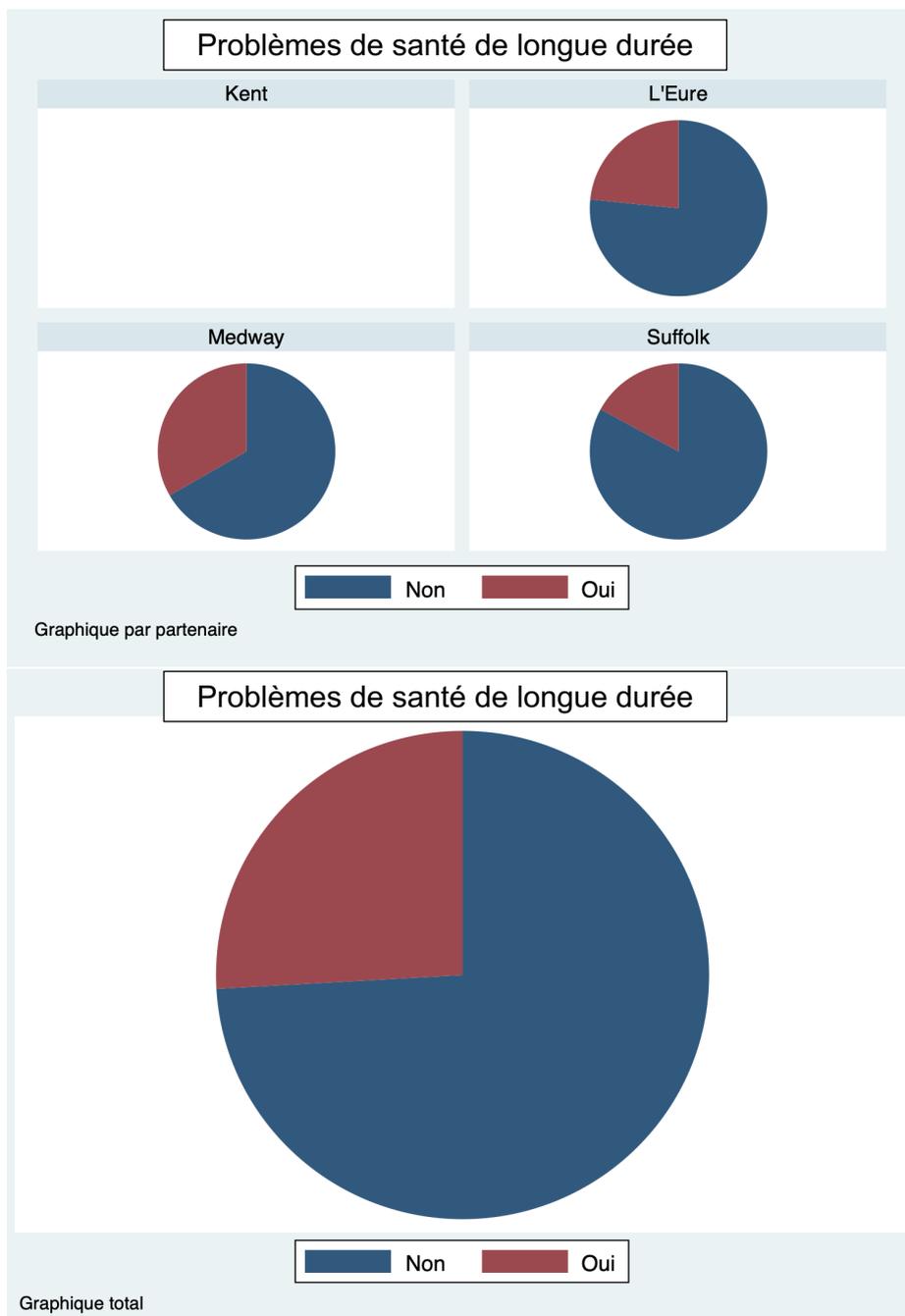


Figure 16. Problème(s) de santé de longue durée

Kent a fourni des observations soulignant la comorbidité des problèmes de santé rencontrés au cours des interventions auprès des bénéficiaires.

*"Antidépresseurs à faible dose, accident vasculaire cérébral (affectant la motricité et l'élocution), cancer, bénéficiaire subissant un certain nombre d'interventions chirurgicales."*

*"Hypertension artérielle, sujet aux migraines, ne consulte pas le médecin généraliste en raison d'un litige. Suit une hypnothérapie cognitive et a des problèmes de santé mentale".*

*"Tremblements essentiels, arthrite au genou et au dos (canne), le médecin généraliste l'a orienté vers un service de santé mentale (dépression)."*

*"Problèmes de hanche, problèmes cardiaques, diabète de type 2 et problèmes d'estomac persistants".*

*"Passé aux soins palliatifs".*

Des études de cas, comme celle de Malcom, un homme de 64 ans vivant dans le Kent, illustrent les difficultés auxquelles sont souvent confrontés les responsables de la prescription sociale lorsqu'ils souhaitent dispenser un service. Malcom est un homme veuf, qui vit seul et qui a dû prendre sa retraite il y a 9 ans pour des raisons de santé. Malcom travaillait dans le domaine de l'ingénierie et de l'électricité et était un membre actif de sa communauté. Du fait de son mauvais état de santé, de contraintes financières et d'un handicap, il n'a eu que peu d'occasions de s'engager avec d'autres.

Au cours des deux dernières années, alors que ses symptômes de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) s'aggravaient, son incapacité à entrer en contact avec les autres a fait naître un sentiment de solitude et d'isolement social. Les connecteurs du Kent ont travaillé avec Malcom pour cerner ses besoins et ses intérêts afin de trouver ensemble une solution. Malcom a fait part de son intérêt et de ses compétences dans le domaine de la métallurgie, de la création de meubles et de projets d'ingénierie. Les connecteurs ont alors suggéré Men's Shed (cabanon des hommes), une organisation communautaire qui procure aux hommes des espaces où ils peuvent nouer des liens et s'engager dans des activités d'artisanat et de menuiserie dans le but d'améliorer leur santé et leur bien-être. Les connecteurs ont aidé Malcom à résoudre le problème du transport et de son handicap en organisant un service de minibus par l'intermédiaire d'une organisation caritative, The Christ Church Community (La communauté de l'Église du Christ), ce qui a permis à Malcom de participer aux activités de Men's Shed. Depuis, Malcom a créé de nombreuses œuvres d'art et a noué des relations avec d'autres personnes, ce qui a grandement contribué à l'amélioration de sa santé physique et mentale. Cet exemple met en évidence un ensemble complexe de paramètres, tels que la santé, les facteurs financiers et les événements de la vie comme le deuil, tous susceptibles dans certains cas d'entraîner un sentiment de solitude et d'isolement social ainsi qu'une dégradation de la qualité de vie.

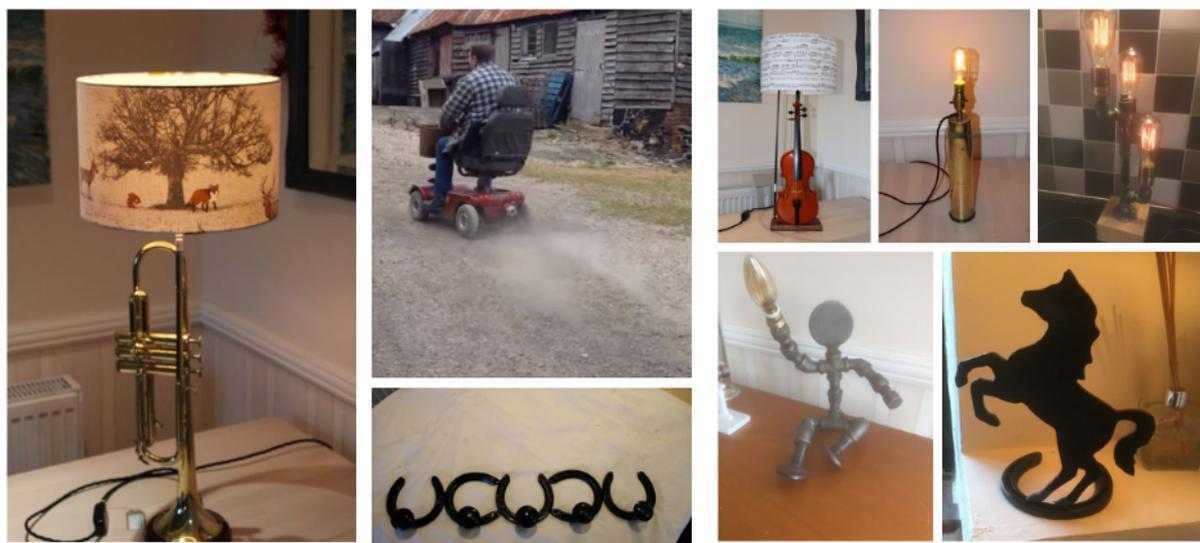


Image 1. Malcom et ses œuvres d'art

### Activité physique

En ce qui concerne l'activité physique, certaines personnes font de l'exercice tous les jours, tandis que d'autres n'en font pas du tout. Les bénéficiaires de l'Eure semblent moins actifs physiquement que ceux de Medway.

Dans l'Eure, les données sur l'activité physique ont été relevées à un seul moment dans le temps, si bien qu'il n'est pas possible d'effectuer un test t. Nous pouvons décrire l'activité physique des bénéficiaires de l'Eure de la manière suivante (Figure 17):

- 95% ne font pas du tout d'exercice physique
- 2% moins d'une fois par mois ou mensuellement
- 2% chaque semaine
- 1% pratiquent une activité physique 2 à 5 fois par semaine

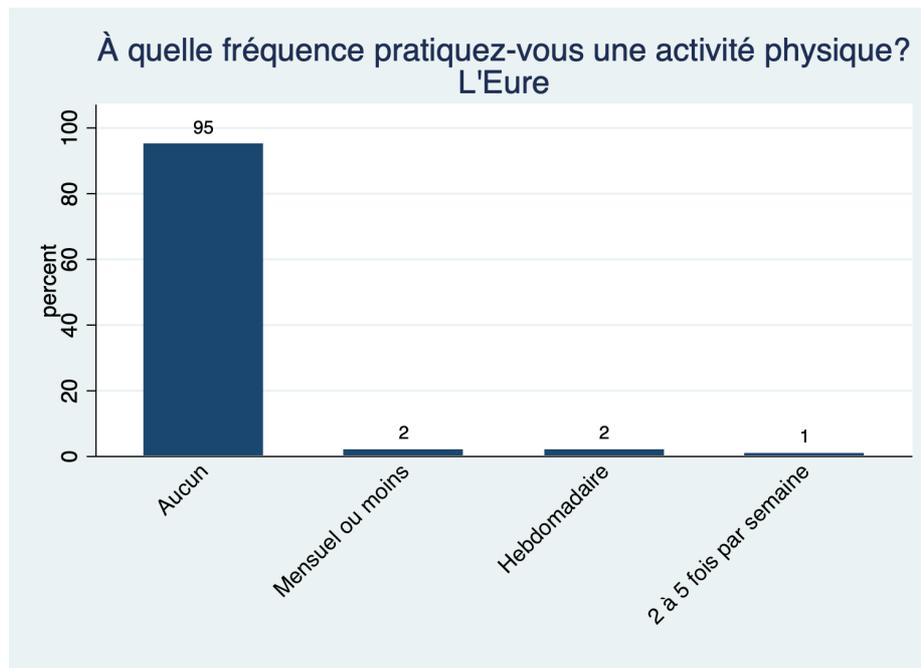
- Aucun des bénéficiaires ne déclare faire de l'exercice tous les jours

À Medway (Figure 17) :

- 30% des bénéficiaires ne font pas du tout d'exercice
- 8% pratiquent une activité physique une fois par mois ou moins
- 4% tous les quinze jours
- 16% hebdomadaire
- 21% pratiquent une activité physique 2 à 5 fois par semaine
- 1% quotidiennement
- 21% non discuté

Dans le Suffolk (Figure 17):

- 50% des bénéficiaires ne font pas du tout d'exercice
- 8% tous les quinze jours
- 8% pratiquent une activité physique 2 à 5 fois par semaine
- 34% pratiquent une activité physique quotidiennement



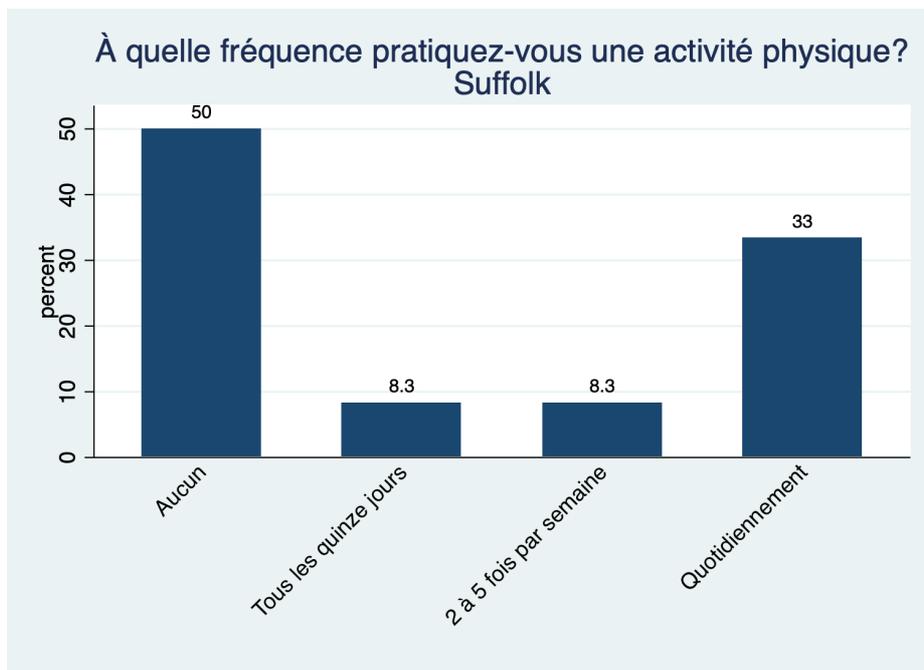
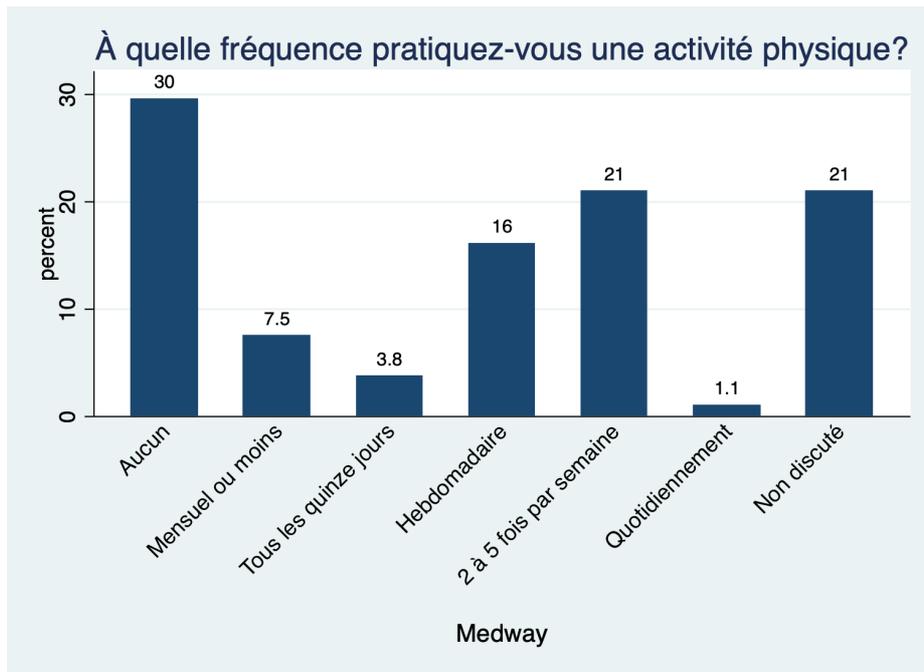


Figure 17. Activité physique - Pourcentages de l'Eure et de Medway et Suffolk

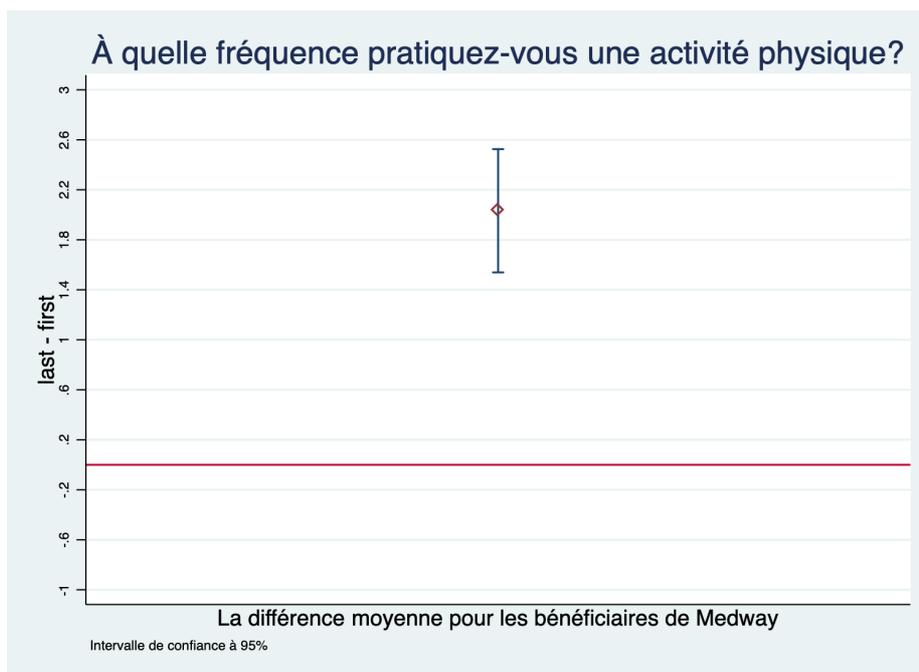


Figure 18 - Activité physique - la différence moyenne pour les bénéficiaires de Medway

Comme l'indique la Figure 18, lorsque les bénéficiaires du programme de prescription sociale *plus* de Medway sont examinés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif de l'activité physique ( $p < 0,001$ ). En moyenne, l'activité physique d'un bénéficiaire augmente de 2 sur une échelle de 7 points, lorsque l'on compare les scores d'activité physique de la dernière visite à ceux de la première.

### Tabagisme

La majorité des bénéficiaires sont des non-fumeurs, quel que soit le partenaire. La Figure 19 montre la répartition pour l'Eure, Medway, et Suffolk.

À Medway :

- 72% des bénéficiaires se déclarent non-fumeurs (aucun)
- 0,5% des bénéficiaires déclarent fumer 2 à 5 fois par semaine
- 6,5% des bénéficiaires déclarent fumer quotidiennement
- 21% non discuté

Dans l'Eure :

- 95% des bénéficiaires se déclarent non-fumeurs (aucun)
- 1% des bénéficiaires déclarent fumer 2 à 5 fois par semaine
- 4% des bénéficiaires déclarent fumer quotidiennement

Dans le Suffolk :

- 22% des bénéficiaires se déclarent non-fumeurs (aucun)
- 2% des bénéficiaires déclarent fumer quotidiennement
- 76% non discuté

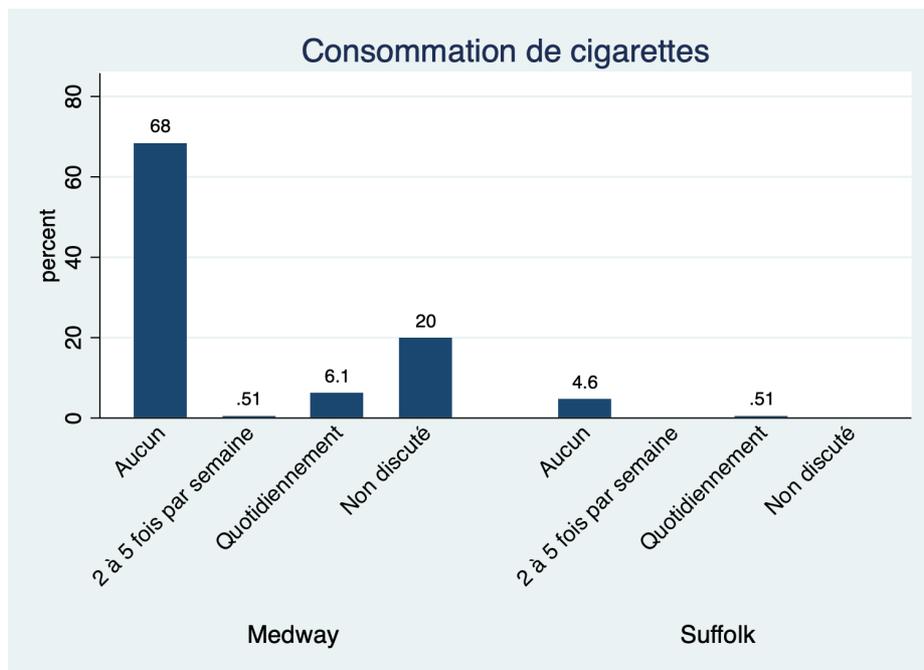
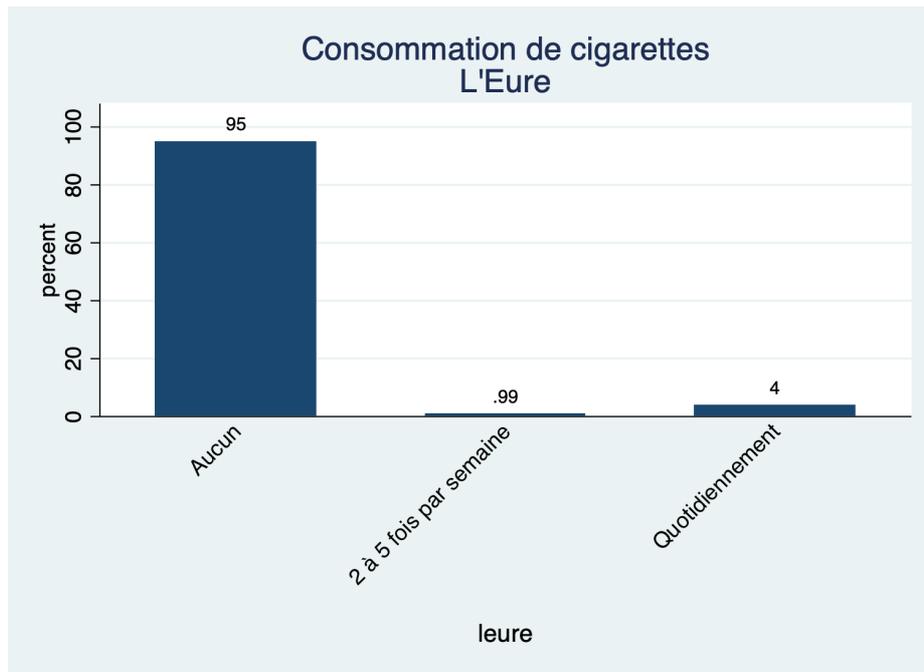


Figure 19. Tabagisme - L'Eure, Medway, Suffolk

### Consommation d'alcool

La majorité des bénéficiaires ne consomment pas d'alcool, quel que soit le partenaire. La Figure 20 montre la répartition pour l'Eure, Medway, et Suffolk.

À Medway :

- 57% des bénéficiaires déclarent ne pas consommer d'alcool (aucun)
- 7% des bénéficiaires déclarent consommer de l'alcool une fois par mois ou moins

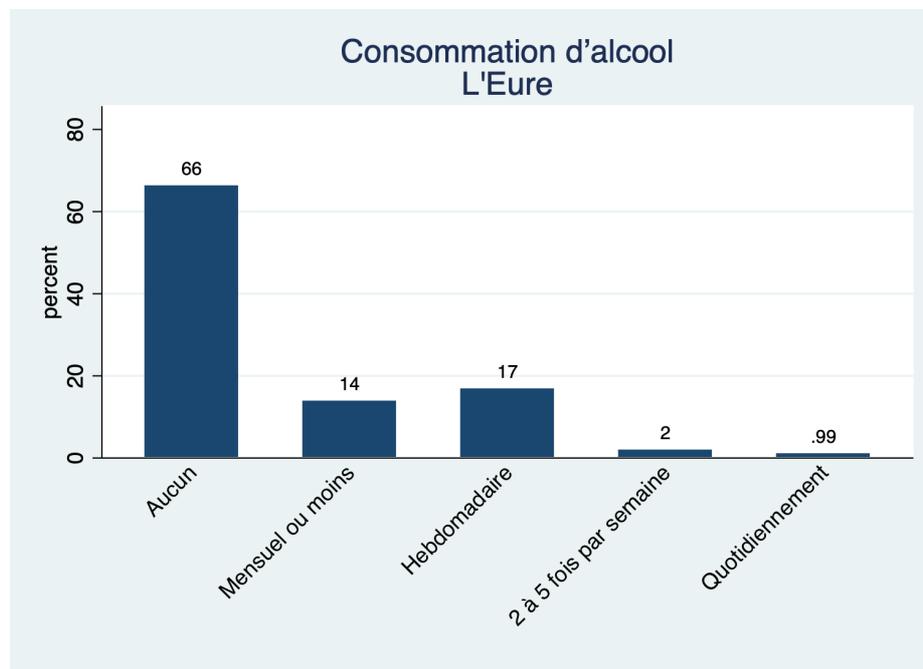
- 3% des bénéficiaires consomment de l'alcool tous les quinze jours
- 6 % des bénéficiaires déclarent consommer de l'alcool hebdomadairement
- 1% des bénéficiaires déclarent consommer de l'alcool 2 à 5 fois par semaine
- 5% des bénéficiaires déclarent consommer de l'alcool quotidiennement
- 21% non discuté.

Dans le Suffolk :

- 15% des bénéficiaires déclarent ne pas consommer d'alcool (aucun)
- 5% des bénéficiaires déclarent consommer de l'alcool une fois par mois ou moins
- 80% non discuté

Dans l'Eure :

- 66% des bénéficiaires déclarent ne pas consommer d'alcool (aucun)
- 14% des bénéficiaires déclarent consommer de l'alcool une fois par mois ou moins
- 17 % des bénéficiaires déclarent consommer de l'alcool hebdomadairement
- 2% des bénéficiaires déclarent consommer de l'alcool 2 à 5 fois par semaine
- 1% des bénéficiaires déclarent consommer de l'alcool quotidiennement



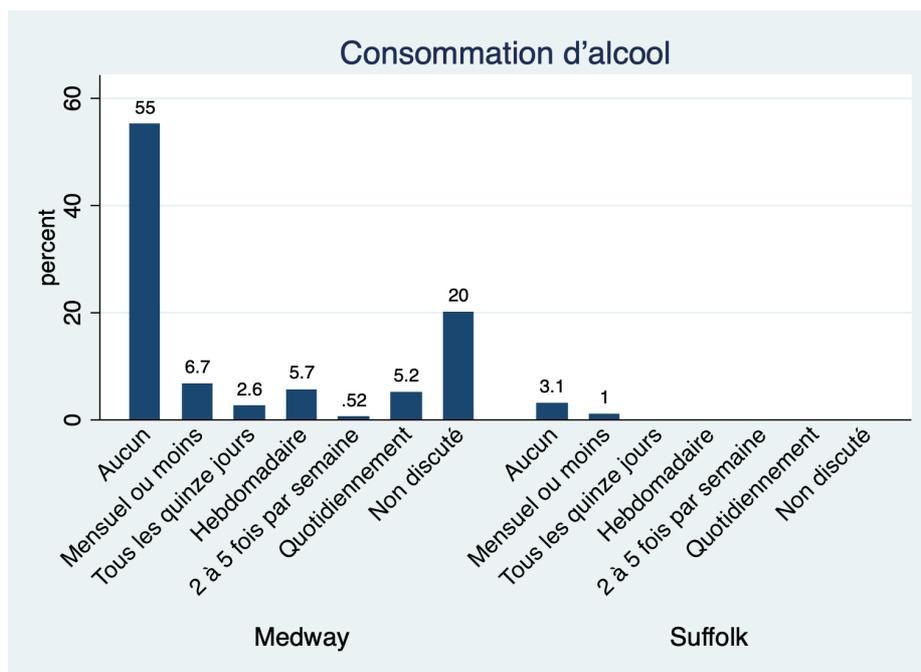


Figure 20. Consommation d'alcool – L' Eure, Medway, Suffolk

## Analyses de l'évaluation

### Test t pour échantillons appariés

Dans les analyses présentées dans cette section, nous avons employé des méthodes statistiques pour comparer les attributs des bénéficiaires avant et après leur participation au programme Connected Communities. La statistique que nous avons employée est un *test t pour échantillons appariés*, qui peut être utilisé lorsque des individus fournissent une paire de réponses (mesures) avant (première visite) et après (dernière visite) leur engagement dans une activité ou un programme particulier.<sup>11</sup> Un *test t pour échantillons appariés* est utilisé pour comparer les réponses moyennes avant et après un " traitement/une activité " pour un groupe de sujets (participants ou bénéficiaires).

Le test t indiquera si le changement moyen par bénéficiaire entre avant et après la participation au programme est significativement différent de zéro. Si le changement est significativement différent de zéro, nous disons que la probabilité d'observer une telle différence par hasard est très faible, et nous concluons que la différence est réelle. Nous appelons une telle différence " statistiquement significative ".

Une " différence statistiquement significative " est une différence observée dans les résultats qui n'est pas vraisemblablement due au hasard. La probabilité d'observer une différence statistiquement significative par pur hasard est exprimée à l'aide d'un terme appelé " *p*-valeur ". Une *p*-valeur très faible associée à une différence indique une très faible probabilité de trouver une telle différence par hasard. Nous disons généralement qu'une *p*-valeur doit être inférieure à 0,05 pour conclure qu'une différence est statistiquement significative, ou réelle.

Une  $p$ -valeur est comprise entre 0 (aucune chance) et 1 (chance absolue). Par exemple, une  $p$ -valeur de 0,5 signifie qu'il y a une probabilité de 50 % que le changement observé dans les résultats est dû au hasard ; nous considérerions une différence avec une telle  $p$ -valeur comme statistiquement non significative. Cela signifie que nous n'avons aucune certitude que la différence observée est un changement réel. À titre de comparaison, une  $p$ -valeur inférieure à 0,05 serait considérée comme statistiquement significative à nos yeux, car cela signifie qu'il n'y a que 5 % de probabilité que la différence observée entre les résultats soit due uniquement au hasard, et que nous sommes au moins certains à 95 % qu'il existe une différence.

Plus la  $p$ -valeur s'approche de 0, plus nous sommes certains que la différence entre les résultats est réelle. Avec une  $p$ -valeur de 0,05, nous pouvons dire que nous sommes sûrs à 95 % que la différence observée est réelle. Avec une  $p$ -valeur de 0,01, nous pouvons dire que nous sommes sûrs à 99 % que la différence observée est réelle. Une  $p$ -valeur de 0,005 ou inférieure signifie que nous sommes sûrs à plus de 99,5 %.

Les estimations de la marge de certitude de nos estimations sont représentées visuellement par des intervalles de confiance. Les graphiques de la section **Analyses d'évaluation** présentent une estimation ponctuelle pour chaque résultat particulier, qui est représentée par un petit cercle/point sur le graphique. Chaque point est également entouré d'un intervalle de confiance, autrement dit de crochets indiquant la fourchette dans laquelle nous sommes sûrs à 95 % que le point se situe. Plus l'intervalle de confiance est large, moins l'estimation est précise car elle est basée sur un petit nombre de points de données (les bénéficiaires pour lesquels nous disposons des données). Par exemple, dans la *Figure 25. "A quelle fréquence vous sentez-vous seul ?" - Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires*, nous pouvons voir que pour le Suffolk, le changement dans le score de solitude est statistiquement significatif. Cependant, les intervalles de confiance plus larges montrent que notre estimation pour le Suffolk doit être moins précise que celle de Medway et du Kent.

En résumé, le *test t pour échantillons appariés* permettra de déterminer s'il existe un changement statistiquement significatif dans les réponses des bénéficiaires pour les résultats d'intérêt, en comparant les réponses entre la première et la dernière visite (période d'interaction avec le connecteur). Les données ont été traitées et analysées à l'aide du logiciel STATA.<sup>12</sup>

Pour tous les résultats d'intérêt ci-dessous, nous indiquons l'ampleur et la nature des changements dans les attributs qui présentent des changements statistiquement significatifs entre avant et après la participation au programme. Pour chacun d'entre eux, nous incluons une  $p$ -valeur indiquant la probabilité que la différence constatée soit due au hasard. Si un groupe ou un attribut particulier ne présente pas de changement statistiquement significatif, nous indiquons simplement qu'aucun changement n'est évident.

## Échelle

Nous détaillons ci-dessous chaque mesure que nous utilisons pour les résultats d'intérêt. Tous ces éléments sont également analysés en détail dans les rapports

précédents. Certaines des mesures que nous utilisons reflètent de meilleurs résultats à mesure que l'échelle augmente, et d'autres reflètent des résultats plus défavorables à mesure que l'échelle augmente. Étant donné que nous indiquons la différence dans les réponses aux questions entre la première et la dernière visite d'un bénéficiaire, il peut être déroutant de réfléchir au type de résultats qui indiqueraient un changement bénéfique pour un bénéficiaire.

Par exemple, la mesure de la solitude ci-dessous demande à quelle fréquence le bénéficiaire se sent seul. Plus la fréquence du sentiment de solitude augmente, plus la personne se sent seule. Ainsi, un changement bénéfique est observé pour la personne qui répond aux questions lorsque la fréquence *diminue* au fil du temps. Sur une échelle de 1 à 5, où 5 correspond au degré de solitude le plus élevé, le bénéficiaire dont la solitude diminue pourrait voir son degré de solitude passer de 5 à 3. En soustrayant leur score de solitude d'avant le programme (le premier score enregistré) de leur score de solitude d'après le programme (le dernier score enregistré), on obtient le calcul suivant :

$$3 - 5 = -2$$

Ainsi, une personne dont le degré de solitude évolue favorablement obtiendra un score de changement *néгатif*.

En ce qui concerne le bonheur, la mesure ci-dessous demande au bénéficiaire à quel point il se sent heureux. Plus l'échelle du bonheur augmente, plus la personne se sent heureuse. Ainsi, un changement bénéfique est observé pour la personne qui répond aux questions lorsque le score augmente au fil du temps. Sur une échelle de 0 à 10, où 10 est le niveau de bonheur le plus élevé possible, le bénéficiaire dont le niveau de bonheur augmente peut passer d'un score de 6 avant le programme à un score de 9 après le programme. En soustrayant leur score de bonheur d'avant le programme (leur premier) de leur score de bonheur d'après le programme (leur dernier), on obtient le calcul suivant :

$$9 - 6 = 3$$

Par conséquent, une personne dont l'état de bonheur évolue favorablement obtiendra un score de changement *positif*.

Toutes les questions ci-dessous ont été posées aux bénéficiaires en utilisant un texte identique d'un partenaire à l'autre, et lorsque les questions étaient tirées d'autres instruments d'enquête, le texte standard (original) était retenu. Cependant, au fur et à mesure que l'UoE procédait à l'analyse de l'évaluation, l'équipe s'est rendu compte qu'il pouvait être déroutant que certaines différences reflètent un résultat bénéfique si elles sont positives, tandis que d'autres reflètent un résultat bénéfique uniquement si elles sont négatives. Par conséquent, **toutes les mesures ci-dessous ont été échelonnées de manière à ce qu'une différence positive (en soustrayant le score obtenu avant le programme du score obtenu après le programme) reflète un résultat bénéfique pour le bénéficiaire**. Pour certaines mesures, comme la mesure du bonheur, un résultat bénéfique signifie que la soustraction du premier score du dernier donnera une différence positive sans aucun ajustement. Pour des mesures telles que la mesure de la solitude, nous inversons simplement l'échelle originale lors

de l'analyse, de sorte qu'une différence positive obtenue en soustrayant le premier score du dernier signifie également un résultat bénéfique.

Afin de souligner que tous les résultats sont bénéfiques lorsqu'ils augmentent au fil du temps, nous indiquons ci-dessous pour chaque mesure l'échelle utilisée pour l'analyser, plutôt que l'échelle utilisée pour poser la question au bénéficiaire.

### Différences entre les partenaires

Chaque partenaire a recueilli les informations dont il avait besoin et qu'il souhaitait enregistrer. Pour certains, il s'agissait de toutes les mesures convenues par le partenariat, tandis que d'autres ont dû renoncer à poser certaines questions en raison de contraintes contextuelles. Lorsqu'une question n'a pas été posée par un partenaire particulier, nous ne communiquons tout simplement pas d'informations concernant cette question pour ce partenaire. Lorsqu'il manque une question qui entrerait dans le calcul d'une moyenne ou d'un score composite, nous calculons le score sans l'information manquante et nous faisons la moyenne des réponses dont nous disposons. Cette adaptation est pertinente pour les mesures composites du bien-être et de la solitude, ci-dessous.

### Interactions, solitude et connectivité : changements liés au COVID-19

Nous avons également cherché à comprendre si les interactions/habitudes quotidiennes des personnes ainsi que leurs sentiments de solitude et de connectivité avaient changé suite à l'émergence de la pandémie de COVID-19. En juin 2020, tous les partenaires se sont réunis et ont convenu d'ajouter à la collecte de données des questions sur le vécu des bénéficiaires de la pandémie de COVID-19. Medway est le seul partenaire à avoir fourni ces informations à l'équipe de l'UoE.

Les rapports indiquent une augmentation de la solitude dans le monde entier pendant la pandémie de COVID-19, avec la mise en place de périodes de restrictions sociales entre mars 2020 et décembre 2021<sup>8</sup> au Royaume-Uni et des périodes de restrictions similaires en France<sup>9,10</sup>. Les questions élaborées par les partenaires invitaient les bénéficiaires à réfléchir à leurs interactions et à leurs habitudes, ainsi qu'à leurs sentiments de solitude et de connectivité, par rapport à la période précédant la pandémie. Medway a posé cette question trois fois. On peut s'attendre à ce que les avantages découlant de la participation au programme de prescription sociale *plus* entraînent une diminution de la solitude d'un bénéficiaire par rapport à la période pré-COVID, ainsi qu'une augmentation de ses interactions et de sa connectivité par rapport à la période pré-COVID.

La nature des interactions/habitudes des bénéficiaires par rapport aux niveaux de la période pré-COVID évolue au fil du temps. Nous pouvons effectuer un test t de proportions pour voir si la proportion de bénéficiaires ayant adopté une habitude particulière a changé entre leur première et leur dernière visite. La Figure 21 montre les proportions de bénéficiaires de Medway qui, lorsqu'on leur demande de se rappeler comment ils se sentaient avant l'émergence de la pandémie de COVID-19 et de réfléchir à tout changement dans leurs interactions et habitudes quotidiennes lors de leur première (1), deuxième (2) et dernière (3) visite dans le cadre du programme social *prescribing plus*, indiquent que :

- 8 à 10 % des bénéficiaires déclarent mener une vie normale par rapport à la période précédant l'émergence de la pandémie de COVID-19 (il n'y a pas de différence statistiquement significative dans les réponses au fil du temps) ;
- 4 % à 18 % déclarent être plus impliqués qu'avant l'apparition de la pandémie de COVID-19 (cette différence est statistiquement significative à  $p < .05$ ). Ceci pourrait s'expliquer par la levée progressive des restrictions COVID-19 et par l'impact positif de la prescription sociale *plus* (les données sont insuffisantes pour analyser cette question de manière plus approfondie afin de distinguer ces deux effets potentiels) ;
- 2 à 3 % des bénéficiaires déclarent ne pas sortir de leur domicile (cette différence est statistiquement significative à  $p < .05$ ) ;
- 2 % à 11 % déclarent ne fréquenter que leur famille par rapport à la période précédant l'émergence de la pandémie de COVID-19 (cette différence est statistiquement significative à  $p < .001$ ) ;
- 5 à 13 % des bénéficiaires pratiquent des règles de distanciation sociale lors de la première visite, contre 4 % lors de la dernière visite (période où les restrictions COVID-19 s'assouplissent), par rapport à la période précédant l'apparition de la pandémie de COVID-19 (cette différence est statistiquement significative à  $p < .001$ ) ;
- 1% reçoivent uniquement des visites de soignants (il n'y a pas de différence statistiquement significative dans les réponses au fil du temps). Le nombre de personnes recevant des visites de leur famille et de leurs amis passe de 5 % à 3 % au fil du temps, par rapport à la période précédant l'apparition de la pandémie de COVID-19 (cette différence est statistiquement significative à  $p < .05$ ).

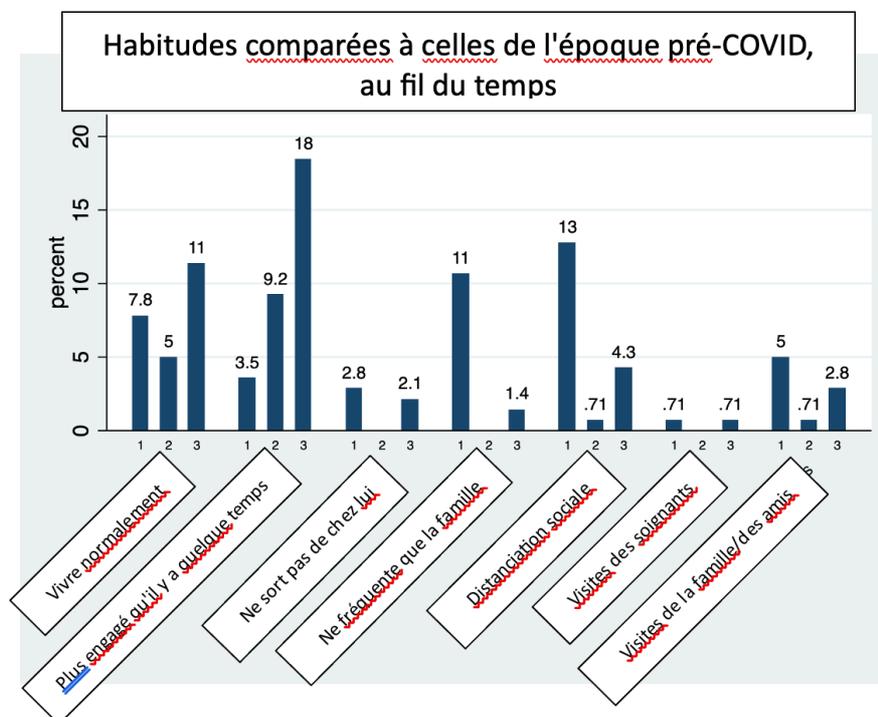
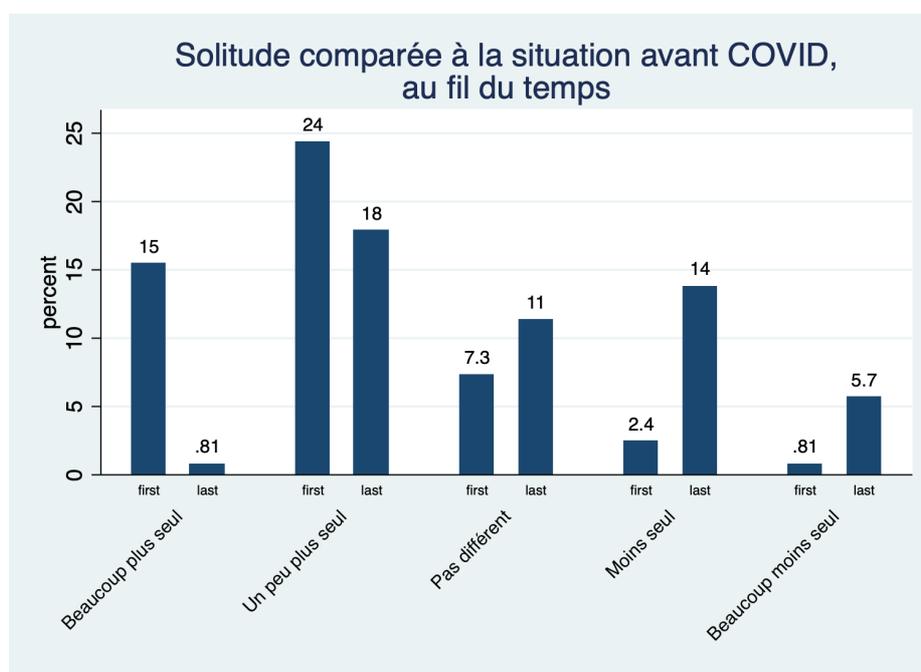


Figure 21. Comparé à ce qu'il ressentait avant la pandémie de Covid-19, le participant indique-t-il un changement dans ses interactions/habitudes quotidiennes ? - Medway

La Figure 22 montre qu'à Medway, lorsqu'on demande aux bénéficiaires de se remémorer leur état d'esprit avant l'apparition de la pandémie de COVID-19 et de réfléchir à tout changement dans leur degré de solitude lors de la première et de la dernière visite, on observe un changement statistiquement significatif entre la première et la dernière fois que l'on leur a posé la question, comme suit :

- Les bénéficiaires sont 14 % moins susceptibles de déclarer qu'ils se sentent beaucoup plus seuls qu'avant COVID lors de leur première visite que lors de leur dernière visite. Cela indique une réduction statistiquement significative de la prévalence de la solitude au cours de la période d'interaction de 12 semaines avec les connecteurs de Medway ( $p < 0,001$ ). La réduction pourrait être due à l'assouplissement des restrictions COVID-19, à la participation au programme de prescription sociale *plus* ou à un autre facteur qui n'est pas pris en compte. L'effet de ces deux facteurs et d'autres facteurs potentiels ne peut être défini étant donné le nombre de données reçues.
- Les bénéficiaires sont 6 % moins nombreux à déclarer se sentir un peu seuls lors de la dernière visite que lors de la première ( $p < 0,001$ ) ;
- Les bénéficiaires sont 4 % moins susceptibles de déclarer qu'ils ne se sentent pas différents lors de la dernière visite par rapport à la première ( $p < 0,001$ ) ;
- Les bénéficiaires sont 12 % plus susceptibles de déclarer se sentir moins seuls lors de la dernière visite que lors de la première ( $p < 0,001$ ) ;
- Les bénéficiaires sont 5 % plus susceptibles de déclarer se sentir beaucoup moins seuls lors de la dernière visite que lors de la première ( $p < 0,001$ ).
- La différence de niveau de solitude entre la première et la dernière visite (la période précédant l'émergence de la pandémie de COVID-19 servant de référence) est statistiquement significative ( $p < 0,001$ ), le sentiment de solitude d'un bénéficiaire diminuant en moyenne de 1,31 sur une échelle de 5 points.



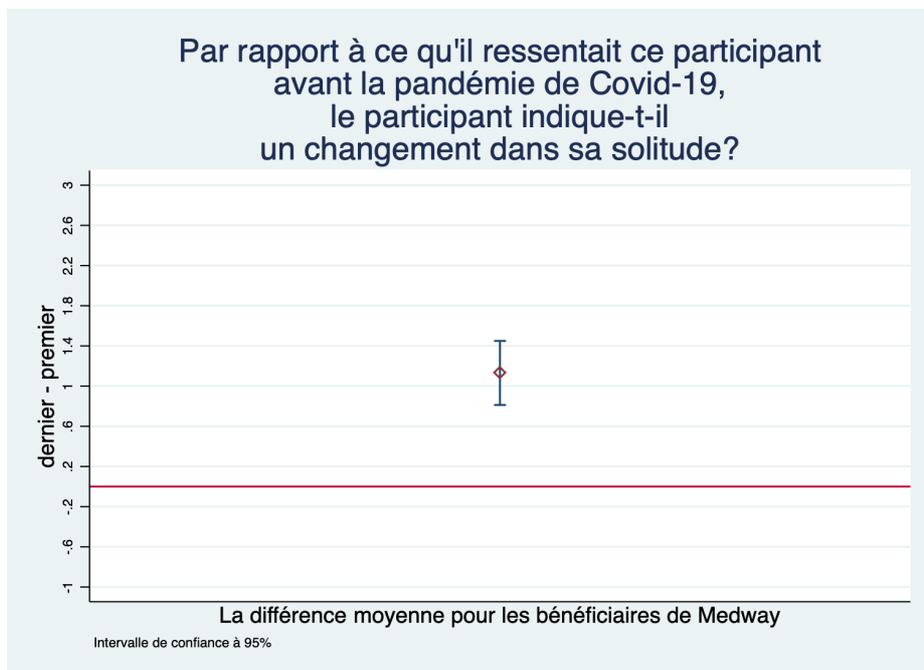
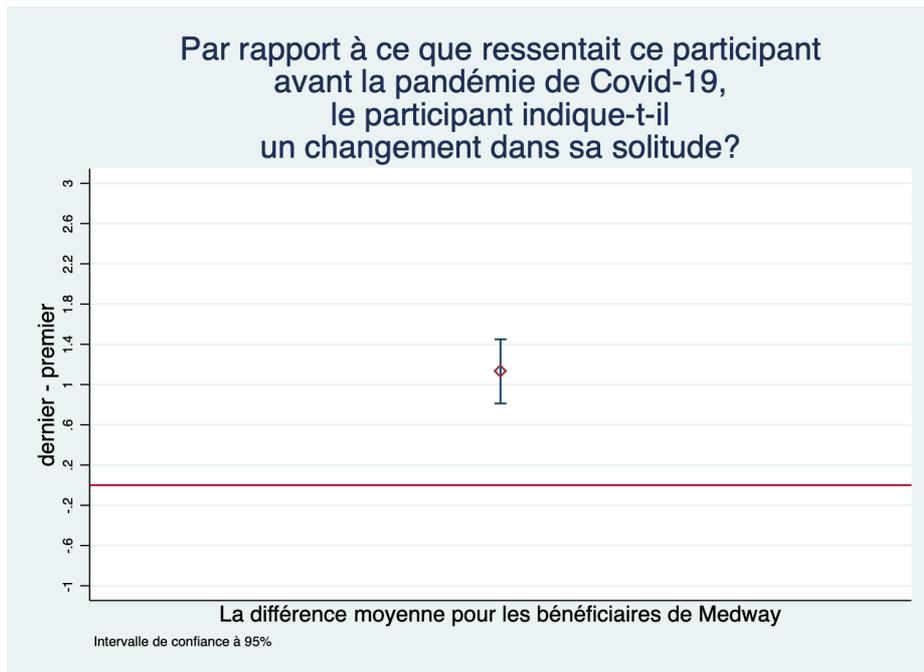


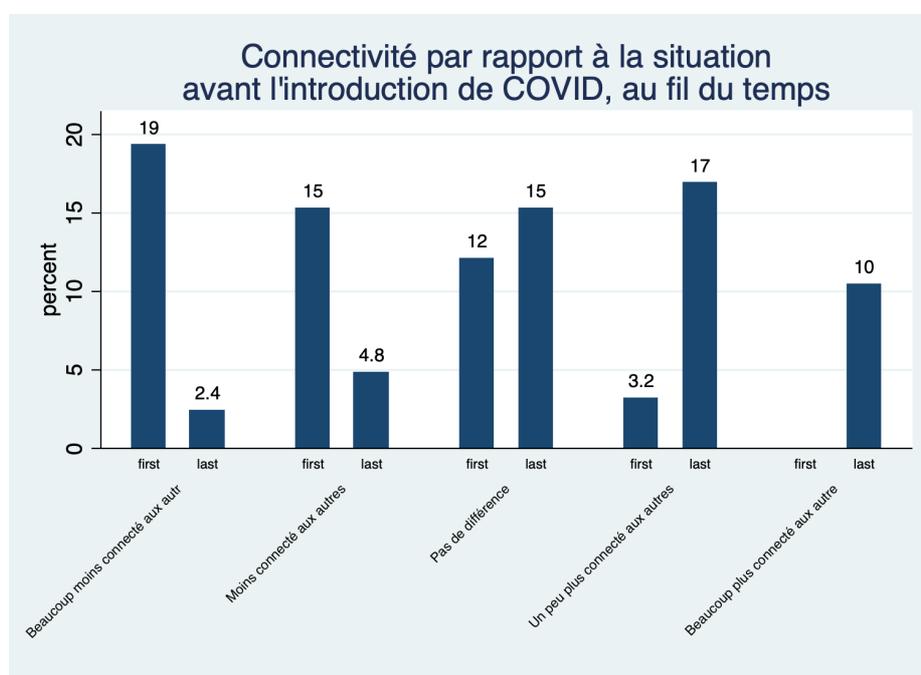
Figure 22. Comparé à ce qu'il ressentait avant la pandémie de Covid-19, le participant indique-t-il un changement dans son sentiment de solitude ? - Medway

La Figure 23 montre qu'à Medway, lorsqu'on demande aux bénéficiaires de se remémorer leur état d'esprit avant l'apparition de la pandémie de COVID-19 et de réfléchir à tout changement dans leur niveau de connectivité lors de la première et de la dernière visite, on observe un changement statistiquement significatif entre la première et la dernière fois que l'on leur a posé la question, comme suit :

- Les bénéficiaires sont 17 % moins susceptibles de déclarer se sentir beaucoup moins connectés aux autres lors de leur première visite que lors de leur dernière visite ( $p < 0,001$ ). Le sentiment d'être moins connecté aux autres

qu'avant l'émergence de COVID-19 semble être plus répandu parmi les bénéficiaires lors de leur première visite que lors de leur dernière visite, ce qui indique une amélioration potentielle du sentiment de connectivité au cours de la période d'interaction de 12 semaines avec les connecteurs de Medway. Ceci pourrait être due à l'assouplissement des restrictions COVID-19, à la participation au programme de prescription sociale *plus* ou à un autre facteur qui n'est pas pris en compte. L'effet de ces deux facteurs et d'autres facteurs potentiels ne peut être défini étant donné le nombre de données reçues.

- Les bénéficiaires sont 10 % moins susceptibles de déclarer se sentir moins connectés aux autres lors de la dernière visite que lors de la première ( $p < 0,001$ ) ;
- Les bénéficiaires sont 3 % moins susceptibles de déclarer qu'ils ne se sentent pas différents lors de la dernière visite par rapport à la première ( $p < 0,001$ ) ;
- Les bénéficiaires sont 14 % plus susceptibles de déclarer se sentir un peu plus connectés aux autres lors de la dernière visite que lors de la première ( $p < 0,001$ ) ;
- Les bénéficiaires sont 10 % plus nombreux à déclarer s'être sentis beaucoup plus connectés aux autres lors de la dernière visite que lors de la première ( $p < 0,001$ ) ;
- La différence de niveau de connectivité entre la première et la dernière visite (la période précédant l'émergence de la pandémie de COVID-19 servant de référence) est statistiquement significative ( $p < 0,001$ ), le sentiment de solitude d'un bénéficiaire diminuant en moyenne de 1,58 sur une échelle de 5 points.



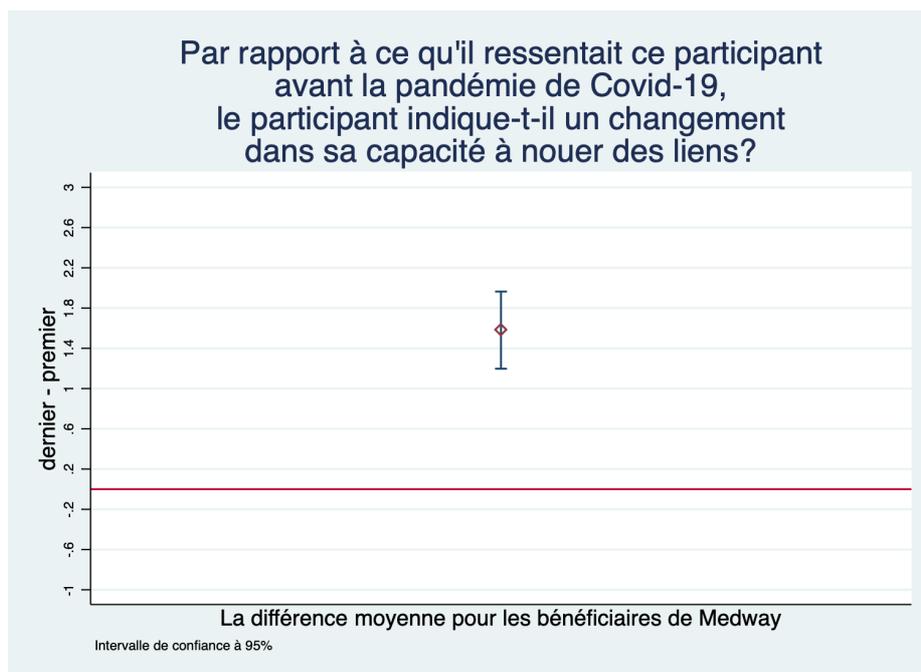


Figure 23. Par rapport à ce qu'il ressentait avant la pandémie de COVID-19, le participant indique-t-il un changement dans sa capacité à nouer des liens ? – Medway

## La solitude

Les partenaires ont mesuré la solitude de deux manières différentes. Comme convenu par tous les partenaires, Medway, l'Eure et le Suffolk ont posé une question sur la solitude, qualifiée de question " directe " sur la solitude et utilisée dans [l'enquête sur la vie communautaire](#) (Community Life Survey). Le Kent est le seul partenaire à avoir recueilli des réponses sur la solitude en utilisant en plus le questionnaire à 3 éléments de l'université de UCLA, qui, avec l'ajout de la question directe sur la solitude de [l'enquête sur la vie communautaire](#), est appelé l'échelle de solitude ONS4 de l'Office for National Statistics (Bureau des statistiques nationales).<sup>15</sup> Le Kent a décidé d'utiliser l'échelle de solitude ONS4 recommandée par l'Office for National Statistics (ONS) du gouvernement britannique.<sup>13,14</sup> L'équipe de l'UoE a suggéré d'utiliser la mesure de la solitude ONS4, mais les partenaires ont exprimé leurs craintes quant au nombre de questions dans l'enquête et ont convenu de réduire les questions relatives à la solitude à un seul élément.<sup>1</sup> Étant donné que tous les partenaires ont utilisé la question " directe " à un élément de l'enquête sur la vie communautaire pour évaluer le niveau de solitude des bénéficiaires, les comparaisons entre les partenaires sont basées sur cette même question.

Source of wording	Question	Choices/options
<a href="#">Enquête sur la vie communautaire</a>	À quelle fréquence vous sentez-vous seul ?	1 - Souvent / toujours 2 - de temps en temps 3 - rarement 4 - Presque jamais 5 -Jamais

L'échelle de solitude UCLA à trois éléments	1. A quelle fréquence avez-vous l'impression de manquer de compagnie ?	1 - Souvent 2 - de temps en temps 3 - Presque jamais ou jamais
	2. A quelle fréquence vous sentez- vous exclu(e) ?	1 - Souvent 2 - de temps en temps 3 - Presque jamais ou jamais
	3. A quelle fréquence vous sentez- vous isolé(e) des autres ?	1 - Souvent 2 - de temps en temps 3 - Presque jamais ou jamais

Tableau 2. Mesure(s) de solitude

### Comparaison de tous les partenaires

Tous les partenaires ont fourni des réponses à la question " directe " " A quelle fréquence vous sentez-vous seul ? " du Tableau 2.

Dans la Figure 24, lorsque tous les bénéficiaires de la prescription sociale *plus* sont analysés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif de la solitude ( $p < .001$ ). En moyenne, la solitude d'un bénéficiaire diminue de 0,54 sur une échelle de 5 points, lorsque l'on compare les scores de solitude de la dernière visite à ceux de la première.

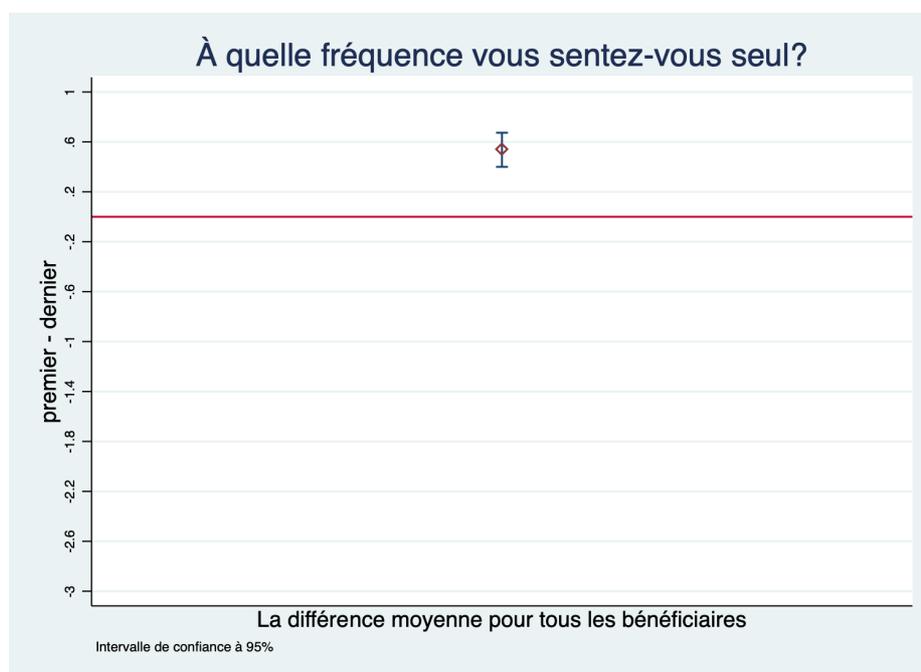


Figure 24. "A quelle fréquence vous sentez-vous seul ? " -Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires

En examinant toutes les réponses des bénéficiaires dans tous les sites partenaires, lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au

programme Connected Communities (première visite), Figure 25, nous observons ce qui suit :

- Dans le Kent, une réduction moyenne du score de solitude de 0,76 sur une échelle de 5 points, un changement qui est statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- À Medway, une réduction moyenne du score de solitude de 0,85 sur une échelle de 5 points, un changement qui est statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Dans l'Eure, nous ne constatons pas de changement statistiquement significatif en ce qui concerne la solitude. Vous pouvez constater dans la Figure 25 que l'intervalle de confiance comprend la valeur 0, ce qui signifie que la variation de la solitude dans l'Eure pourrait être de 0. Nous n'avons aucune indication que le degré de solitude a évolué dans l'Eure.
- Dans le Suffolk, une réduction moyenne du score de solitude de 1,09 sur une échelle de 5 points, un changement qui est statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).

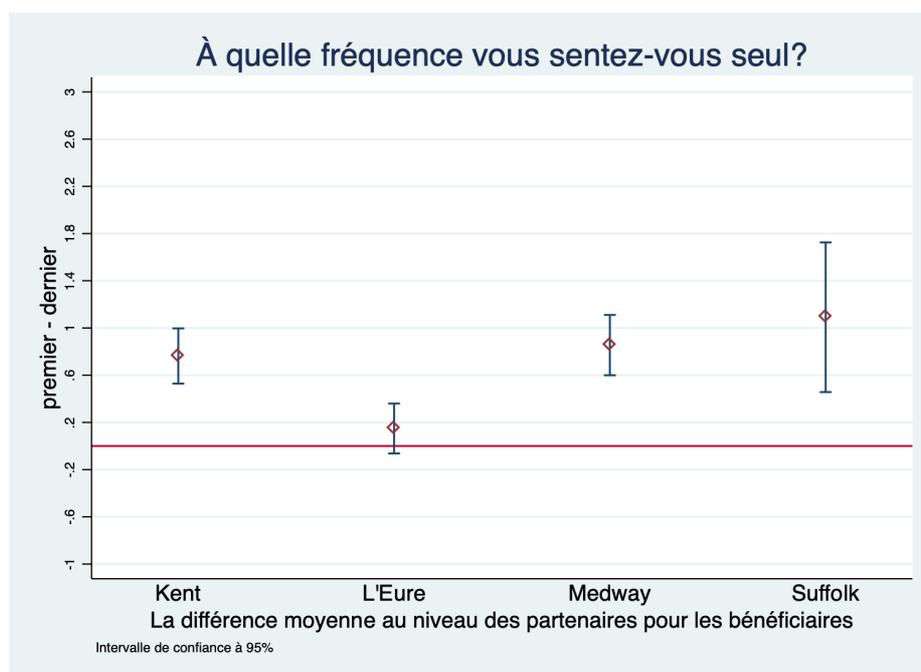


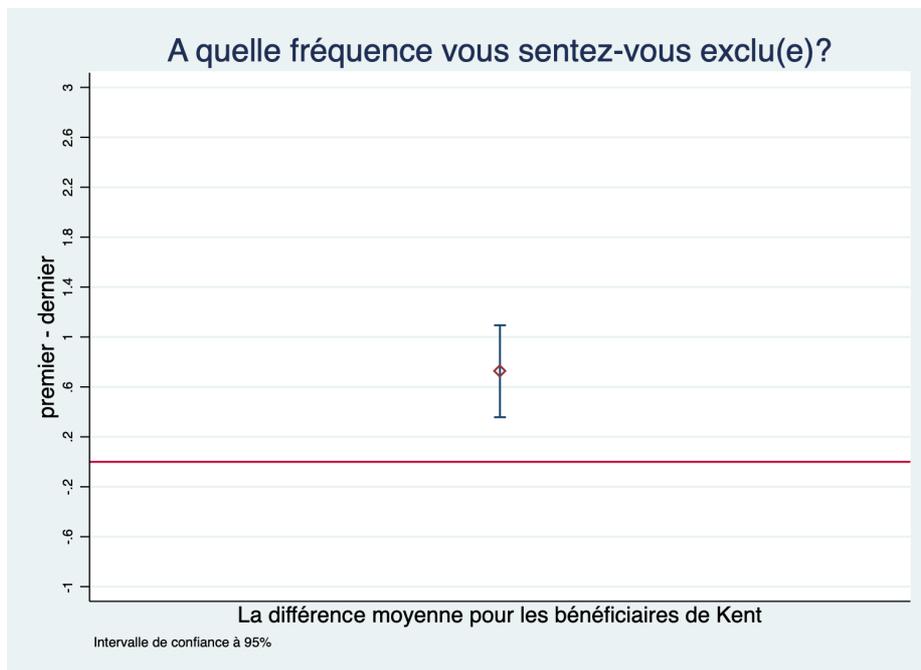
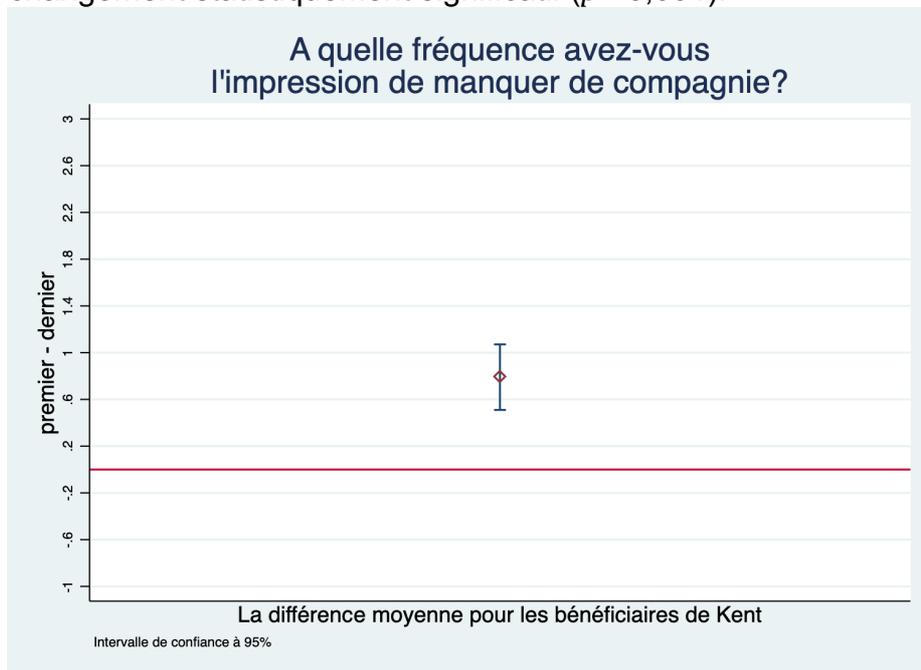
Figure 25. " A quelle fréquence vous sentez-vous seul ? " - Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires

### Conseil du Kent

Le Kent a recueilli des réponses sur la solitude en utilisant également l'échelle UCLA à trois éléments. La Figure 26 montre qu'en moyenne, lors de leur dernière visite par rapport à la première, les bénéficiaires déclarent :

- Le manque de compagnie a diminué de 0,73 sur une échelle de 3 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).

- Le sentiment d'être moins exclu a augmenté de 0,95 sur une échelle de 3 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Se sentir moins souvent isolé des autres de 0,79 sur une échelle de 3 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).



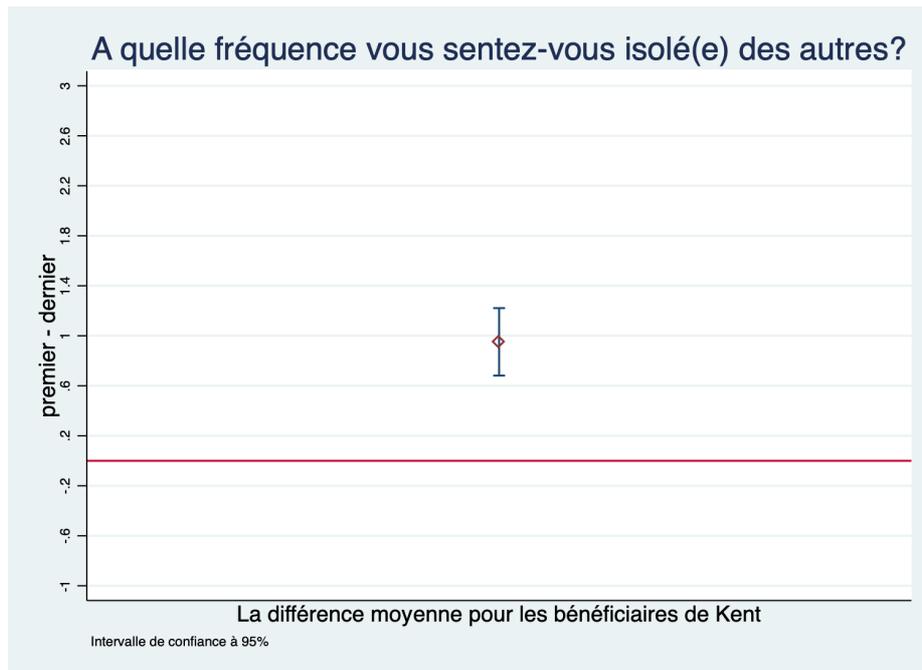


Figure 26. Échelle de solitude UCLA à 3 éléments - Kent

Kent a utilisé une échelle de solitude ONS4 complète qui comprend la question "directe" à un élément tirée de l'enquête sur la vie communautaire et le questionnaire UCLA à trois éléments. Figure 27 représente le score total de l'échelle de solitude ONS4 complète et montre qu'en moyenne, les bénéficiaires déclarent se sentir moins seuls de 0,81 sur une échelle à trois éléments, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ) lorsqu'on compare les scores de solitude lors de la dernière visite à ceux de la première visite.

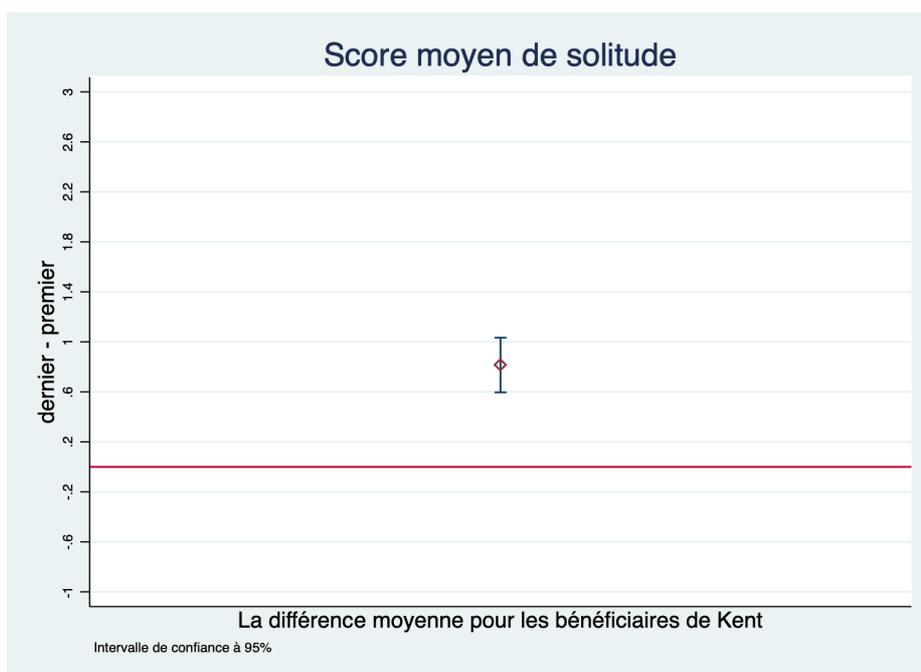


Figure 27. Échelle de solitude ONS4 - Kent

Des études de cas permettent également de mieux comprendre comment le programme Connected Communities a permis à ses bénéficiaires de se sentir moins seuls. Dans l'un des cas du Kent, une bénéficiaire, Mme C, souffrait de solitude et d'isolement social à la suite d'un déménagement récent dans la région et du fait qu'elle ne connaissait pas grand monde. Elle se sentait également déconnectée faute de moyens de transport et en raison de son état de santé personnel, étant malvoyante. Un connecteur a aidé Mme C à se sentir plus proche des autres membres de la communauté en l'aidant à participer à une matinée café de son église locale, en la rapprochant de l'Association du Kent pour les aveugles et en organisant son transport par l'intermédiaire du service Kent Karrier.

*" Mme C. était très isolée socialement et se sentait seule. En travaillant ensemble, nous l'avons soutenue en élaborant un plan d'action personnel et sur mesure. "* **Liz Lovatt / Connecteur communautaire**

*" C'est un excellent service, qui m'a permis de me faire des amis et de nouer des liens. J'ai même réservé des vacances avec le club local des aveugles ! "*  
**Mme C / Bénéficiaire**

Les connecteurs du Kent déclarent également avoir travaillé avec des personnes qui, en plus de souffrir de solitude, étaient également confrontées à toute une série d'autres problèmes susceptibles d'exacerber le sentiment de solitude.

En raison de difficultés financières et d'un manque de compétences sociales et numériques, un bénéficiaire du Kent s'est senti isolé socialement et seul à cause de problèmes non résolus avec les autorités locales à la suite d'une amende de stationnement, ce qui aurait pu aggraver son état de santé et ses problèmes financiers. En remédiant aux difficultés financières et en améliorant ses compétences numériques, facteurs de solitude et d'isolement, le bénéficiaire est devenu plus actif et à même de nouer des amitiés et des liens avec des membres de sa famille.

*" Dès notre première rencontre, il est apparu évident que Mme D. est très consciente que son manque de compétences numériques la freine et limite sa capacité à participer à des activités, à se faire de nouveaux amis et à rester en contact avec sa famille. Cependant, l'inquiétude et l'anxiété suscitées par le problème de l'amende de stationnement l'empêchaient de se concentrer sur quoi que ce soit d'autre. Comme elle pouvait prouver qu'elle avait payé l'amende initiale, je suis intervenu en son nom pour que le problème soit résolu et, avec l'aide de son conseiller municipal, elle a reçu un remboursement complet. Elle peut maintenant se concentrer sur la maîtrise de la technologie, apprendre à envoyer des messages et des courriels et à surfer sur Internet pour combattre son isolement et sa solitude, grâce à l'aide d'un mentor numérique avec lequel je l'ai mise en contact ".* **Neil Staveley / Connecteur communautaire**

#### *Conseil départemental de l'Eure*

Si l'on examine les *rapports d'études de cas*, pendant les périodes de restrictions sociales liées au COVID-19, certaines personnes ont signalé que leur état de santé

s'était dégradé en raison des directives de distanciation sociale. Dans l'Eure, Hervé, un bénéficiaire âgé de 76 ans, a indiqué qu'il se sentait seul et que son état de santé s'aggravait parce que ses enfants ne pouvaient pas lui rendre visite à cause du confinement. Hervé vivait seul dans un petit studio depuis son divorce. Une tablette à écran tactile fournie par le service lui a permis de rester en contact avec ses enfants et petits-enfants, après des retrouvailles en personne.

### *Conseil de Medway*

Les études de cas révèlent que pour une bénéficiaire de Medway, Mary, le sentiment de solitude est apparu après la perte de son mari juste avant la pandémie de COVID-19, peu après la perte d'un ami proche survenue au cours de cette période. Mary avait cessé de fréquenter des gens et commençait à se sentir seule et isolée, ce qui avait un effet néfaste sur sa santé physique et mentale. Mary voulait se faire de nouveaux amis mais ne savait pas comment s'y prendre. Un connecteur a travaillé avec Mary pour l'aider à acquérir la confiance nécessaire pour s'engager dans des groupes et des activités communautaires, contribuant ainsi à améliorer sa vie et à lui permettre de se sentir moins seule.

*"Je suis si heureuse que Better Connected m'ait fait connaître la matinée café, où tout le monde est amical et où je me suis sentie si bien accueillie. Je participe maintenant à des cours de gymnastique, à des groupes d'artisanat, à des parties de boule anglaise et je me promène régulièrement. Avant, je me sentais seule, mais plus maintenant. "* **Mary / Bénéficiaire**

*Mary avait envie de sortir de chez elle et participer à de nombreux groupes et activités. Elle voulait retrouver une vie sociale. Il était agréable d'aider Mary, et c'était tellement beau de la voir gagner en confiance et se lancer dans tous ces différents groupes communautaires".* **Catherine Drew / Connecteur communautaire**

## L'isolement social (Livrable T3.1.3 : Rapport sur l'isolement social et le bien-être)

Tous les partenaires ont fourni des réponses aux quatre questions sur l'isolement social énumérées dans le Tableau 3. Les quatre questions évaluent divers aspects des interactions sociales des bénéficiaires, à commencer par leur degré de *proximité* avec les gens de leur entourage et à quel point ils peuvent *compter sur eux* ; la fréquence de leurs *relations sociales* avec d'autres personnes en dehors de leur famille vivant sous le même toit ; la fréquence à laquelle ils *parlent avec* d'autres personnes ; et la fréquence à laquelle ils participent à des *activités* organisées par des groupes et des clubs dont ils sont membres.

Les quatre questions sur l'isolement social sont une sous-échelle de [l'indice de soutien social de Duke \(DSSI\)](#), appelée *sous-échelle d'interaction sociale*. Les scores les plus élevés indiquent une plus grande interaction sociale. Dans les études précédentes, les lignes directrices n'offrent pas d'informations concluantes sur la manière de

résumer les scores de la *sous-échelle d'interaction sociale*. Les options de réponse aux 4 questions diffèrent d'une question à l'autre, comme le montre le Tableau 3. Les analyses ci-dessous présentent donc les réponses à chaque question individuelle.

Source de la formulation	Question	Choix/options
<a href="#">Indice de soutien social Duke (DSSI)</a>	Outre les membres de votre famille, sur combien de personnes de votre localité pensez-vous pouvoir compter ou de combien de personnes vous sentez-vous très proche ?	Aucune, 1-2 personnes, Plus de 2 personnes, Le bénéficiaire refuse de répondre
	Au cours de la semaine écoulée, combien de fois avez-vous passé du temps avec quelqu'un qui ne vit pas avec vous, (quelqu'un que vous êtes allé voir ou qui est venu vous rendre visite ou quelqu'un avec qui vous êtes sorti) ?	Aucune, une fois, deux fois, trois fois, quatre fois, cinq fois, six fois, sept fois ou plus, le bénéficiaire refuse de répondre
	Combien de fois avez-vous parlé à quelqu'un (amis, parents ou autres) au téléphone au cours de la semaine dernière ?	Aucune, une fois, deux fois, trois fois, quatre fois, cinq fois, six fois, sept fois ou plus, le bénéficiaire refuse de répondre
	À quelle fréquence avez-vous assisté à des réunions de clubs, à des réunions religieuses ou à d'autres groupes auxquels vous appartenez au cours de la semaine dernière ?	Aucune, une fois, deux fois, trois fois, quatre fois, cinq fois, six fois, sept fois ou plus, le bénéficiaire refuse de répondre

Tableau 3. Mesure de l'isolement social

### Comparaison de tous les partenaires

Dans la Figure 28, lorsque tous les bénéficiaires de la prescription sociale *plus* sont examinés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif de l'isolement social pour la question " **se sent proche des personnes de sa localité (hormis la famille) et peut compter sur celles-ci** " (  $p < 0,001$ ). En moyenne, le sentiment d'un bénéficiaire d'avoir un certain nombre de personnes dont il se sent proche et sur lesquelles il peut compter augmente de 0,28 sur une échelle de 3 points, lorsque l'on compare les scores de la dernière visite à ceux de la première. En bref, les bénéficiaires déclarent qu'ils ont l'impression d'avoir plus de personnes proches et sur lesquelles ils peuvent compter lors de la dernière visite que lors de la première.

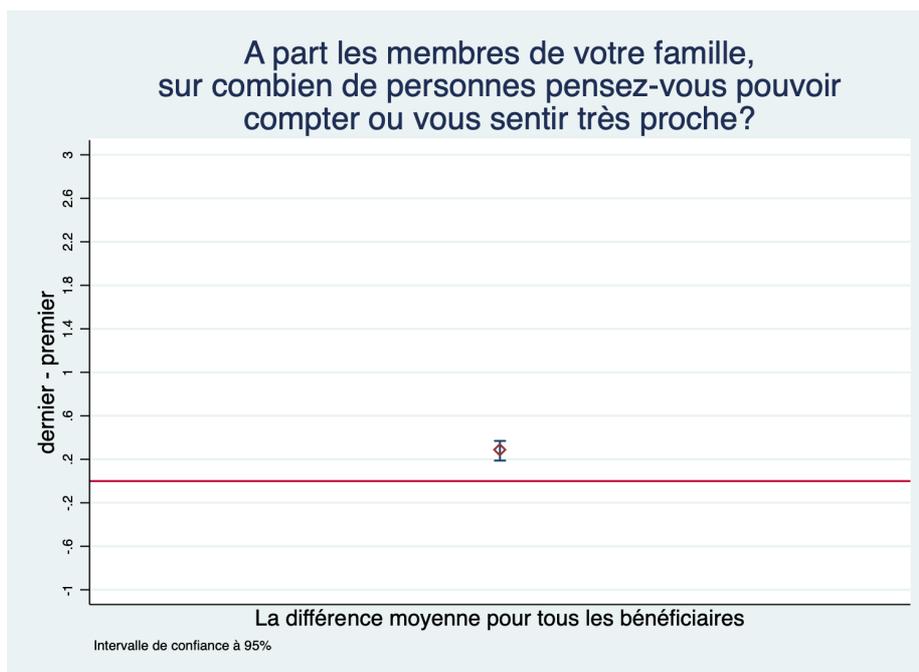


Figure 28. Isolement social " se sent proche des personnes de sa localité (hormis la famille) et peut compter sur celles-ci " - Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires

En examinant toutes les réponses des bénéficiaires dans tous les sites partenaires à la question " **se sent proche des personnes de sa localité (hormis la famille) et peut compter sur celles-ci** " lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au programme Connected Communities (première visite), Figure 29, nous observons ce qui suit :

- Dans le Kent, en moyenne, le sentiment d'un bénéficiaire d'avoir un certain nombre de personnes dont il se sent proche et sur lesquelles il peut compter augmente de 0,38 sur une échelle de 3 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).
- Dans l'Eure, en moyenne, le sentiment des bénéficiaires d'avoir un certain nombre de personnes dont ils se sentent proches et sur lesquelles ils peuvent compter augmente de 0,19 sur une échelle de 3 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).
- À Medway, en moyenne, le sentiment d'un bénéficiaire d'avoir un certain nombre de personnes dont il se sent proche et sur lesquelles il peut compter augmente de 0,32 sur une échelle de 3 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Dans le Suffolk, il n'y a pas de changement statistiquement significatif dans le sentiment qu'ont les bénéficiaires d'avoir un certain nombre de personnes dont ils se sentent proches et sur lesquelles ils peuvent compter. Vous pouvez voir dans la Figure 29 que l'intervalle de confiance inclut la valeur 0, ce qui signifie que le changement pour cet aspect particulier de l'isolement social dans le Suffolk pourrait être de 0. Nous n'avons aucune indication que cet aspect particulier de l'isolement social a évolué dans le Suffolk.

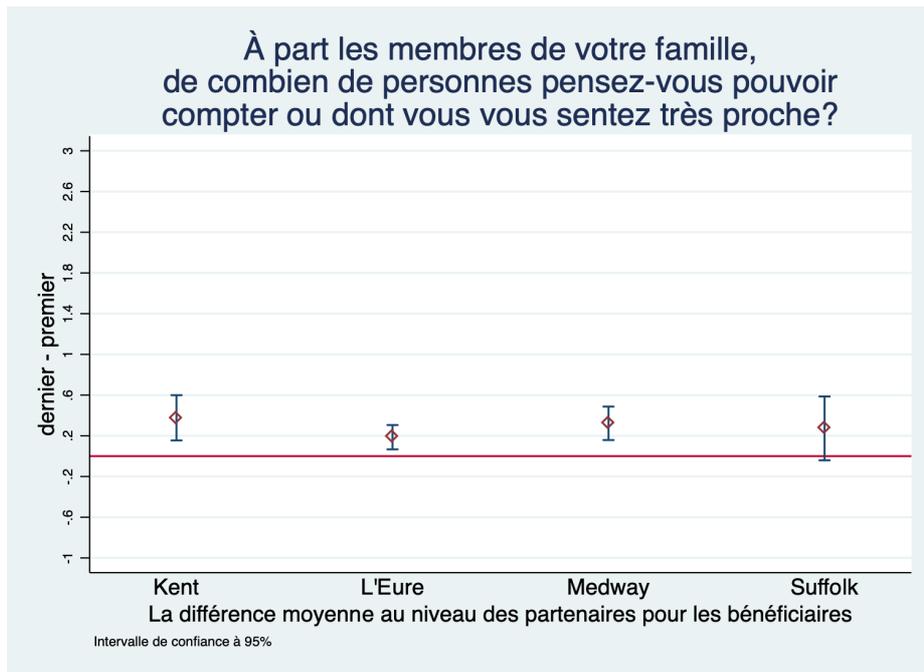


Figure 29. Isolement social " se sent proche des personnes de sa localité (hormis la famille) et peut compter sur celles-ci " - Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires

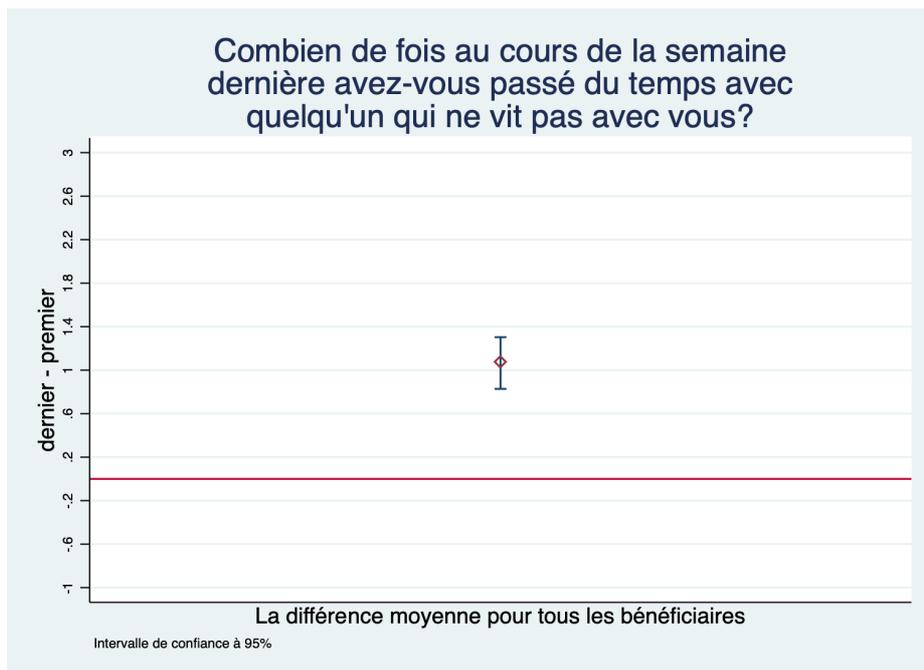


Figure 30. Isolement social " Fréquenter des personnes qui ne vivent pas avec vous " – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires

Dans la Figure 30, lorsque tous les bénéficiaires de la prescription sociale *plus* sont examinés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif de l'isolement social pour la question " **Fréquenter des personnes qui ne vivent pas avec vous** " ( $p < .001$ ). En moyenne, le niveau d'interaction sociale d'un bénéficiaire augmente de 1,07 sur une échelle de 8 points, lorsque l'on compare les scores de la

dernière visite à ceux de la première. En bref, les bénéficiaires déclarent passer plus de temps avec une personne qui ne vit pas avec eux lors de la dernière visite que lors de la première.

En examinant toutes les réponses des bénéficiaires dans tous les sites partenaires à la question "**fréquenter des personnes qui ne vivent pas avec vous**" lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au programme Connected Communities (première visite), Figure 31, nous observons ce qui suit :

- Dans le Kent, en moyenne, le niveau d'interaction sociale d'un bénéficiaire augmente de 1,12 sur une échelle de 8 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Dans l'Eure, en moyenne, le niveau d'interaction sociale d'un bénéficiaire augmente de 0,50 sur une échelle de 8 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).
- À Medway, en moyenne, le niveau d'interaction sociale d'un bénéficiaire augmente de 2,02 sur une échelle de 8 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Dans le Suffolk, il n'y a pas de changement statistiquement significatif dans le niveau d'interaction sociale d'un bénéficiaire. Vous pouvez voir que l'intervalle de confiance comprend la valeur 0, ce qui signifie que le changement dans cet aspect particulier de l'isolement social (socialiser avec les autres) dans le Suffolk pourrait être de 0. Nous n'avons aucune indication que cet aspect particulier de l'isolement social a évolué dans le Suffolk.

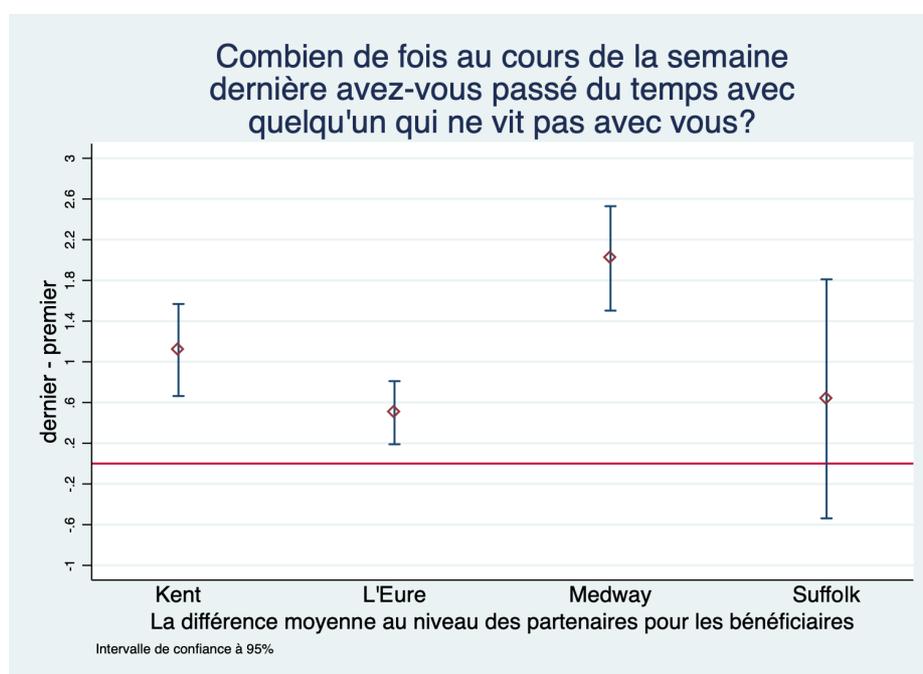


Figure 31. Isolement social " Fréquenter des personnes qui ne vivent pas avec vous " – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires

Dans la Figure 32, lorsque tous les bénéficiaires de la prescription sociale *plus* sont examinés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif de l'isolement social pour la question " **a parlé à quelqu'un au téléphone** " ( $p < .001$ ). En moyenne, le volume de communication téléphonique d'un bénéficiaire augmente de 0,63 sur une échelle de 8 points, lorsque l'on compare les scores de la dernière visite à ceux de la première. En bref, les bénéficiaires déclarent parler davantage au téléphone avec une personne qui ne vit pas avec eux lors de la dernière visite par rapport à la première.

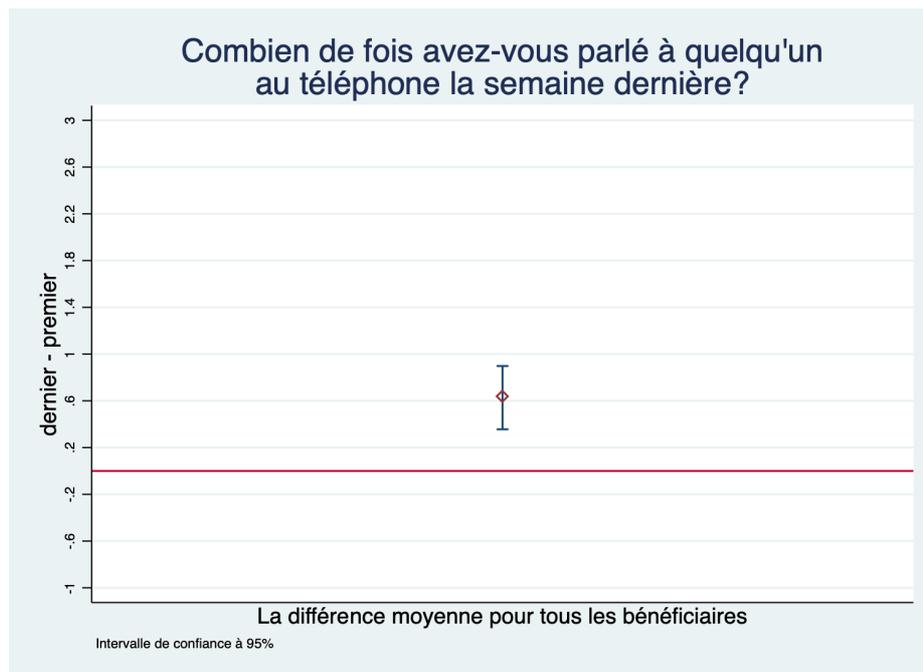


Figure 32. Isolement social " a parlé à quelqu'un au téléphone " – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires

En examinant toutes les réponses des bénéficiaires dans tous les sites partenaires pour la question " **a parlé à quelqu'un au téléphone** " lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au programme Connected Communities (première visite), Figure 33, nous observons ce qui suit :

- Dans le Kent, en moyenne, le volume de communication téléphonique d'un bénéficiaire augmente de 0,72, un changement statistiquement significatif ( $p < .05$ ), faible niveau de signification statistique.
- Dans l'Eure, il n'y a pas de changement statistiquement significatif dans le volume de communication téléphonique d'un bénéficiaire. Vous pouvez voir que l'intervalle de confiance comprend la valeur 0, ce qui signifie que le changement dans cet aspect particulier de l'isolement social (parler au téléphone) dans l'Eure pourrait être de 0. Nous n'avons aucune indication que cet aspect particulier de l'isolement social a évolué dans l'Eure.
- À Medway, en moyenne, le volume de communication téléphonique d'un bénéficiaire augmente de 1,21, un changement statistiquement significatif ( $p < .001$ ).

- Dans le Suffolk, il n'y a pas de changement statistiquement significatif dans le volume de communication téléphonique d'un bénéficiaire. Vous pouvez voir que l'intervalle de confiance comprend la valeur 0, ce qui signifie que le changement dans cet aspect particulier de l'isolement social (parler au téléphone) dans le Suffolk pourrait être de 0. Nous n'avons aucune indication que cet aspect particulier de l'isolement social a évolué dans le Suffolk.

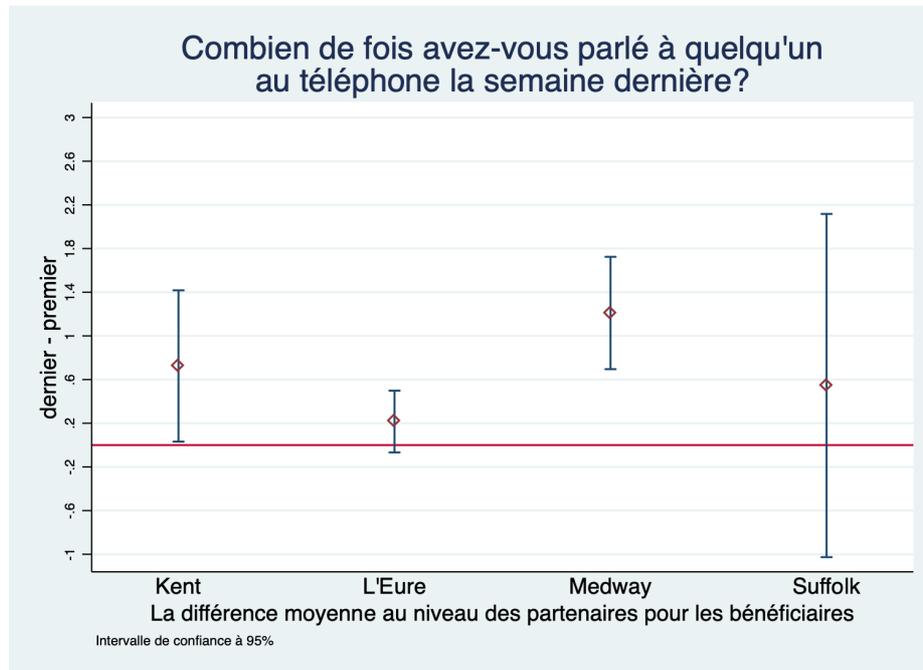


Figure 33. Isolement social " a parlé à quelqu'un au téléphone " – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires

Dans la Figure 34, lorsque tous les bénéficiaires de la prescription sociale *plus* sont examinés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif de l'isolement social pour la question '**activités de groupe**' ( $p < .001$ ). En moyenne, le degré de participation d'un bénéficiaire à des activités de groupe telles que des clubs et des rencontres augmente de 0,67 sur une échelle de 8 points, lorsque l'on compare les résultats de la dernière visite à ceux de la première. En bref, les bénéficiaires déclarent se rendre plus souvent à des réunions de clubs, à des rassemblements religieux et à d'autres événements de groupe lors de leur dernière visite en comparaison avec leur première visite.

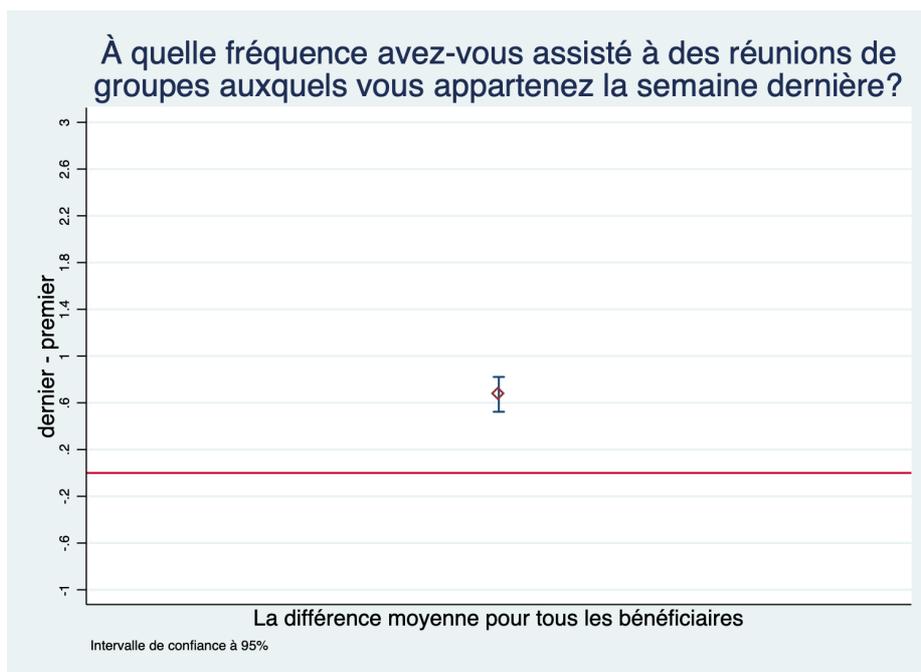


Figure 34. Isolement social " participation à des activités de groupes et clubs dont vous êtes membre " – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires

En examinant toutes les réponses des bénéficiaires dans tous les sites partenaires pour la question " **activités de groupe** " lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au programme Connected Communities (première visite), Figure 35, voici ce que nous observons :

- Dans le Kent, en moyenne, le degré de participation d'un bénéficiaire à des activités de groupe augmente de 1,02 sur une échelle de 8 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Dans l'Eure, en moyenne, le degré de participation d'un bénéficiaire à des activités de groupe augmente de 0,24 sur une échelle de 8 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,01$ ).
- À Medway, en moyenne, le degré de participation d'un bénéficiaire à des activités de groupe augmente de 1,11 sur une échelle de 8 points, un changement qui est statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Dans le Suffolk, il n'y a pas de changement statistiquement significatif dans le niveau de participation d'un bénéficiaire à des activités de groupe. Vous pouvez voir que l'intervalle de confiance comprend la valeur 0, ce qui signifie que le changement dans cet aspect particulier de l'isolement social (participation à des activités de groupes) dans le Suffolk pourrait être de 0. Nous n'avons aucune indication que cet aspect particulier de l'isolement social a évolué dans le Suffolk.

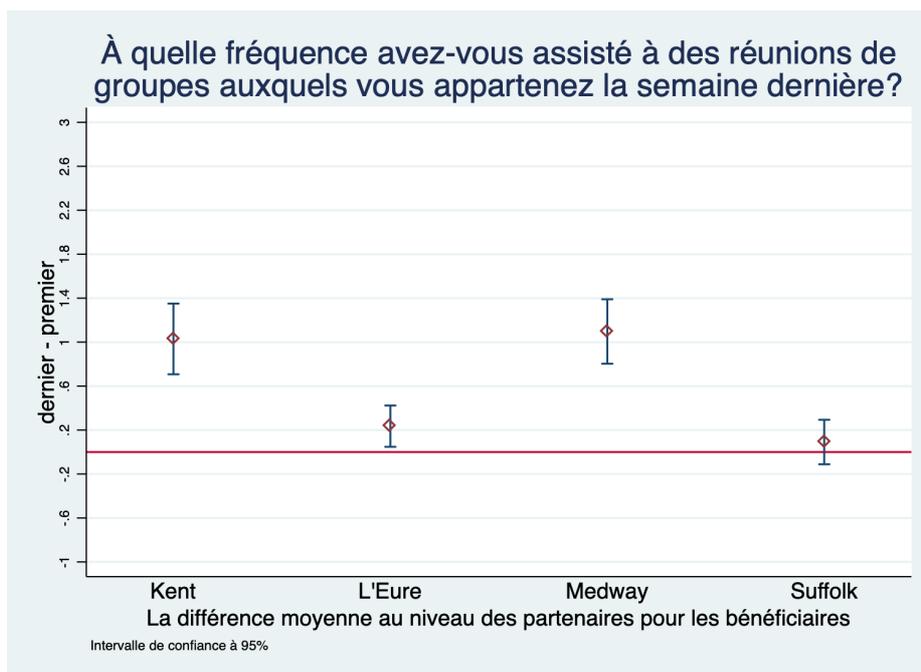


Figure 35. Isolement social " participation à des activités de groupes et clubs dont vous êtes membre " –Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires

### Conseil du Kent

Le sentiment d'isolement social résultant d'événements critiques de la vie, tels que le divorce, est fréquemment observé chez les personnes qui déclarent se sentir isolées socialement. Tel était le cas de Monsieur G. dans le Kent, qui s'était séparé de sa femme après de nombreuses années de mariage. Il avait également perdu son chien bien-aimé et devait vendre son bien immobilier. Alors qu'il était un membre actif de la communauté et un maçon qualifié travaillant dans le monde entier, on lui a diagnostiqué des tremblements essentiels, ce qui a affecté sa mobilité. Tous ces événements de la vie ont fait que M. G a ressenti un manque de soutien et a perdu ses amis, devenant au fil du temps très isolé sur le plan social. Les connecteurs du Kent ont proposé à M. G de l'aider à renouer avec des activités et des personnes de sa communauté en participant à des événements hebdomadaires dans un café local, un club social à proximité et un club d'art. Toutes ces activités ont aidé M. G à renouer avec les autres et à se sentir moins isolé.

*" M. G était auparavant une personne indépendante, mais ces dernières années, la vie a considérablement changé pour lui, le laissant quelque peu perdu. Nous avons pu le reconnecter avec des choses qui sont à portée de main et qui correspondent à ses centres d'intérêt. Il doit encore faire face à certaines situations (notamment vendre sa maison et trouver un autre logement), mais malgré ces incertitudes, il se sent désormais plus soutenu, capable de se concentrer et de réfléchir à la question. M. G. a enfin pu aller de l'avant grâce à notre formation, qui lui a permis de discuter d'un plan d'action ainsi que des éventuels obstacles et problèmes. "* **Mandy Quy-Verlander et Karl Aylett / Connecteurs communautaires**

Il est important pour notre santé et notre bien-être de nouer des amitiés sincères. Par exemple, une étude de cas du programme Connected Communities à Medway (Better Connected) illustre comment le service a aidé Margaret à nouer des amitiés nouvelles et sincères tout en améliorant ses relations sociales. Margaret se sentait socialement isolée. Elle n'avait pas beaucoup d'amis et trouvait qu'elle ne sortait pas beaucoup pour socialiser. Margaret voulait vraiment nouer des amitiés sincères et souhaitait être bénévole dans une association caritative, mais elle ne savait pas par où commencer. Les connecteurs de Medway ont aidé Margaret à se rapprocher des groupes communautaires locaux (par exemple, Place of Welcome). Cela a aidé Margaret à se faire de nouveaux amis et lui a permis de chercher à intégrer des groupes de manière indépendante, grâce aux contacts qu'elle a noués au cours de l'activité d'aiguillage initiale.

*J'ai trouvé Better Connected très efficace ; ils ont travaillé en réseau avec différentes organisations pour m'aider à trouver des groupes et des activités. Je suis aujourd'hui bénévole pour deux organisations caritatives, que Better Connected m'a aidé à trouver. Ils ont fait une énorme différence, j'ai maintenant des amitiés sincères ".* **Margaret / Bénéficiaire**

*" J'ai l'impression que Margaret a abordé de manière très positive tout ce dont elle a été informée. Cela m'a aidé dans mon travail, car il y avait rarement des obstacles et Margaret était prête à essayer la plupart des choses. C'est tellement agréable de voir Margaret se socialiser et s'épanouir au sein de la communauté.* **Catherine Drew / Connecteur communautaire**

Un autre exemple de l'aide apportée par les connecteurs de Medway est celui de Sandra, qui a indiqué avoir du mal à vivre au quotidien en raison de son isolement. Sandra avait l'impression de n'avoir personne à qui parler, elle ne voulait pas déranger sa famille avec ses soucis et, avec le temps, elle a commencé à ressentir non seulement un sentiment d'isolement, mais aussi de solitude. Lorsque Sandra a reçu l'aide des connecteurs pour rencontrer de nouvelles personnes et participer à de nouvelles activités, elle a pu se faire de nouveaux amis et a commencé à se sentir moins isolée.

*" Participer au programme Better Connected est la meilleure chose que j'aie jamais faite. Je sors plus que jamais à présent et je ne me sens plus exclue ni isolée. Toutes les personnes que j'ai rencontrées ont été si gentilles et accueillantes. "* **Sandra / Bénéficiaire**

*" Il a été très gratifiant d'accompagner Sandra, qui a tout abordé avec beaucoup d'enthousiasme. Sandra est maintenant beaucoup plus confiante et participe à au moins 3 ou 4 groupes par semaine. Sandra a noué des liens très forts en participant aux groupes et aux activités. C'est agréable de voir Sandra si heureuse et confiante. "* **Catherine Drew / Connecteur communautaire**

## Le bien-être (Livrable T3.1.3 : Rapport sur l'isolement social et le bien-être)

Tous les partenaires ont accepté de mesurer le bien-être à l'aide de la batterie standard de 4 questions de l'Office for National Statistics du Royaume-Uni, appelée mesure du *bien-être ONS4*.<sup>16</sup> Medway, Kent et Suffolk ont répondu aux quatre questions, tandis que l'Eure n'a enregistré des réponses que pour la première (satisfaction dans la vie) et la deuxième (qui vaut la peine). Ainsi, toutes les comparaisons entre partenaires ne seront possibles que pour ces deux questions. Des comparaisons pour les questions relatives au bonheur et à l'anxiété/aspects du bien-être seront présentées pour le Kent, Medway et le Suffolk.

<a href="#">Bien-être ONS4</a>	Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de votre vie de nos jours ?	0 - 10, où 0 correspond à " pas du tout " et 10 à " complètement "
	Dans l'ensemble, dans quelle mesure pensez-vous que les choses que vous faites dans votre vie en valent la peine ?	0 - 10, où 0 correspond à " pas du tout " et 10 à " complètement "
	Dans l'ensemble, dans quelle mesure vous êtes-vous senti heureux hier ?	0 - 10, où 0 correspond à " pas du tout " et 10 à " complètement "
	Sur une échelle où 0 signifie « pas du tout anxieux » et 10 signifie « complètement anxieux », dans l'ensemble, quel était votre niveau d'anxiété hier ?	0 - 10, où 0 correspond à " pas du tout " et 10 à " complètement "

Tableau 4. Mesure du Bien-Être

### Comparaison de tous les partenaires

Dans la Figure 36, lorsque tous les bénéficiaires de la prescription sociale *plus* sont examinés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif pour la question concernant la satisfaction dans la vie ( $p < .001$ ). En moyenne, le sentiment de satisfaction d'un bénéficiaire augmente de 1,11 sur une échelle de 11 points, lorsque l'on compare les résultats de la dernière visite à ceux de la première. En bref, les bénéficiaires déclarent se sentir plus satisfaits de leur vie actuelle lors de la dernière visite que lors de la première.

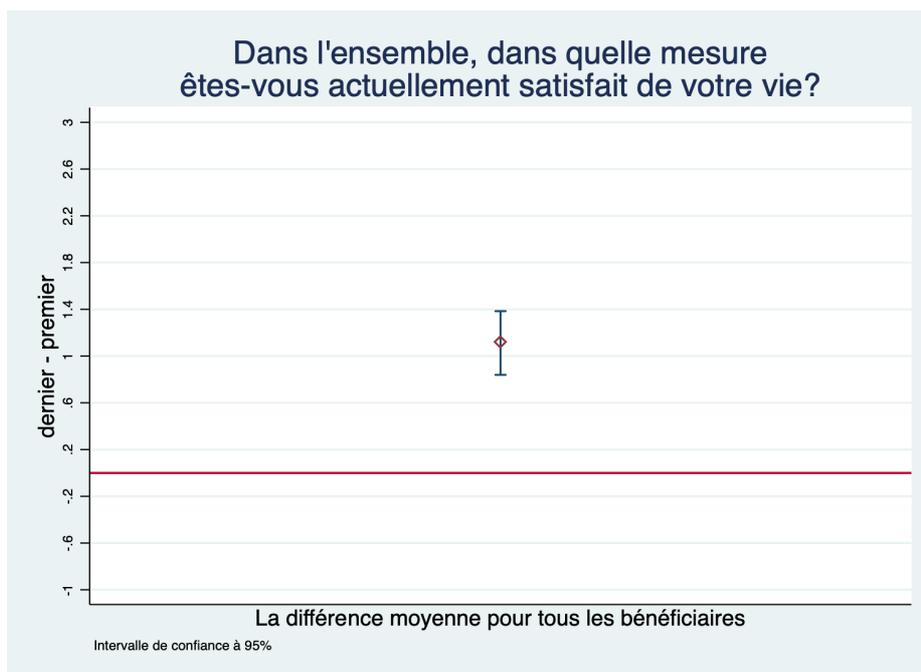


Figure 36. Satisfaction dans la vie – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires

En examinant toutes les réponses des bénéficiaires dans tous les sites partenaires pour la question concernant la **satisfaction dans la vie** lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au programme Connected Communities (première visite), Figure 37, nous observons ce qui suit :

- Dans le Kent, en moyenne, le sentiment de satisfaction dans la vie d'un bénéficiaire augmente de 1,67 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Dans l'Eure, en moyenne, le sentiment de satisfaction dans la vie d'un bénéficiaire augmente de 0,46 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).
- À Medway, en moyenne, le sentiment de satisfaction dans la vie d'un bénéficiaire augmente de 1,44 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Dans le Suffolk, en moyenne, le sentiment de satisfaction dans la vie d'un bénéficiaire augmente de 1,91 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).

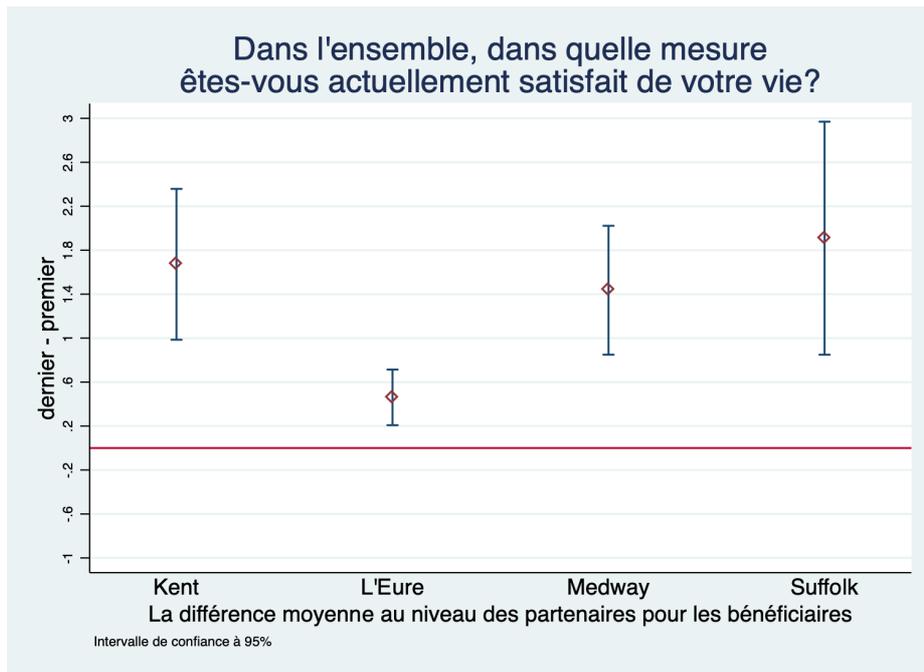


Figure 37. Satisfaction dans la vie – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires

Dans la Figure 38, lorsque tous les bénéficiaires de la prescription sociale *plus* sont examinés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif dans la question relative à la valeur de la vie ( $p < .001$ ). En moyenne, le sentiment qu'a un bénéficiaire que les choses qu'il fait dans sa vie en valent la peine augmente de 1,18 sur une échelle de 11 points, si l'on compare les scores de la dernière visite à ceux de la première. En bref, les bénéficiaires déclarent que les choses qu'ils font dans leur vie en valent plus la peine lors de la dernière visite que lors de la première.

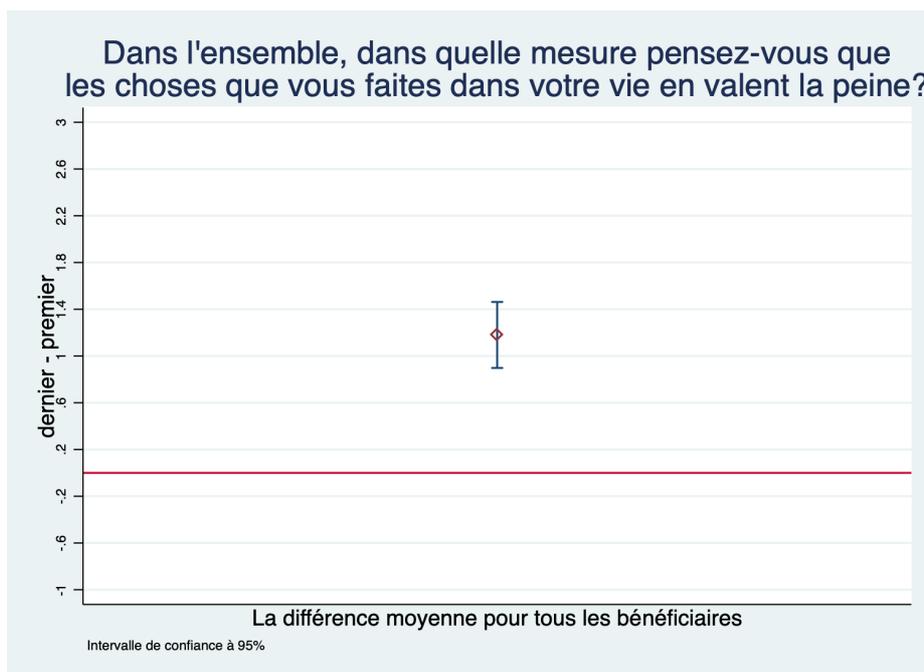


Figure 38. Valeur de la vie – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires

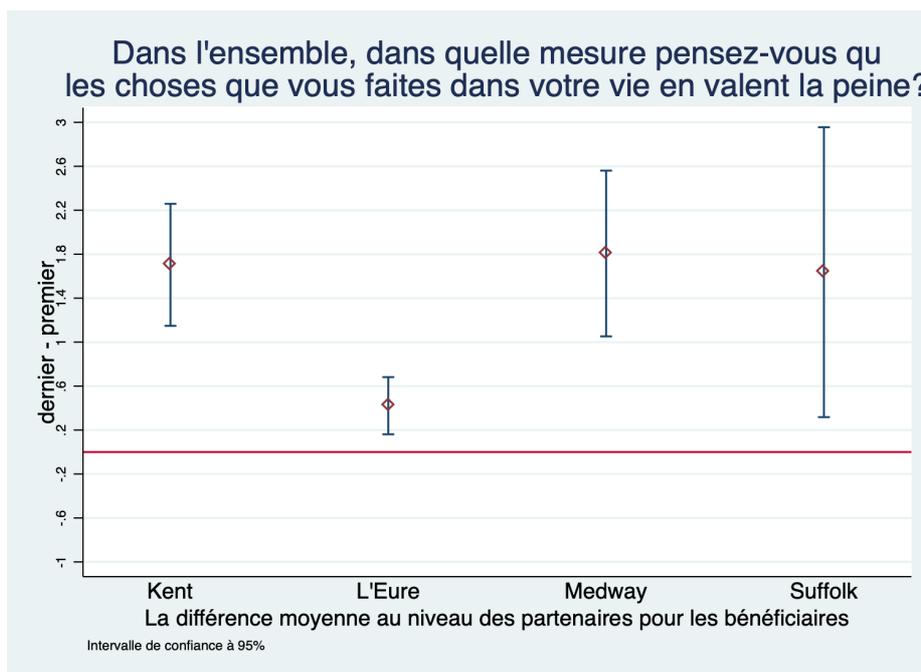


Figure 39. Valeur de la vie – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires

En examinant toutes les réponses des bénéficiaires dans tous les sites partenaires pour la question sur **la valeur de la vie**, lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au programme Connected Communities (première visite), Figure 39, nous observons ce qui suit :

- Dans le Kent, en moyenne, le sentiment qu'a un bénéficiaire que sa vie vaut la peine d'être vécue augmente de 1,70 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Dans l'Eure, en moyenne, le sentiment qu'a un bénéficiaire que sa vie vaut la peine d'être vécue augmente de 0,42 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).
- À Medway, en moyenne, le sentiment qu'a un bénéficiaire que sa vie vaut la peine d'être vécue augmente de 1,81 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Dans le Suffolk, en moyenne, le sentiment qu'a un bénéficiaire que sa vie vaut la peine d'être vécue augmente de 1,64 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,05$ ).

Dans la Figure 40, lorsque tous les bénéficiaires de la prescription sociale *plus* sont examinés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif dans les scores de bonheur ( $p < .001$ ). En moyenne, le sentiment de bonheur d'un bénéficiaire augmente de 1,25 sur une échelle de 11 points, lorsque l'on compare les résultats de la dernière visite à ceux de la première. En bref, les bénéficiaires déclarent se sentir plus heureux lors de la dernière visite que lors de la première.

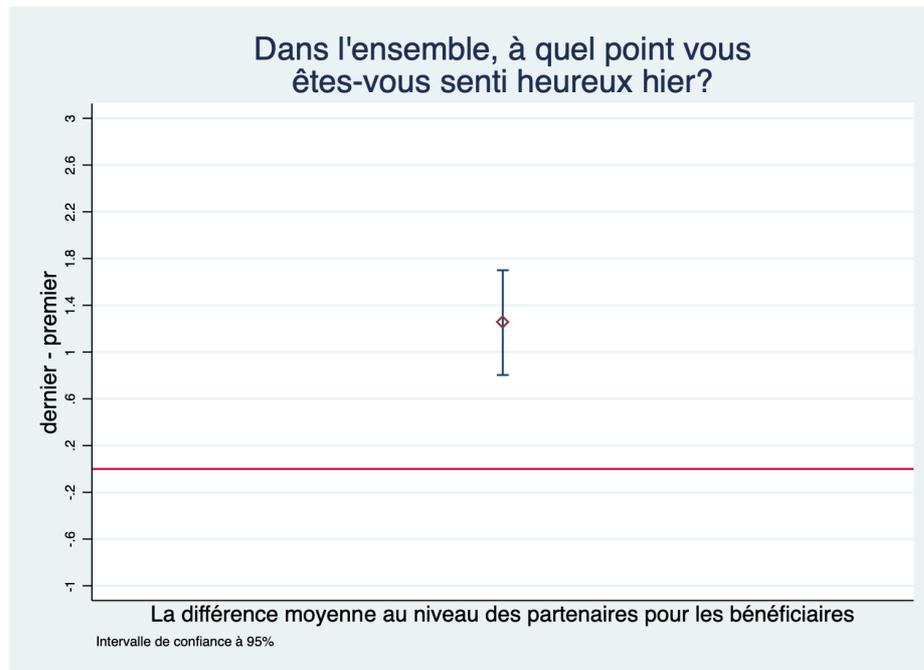


Figure 40. Bonheur – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires (Kent, Medway et Suffolk)

En examinant toutes les réponses des bénéficiaires dans tous les sites partenaires pour la question sur le **bonheur**, lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au programme Connected Communities (première visite), Figure 41, nous observons ce qui suit :

- Dans le Kent, en moyenne, le sentiment de bonheur d'un bénéficiaire augmente de 1,16 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).
- À Medway, en moyenne, le sentiment de bonheur d'un bénéficiaire augmente de 1,25 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Dans le Suffolk, en moyenne, le sentiment de bonheur d'un bénéficiaire augmente de 1,8 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < .01$ ).

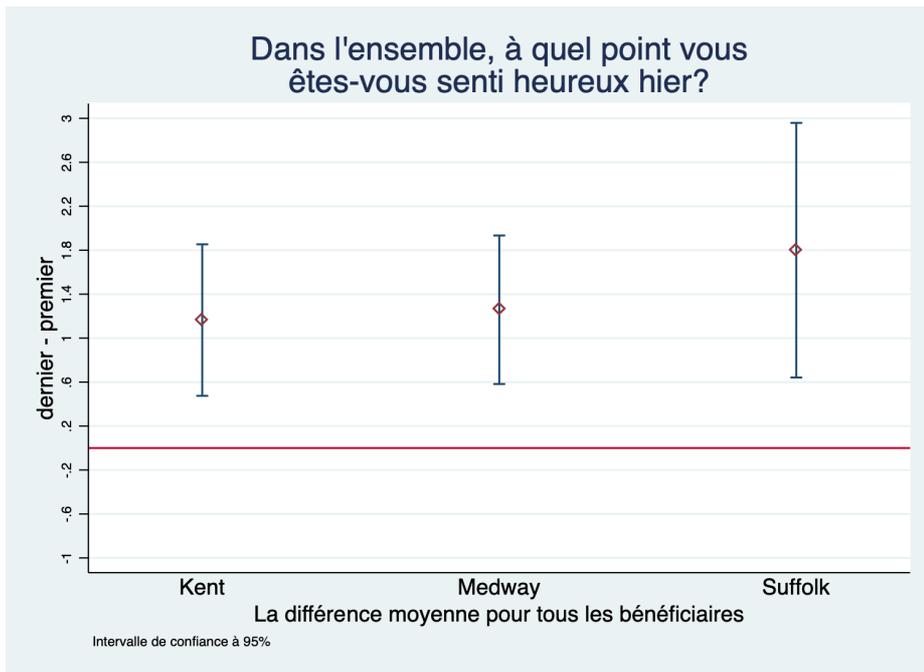


Figure 41. Bonheur – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires (Kent, Medway et Suffolk)

Dans la Figure 42, lorsque tous les bénéficiaires de la prescription sociale *plus* sont examinés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif dans le degré d'anxiété ( $p < .001$ ). En moyenne, le degré d'anxiété d'un bénéficiaire diminue de 0,98 sur une échelle de 11 points, lorsque l'on compare les résultats de la dernière visite à ceux de la première. En bref, les bénéficiaires déclarent se sentir moins anxieux lors de la dernière visite que lors de la première.

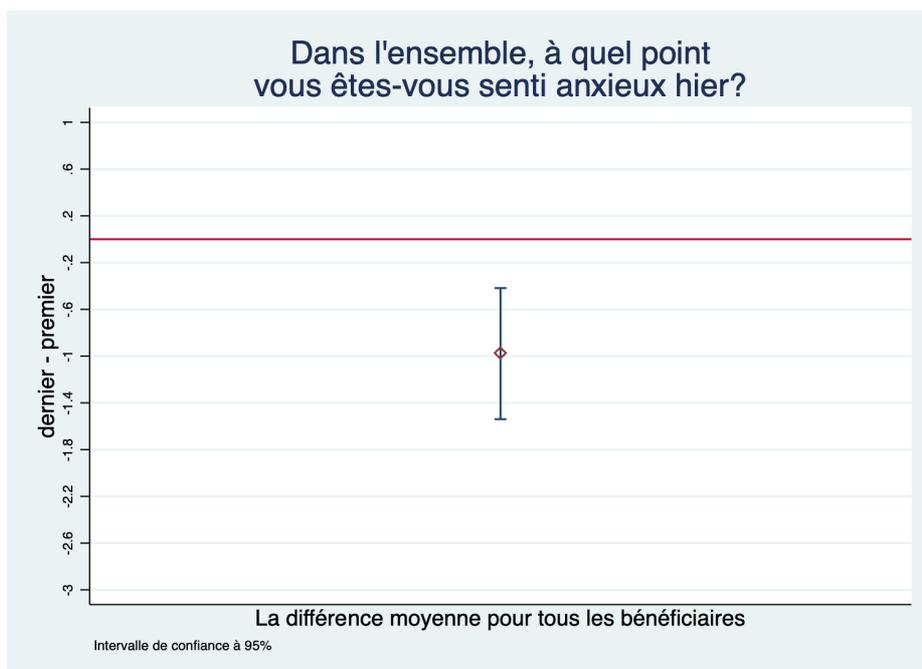


Figure 42. Anxiété Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires (Kent, Medway et Suffolk)

En examinant toutes les réponses des bénéficiaires dans tous les sites partenaires pour la question sur l'**anxiété**, lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au programme Connected Communities (première visite), Figure 43, nous observons ce qui suit :

- Dans le Suffolk, il n'y a pas de changement statistiquement significatif dans le degré d'anxiété d'un bénéficiaire. Vous pouvez voir que l'intervalle de confiance comprend la valeur 0, ce qui signifie que le changement dans le degré d'anxiété dans le Kent pourrait être de 0. Nous n'avons aucune indication que le degré d'anxiété a évolué dans le Kent.
- À Medway, en moyenne, le degré d'anxiété d'un bénéficiaire diminue de 1,39 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).
- Dans le Suffolk, en moyenne, le degré d'anxiété d'un bénéficiaire diminue de 3,09 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < .05$ ). Dans ce cas, une diminution de 3,09 est l'estimation ponctuelle, représentée par le petit losange rouge pour le Suffolk. Les crochets et la longueur de la ligne au-dessus et au-dessous du losange montrent que l'intervalle de confiance est assez large, ce qui indique que la véritable diminution pourrait être aussi importante qu'une baisse de 4,9 points, ou bien aussi minimale qu'une baisse de 1,3 point. Étant donné que l'estimation est basée sur un si petit échantillon de bénéficiaires, la fourchette de notre estimation ne peut pas être plus précise.

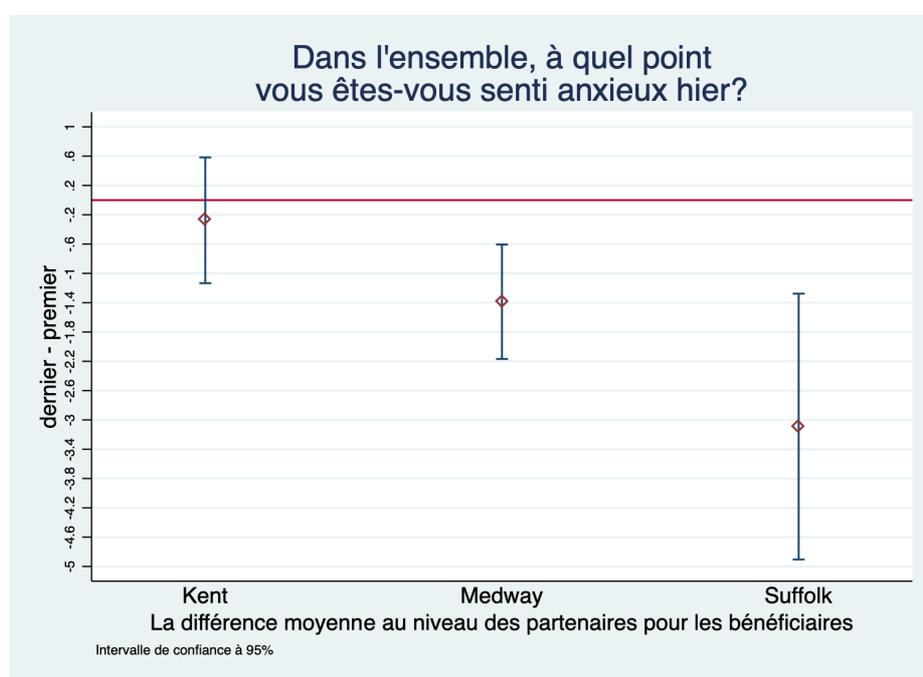


Figure 43. Anxiété – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires (Kent, Medway et Suffolk)

Dans la Figure 44, lorsque tous les bénéficiaires de la prescription sociale *plus* sont examinés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif dans le score de bien-être général ( $p < 0,001$ ). En moyenne, le sentiment de bien-être d'un

bénéficiaire augmente de 0,70 sur une échelle de 11 points, lorsque l'on compare les résultats de la dernière visite à ceux de la première. En bref, les bénéficiaires font état d'un plus grand bien-être général lors de leur dernière visite par rapport à leur première visite.

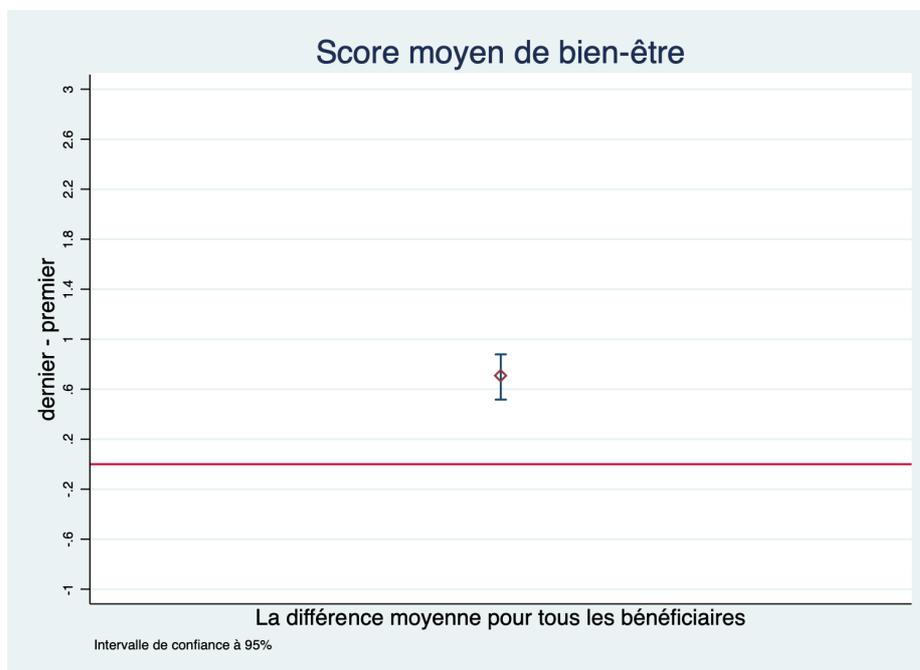


Figure 44. Score total de bien-être ONS4 – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires

En examinant toutes les réponses des bénéficiaires dans tous les sites partenaires pour la question du **bien-être général**, lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au programme Connected Communities (première visite), Figure 45, nous observons ce qui suit :

- Dans le Kent, en moyenne, le sentiment de bien-être général d'un bénéficiaire augmente de 1,06 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).
- Dans l'Eure, en moyenne, le sentiment de bien-être général d'un bénéficiaire augmente de 0,44 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).
- À Medway, en moyenne, le sentiment de bien-être général d'un bénéficiaire augmente de 0,78 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).
- Dans le Suffolk, en moyenne, le sentiment de bien-être général d'un bénéficiaire augmente de 0,55 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).

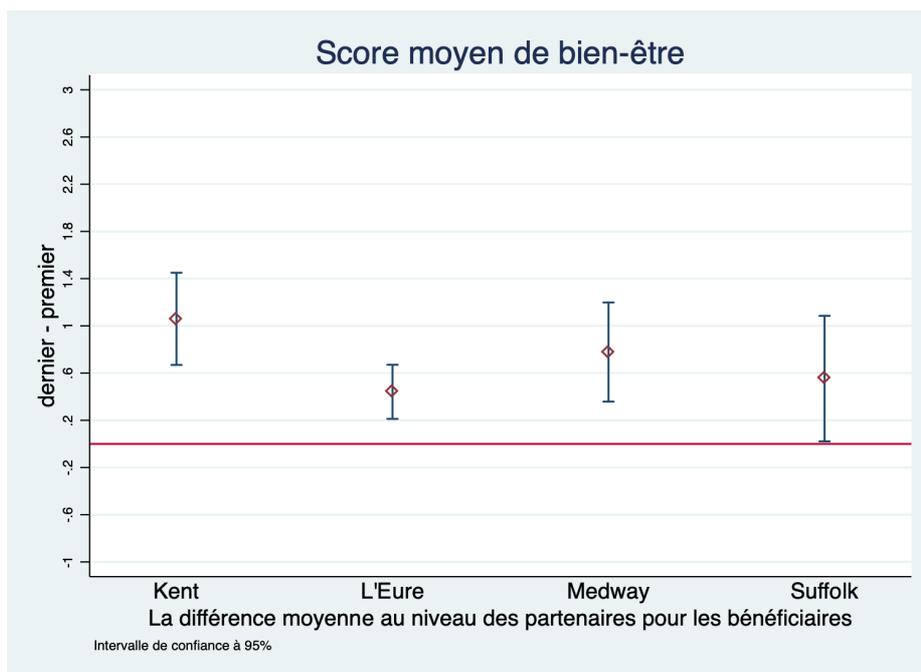


Figure 45. Score total de bien-être ONS4 –Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires

### Conseil du Kent

Les connecteurs et les membres des équipes du Kent ont signalé que les questions sur les sentiments, telles que " Dans l'ensemble, à quel point vous êtes-vous senti heureux hier ? " et " Dans l'ensemble, à quel point vous êtes-vous senti anxieux hier ? " ont été mal accueillies par certains bénéficiaires. Les bénéficiaires ont indiqué que les questions se rapportant à " hier " déclenchaient des émotions indésirables et, dans certains cas, les faisaient se sentir plus mal, même si la séance avec leur connecteur se déroulait très bien et de manière positive avant que cette question ne leur soit posée.

Les deux questions sur le sentiment de bonheur et d'anxiété font partie de la batterie de 4 questions sur le bien-être ONS4, recommandée par l'Office for National Statistics (ONS) britannique pour mesurer le bien-être à l'échelle nationale et locale au Royaume-Uni.<sup>16</sup> Le retour d'information des bénéficiaires du Kent devrait être communiqué à l'ONS.

Les bénéficiaires du Kent ont grandement gagné à participer aux services de Connected Communities, comme le montrent des *études de cas* illustrant la manière dont le dispositif a contribué à l'amélioration de leur qualité de vie. Les cas de Monsieur V et de Madame B sont particulièrement intéressants car ils illustrent le pouvoir de la prescription sociale et la capacité des bénéficiaires à surmonter les conséquences d'un diagnostic grave, à améliorer leur état de santé et à contribuer à la vie de la communauté.

M. V a vu sa qualité de vie diminuer après avoir subi un accident vasculaire cérébral. En tant qu'ancien photographe professionnel, il s'intéressait beaucoup à la réalisation

et au montage de films. Toutefois, à la suite d'un accident vasculaire cérébral en 2015, il a eu du mal à faire face aux conséquences de cet accident sur sa capacité à poursuivre ses activités. Un connecteur a fait découvrir à M. V Screen South, un organisme de développement culturel basé à Folkestone qui met l'accent sur la créativité numérique et se focalise sur Men's Shed. M. V s'est senti soutenu et accueilli et a beaucoup apprécié ses nouvelles activités. Il s'est porté volontaire pour mettre à profit ses compétences en matière de vidéo et de médias afin de promouvoir le [Men's Shed de Folkestone](#). Depuis qu'il a rejoint Men's Shed, la fréquentation de l'organisation a considérablement augmenté et il est devenu l'un des principaux membres. Ce cas illustre comment un individu engagé peut contribuer à reconstruire sa propre résilience et celle de sa communauté par le biais de la prescription sociale.

[Mme B](#) a connu de nombreux problèmes de santé à la suite de son accident vasculaire cérébral. Cela a entraîné un manque de bien-être, une réduction de ses activités sociales, une perte de confiance en elle sur le plan physique et mental qui l'a freinée dans ses interactions avec les autres et le monde extérieur, ainsi qu'un isolement social et un sentiment de solitude. Avec le soutien des connecteurs du Kent (les gardiens communautaires), Mme B a surmonté un grand nombre de ses difficultés et a travaillé activement avec ses connecteurs en vue d'améliorer son état de santé et son bien-être. Mme B, qui était autrefois confinée chez elle, peut désormais se rendre à Londres et dans l'Essex pour voir sa famille et ses amis, et les accueillir dans sa propre maison (elle cuisine et reçoit des invités). Grâce à sa participation au programme Connected Communities, Mme B a fait état d'une amélioration de sa mobilité, de son élocution, de sa cognition et d'autres aspects de sa santé physique et mentale, ainsi que d'une réduction de son isolement et de son sentiment de solitude. Mais surtout, la qualité de vie de Mme B s'est grandement améliorée, de sorte qu'elle a pu et voulu contribuer à la vie de sa communauté. Elle a créé de nouveaux groupes pour d'autres personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral et se sentant donc seules et isolées, afin de les aider à améliorer leur état de santé. Elle a également contribué au projet de recherche de l'Université du Kent et a partagé son expérience personnelle face à son AVC et à son recours à la prescription sociale. Elle a ainsi fait des présentations dans des cours et a travaillé en étroite collaboration avec un étudiant en master de recherche afin d'améliorer sa compréhension des AVC et des mécanismes d'adaptation.

Le deuil peut avoir un impact considérable sur divers aspects de la vie, qu'il s'agisse de la santé, de la vie sociale ou du bien-être général. Dans le cas de Joan, de Medway, la perte de son mari juste avant la pandémie de COVID-19 l'a privée de soutien et de compagnie. Elle était réticente à quitter la maison, se sentant isolée et moins satisfaite de sa vie. Avec l'aide des connecteurs de Medway, Joan a participé à de nouvelles activités et séances de groupe dans le secteur et s'est investie dans des ateliers d'artisanat, ce qui l'a aidée à nouer de nouveaux liens au sein de sa communauté et à améliorer son bien-être général.

*" Better Connected m'a fait participer à des ateliers d'artisanat, ce qui m'a permis de me faire de nouveaux amis. Cela m'a aidé à mieux voir la vie. Better Connected a rendu cela possible. Je recommanderais ce programme à toute personne qui se sent isolée ". **Joan/ Bénéficiaire***

*" Il est merveilleux de voir Joan s'épanouir au sein de la communauté. Elle est toujours partante et n'a pas peur d'essayer de nouvelles choses. Savoir que Joan se rend presque tous les jours à des groupes vers lesquels je l'ai orientée ou que je lui ai fait connaître est formidable. Catherine Drew/ Connecteur communautaire*

### Conseil du Suffolk - Conseil de l'Est du Suffolk

Les partenaires du Suffolk rapportent le cas d'une femme de 89 ans, vivant avec son fils de 63 ans, dont les problèmes de santé ont eu un impact sur sa santé et son bien-être, et qui a grandement bénéficié des services de Connected Communities. Son connecteur raconte :

*" Les besoins de la mère étaient très complexes et exacerbés par le fait que son fils de 63 ans était venu s'installer chez elle après avoir perdu son emploi, sa maison et sa femme. Tout ceci affectait le bien-être physique, mental et social de la mère. La relation était devenue tendue et, à la suite d'une conversation avec elle, il est rapidement apparu que le fait d'aider son fils lui redonnerait confiance en elle et lui laisserait le temps de renouer avec ses amis. La vie de deux personnes a changé pour le mieux - toutes deux ont retrouvé des centres d'intérêt en dehors de la maison et un sentiment d'estime de soi. Connecteur communautaire / Karen*

## La confiance

La confiance est évaluée en demandant aux bénéficiaires de répondre, sur une échelle de 0 à 10 (10 étant la valeur la plus élevée) : 1) dans quelle mesure pensez-vous que les gens sont dignes de confiance ; 2) dans quelle mesure pensez-vous que les fonctionnaires sont dignes de confiance. Les partenaires qui ont fourni les données sont le Kent, Medway et le Suffolk.

<a href="#">Rapport de l'ANES</a> <a href="#">Enquête sur la vie communautaire</a>	D'une manière générale, dans quelle mesure pensez-vous que l'on puisse faire confiance aux gens ?	0 - 10, où 0 correspond à " pas du tout " et 10 à " complètement " 77 - Non discuté 88 - Ne souhaite pas répondre 99 - Refuse de répondre
	D'une manière générale, dans quelle mesure pensez-vous que l'on puisse faire confiance aux fonctionnaires ?	0 - 10, où 0 correspond à " pas du tout " et 10 à " complètement " 77 - Non discuté 88 - Ne souhaite pas répondre 99 - Refuse de répondre

Tableau5. Mesure de la confiance

### Comparaison des trois partenaires

Dans la Figure 46, lorsque tous les bénéficiaires de la prescription sociale *plus* sont examinés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif dans la question sur la confiance en autrui ( $p < 0,001$ ). En moyenne, le degré de confiance d'un bénéficiaire envers les autres augmente de 1,09 sur une échelle de 11 points,

lorsque l'on compare les résultats de la dernière visite à ceux de la première. En bref, les bénéficiaires déclarent qu'ils font davantage confiance aux autres lors de leur dernière visite que lors de leur première visite.

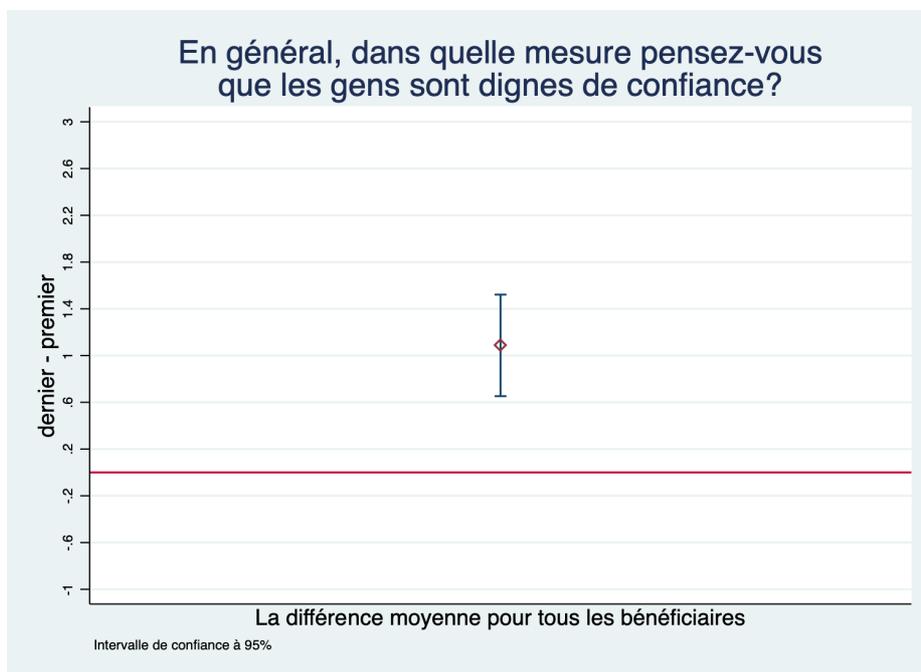


Figure 46. Confiance en autrui – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires du Kent, de Medway et du Suffolk

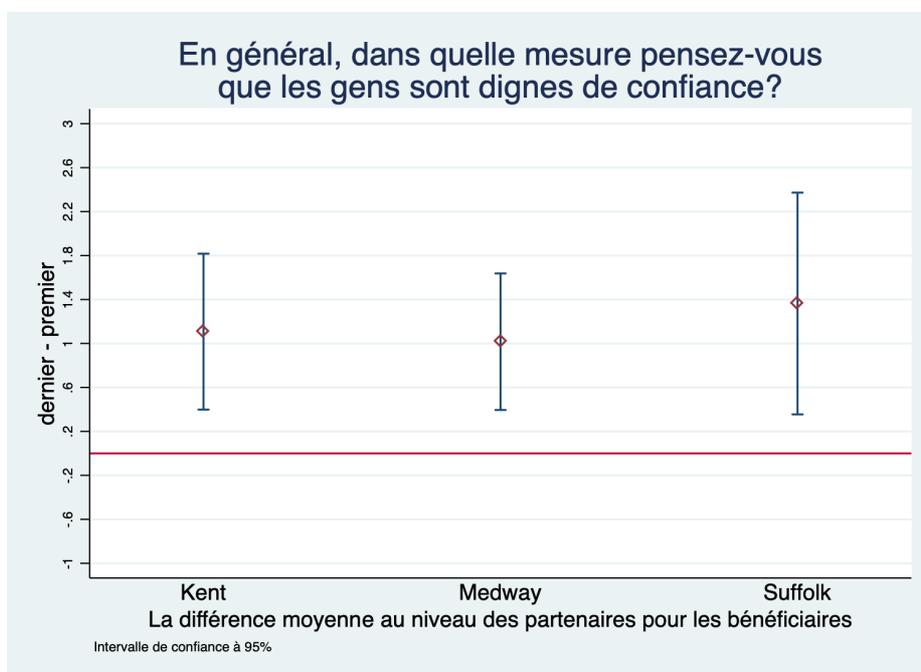


Figure 47. Confiance en autrui – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires du Kent, de Medway et du Suffolk

En examinant toutes les réponses des bénéficiaires dans tous les sites partenaires pour la question de **confiance en autrui**, lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au programme Connected Communities (première visite), Figure 47, nous observons ce qui suit :

- Dans le Kent, en moyenne, le degré de confiance d'un bénéficiaire envers les autres augmente de 1,11 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).
- À Medway, en moyenne, le degré de confiance d'un bénéficiaire envers les autres augmente de 1,02 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,005$ ).
- Dans le Suffolk, en moyenne, le degré de confiance d'un bénéficiaire envers les autres augmente de 1,37 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,05$ ).

Dans la Figure 48, lorsque tous les bénéficiaires de la prescription sociale *plus* sont examinés ensemble, nous constatons un changement statistiquement significatif dans la question concernant le degré de confiance envers les fonctionnaires ( $p < .005$ ). En moyenne, le degré de confiance d'un bénéficiaire envers les fonctionnaires augmente de 0,72 sur une échelle de 11 points, si l'on compare les résultats de la dernière visite à ceux de la première. En bref, les bénéficiaires déclarent faire davantage confiance aux fonctionnaires lors de la dernière visite que lors de la première.

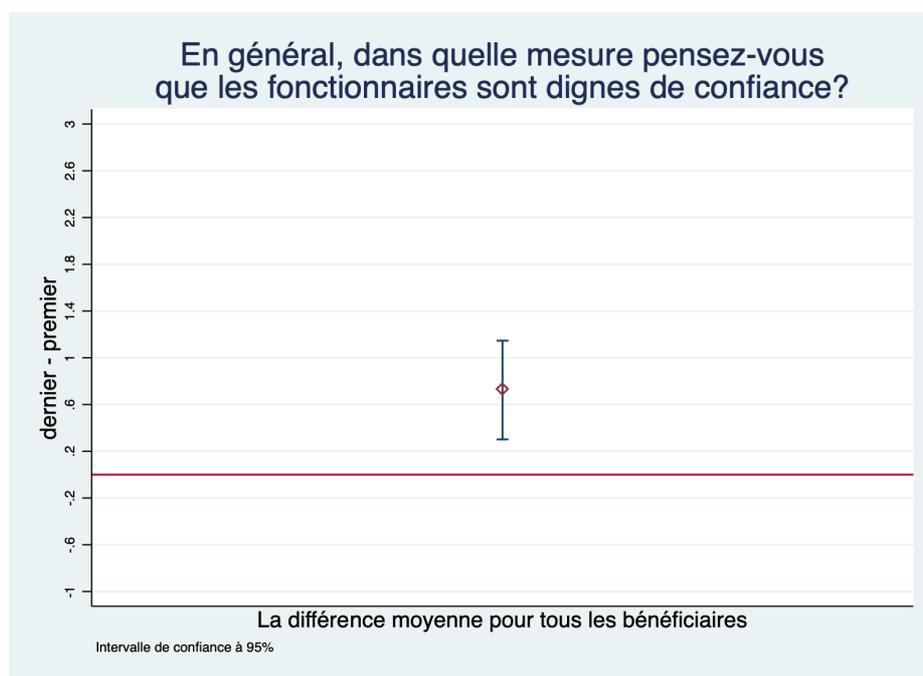


Figure 48. Confiance aux fonctionnaires – Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires du Kent, de Medway et du Suffolk

En examinant toutes les réponses des bénéficiaires dans tous les sites partenaires pour la question de **confiance aux fonctionnaires**, lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au programme Connected Communities (première visite), Figure 49, nous observons ce qui suit :

- Dans le Kent, en moyenne, le degré de confiance des bénéficiaires envers les fonctionnaires augmente de 0,85 sur une échelle de 11 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,05$ ).
- A Medway, il n'y a pas de changement statistiquement significatif dans le degré de confiance des bénéficiaires envers les fonctionnaires. Vous pouvez voir que l'intervalle de confiance comprend la valeur 0, ce qui signifie que le changement du degré de confiance envers les fonctionnaires à Medway pourrait être de 0. Nous n'avons aucune indication que le degré de confiance envers les fonctionnaires a évolué à Medway.
- Dans le Suffolk, il n'y a pas de changement statistiquement significatif dans le degré de confiance des bénéficiaires envers les fonctionnaires. Vous pouvez voir que l'intervalle de confiance comprend 0, ce qui signifie que le changement du degré de confiance envers les fonctionnaires dans le Suffolk pourrait être de 0. Nous n'avons aucune indication que le degré de confiance envers les fonctionnaires a évolué dans le Suffolk.

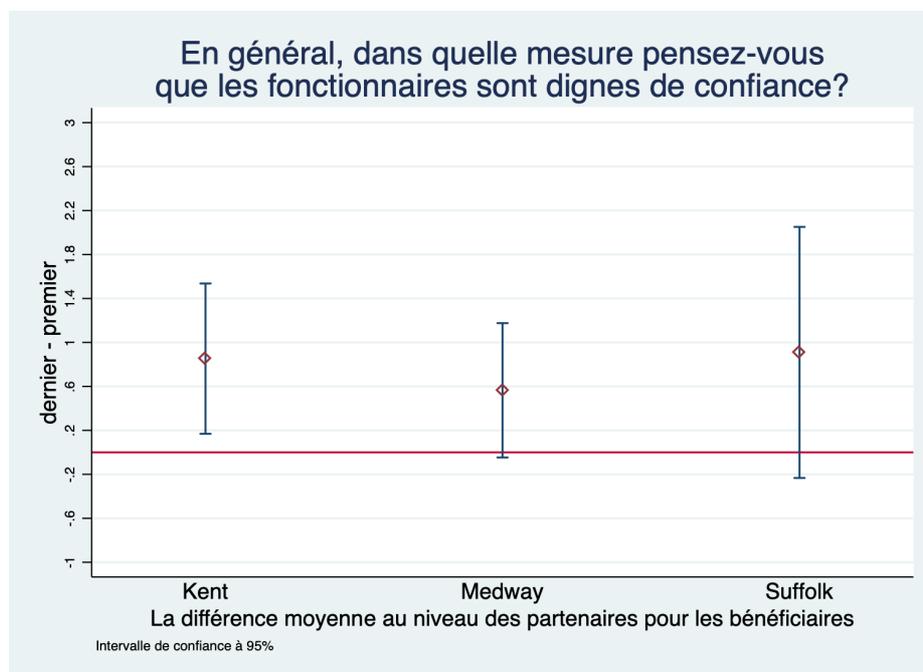


Figure 49. Confiance aux fonctionnaires – Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires du Kent, de Medway et du Suffolk

## La participation civique : la connectivité au sein de la communauté

Le programme Connected Communities et la prescription sociale en général sont considérés comme des moyens permettant d'améliorer les liens communautaires et la participation globale à la vie de la communauté. L'un des objectifs du programme Connected Communities est de créer des réseaux sociaux et de permettre aux individus de mieux se connecter entre eux et avec leurs communautés. Ceci est évident dans de nombreuses études de cas mentionnées dans ce rapport d'évaluation, et en particulier l'étude de cas de Mme B et ses efforts pour transformer sa vie et celle d'autres personnes affectées par des problèmes de santé similaires aux

siens. À la suite de sa participation au programme Connected Communities, Mme B a non seulement pu participer davantage à la vie de sa communauté, mais elle a également contribué à la création de nouveaux groupes, aidant ainsi les autres et sa communauté à accroître leur résilience.

L'équipe d'évaluation de l'UoE a été confrontée à diverses approches conceptuelles et méthodologiques lors de la sélection de la mesure de la connectivité sociale. L'équipe de l'UoE a procédé à un examen systématique des études précédentes et a constaté qu'il y avait très peu de cohérence dans la manière dont la connectivité sociale est définie et mesurée dans les différents programmes de prescription sociale.<sup>17</sup> Néanmoins, les partenaires ont convenu d'utiliser une mesure de la connectivité/participation à la vie communautaire qui est une compilation de questions/mesures issues de l'enquête sur la vie communautaire, comme on peut le voir dans le Tableau 6.

Comme la question sur la connectivité communautaire/la participation civique ne semblait pas être indispensable aux partenaires, il a été décidé de la saisir au moins une fois pendant la durée du programme et de marquer " non discuté " si elle n'avait pas été abordée au moment de l'enregistrement des données. Étant donné que la question n'a pas été posée systématiquement lors de la première et de la dernière visite d'un bénéficiaire (interaction du bénéficiaire avec un connecteur), les analyses fournies dans cette section sont uniquement de nature descriptive. Les données collectées ne permettent pas d'étudier l'évolution du sentiment d'appartenance à la communauté et de la participation civique, mais elles permettent d'expliquer de manière descriptive combien de bénéficiaires se sont engagés dans ces types d'activités à un moment ou à un autre lors de leur participation à Connected Communities. Les seuls partenaires ayant fourni des données pour cette mesure sont Medway et le Suffolk.

---

[Enquête sur la vie communautaire](#)

Sélectionnez les activités auxquelles ce bénéficiaire a participé au cours du mois dernier.

1. A contacté un fonctionnaire local tel qu'un conseiller municipal, un député, un fonctionnaire, un maire ou un agent travaillant pour l'autorité locale (veuillez ne pas inclure les contacts pour des raisons personnelles, par exemple la réparation d'un logement ou un contact professionnel).
  2. A assisté à une réunion publique ou à un rassemblement, a pris part à une manifestation publique ou à une protestation
  3. A signé une pétition papier ou en ligne/électronique
  4. A voté aux élections locales
  5. A participé à un groupe ou à une organisation de bénévoles
  6. A fait du bénévolat pour un organisme de bienfaisance ou un groupe local
-

- 7. A aidé un voisin ou un ami dans le besoin.
- 8. N'a rien fait de tout cela.
- 9. Non discuté.
- 10. Autre : veuillez expliquer

Tableau 6. Connectivité sociale / Participation civique et communautaire

Conseil de Medway

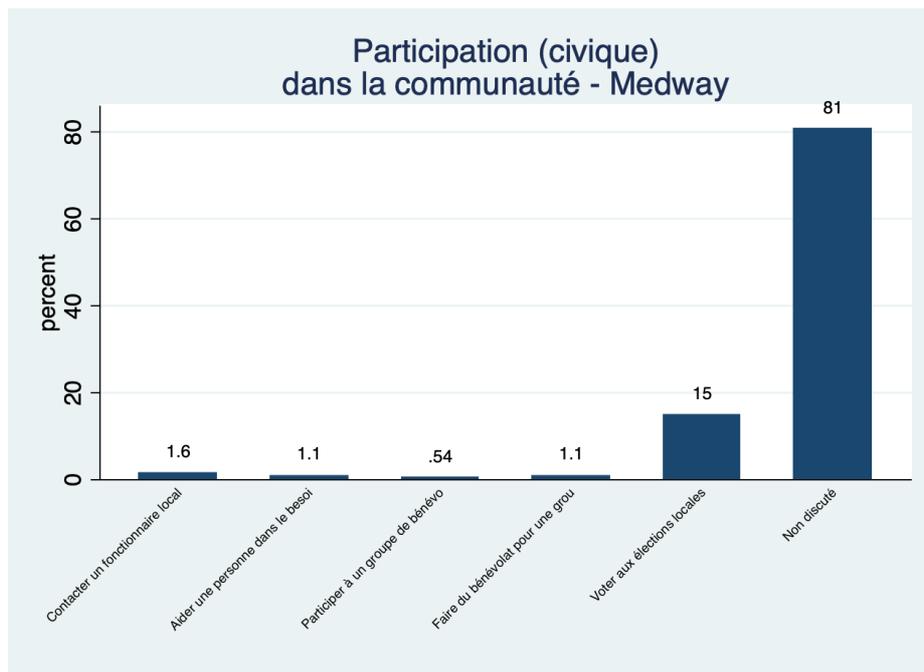


Figure 50. Connectivité sociale / Participation civique et communautaire –Medway

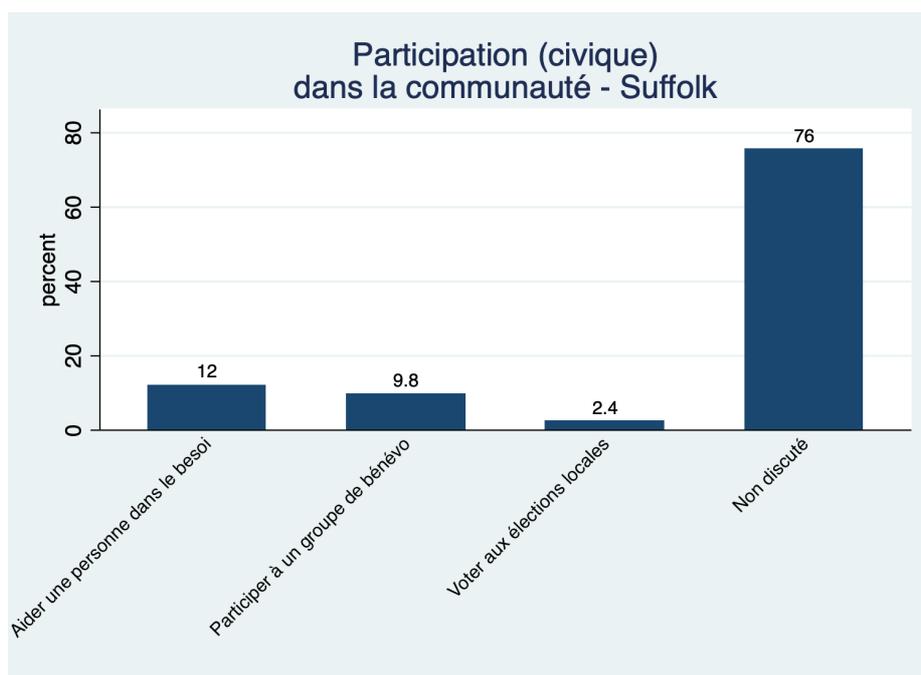


Figure 51. Connectivité sociale / Participation civique et communautaire –Suffolk

Les Figure 50 et Figure 51 montrent que pour la majorité des bénéficiaires, ces réponses n'ont pas été enregistrées (81% à Medway et 76% dans le Suffolk). Pour ceux qui ont répondu, l'activité de participation civique/communautaire la plus courante à Medway était "voter aux élections locales" (15%), tandis que dans le Suffolk, l'activité la plus courante était "aider un voisin ou un ami dans le besoin (12%), suivi par la participation à un groupe ou une organisation bénévole (10%)"

## La satisfaction à l'égard du programme Connected Communities

### Comparaison de tous les partenaires

Tous les partenaires ont accepté de demander aux participants leur degré de satisfaction à l'égard de Connected Communities, les réponses allant de " très insatisfait " à " très satisfait ", comme le montre le Tableau 7.

Dans l'ensemble, quel est votre degré de satisfaction quant à l'utilisation de nos services de prescription sociale ?	1 - Très insatisfait 2 - Insatisfait 3 - Ni satisfait ni insatisfait 4 - Satisfait 5 - Très satisfait
---	---

Tableau 7. Satisfaction à l'égard du programme

Dans la Figure 52, lorsque les bénéficiaires du programme de prescription sociale *plus* du Kent et de Medway sont examinés ensemble, nous constatons une évolution statistiquement significative de la satisfaction à l'égard du programme Connected Communities - prescription sociale *plus* ( $p < 0,001$ ). En moyenne, le sentiment de

satisfaction d'un bénéficiaire augmente de 0,71 sur une échelle de 5 points, lorsque l'on compare les résultats de la dernière visite à ceux de la première. En bref, les bénéficiaires déclarent être plus satisfaits du programme lors de la dernière visite que lors de la première.

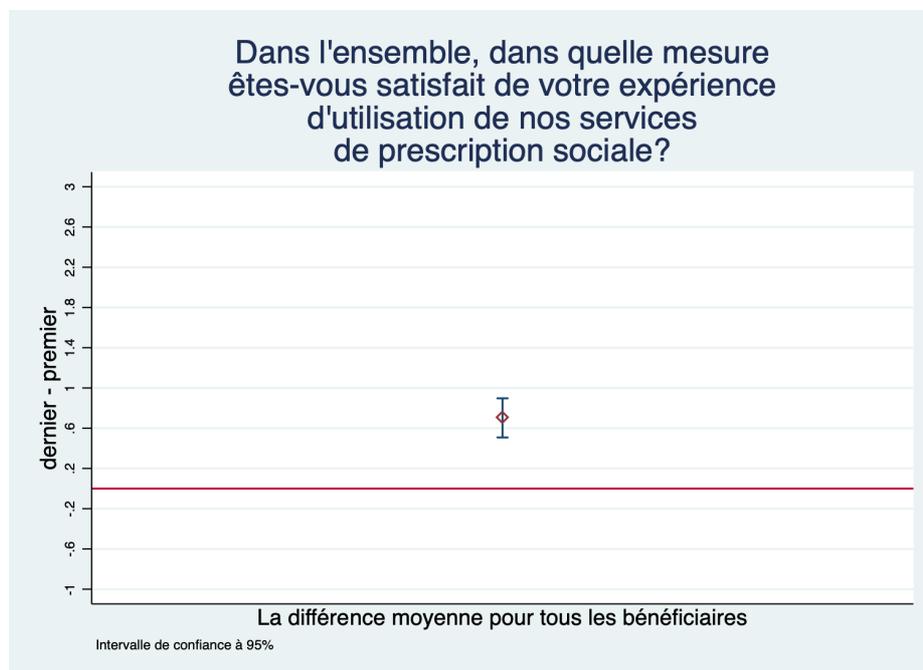


Figure 52. Satisfaction des bénéficiaires à l'égard de Connected Communities — Différence moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires

En examinant les réponses des bénéficiaires de Medway et du Kent quant à leur **satisfaction à l'égard du programme**, lors du suivi (dernière visite) par rapport à la période précédant la participation au programme Connected Communities (première visite), Figure 53, nous observons ce qui suit :

- Dans le Kent, en moyenne, le sentiment de satisfaction d'un bénéficiaire à l'égard du programme augmente de 1,08 sur une échelle de 5 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,01$ ).
- À Medway, en moyenne, le sentiment de satisfaction d'un bénéficiaire à l'égard du programme augmente de 0,62 sur une échelle de 5 points, un changement statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ).

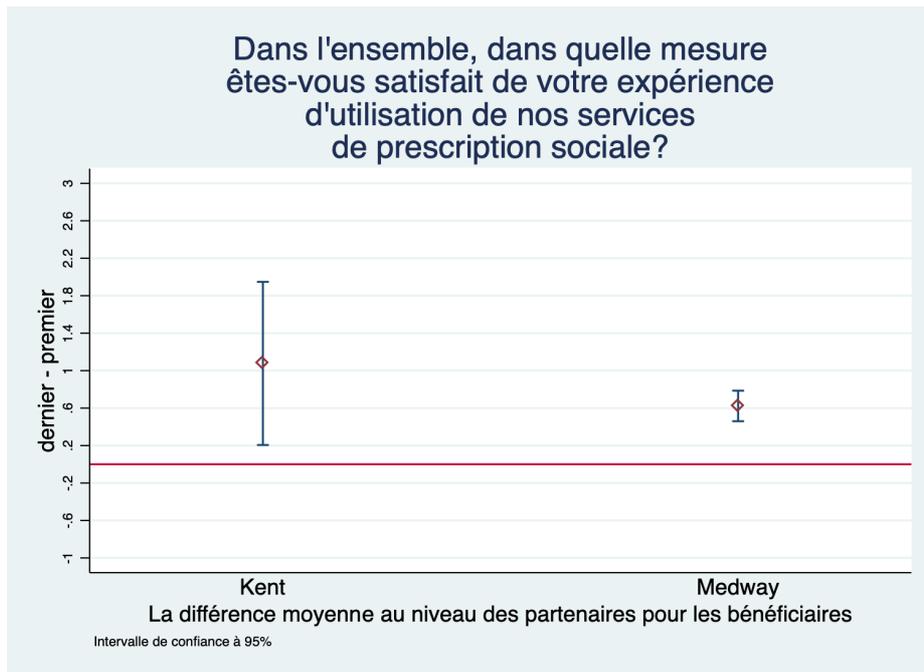
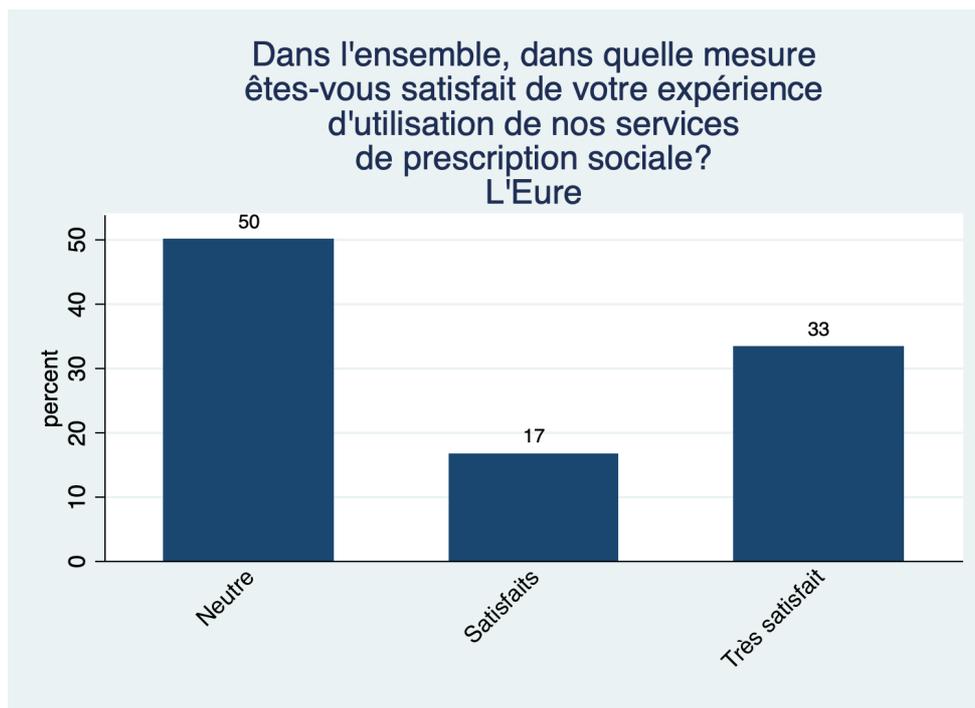


Figure 53. Satisfaction des bénéficiaires à l'égard de Connected Communities — Différence moyenne au niveau des partenaires pour les bénéficiaires

Le Suffolk et l'Eure ne communiquent pas plus d'une fois les réponses pour chaque bénéficiaire, de sorte qu'il n'est pas possible de déterminer s'il y a eu des changements au fil du temps. Nous pouvons toutefois décrire le sentiment général des bénéficiaires à l'égard du programme. Le Figure 53 montre la satisfaction à l'égard du programme pour le Suffolk et l'Eure. Dans l'Eure, 50 % des bénéficiaires ont un sentiment neutre à l'égard du programme et 50 % sont satisfaits (17%) ou très satisfaits (33%). Dans le Suffolk, les bénéficiaires sont tous satisfaits ou très satisfaits.



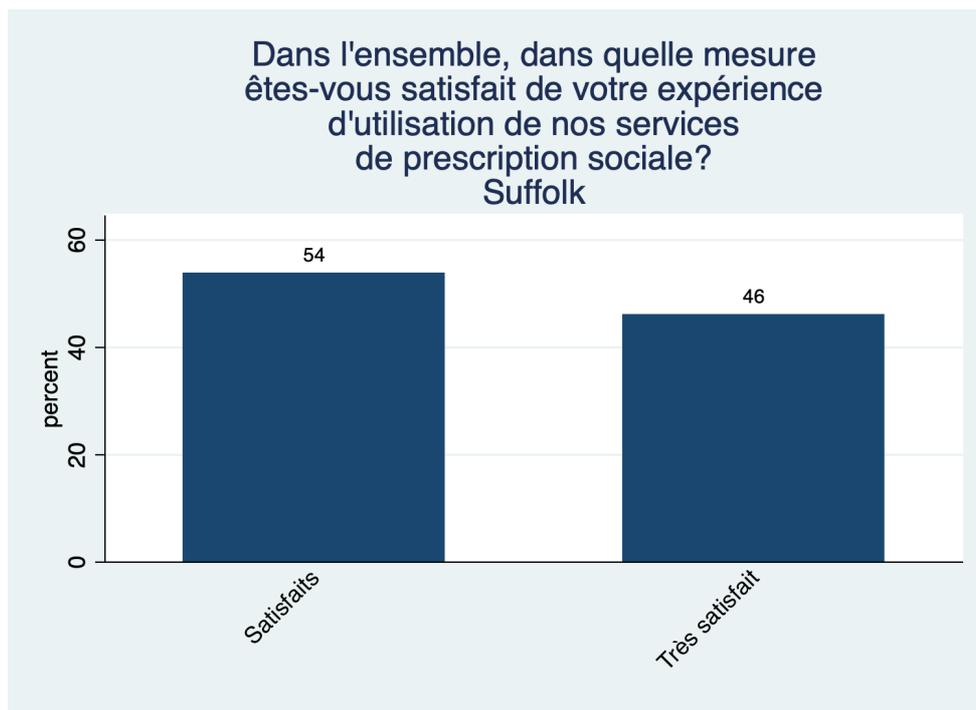


Figure 54. Satisfaction des bénéficiaires à l'égard de Connected Communities à un moment donné - L'Eure et le Suffolk

## L'utilisation des services de santé et de soins sociaux

Afin d'évaluer l'impact de Connected Communities sur le système, les services de santé et les services sociaux, l'équipe de l'UoE a proposé que les partenaires enregistrent l'utilisation des services déclarée par le bénéficiaire lors de la première et de la dernière visite dans le cadre du programme. Ces services comprennent les consultations chez le médecin généraliste, les visites aux services des urgences, les visites à l'hôpital et l'utilisation des services d'aide sociale, ou les versements de l'APA en France. Le bénéficiaire est interrogé sur son utilisation de chaque service " au cours du mois dernier ".

Les partenaires ont convenu que l'utilisation des soins de santé et des services sociaux est une cible importante de l'impact de la prescription sociale. Toutefois, les partenaires ont décidé que ces questions d'évaluation ne devraient pas être obligatoires. Par conséquent, l'Eure et le Suffolk n'ont enregistré ces informations qu'une seule fois pour chaque bénéficiaire. Le Kent n'a pas partagé cette information avec les partenaires.

Medway l'a fourni lors de la première et de la dernière visite des bénéficiaires. Le Suffolk a également fourni les données relatives à la première et à la dernière visite, mais en raison du faible nombre de réponses, l'évaluation est limitée.

### Conseil départemental de l'Eure

Dans l'Eure, en ce qui concerne les consultations chez le médecin généraliste au cours du mois précédent, 20% bénéficiaires déclarent ne pas avoir consulté de médecin généraliste, 75% déclarent avoir consulté un médecin généraliste une fois et 5% déclarent avoir consulté un médecin généraliste deux fois (Figure 55).

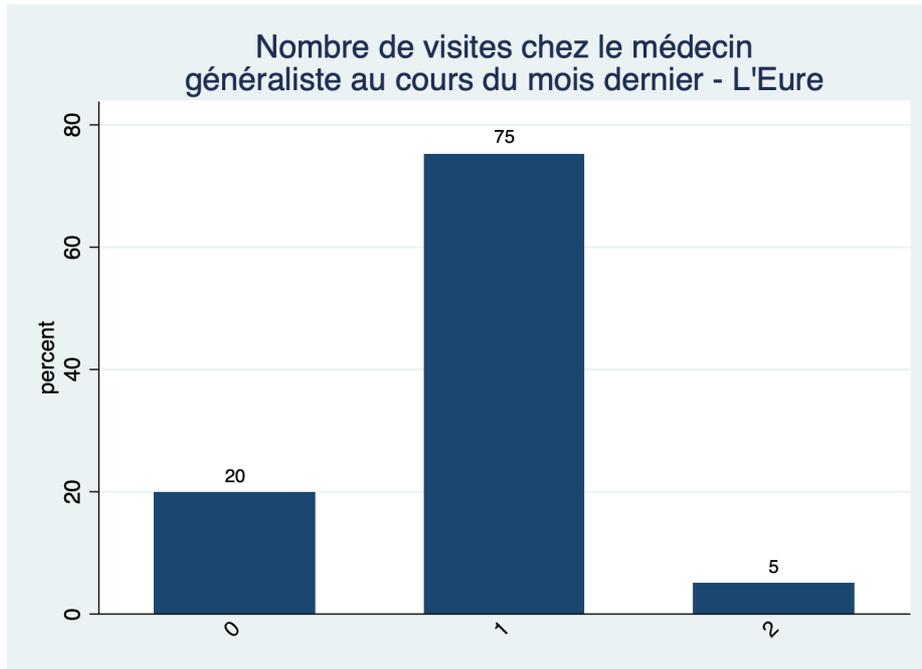


Figure 55. Consultations chez le médecin généraliste dans l'Eure au cours du mois dernier

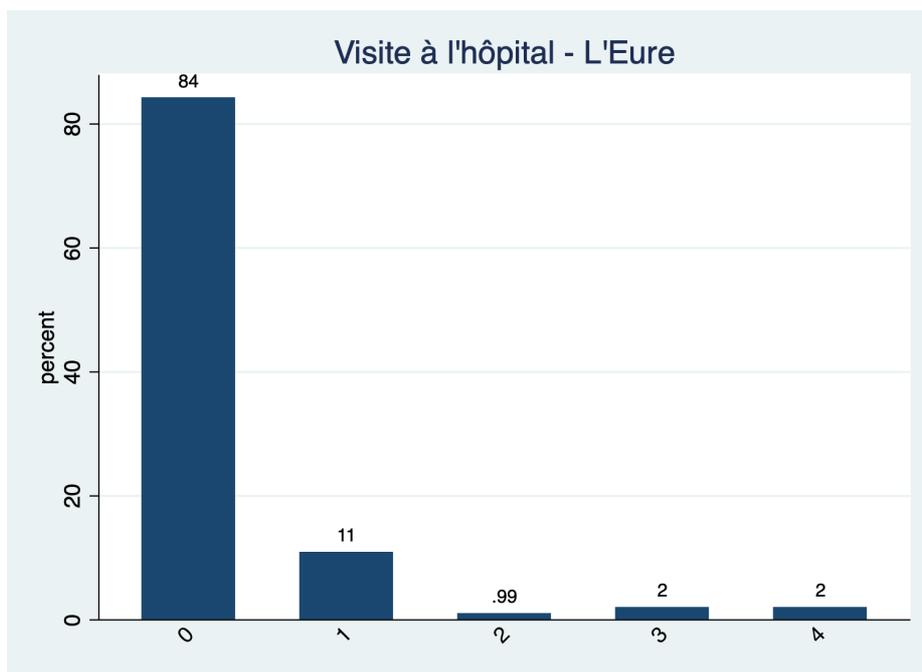


Figure 56. L'Eure - Visite à l'hôpital au cours du mois dernier

English	French
Figure 55. L'Eure GP visit in a past month	Figure 55. Consultations chez le médecin généraliste au cours du dernier mois dans l'Eure
L'Eure GP visit	L'Eure - Consultations chez le médecin généraliste

Figure 56. L'Eure hospital visit in a past month	Figure 55. Visite à l'hôpital au cours du dernier mois dans l'Eure
L'Eure hospital visit	L'Eure – Visite à l'hôpital

Dans l'Eure, les consultations à l'hôpital montrent que 84% des bénéficiaires ne se sont pas rendus à l'hôpital au cours du mois précédent, 11% s'y sont rendus une fois, 1% s'y est rendu deux fois, 2% s'y sont rendus trois fois et 2 s'y sont rendus quatre fois (Figure 56).

Les réponses de l'Eure concernant le versement de l'APA montrent que 29 % des bénéficiaires ont déclaré aux connecteurs qu'ils percevaient une allocation d'autonomie (Figure 57).

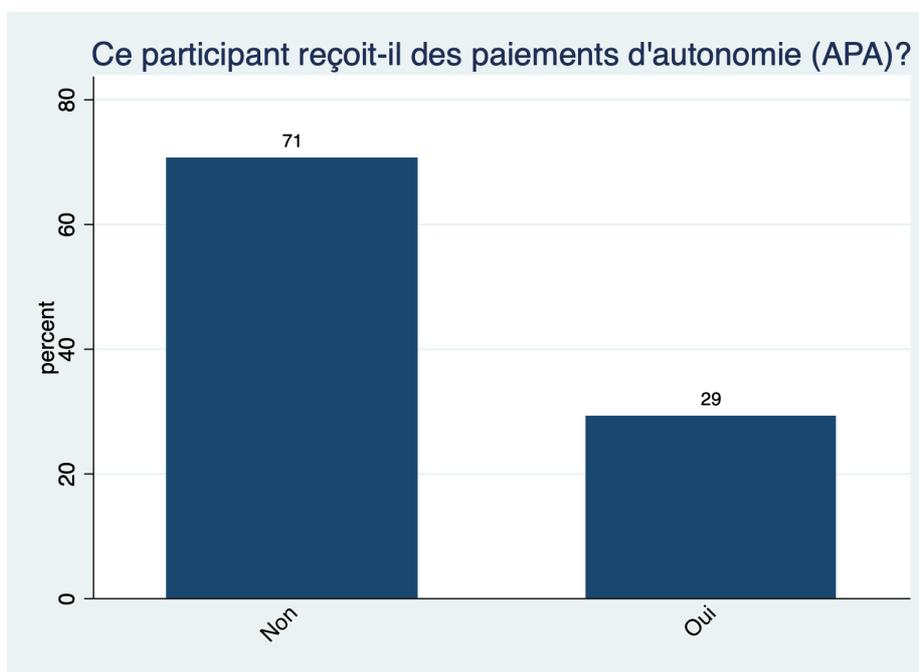


Figure 57. L'Eure - Recours à l'APA

### Conseil de Medway

Medway est le seul partenaire à avoir fourni des informations sur la première et la dernière visite pour l'utilisation des soins de santé et des services sociaux. En analysant les informations, nous constatons toutefois que peu de bénéficiaires, voire aucun, n'ont modifié leurs réponses au fil du temps. Il n'y a donc aucune différence dans l'utilisation des soins de santé et des services sociaux.

A Medway, la Figure 58 , la Figure 59 , la Figure 60 , et la Figure 61montrent que :

- 90 % des bénéficiaires déclarent ne pas avoir consulté de médecin généraliste au cours du mois précédent ;
- 57 % des bénéficiaires déclarent ne pas s'être rendus aux urgences, à l'hôpital ou avoir eu recours aux services sociaux au cours du mois précédent ;

- 22 % des bénéficiaires déclarent s'être rendus aux urgences, à l'hôpital ou avoir eu recours aux services sociaux une fois au cours du mois précédent.



Figure 58. Medway - Consultations chez le médecin généraliste au cours du mois dernier

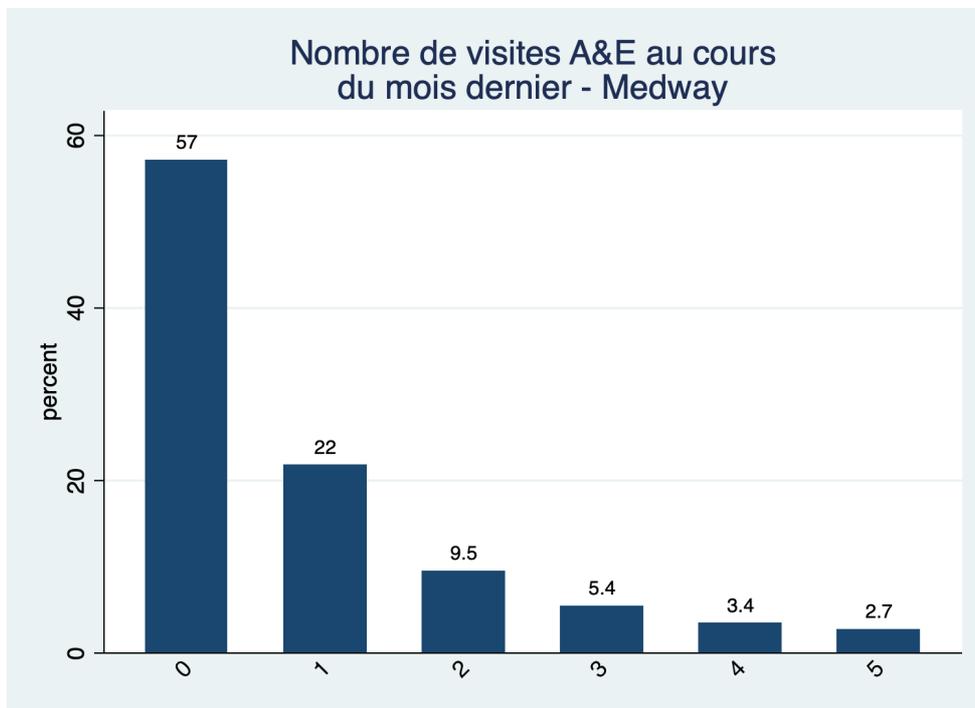


Figure 59. Medway - Visites aux services des urgences au cours du mois dernier

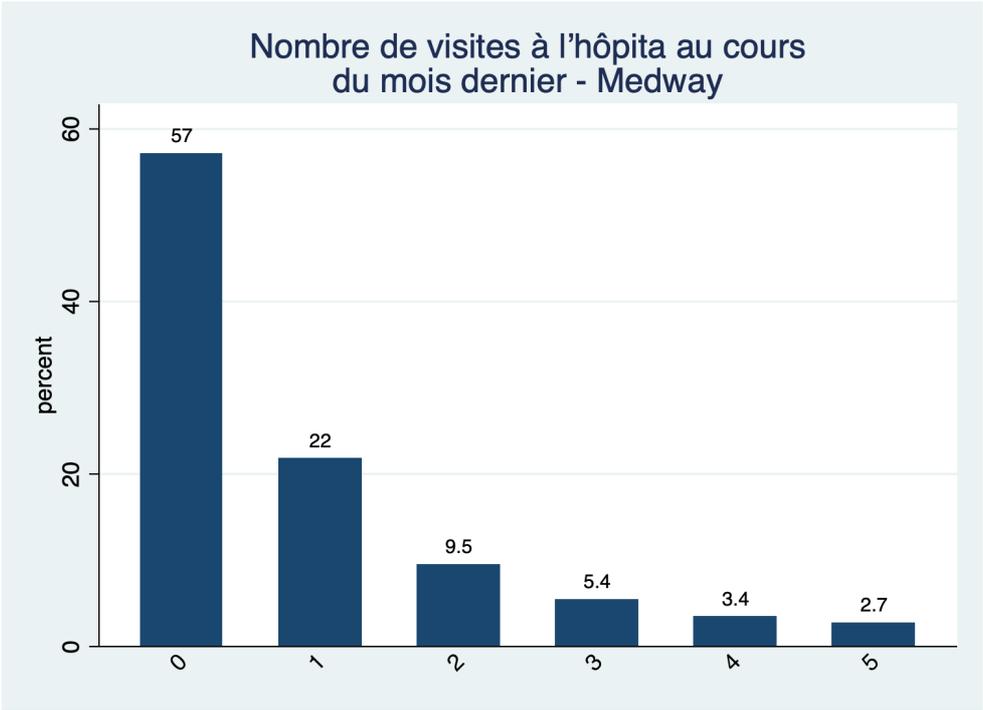


Figure 60. Medway - Visites à l'hôpital au cours du mois dernier

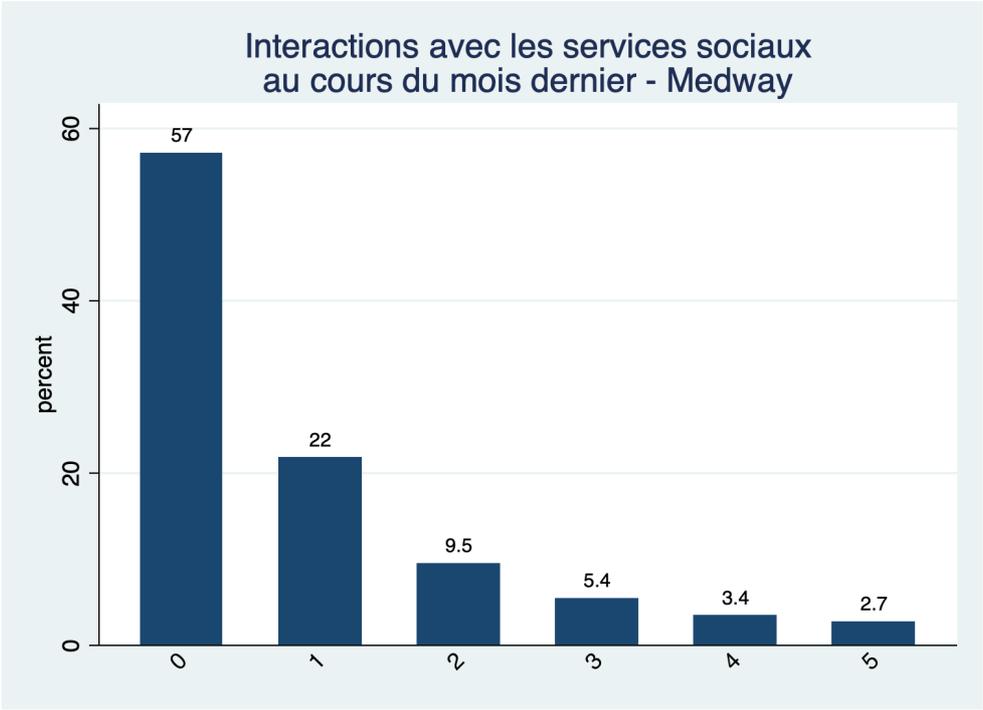


Figure 61. Utilisation des services sociaux – Medway

## Conseil du Suffolk

Le Suffolk a fourni des informations sur les consultations chez le médecin généraliste pour 4 personnes, dont 2 ont déclaré avoir consulté un médecin généraliste une fois, 1 deux fois, 1 trois fois et 1 quatre fois. Un bénéficiaire du Suffolk a déclaré s'être rendu deux fois aux urgences. Le Suffolk ne rapporte pas le nombre de visites à l'hôpital.

## La participation à d'autres programmes de prescription sociale

### Conseil de Medway

Medway est le seul partenaire à avoir interrogé les bénéficiaires sur leur participation à d'autres programmes de prescription sociale hormis Connected Communities. Cette question leur a été posée lors de leur première et de leur dernière visite :

- 58 bénéficiaires ont déclaré ne pas participer à d'autres programmes sociaux lors de leur première visite et 53 lors de leur dernière visite (ligne jaune, Figure 62).
- 3 bénéficiaires ont déclaré participer à d'autres programmes de prescription sociale une fois par semaine, ce nombre atteignant 5 lors de la dernière visite (ligne grise, Figure 62).
- 0 bénéficiaire a répondu qu'il participait à d'autres programmes de prescription sociale 2 à 5 fois par semaine et 4 bénéficiaires l'ont déclaré lors de leur dernière visite. (ligne bleue, Figure 62 ).
- 1 bénéficiaire a répondu moins d'une fois par mois lors de la première visite et 0 bénéficiaire a répondu dans cette catégorie lors de la dernière visite (ligne orange, Figure 62).

Cette information est utile pour plusieurs raisons :

- 1) la majorité des bénéficiaires de Medway n'ont pas participé à d'autres programmes de prescription sociale et, par conséquent, les changements observés dans leur état de santé ne sont pas dus à leur participation à d'autres programmes de prescription sociale ;
- 2) Le programme Connected Communities a touché des personnes que d'autres programmes de prescription sociale n'ont pas encore réussi à atteindre.
- 3) 5 personnes sur 62 ont commencé à participer à d'autres programmes de prescription sociale tout en prenant part au projet Connected Communities - il est possible que la participation à un programme permette un plus grand engagement dans d'autres programmes et activités communautaires.

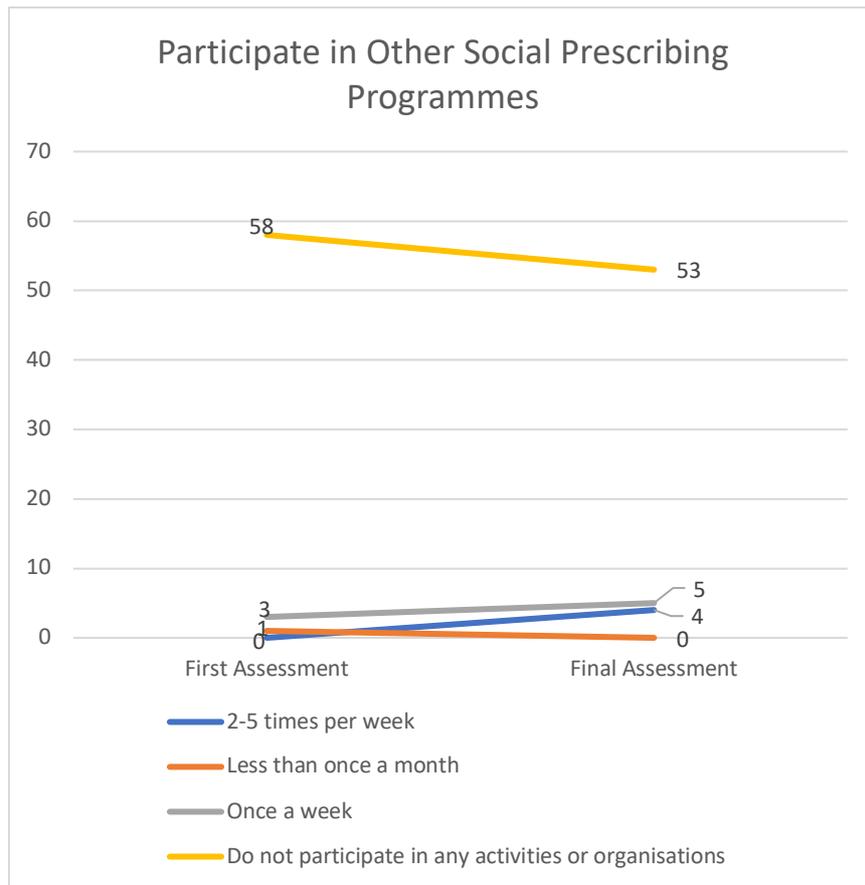


Figure 62. Participez-vous actuellement à un autre programme de prescription sociale ou à un programme de nature similaire ? Si oui, à quelle fréquence ?

English	French
Figure 62. Are you currently participating in any other social prescribing programme or a programme of a similar nature? If yes, how often?	Figure 62. Participez-vous actuellement à un autre programme de prescription sociale ou à un programme de nature similaire ? Si oui, à quelle fréquence ?
Participates in any other social prescribing programmes	Participation à d'autres programmes de prescription sociale
First assessment	Première évaluation
Final assessment	Évaluation finale
2-5 times per week	2 à 5 fois par semaine
Less than once a month	Moins d'une fois par mois
Once a week	Une fois par semaine
Do not participate in any activities or organisations	Ne participe à aucune activité ou organisation

## Suivi

De sa propre initiative, le Kent a créé un questionnaire de suivi supplémentaire pour évaluer plus en détail l'opinion des bénéficiaires concernant la qualité du service et la satisfaction à l'égard du programme. A été également recueilli l'avis des bénéficiaires, après le programme, sur leur capacité à maintenir les changements apportés au cours de leur participation au programme. Le Kent rapporte que 39,1 % des bénéficiaires sont tout à fait d'accord et 34,8 % sont d'accord pour dire qu'ils peuvent maintenir les

changements de mode de vie que les connecteurs les ont aidés à mettre en place (Figure 63).

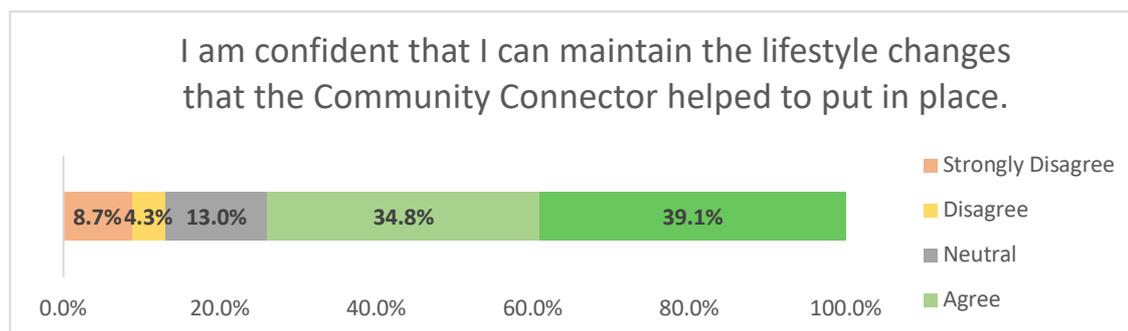


Figure 63. Le Kent, questionnaire de suivi - graphique fourni par le Kent

English	French
Figure 63. Kent, follow-up questionnaire - graph provided by Kent	Figure 63. Kent, follow-up questionnaire - graph provided by Kent
I am confident that I can maintain the lifestyle changes that the Community Connector helped to put in place.	Je suis convaincu de pouvoir maintenir les changements de mode de vie que le connecteur communautaire a contribué à mettre en place.
Strongly disagree	Pas du tout d'accord
Disagree	Pas d'accord
Neutral	Neutre
Agree	D'accord

#### 4 Analyses à l'échelle de la communauté (Livrable T3.1.2 : Rapports communautaires, de comtés et nationaux (Community, County and National Reports) - CCNR)

La faible quantité de données reçues par l'équipe de l'UoE à l'échelle de la communauté empêche de procéder à des analyses et à des estimations significatives de l'impact de Connected Communities. Nous présentons donc ci-dessous des données qui donnent un aperçu descriptif de l'évolution des coûts des soins et du nombre de demandes d'assistance dans différentes catégories de coûts à court et à long terme. Il ne s'agit en aucun cas d'une affirmation de l'impact de Connected Communities.

On observe une tendance générale chez les trois partenaires anglais, à savoir des coûts élevés (Medway, Kent, Suffolk) et une augmentation des coûts des soins résidentiels (Medway, Suffolk) au cours des deux ou trois dernières années. Il est intéressant de noter que le nombre de demandes de services de soins à domicile augmente également. Admettons qu'une augmentation des coûts des soins résidentiels conduise à recourir davantage aux services de soins à domicile, nous pouvons voir comment ces hausses accentuent l'intérêt et la nécessité des services de prescription sociale.

Nous conseillons aux autorités locales de tester et d'explorer de manière plus approfondie la corrélation éventuelle entre l'augmentation des coûts des soins

résidentiels et son impact sur d'autres services de soins sociaux tels que les soins à domicile. Si le lien existe, le recours aux soins à domicile exerce une pression supplémentaire sur les soignants et les agences de soins, ce qui nécessite davantage de ressources et de temps de la part du personnel de ce secteur. Une meilleure compréhension des tendances en matière de soins sociaux permettrait également aux services de prescription sociale d'adapter leurs programmes de prescription sociale afin d'atténuer l'augmentation de l'utilisation des soins sociaux. L'impact de la prescription sociale sur l'utilisation des soins sociaux est le domaine le moins étudié de la prescription sociale.

## Statistiques descriptives de base

### Conseil du Kent

Le Kent a fourni des données agrégées à l'échelle de la communauté pour les zones pilotes et les zones de comparaison. Ces informations font état de l'utilisation des soins à court et à long terme pour la période allant de juin 2018 à décembre 2022. Les catégories de soins comprennent : les paiements directs, les soins à domicile, les soins infirmiers de longue durée, les soins résidentiels de longue durée et l'aide à la vie autonome. La Figure 64 montre les coûts mensuels des soins dans l'ensemble du Kent. La ligne jaune indique une augmentation des coûts des soins résidentiels, tandis que la ligne bleu clair indique une augmentation des coûts des services d'aide à la vie autonome (Supporting Independence Service, SIS). Les dépenses les moins élevées sont les soins à domicile, les paiements directs et les soins infirmiers.

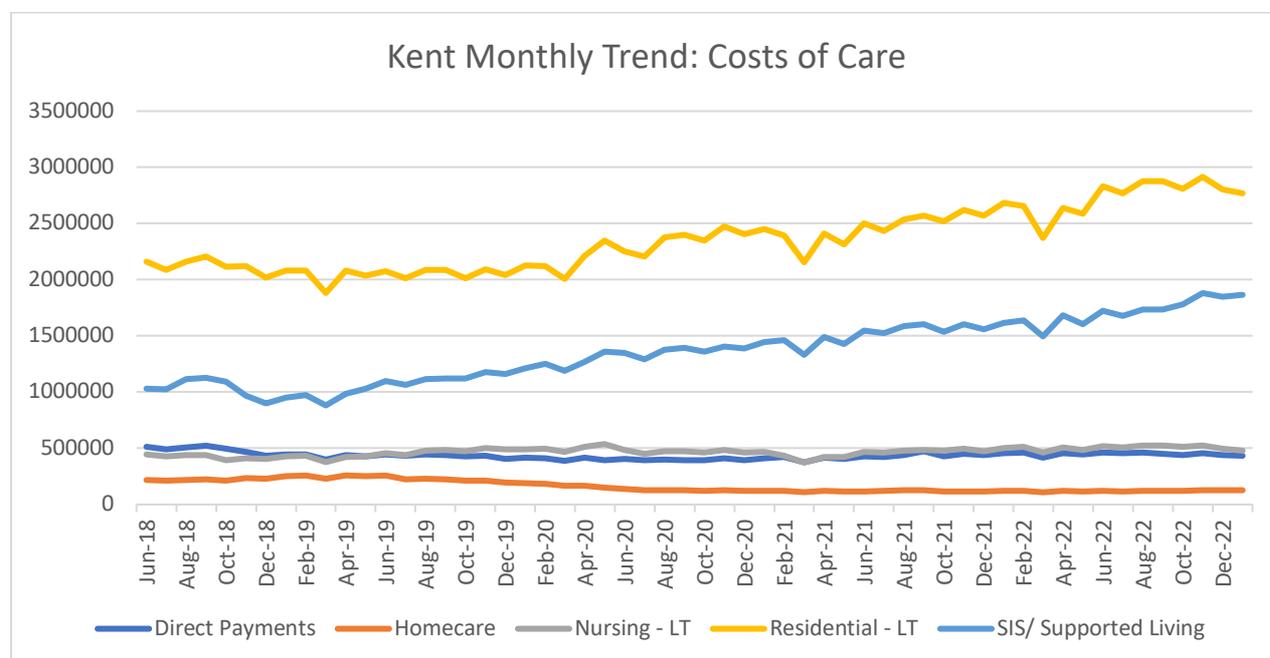


Figure 64. Tendence mensuelle dans le Kent - Coûts des soins

English	French
Figure 64. Kent Monthly Trend - Costs of Care	Figure 64 - Tendence mensuelle dans le Kent - Coûts des soins

Direct payments	Paiements directs
Homecare	Soins à domicile
Nursing -LT	Soins infirmiers de longue durée
Residential – LT	Soins résidentiels de longue durée
SIS/supported living	Aide à la vie autonome

Jan	Janv
Feb	Févr
Mar	Mars
Apr	Avr
May	Mai
Jun	Juin
Jul	Juill
Aug	Août
Sep	Sept
Oct	Oct
Nov	Nov
Dec	Déc

Le Kent a également partagé des données sur le nombre de demandes de soins, en indiquant " <10 " lorsque le nombre de clients par catégorie était inférieur à 10 personnes. La Figure 65 montre que le plus grand nombre de demandes entre juin 2018 et décembre 2022 a été reçu pour des soins à domicile, passant d'environ 790 demandes à 840. Bien qu'il s'agisse de l'option de soins la plus coûteuse, le nombre de demandes de soins résidentiels arrive en deuxième position, après le nombre de demandes de soins à domicile (ligne jaune, Figure 65). L'augmentation la plus marquée au fil du temps concerne les services d'aide à la vie autonome (SIS), passant d'environ 450 en avril 2018 à 590 en décembre 2022. En comparaison, les demandes de paiements directs ont diminué (de 450 à 320, ligne bleu foncé). Le nombre de demandes de soins infirmiers est resté relativement stable (ligne grise).

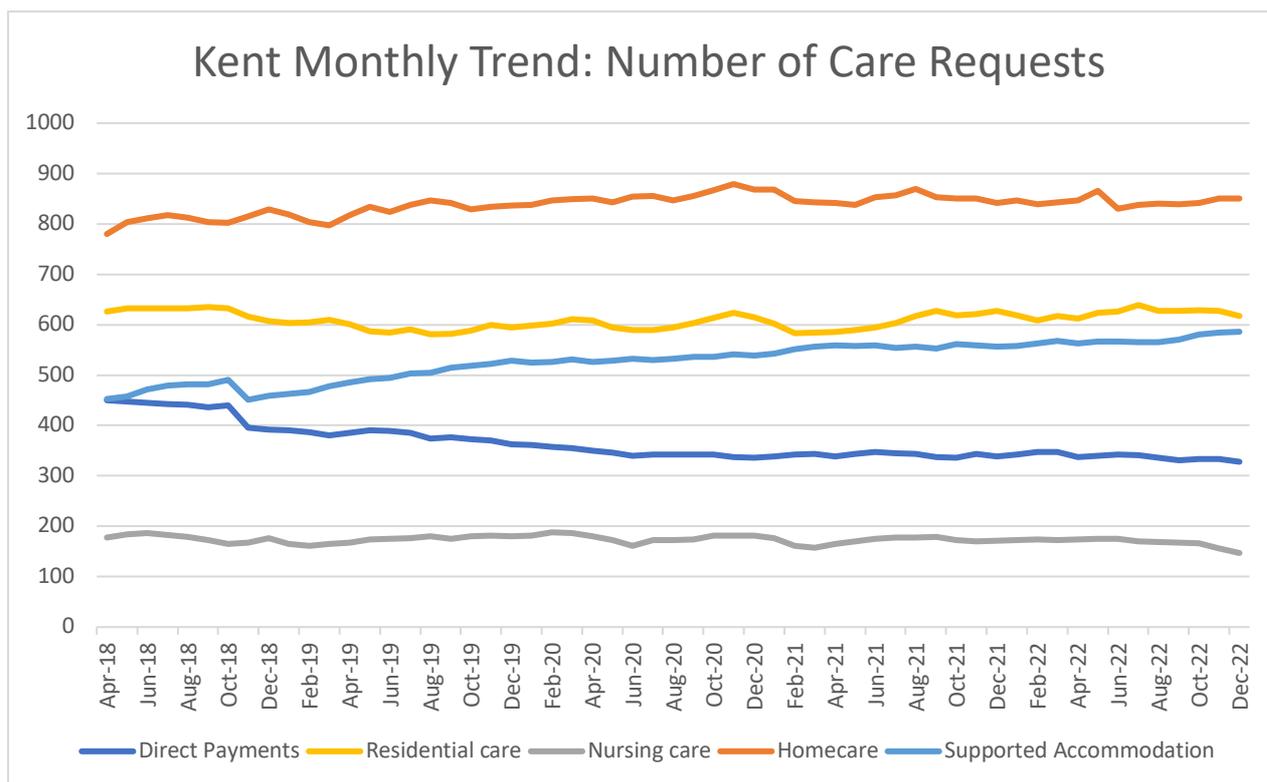


Figure 65. Tendence mensuelle dans le Kent - Nombre de demandes de soins

English	French
Figure 65. Kent Monthly Trend – Number of Care Requests	Figure 65. Tendence mensuelle dans le Kent - Nombre de demandes de soins
Direct payments	Paiements directs
Residential care	Soins résidentiels
Nursing care	Soins infirmiers
Homecare	Soins à domicile
Supported accommodation	Logement accompagné

L'augmentation des coûts des soins résidentiels et du logement accompagné, ainsi que qu'une hausse des demandes de soins à domicile, de soins résidentiels et de logement accompagné, montre qu'il existe un besoin continu de prescription sociale dans le Kent.

Les tendances observées dans les zones où Connected Communities a été mis en œuvre (zones pilotes) par rapport aux zones où le programme n'a pas été mis en œuvre (zones de comparaison/non-pilotes) indiquent que les besoins en matière de soins à domicile, de soins résidentiels et de services d'aide à la vie autonome, tels que reflétés dans le nombre de demandes de soins (Figure 66 ;Figure 67 ; Figure 68) et les coûts (Figure 69 ;Figure 70 ; Figure 71), sont plus élevés dans les zones pilotes par rapport aux zones non pilotes tout au long de la période allant d'avril 2018 à décembre 2022.

Comme mentionné ci-dessus, nous ne sommes pas en mesure de tester l'impact de Connected Communities sur le nombre de demandes pour chacun des services de soins présentés dans cette section, étant donné que le nombre de données à l'échelle

individuelle fournies pour l'analyse est faible. Cependant, si nous disposions d'une quantité suffisante de données pour effectuer des analyses, nous devrions d'abord faire correspondre ou trouver des moyens de prendre en compte les différences entre les caractéristiques des zones pilotes et non pilotes (importance démographique, âge, revenus, éducation, ressources telles que d'autres programmes de prescription sociale et possibilités de collaboration avec le secteur VCSE, etc.) Ensuite, nous pourrions tester l'impact des changements dans les résultats individuels à l'échelle de la communauté.

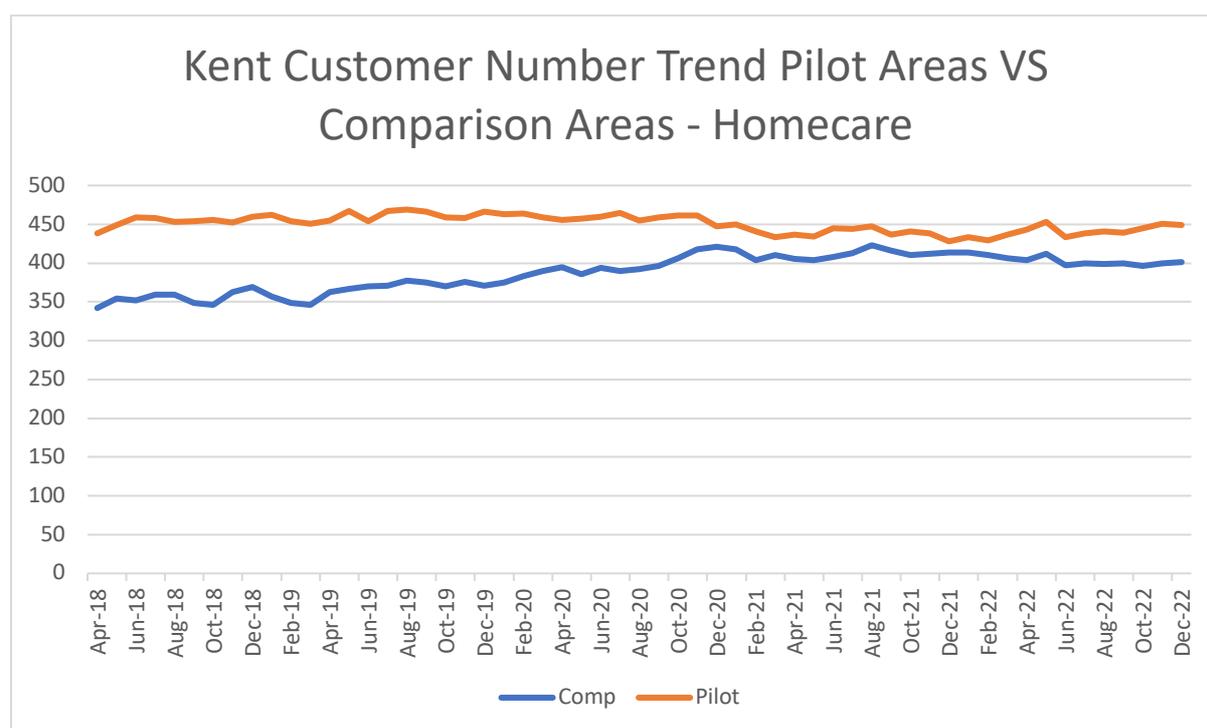


Figure 66 . Soins à domicile dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Nombre de demandes de soins

English	French
Figure 66. Kent Homecare: Comparison vs Pilot area – Number of Care Requests	Figure 66. Soins à domicile dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Nombre de demandes de soins
Kent Customer Number Trend Pilot Area VS Comparison Areas - Homecare	Tendance du nombre de clients dans le Kent : zone pilote et zones de comparaison - soins à domicile
Comp	Comparaison
pilot	Pilote

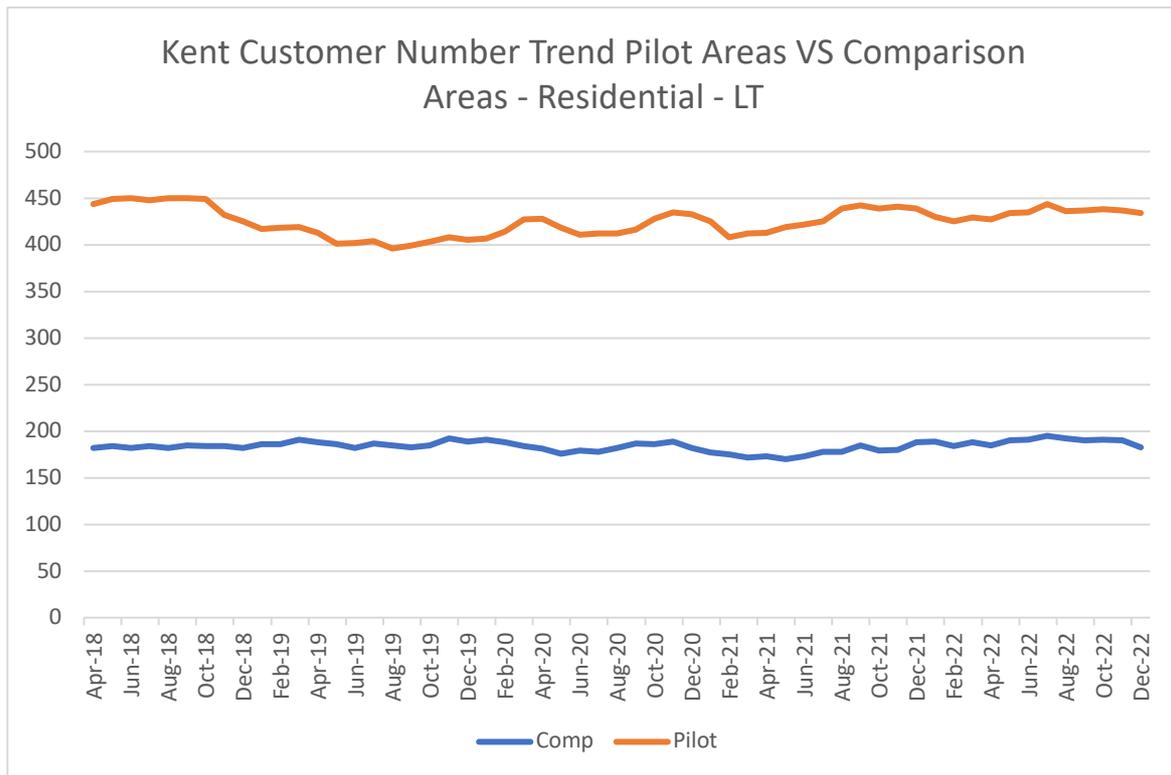


Figure 67. Soins résidentiels dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Nombre de demandes de soins

English	French
Figure 67. Kent Residential: Comparison vs Pilot area – Number of Care Requests	Figure 67. Soins résidentiels dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Nombre de demandes de soins
Kent Customer Number Trend Pilot Area VS Comparison Areas – Residential LT	Tendance du nombre de clients dans le Kent : zone pilote et zones de comparaison – soins résidentiels de longue durée
Comp	Comparaison
pilot	Pilote

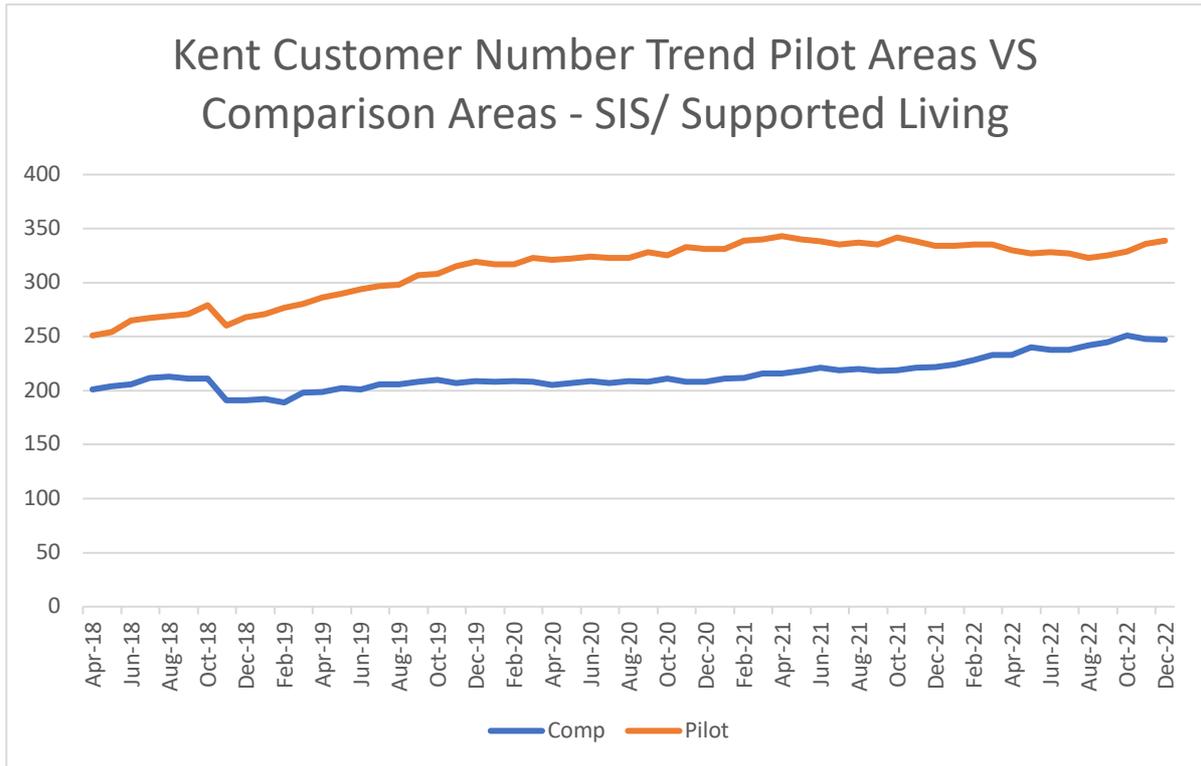


Figure 68. Services d'aide à la vie autonome (SIS) dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Nombre de demandes de soins

English	French
Figure 68. Kent SIS/Supported Living: Comparison vs Pilot area – Number of Care Requests	Figure 68. Services d'aide à la vie autonome (SIS) dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Nombre de demandes de soins
Kent Customer Number Trend Pilot Area VS Comparison Areas – SIS/Supported Living	Tendance du nombre de clients dans le Kent : zone pilote et zones de comparaison – Services d'aide à la vie autonome (SIS)
Comp	Comparaison
pilot	Pilote

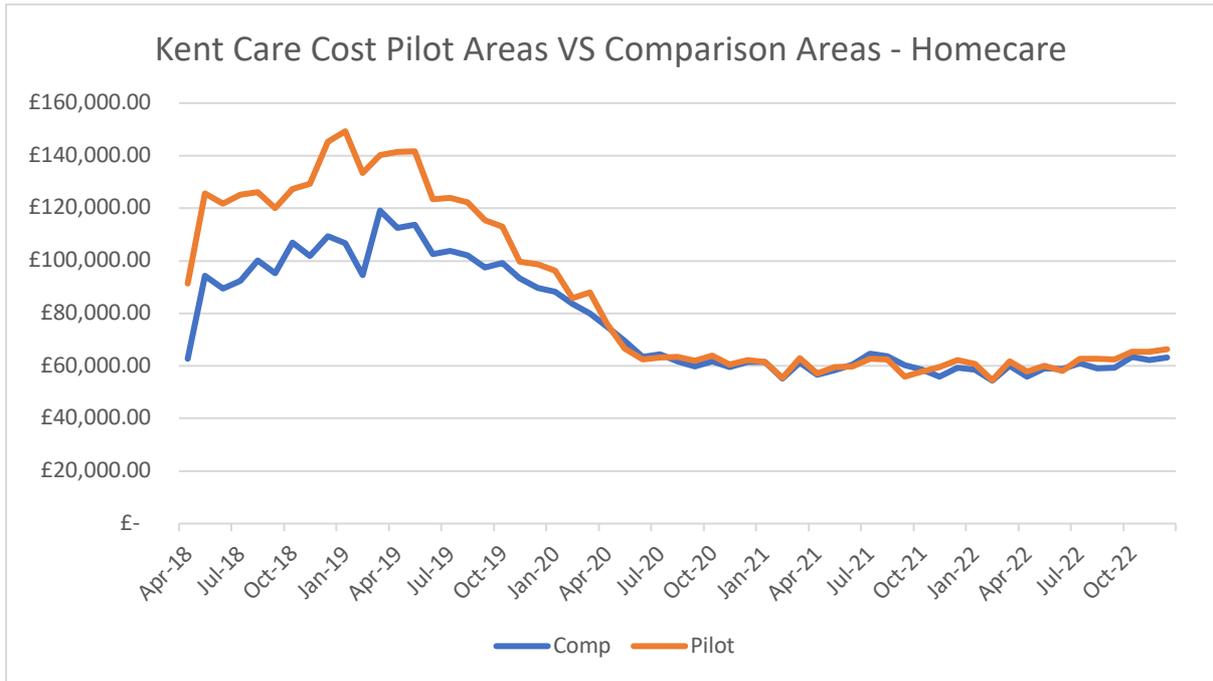


Figure 69. Soins à domicile dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Coût des soins

English	French
Figure 69. Kent Homecare: Comparison vs Pilot area – Cost of Care	Soins à domicile dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Coût des soins
Kent care cost Pilot Areas VS Comparison Areas - Residential	Coût des soins dans le Kent : zones pilotes VS zones de comparaison - soins à domicile

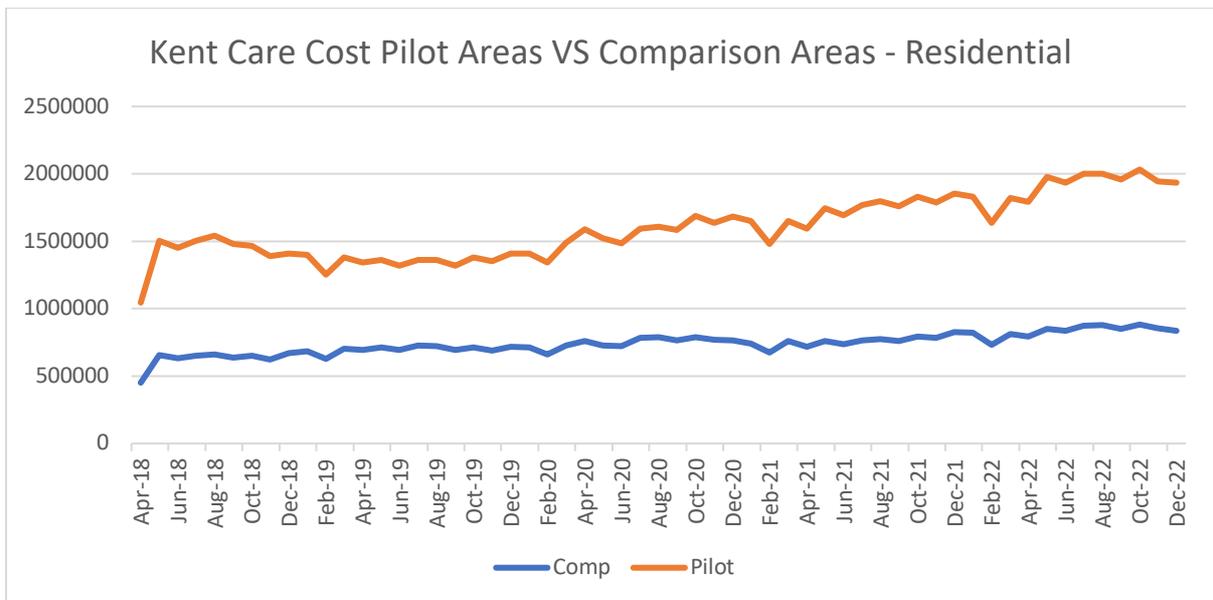


Figure 70. Soins résidentiels dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Coût des soins

English	French
Figure 70. Kent Residential: Comparison vs Pilot area – Cost of Care	Soins résidentiels dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Coût des soins
Kent care cost Pilot Areas VS Comparison Areas - Residential	Coût des soins dans le Kent : zones pilotes VS zones de comparaison - Soins résidentiels

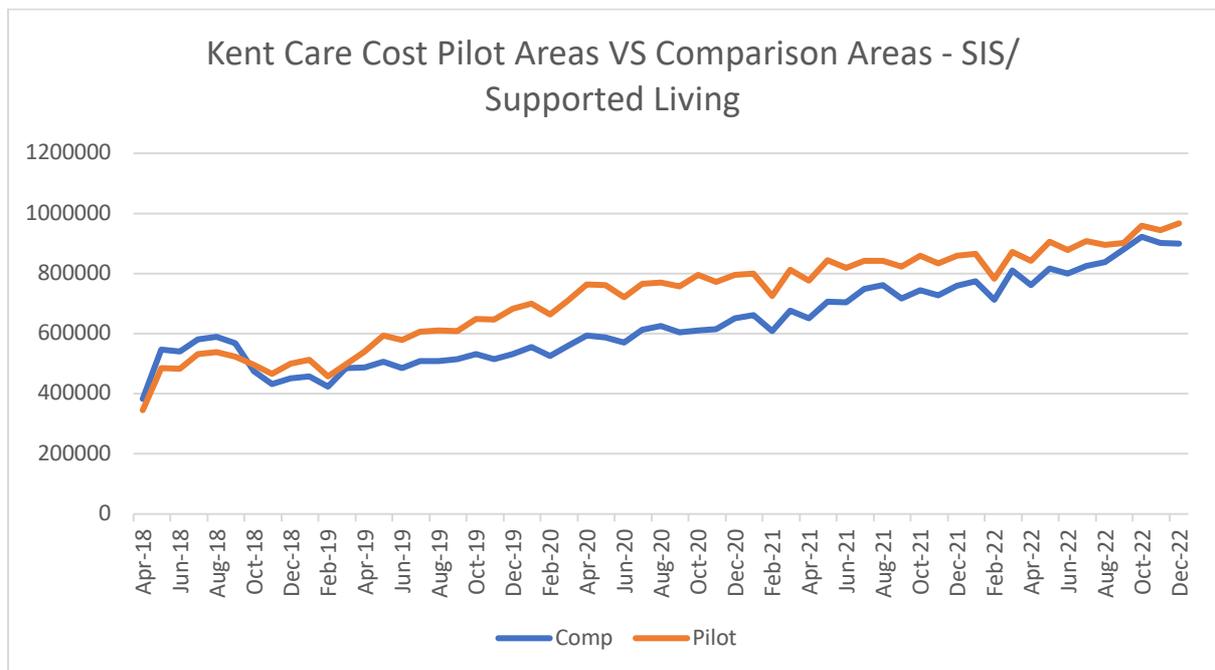


Figure 71. Services d'aide à la vie autonome (SIS) dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Coût des soins

English	French
Figure 71. Kent SIS/Supported Living: Comparison vs Pilot area – Cost of Care	Figure 71. Services d'aide à la vie autonome (SIS) dans le Kent : zones de comparaison vs zones pilotes - Coût des soins
Kent care cost Pilot Areas VS Comparison Areas - SIS/Supported Living	Coût des soins dans le Kent : zones pilotes VS zones de comparaison - Services d'aide à la vie autonome (SIS)

*Conseil départemental de l'Eure*

L'Eure n'a pas fourni de données détaillées à l'échelle communautaire, mais seulement des données annuelles sur les impôts (2017), les revenus (2017), le nombre de personnes âgées en maison de retraite et les dépenses (2019), et le nombre de personnes bénéficiant de l'APA (Allocation personnalisée d'autonomie) et les dépenses pour l'ensemble du territoire de l'Eure (2019), comme le montre le Tableau 8 .

Taux de chômage (en <b>2017</b> )	13,4% <i>Source : Insee, RP2007, RP2012 et RP2017, exploitations principales, géographie au 01/01/2020.</i>
Revenu médian (en <b>2017</b> )	13,9€ (salaire net horaire moyen) 21 060€ (médiane du revenu disponible par unité de consommation) <i>Sources :</i> -Insee, Déclaration annuelle de données sociales (DADS) et déclarations sociales nominatives (DSN), fichier salariés au lieu de résidence en géographie au 01/01/2020. -Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal (FiLoSoFi) en géographie au 01/01/2020.
Nombre de personnes en EHPAD (en <b>2019</b> )	<b>Nombre de places : 4 950</b> <b>Taux d'occupation moyen : entre 96, % et 98 %</b> <i>Source : Département de l'Eure</i>
Montant des dépenses effectuées en EHPAD (en <b>2019</b> )	*Aide sociale à l'hébergement : 30 608 829 euros *APA en établissement : 15 767 464 euros <b>TOTAL : 46 376 293 €</b> <i>Source : Département de l'Eure:</i>
Nombre de personnes recevant l'APA en établissement (en <b>2019</b> )	<b>3 682 au 31/12/2019</b> <i>Source : Département de l'Eure</i>
Montant des dépenses effectuées pour l'APA en établissement (en <b>2019</b> )	<b>15 767 464 €</b> <i>Source: Département de l'Eure</i>
Nombre de personnes recevant l'APA à domicile (en <b>2019</b> )	<b>5,935 au 31/12/2019</b> <i>Source: Département de l'Eure</i>
Montant des dépenses effectuées pour l'APA à domicile (en <b>2019</b> )	<b>25 881 472 €</b> <i>Source: Department of l'Eure</i>

Tableau 8. Informations à l'échelle de la communauté pour l'Eure

### Conseil de Medway

Medway a fourni des données sur les coûts annuels des soins de janvier 2019 à mars 2022 et des données mensuelles sur le nombre de clients de janvier 2019 à octobre 2022. Comme dans le Kent, le coût des soins résidentiels est le plus élevé de tous les autres coûts de soins à Medway (Figure 72). La deuxième catégorie la plus coûteuse

est celle des " autres soins de longue durée ", suivie des paiements directs, des soins à domicile, des soins infirmiers et du logement accompagné. La Figure 72 montre une augmentation de la tendance annuelle du coût des soins pour les " autres soins de longue durée ", les soins infirmiers et le logement accompagné. Il est intéressant de noter que l'évolution des coûts des soins résidentiels est similaire à celle des coûts des soins à domicile. Pour cette raison et d'autres mentionnées dans les sections précédentes, la relation entre les soins résidentiels et les soins à domicile devrait être examinée de façon approfondie.

En ce qui concerne le nombre de demandes de soins, le plus grand nombre de demandes concerne les soins à domicile, avec de légères augmentations et diminutions au cours de la période janvier 2019-septembre 2022, la tendance actuelle étant à l'augmentation. Le nombre de demandes de prise en charge pour les soins résidentiels, les paiements directs, le logement accompagné, les soins infirmiers et les " autres soins de longue durée " semble relativement inchangé sur la période janvier 2019-septembre 2022.

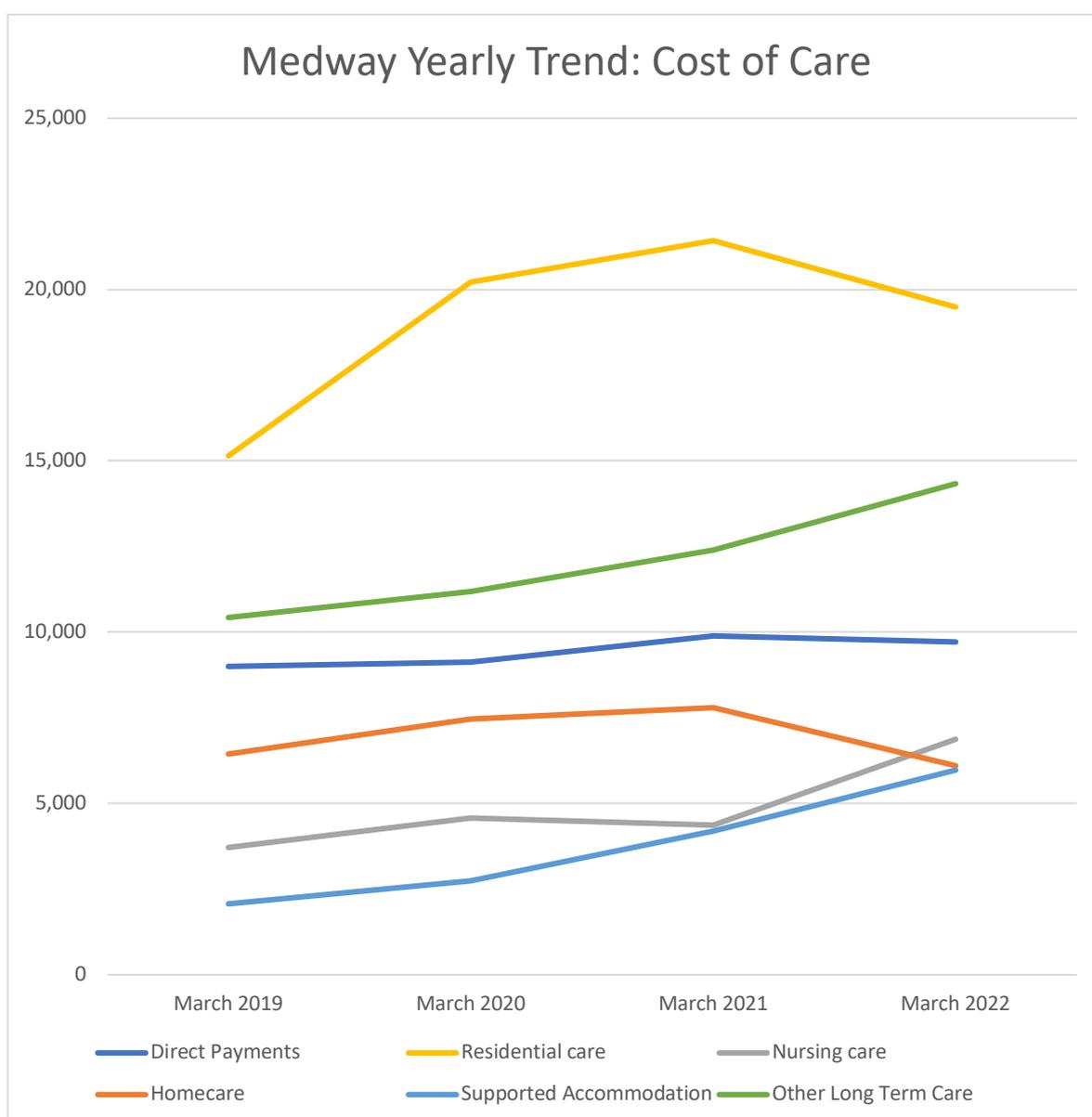


Figure 72. Tendance annuelle à Medway - Coût des soins

English	French
Figure 72. Medway Yearly Trend – Cost of Care	Figure 72 - Tendence annuelle à Medway - Coût des soins
March 2019	Mars 2019
Direct Payments	Paiements directs
Homecare	Soins à domicile
Residential care	Soins résidentiels
Supported accommodation	Logement accompagné
Nursing care	Soins infirmiers
Other long term care	Autres soins de longue durée

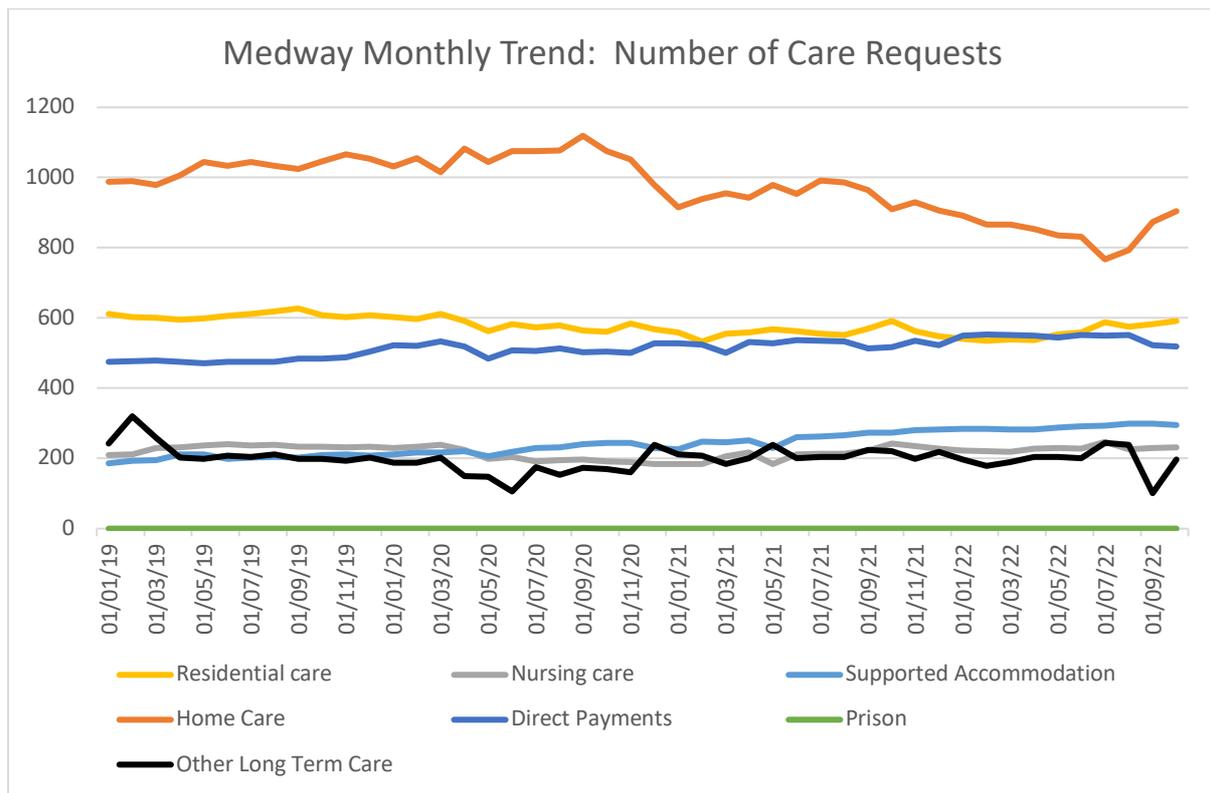


Figure 73. Tendence mensuelle à Medway - Nombre de demandes de soins

English	French
Figure 73. Medway Monthly Trend - Number of Care Requests	Figure 73. Tendence mensuelle à Medway - Nombre de demandes de soins
Medway Monthly Trend - Number of Care Requests	Tendance mensuelle à Medway - Nombre de demandes de soins
Direct Payments	Paiements directs
Homecare	Soins à domicile
Residential care	Soins résidentiels
Supported accommodation	Logement accompagné
Nursing care	Soins infirmiers
Other long term care	Autres soins de longue durée
Prison	Prison

Le Suffolk a été l'un des premiers partenaires à fournir des données détaillées à l'échelle de la communauté concernant l'utilisation des soins de courte et de longue durée, au cours de la période allant de janvier 2019 à janvier 2023. Les catégories de soins comprenaient : les paiements directs, les soins à domicile, les soins infirmiers, les soins résidentiels, les logements de soins supplémentaires et les soins de répit.

Dans le Suffolk, nous observons une augmentation des coûts des soins pour les services de soins résidentiels et de soins à domicile au cours de la période janvier 2019 - janvier 2023 et de légères augmentations des coûts des soins pour les soins infirmiers et les paiements directs à partir de mai 2022 jusqu'à janvier 2023 (Figure 74). Il est intéressant de noter que le nombre de demandes de soins à domicile est en hausse (Figure 75) et reflète la tendance à l'augmentation des coûts des soins résidentiels observée dans la Figure 74.

Figure 74 Il s'agit là d'un autre exemple où les coûts des soins résidentiels et le nombre de demandes de soins à domicile pourraient être potentiellement liés et nécessiter une enquête plus approfondie de la part des services des autorités locales et, éventuellement, de nouvelles initiatives de prescription sociale.

Dans le Suffolk, on observe une augmentation du nombre de demandes de soins pour " autres soins de longue durée " et une légère augmentation du nombre de demandes de soins résidentiels entre mai 2022 et janvier 2023. Les demandes concernant d'autres catégories de soins, telles que les paiements directs, le logement accompagné et les soins infirmiers, sont restées relativement stables au cours de la période de trois ans.

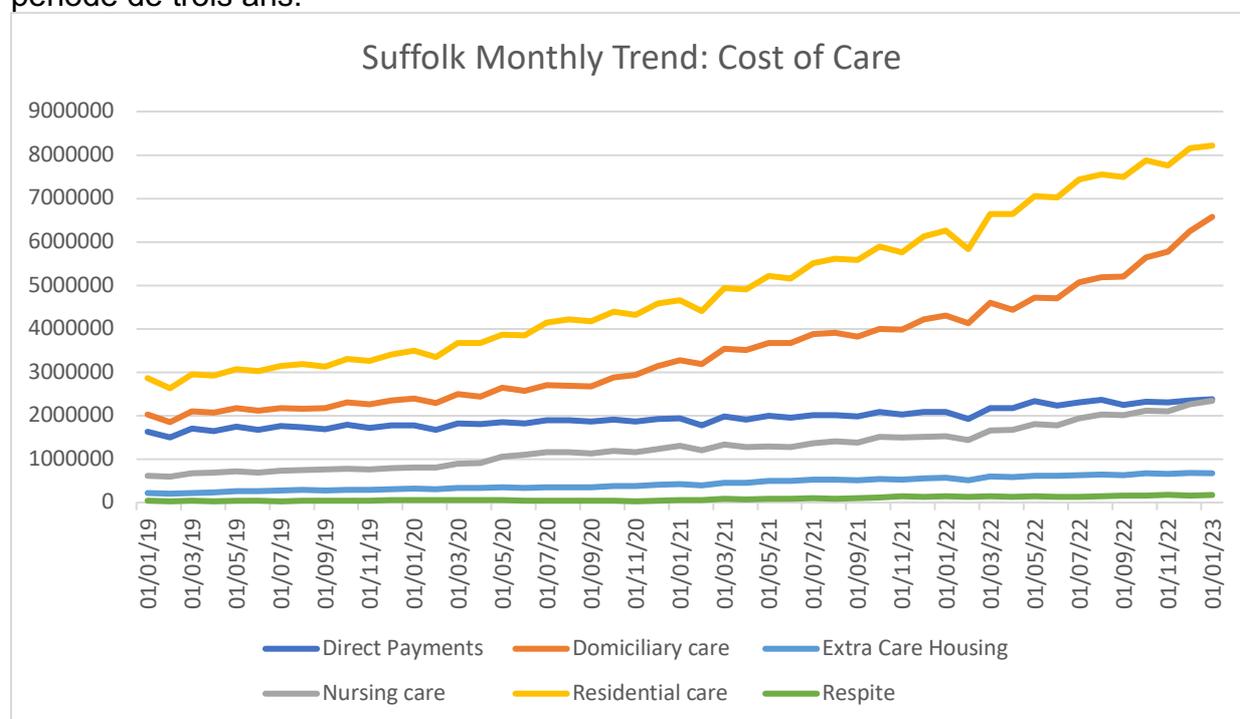


Figure 74. Tendence mensuelle dans le Suffolk - Coût des soins

English	French
Figure 74. Suffolk Monthly Trend - Cost of Care	Figure 74. Tendence mensuelle dans le Suffolk - Coût des soins
Direct payments	Paiements directs
Nursing care	Soins infirmiers
Domiciliary care	Soins à domicile
Residential care	Soins résidentiels
Extra care housing	Logement de soins supplémentaires
respite	Répit

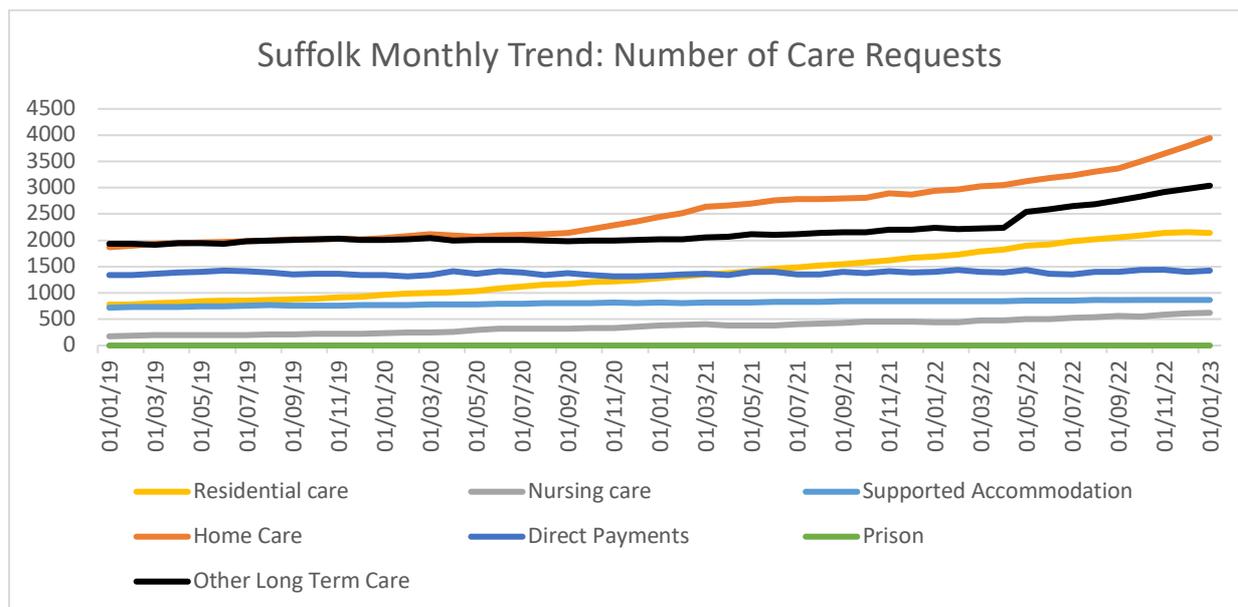


Figure 75. Tendence mensuelle dans le Suffolk - Nombre de demandes de soins

English	French
Figure 75. Suffolk Monthly Trend - Number of Care Requests	Figure 75 - Tendence mensuelle dans le Suffolk - Nombre de demandes de soins
Direct Payments	Paiements directs
Homecare	Soins à domicile
Residential care	Soins résidentiels
Supported accommodation	Logement accompagné
Nursing care	Soins infirmiers
Other long term care	Autres soins de longue durée
Prison	Prison

Étant donné le très petit nombre de données individuelles partagées par Suffolk avec l'équipe de l'UoE (19 bénéficiaires au total), il est peu probable que l'impact des changements au niveau individuel se reflète dans les résultats à l'échelle de la communauté. Les Figure 76 et Figure 77 sont présentées ici pour illustrer les possibilités d'analyse si davantage de données individuelles étaient fournies. Par exemple, la Figure 76 montre que le coût des soins à domicile à Woodbridge (zone pilote où

l'initiative Connected Communities a été mise en œuvre) et à Stowmarket (zone non pilote où le projet Connected Communities n'a pas été déployé) était identique en novembre 2020, alors que le coût des soins à domicile a diminué depuis lors à Woodbridge.

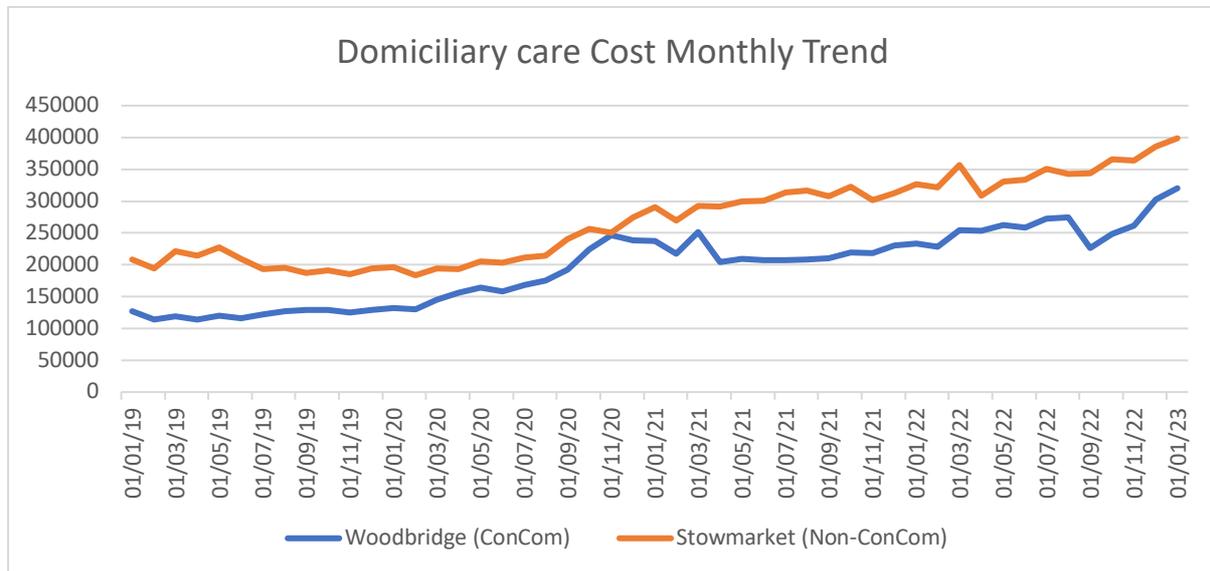


Figure 76. Comparaisons entre Woodbridge (pilote) et Stowmarket (non pilote)

English	French
Figure 76. Woodbridge (Pilot) vs Stowmarket (non-Pilot) comparisons	Figure 76. Comparaisons entre Woodbridge (pilote) et Stowmarket (non pilote)
Domiciliary care cost monthly trend	Tendance mensuelle des coûts des soins à domicile
Woodbridge (Concom)	Woodbridge (Concom)
Stowmarket ( Non-Concom)	Stowmarket ( Non-Concom)

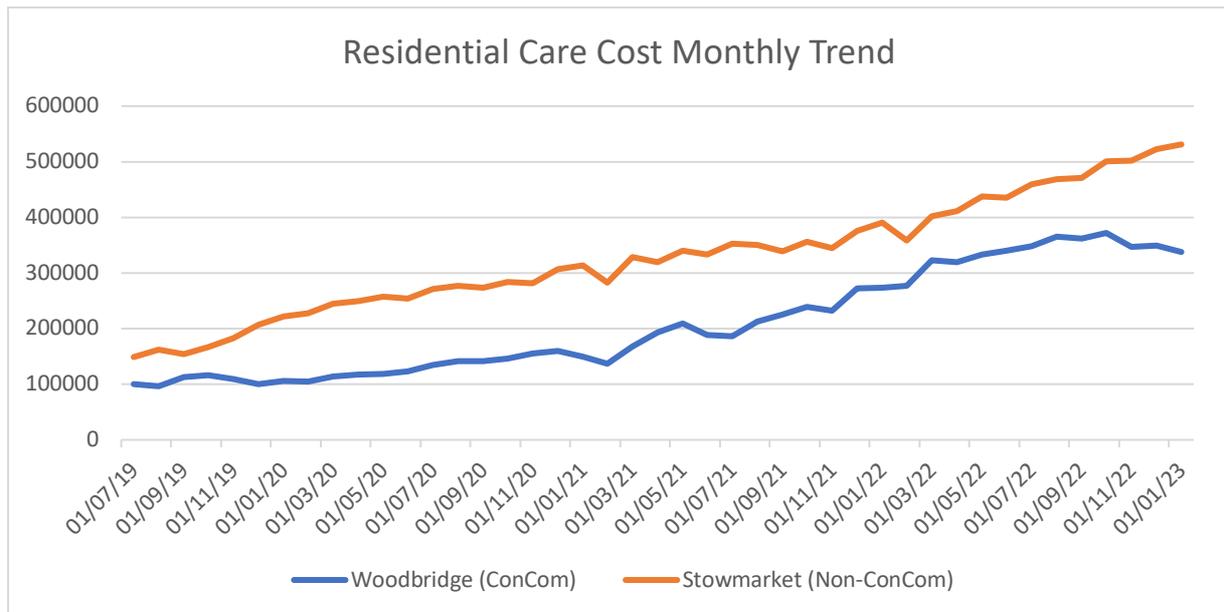


Figure 77. Comparaisons entre Woodbridge (pilote) et Stowmarket (non pilote) - Soins résidentiels

English	French
Figure 77. Woodbridge (Pilot) vs Stowmarket (non-Pilot) comparisons - Residential Care	Figure 77. Comparaisons entre Woodbridge (pilote) et Stowmarket (non pilote) - Soins résidentiels
Residential Care Cost Monthly Trend	Tendance mensuelle du coût des soins résidentiels
Woodbridge (Concom)	Woodbridge (Concom)
Stowmarket ( Non-Concom)	Stowmarket ( Non-Concom)

## 5 Renvois directs à d'autres services

Dans les cas où les connecteurs de Connected Communities décidaient qu'une personne aiguillée vers le programme ne répondait pas aux critères d'éligibilité ou avait besoin d'un type d'aide que le projet ne proposait pas, elle était orientée vers d'autres services susceptibles de répondre à ses besoins de manière plus adéquate. Les informations sur les aiguillages présentées dans les graphiques ci-dessous proviennent de la catégorie des cas mineurs. Il s'agit de personnes auxquelles les connecteurs ont consacré du temps et des efforts pour les aider, même si elles n'ont pas participé directement au programme de 12 semaines d'activités de prescription sociale de Connected Communities. Ces bénéficiaires ont été aidés à trouver de l'aide ailleurs, comme des soins spécialisés pour des besoins de santé particuliers ou des services juridiques.

Medway a fourni un niveau exceptionnel de détails concernant ses voies d'aiguillage pour les cas mineurs, y compris des informations sur les sources d'aiguillage, les raisons de l'aiguillage, les actions et le soutien que les connecteurs ont apporté à 398 personnes en plus des personnes susmentionnées qui ont suivi le programme Connected Communities de 12 semaines. La Figure 78 montre que la majorité des aiguillages vers Connected Communities ont été faites via le centre d'aide sociale

COVID (83 %), suivi par l'auto-orientation (4 %), les services sociaux pour adultes (3 %), les services bénévoles et communautaires (2 %), la famille et les amis (2 %), et les organismes de soins (2 %). Les 4 % restants provenaient de services de navigation en matière de soins (1 %), d'associations de logement (1 %), de services de soins primaires (1 %) et de sources inconnues (1 %).

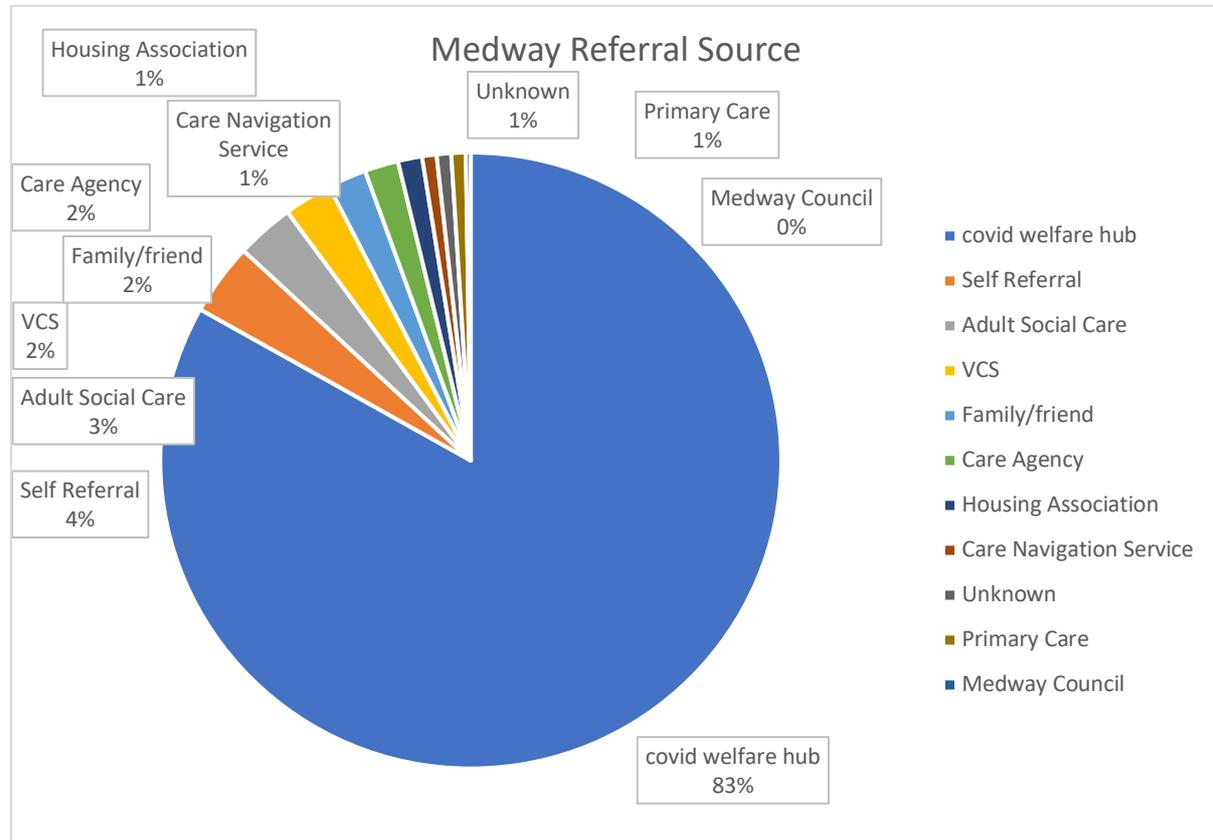


Figure 78. Sources d'aiguillage de Medway - cas mineurs

English	French
Figure 78. Medway Referral source – Soft cases	Figure 78. Sources d'aiguillage de Medway - cas mineurs
Covid welfare hub	Centre d'aide sociale COVID
Family/friend	Famille/ami
Voluntary and community services	Services bénévoles et communautaires
Self-referral	Auto-orientation
Adult social care	Services sociaux pour adultes
Care agency	Organismes de soins
Housing association	Associations de logement
Care Navigation Service	Services de navigation en matière de soins
Primary care	Services de soins primaires
Unknown	Inconnu
Medway Council	Conseil de Medway

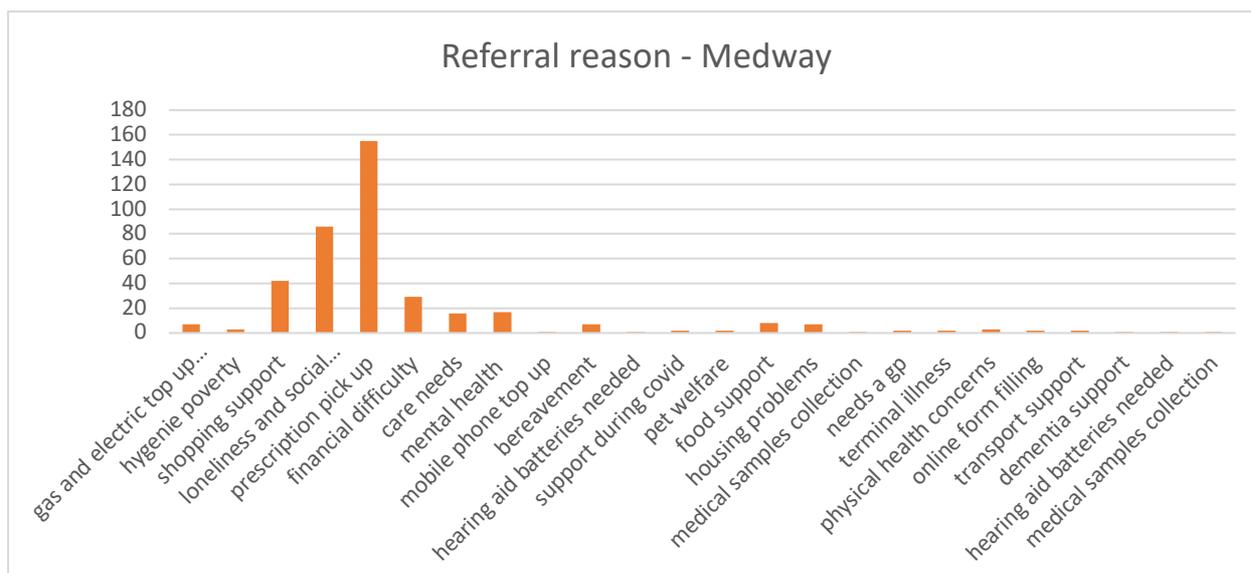


Figure 79. Motifs principaux des aiguillages - cas mineurs

English	French
Figure 79. Primary referral reason - soft cases	Figure 79. Motifs principaux des aiguillages - cas mineurs
Referral reason - Medway	Motif d'aiguillage - Medway
gas and electrical top up	Besoins en gaz et électricité
hygiene poverty	Pauvreté d'hygiène
shopping support	Aide aux achats
loneliness and social isolation	Solitude et isolement social
prescription pick up	Retrait d'ordonnances
financial difficulty	Difficultés financières
care needs	Besoins en matière de soins
mental health	Santé mentale
mobile phone top up	Recharge de téléphone portable
bereavement	Deuil
hearing aid batteries	Piles pour appareils auditifs
Support during covid	Soutien face au covid
pet welfare	Bien-être des animaux de compagnie
food support	Aide alimentaire
housing problems	Problèmes de logement
medical samples collection	Collecte d'échantillons médicaux
Needs a gp	Besoin d'un médecin généraliste
Terminal illness	Maladie en phase terminale
Physical health concerns	Problèmes de santé physique
Online form filling	Remplir un formulaire en ligne
Transport support	Aide au transport
Dementia support	Aide aux personnes atteintes de démence

La Figure 79 montre que les principaux motifs d'aiguillage concernaient le retrait d'ordonnances (155), la solitude et l'isolement social (86), l'aide aux achats (42) et les difficultés financières (29). Les autres raisons étaient les suivantes : besoins en

matière de santé mentale (17), besoins en matière de soins (16), aide alimentaire (8), besoins en carburant (7), deuil (7), logement (7), pauvreté d'hygiène (3), problèmes de santé physique (3), aide spécifique covid (2), bien-être des animaux de compagnie (2), besoin d'un médecin généraliste (2), maladie en phase terminale (2), remplir un formulaire en ligne (2), aide au transport (2), recharge de téléphone portable (1), piles pour appareils auditifs (1), collecte d'échantillons médicaux (1), aide aux personnes atteintes de démence (1). Les personnes ayant demandé à récupérer leurs ordonnances ont été orientées vers d'autres organisations communautaires susceptibles de répondre à ce type de besoin. Il est intéressant de noter que les personnes appartenant à la catégorie suivante, à savoir la solitude et l'isolement social (86), auraient pu être aiguillées vers Connected Communities. Toutefois, ces personnes ont d'autres besoins complexes qui vont au-delà de la capacité du programme à y répondre. Certaines personnes avaient besoin d'un soutien en matière de santé mentale, de soins de santé, de conseils en matière de logement, d'un soutien pratique pour les activités quotidiennes ou ont exprimé le besoin d'appartenir à des groupes de voisinage locaux sans participer davantage au programme.

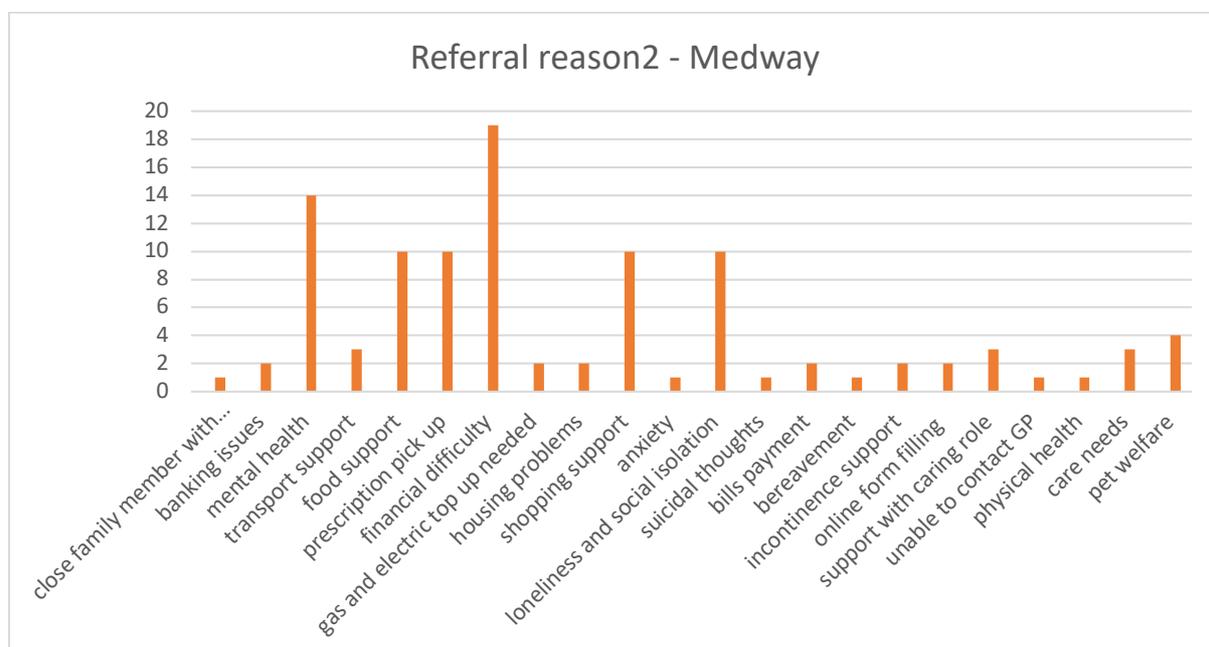


Figure 80. Motifs secondaires d'aiguillage - cas mineurs

English	French
Figure 80. Secondary referral reason - soft cases	Figure 80. Motifs secondaires d'aiguillage - cas mineurs
Referra reason2 – Medway	Motifs secondaires d'aiguillage - Medway
Close family members with...	Membres de la famille proche avec...
Banking issues	Problèmes bancaires
Mental health	Santé mentale
Transport support	Aide au transport
Food support	Aide alimentaire
Prescription pick up	Retrait d'ordonnances
Financial diffilculty	Difficultés financières
gas and electrical top up	Besoins en gaz et électricité

housing problems	Problèmes de logement
shopping support	Aide aux achats
Anxiety	Anxiété
loneliness and social isolation	Solitude et isolement social
Suicidal thoughts	Pensées suicidaires
Bill payments	Paiements de factures
Bereavement	Deuil
incontinence support	Aide à l'incontinence
Online form filling	Remplir un formulaire en ligne
Support with caring role	Aide aux soignants
Unable to contact gp	Incapacité à contacter un médecin généraliste
Physical health	Santé physique
Care needs	Besoins en matière de soins
Pet welfare	Bien-être des animaux de compagnie

La Figure 80 montre que certaines personnes ont également été orientées vers Connected Communities pour des motifs secondaires, tels que les suivants : difficultés financières (19), problèmes de santé mentale (14), aide alimentaire (10), retrait d'ordonnances (10), aide aux achats (10), solitude et isolement social (10), bien-être des animaux de compagnie (4), aide au transport (3), aide aux soignants (3), besoins en matière de soins (3), problèmes bancaires (2), besoins en gaz et électricité (2), problèmes de logement (2), paiement de factures (2), aide à l'incontinence (2), remplir un formulaire en ligne (2), diagnostic de fin de vie d'un membre de la famille proche (1), anxiété (1), pensées suicidaires (1), deuil (1), incapacité à contacter un médecin généraliste (1), raisons de santé physique (1). Medway a également enregistré le troisième motif d'aiguillage, mais ce niveau de détail n'a pas été pris en compte pour les besoins de l'analyse.

La myriade de motifs illustre le large éventail de besoins qui existent à Medway ainsi que le caractère inadéquat des aiguillages vers Connected Communities. Ces résultats démontrent la nécessité d'une meilleure compréhension du potentiel de la prescription sociale parmi les membres de la communauté et les organisations qui orientent des individus vers des programmes de prescription sociale.

Medway a également fourni des données détaillées sur les services vers lesquels ils orientaient les personnes lorsqu'ils jugeaient qu'un aiguillage vers Connected Communities était inadéquat.

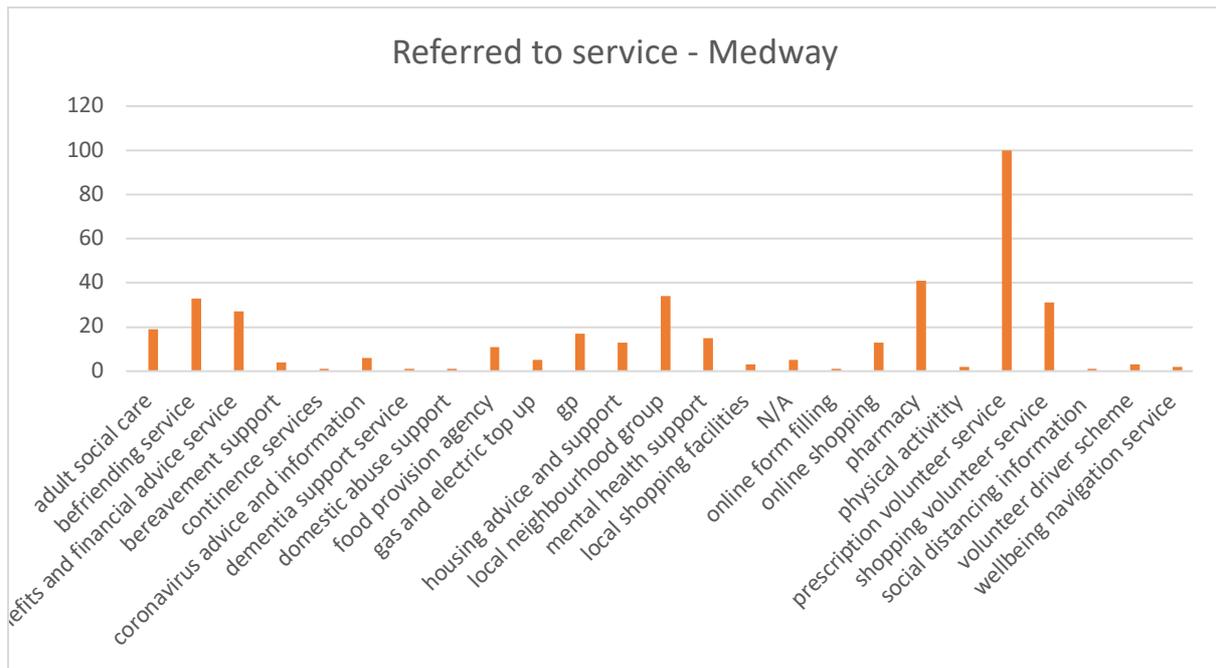


Figure 81. Aiguillages primaires vers d'autres services pour Medway - cas mineurs

Figure 81. Medway Primary referrals to other services - soft cases	Figure 81. Aiguillages primaires vers d'autres services pour Medway - cas mineurs
Referred to service – Medway	Aiguillages vers services
Adult social care	Aide sociale aux adultes
Befriending service	Service de rencontres amicales
benefits and financial advice service	Avantages sociaux et conseils financiers
Continence services	Services de continence
Coronavirus advice and information	Conseils et informations sur le coronavirus
Dementia support service	Service de soutien aux personnes atteintes de démence
Domestic abuse service	Soutien aux victimes d'abus domestiques
Food provision agency	Agence d'approvisionnement en denrées alimentaires
Gas and electric top up	Achat de gaz et d'électricité
Gp	Médecin généraliste
Housing advice and support	Conseils et soutien en matière de logement
Local neighbourhood group	Groupe de voisinage local
Mental health support	Soutien à la santé mentale
Local shopping facilities	Commerces de proximité
N/A	N/A
Online form filling	Remplir un formulaire en ligne
Pharmacy	Pharmacie
Physical activity	Activité physique
Prescription volunteer service	Service bénévole de prescription
shopping volunteer service	Service de bénévolat pour les courses
Social distancing information	Information sur la distanciation sociale
Volunteer driver scheme	Programme de chauffeurs bénévoles
Wellbeing navigation service	Service de navigation pour le bien-être

La Figure 81 montre que les personnes qui ne remplissaient pas les conditions requises pour participer à Connected Communities ont été principalement orientées vers les services suivants : service bénévole de prescription (100), pharmacie (41), groupe de voisinage local (34), service de rencontres amicales (33), service de bénévolat pour les courses (31), avantages sociaux et conseils financiers (27), aide sociale aux adultes (19), médecin généraliste (17), soutien à la santé mentale (15), conseils et soutien en matière de logement (13), achats en ligne (13), agence d'approvisionnement en denrées alimentaires (11), conseils et informations sur le coronavirus (6), achat de gaz et d'électricité (5), soutien aux personnes en deuil (4), commerces de proximité (3), programme de chauffeurs bénévoles (3), activité physique (20), service de navigation pour le bien-être (2), services de continence (1), service de soutien aux personnes atteintes de démence (1), soutien aux victimes d'abus domestiques (1), remplir un formulaire en ligne (1), informations sur la distanciation sociale (1).

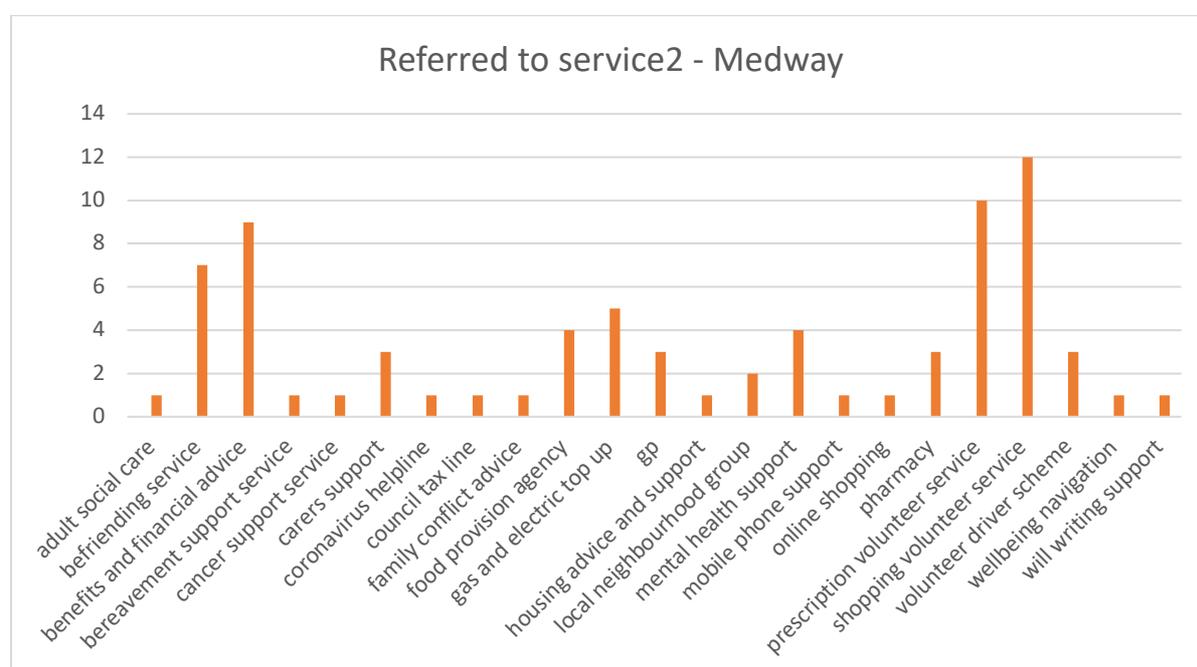


Figure 82. Aiguillages secondaires vers d'autres services pour Medway - cas mineurs

English	French
Figure 82. Medway Secondary referrals to other services - soft cases	Figure 82. Aiguillages secondaires vers d'autres services pour Medway - cas mineurs
Referred to service – Medway	Aiguillages vers services
Adult social care	Aide sociale aux adultes
Befriending service	Service de rencontres amicales
benefits and financial advice service	Avantages sociaux et conseils financiers
Bereavement support service	Service d'aide aux personnes en deuil
Cancer support service	Service d'aide aux personnes atteintes d'un cancer
Carers support	Aide aux soignants
Coronavirus helpline	Ligne d'assistance téléphonique pour le coronavirus

Council tax line	Ligne téléphonique pour les impôts locaux
Family conflict advice	Conseils sur les conflits familiaux
Food provision agency	Agence d'approvisionnement en denrées alimentaires
Gas and electric top up	Achat de gaz et d'électricité
Gp	Médecin généraliste
Housing advice and support	Conseils et soutien en matière de logement
Local neighbourhood group	Groupe de voisinage local
Mental health support	Soutien à la santé mentale
Mobile phone support	Aide à la téléphonie mobile
Online shopping	Achats en ligne
Pharmacy	Pharmacie
Prescription volunteer service	Service bénévole de prescription
shopping volunteer service	Service de bénévolat pour les courses
Volunteer driver scheme	Programme de chauffeurs bénévoles
Wellbeing navigation service	Service de navigation pour le bien-être
Will writing support	Aide à la rédaction de testaments

Comme le montre la Figure 82 , les personnes qui ne remplissaient pas les conditions requises pour participer à Connected Communities ont été orientées vers d'autres services en plus de leur aiguillage principal, notamment les suivants : service de bénévolat pour les courses (12), service bénévole de prescription (10), avantages sociaux et conseils financiers (9), service de rencontres amicales (7), achat de gaz et d'électricité (5), agence d'approvisionnement alimentaire (4), soutien à la santé mentale (4), médecin généraliste (3), soutien aux aidants (3), pharmacie (3), programme de chauffeurs bénévoles (3), groupe local de voisinage (2), aide sociale aux adultes (1), service d'aide aux personnes en deuil (1), service d'aide aux personnes atteintes d'un cancer (1), ligne d'assistance téléphonique pour le coronavirus (1), ligne téléphonique pour les impôts locaux (1), conseils sur les conflits familiaux (1), conseils et aide au logement (1), aide à la téléphonie mobile (1), achats en ligne (1), navigation pour le bien-être (1) et aide à la rédaction de testaments (1).

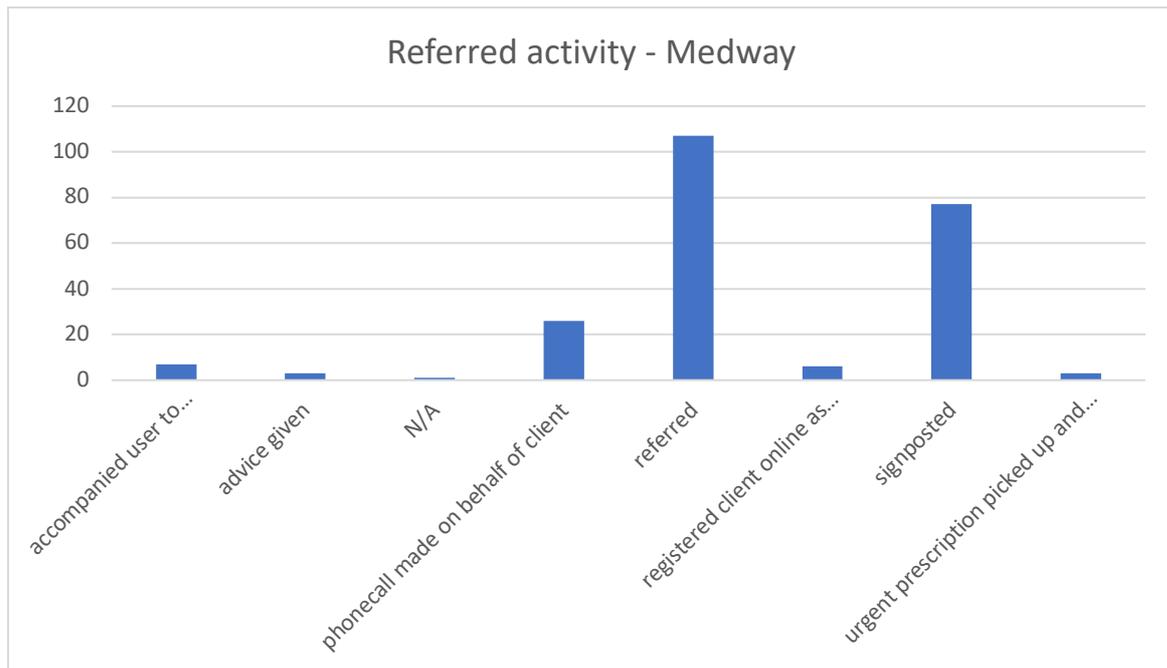


Figure 83. Engagement primaire de Medway pour les cas mineurs

English	French
Figure 83. Medway primary engagement with soft cases	Figure 83. Engagement primaire de Medway pour les cas mineurs
Referred activity - Medway	Actions d'aiguillage
Accompanied user to an activity/service ...	A accompagné un usager à une activité/un service
Advice given	Conseils donnés
N/A	N/A
Phoncall made on behalf of client	Appels téléphoniques passés au nom de clients
Referred	Aiguillé
Registered online as extremely vulnerable	Déclaré en ligne un client comme étant extrêmement vulnérable
Signposted	Recommandations
Urgent prescription picked up and dropped off by member of the team	Remise d'une ordonnance urgente par un membre de l'équipe

Medway a également fourni des informations sur le type d'actions secondaires menées pour s'assurer que les personnes qui ne pouvaient pas bénéficier du programme Connected Communities étaient aidées par d'autres organisations. La Figure 83 indique que ces activités comprenaient notamment 107 aiguillages vers d'autres organisations, 77 recommandations, 26 appels téléphoniques passés au nom d'individus, 7 cas où ils ont accompagné un individu à une activité/un service, 6 cas où ils ont déclaré en ligne un client comme étant extrêmement vulnérable, ils ont donné des conseils dans 3 cas et 3 cas où ils ont organisé le retrait et la remise d'une ordonnance urgente par un membre de l'équipe.

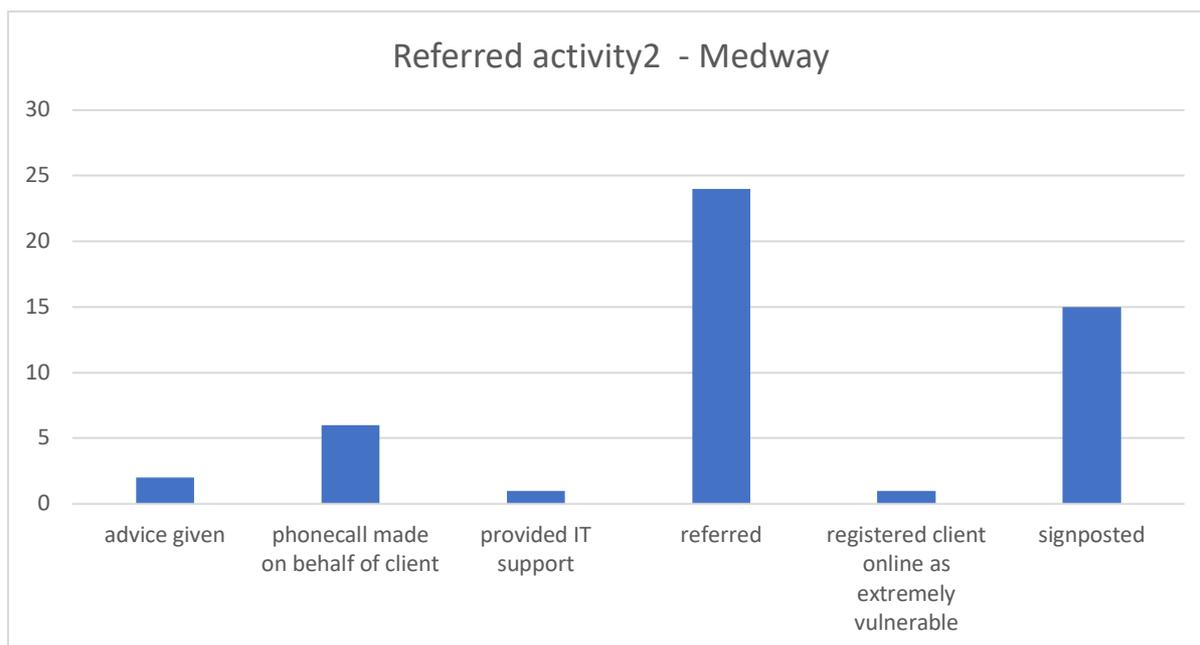


Figure 84. Engagement secondaire de Medway pour les cas mineurs

English	French
Figure 84. Medway secondary engagement with soft cases	Figure 84. Engagement secondaire de Medway pour les cas mineurs
Referred activity - Medway	Actions d'aiguillage secondaire
Advice given	Conseils donnés
Phoncall made on behalf of client	Appels téléphoniques passés au nom de clients
Provided IT support	Assistance informatique fournie
Referred	Aiguillé
Registered online as extremely vulnerable	Déclaré en ligne un client comme étant extrêmement vulnérable
Signposted	Recommandations

Parfois, certains individus nécessitaient une aide supplémentaire et Medway a recueilli des informations sur les types d'activités secondaires et sur les engagements auprès des bénéficiaires qui avaient besoin d'être orientés vers au moins deux autres services, en plus de l'aiguillage principal vers d'autres sources. En ce qui concerne l'activité secondaire, Medway indique avoir entrepris les démarches suivantes (Figure 84) : 24 aiguillages vers des services supplémentaires, 15 recommandations de nouvelles activités, 6 appels téléphoniques supplémentaires passés au nom de personnes, des conseils ont été donnés dans 2 cas, dans 1 cas une assistance informatique a été fournie et 1 personne a été déclarée en ligne comme étant extrêmement vulnérable.

Les données recueillies par Medway sur les aiguillages vers d'autres sources fournissent des informations précieuses :

- le type d'aiguillage que leurs connecteurs ont reçu,
- les types d'aiguillages et de besoins auxquels Connected Communities n'aurait pas pu faire face de manière adéquate,

- les raisons pour lesquelles les aiguillages n'étaient pas adéquats et
- ce qui est très important, les activités que les connecteurs ont entreprises pour répondre aux besoins de 389 personnes.

Pour les besoins du programme Connected Communities et de l'évaluation d'impact, nous désignons ces cas comme des cas mineurs, nous classons ces cas dans la catégorie des cas mineurs afin de faire la distinction avec les cas difficiles où les personnes se sont engagées dans le service de prescription sociale Connected Communities pendant 12 semaines. Toutefois, il est important de noter que les cas mineurs ont demandé du temps et de l'attention de la part des connecteurs.

Le Kent a fourni à l'équipe d'évaluation de l'UoE 145 cas individuels pour lesquels ils ont effectué des aiguillages vers d'autres services.

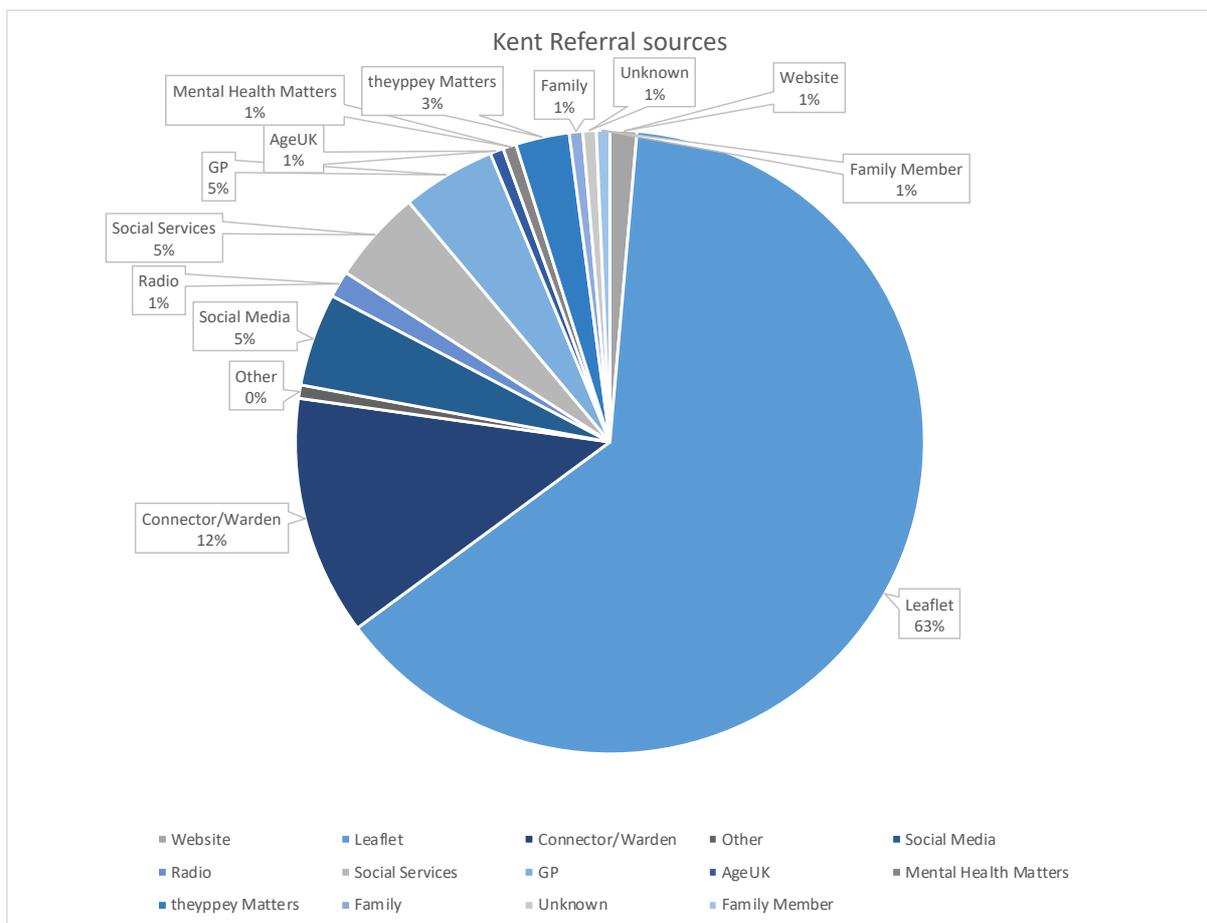


Figure 85. Sources d'aiguillage du Kent - cas mineurs

English	French
Figure 85. Kent referral source - soft cases	Figure 85. Sources d'aiguillage du Kent - cas mineurs
Website	Site Internet
Radio	Radio
Sheppey Matters	Sheppey Matters
Leaflet	Brochure
Social services	Services Sociaux

Family	Famille
Connector/warden	Connecteur/gardien communautaire
GP	Médecin généraliste
Unknown	Source inconnue
Other	Autre
AgeUK	AgeUK
Family Member	Membre de la famille
Social Media	Réseaux Sociaux
Mental Health Matters	Mental Health Matters

La Figure 85 montre qu'en ce qui concerne les cas mineurs, les sources principales des aiguillages dans le Kent sont les suivantes : brochures (92), connecteurs / gardiens communautaires (18), réseaux sociaux (7), services sociaux (7), médecins généralistes (7), programme Sheppey Matters (4), site Internet (2), radio (2), AgeUK (1), programme Mental Health Matters (1), famille (2), source inconnue (1) et autres (1). Le Kent n'a pas fourni d'informations quantitatives sur les services vers lesquels les personnes inéligibles aux services de Connected Communities étaient orientées.

Le Kent a fourni à l'équipe d'évaluation de l'UoE des données qualitatives, des observations sur les " cas mineurs " documentant les raisons pour lesquelles ceux-ci n'étaient pas adaptés aux services de Connected Communities. Parmi les raisons invoquées, citons les recommandations de proches dont les individus n'avaient pas connaissance, des problèmes de santé complexes qui n'auraient pas pu être traités par les services de Connected Communities, le manque d'accès aux moyens de transport pour se rendre aux rendez-vous des services et d'autres circonstances de la vie. Les raisons les plus courantes de renvois vers d'autres services semblent être la complexité du cas et le manque de moyens de transport.

*" La fille de l'intéressé a soumis la demande, l'intéressé n'était pas au courant et désintéressé par la poursuite du service. "*

*" Cas trop complexe (Alzheimer) - aiguillé vers le médecin généraliste. "*

*" L'individu se trouve malheureusement trop loin de la zone pilote. Aiguillé vers le service des gardiens. "*

*" Le mari de la personne est à l'hôpital, elle ne se sent pas encore prête à s'engager et prendra contact lorsque les circonstances auront changé. "*

*" La personne est actuellement prise en charge par une équipe de santé mentale pour dépression et anxiété, et a de nombreux problèmes à résoudre avant que nous puissions commencer à travailler avec elle, notamment des allégations d'escroquerie et des problèmes de sécurité concernant les clés de sa maison. Orientation vers un service plus approprié et possibilité de reprendre le dossier à l'avenir, lorsque la situation sera plus stable. "*

*" Appel téléphonique d'une personne connue du service des gardiens, indiquant être tombée et avoir besoin que l'on vienne la voir. Assistance sociale contactée et informée du problème. La personne a été recontactée pour l'informer du délai d'intervention de l'assistante sociale. "*

*" Appel téléphonique pour se renseigner sur le Pop Up Café (café ambulant) de Swale. La personne a exprimé le souhait de s'y rendre, mais ne peut pas en raison de problèmes de mobilité. Les détails ont été transmis à un connecteur qui prendra contact et verra comment organiser le transport jusqu'au café. L'usager du service pourrait s'inscrire au service à l'avenir. "*

## 6 Impact de l'exécution

---

L'exécution du programme Connected Communities a nécessité la mise en place préalable d'un grand nombre d'étapes et de structures. L'une des premières étapes du processus de mise en œuvre a consisté à définir les responsabilités de chaque partenaire, ce qui a été fait au stade de la demande de subvention. Une fois la demande de subvention approuvée, les partenaires ont entrepris d'établir des canaux de communication et se sont préparés à l'exécution et à l'intégration. Bon nombre de ces étapes ont nécessité des efforts considérables de la part de chaque partenaire pour diriger et aider les autres à produire les résultats souhaités.

### Gestion de projet

La gestion du projet Connected Communities était initialement répartie entre neuf partenaires du programme, qui avaient tous un rôle spécifique à jouer dans la mise en œuvre des services de Connected Communities. Il existe au minimum trois événements imprévus, tous extérieurs à Connected Communities, qui ont eu un impact sur la gestion du projet et la mise en œuvre qui en a résulté. Tout d'abord, la perte des partenaires français la Manche, la Seine Maritime et l'Oise a eu un impact négatif sur la gestion du projet, la coopération transfrontalière, la mise en place de partenariats et l'expérience des partenaires en général. La question des ressources consacrées à la gestion a dû faire l'objet d'une plus grande attention et de discussions plus approfondies afin de garantir que les autres partenaires soient informés des ressources disponibles pour gérer les différents aspects du programme. Il a fallu réaffecter plusieurs rôles des partenaires sortants aux partenaires restants, ce qui a entraîné une réaffectation des ressources. Les bailleurs de fonds ont tardé à approuver officiellement les réaffectations, ce qui signifie que de nombreux fonds n'ont pas pu être affectés (dépensés) lorsque les contrats et les offres de subvention ont été mis à jour.

Dans la conception initiale du projet, le partenaire principal, le Suffolk, assurait la gestion générale et le suivi du projet, la Manche agissant en tant que sous-chef de file. Avec la perte de la Manche, le Suffolk a perdu le soutien de la direction, et la Manche n'a pas été remplacée dans son rôle de sous-chef. Le partenariat s'est retrouvé dans l'incapacité de couvrir les principales tâches de gestion lorsque le Suffolk n'était pas en mesure de traiter tous les problèmes, ce qui a réduit la coordination et l'engagement du partenariat dans son ensemble.

Le groupe de pilotage du projet était constitué d'un représentant de chaque partenaire dans le but de se réunir, de discuter et de coordonner l'avancement du projet au moins deux fois par an. Le groupe de pilotage du projet devait prendre des décisions

concernant la stratégie et les actions du projet, les budgets et les risques, et était chargé du suivi de la mise en œuvre. Chaque partenaire était censé accueillir en personne l'une des réunions du groupe de pilotage du projet. La perte de trois partenaires français a exercé une pression supplémentaire sur les autres partenaires pour qu'ils organisent des réunions plus fréquemment que prévu. Le partenariat a utilisé le téléphone, les courriels et les plates-formes de communication en ligne pour communiquer. Une plateforme nommée Basecamp a été mise à disposition, mais rarement utilisée.

Au cours des réunions du groupe de pilotage du projet, les partenaires s'informaient mutuellement des progrès réalisés, des difficultés rencontrées et des succès remportés dans la mise en œuvre de Connected Communities. Les deux dernières réunions étaient consacrées à l'élaboration du manuel de référence pour la prescription sociale, à laquelle tous les partenaires ont participé en apportant une contribution utile et perspicace. Tous les partenaires ont indiqué qu'un plus grand nombre de réunions du groupe de pilotage du projet et une plus grande implication des représentants d'Interreg dans ces réunions auraient été bénéfiques au développement et à la mise en œuvre du programme.

Le deuxième élément imprévu qui a affecté la gestion du projet a été une restructuration interne au sein du Conseil du Suffolk. En tant que chef de file, le Suffolk devait nommer une équipe de gestion de projet pour servir d'intermédiaire entre le groupe de pilotage du projet et le secrétariat. L'équipe de gestion de projet était composée d'un chef de projet, d'un responsable du financement externe (ayant au moins deux ans d'expérience en matière de demandes d'aide auprès de l'UE) et d'un responsable de la communication (membre de l'équipe de communication institutionnelle). Peu après l'acceptation de la proposition de Connected Communities et la notification aux partenaires de l'octroi d'un financement, le Conseil du Suffolk a réorganisé sa structure interne, transférant la gestion de Connected Communities de la division des services corporatifs à la division de la santé publique. Dès lors, la gestion de Connected Communities ne s'est pas stabilisée. Il est arrivé à plusieurs reprises qu'il n'y ait plus de chef de projet ni de responsable de la communication.

Le gestionnaire de projet était tenu d'élaborer un plan de gestion des risques dans les premiers mois suivant l'approbation du financement, de partager ce plan avec les partenaires et de l'examiner régulièrement avec les partenaires tout au long du projet, en l'actualisant si nécessaire. Bien que les gestionnaires de projet au niveau des partenaires aient tenté de gérer et d'atténuer les risques, le plan de gestion des risques au niveau du partenariat n'a pas été largement partagé ou communiqué par le partenaire principal, et le plan n'a pas été revu régulièrement avec les partenaires. Cette situation a eu pour conséquence qu'un certain nombre de problèmes liés à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme n'ont pas été résolus de manière adéquate au niveau du partenariat.

Enfin, des changements dans la structure et les objectifs des bailleurs de fonds eux-mêmes ont influé sur le déroulement de Connected Communities. De nombreuses réunions ont été dominées par des préoccupations concernant les créances et les rapports financiers, ainsi que par des mises à jour portant sur des demandes de modification et d'adaptation du projet. Le Suffolk était responsable de la préparation

des rapports financiers internes, avec le soutien d'autres partenaires qui préparaient les rapports d'avancement et les créances financières. Le traitement des demandes de paiement a souvent été retardé par l'examen tardif des réclamations auquel procédait le bailleur de fonds, ou par des changements dans la manière dont les règles étaient appliquées et mises en œuvre au fur et à mesure de l'avancement du projet. De nombreux délais de procédure n'ont pas été respectés, au détriment de l'exécution du projet.

## Préparation et conception

Le Tableau 9. Aperçu de l'exécution ci-dessous énumère les éléments de la préparation et de la conception et résume brièvement les réflexions des partenaires sur ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné, les enseignements tirés et les éléments sur lesquels l'équipe d'évaluation de l'UoE a fondé ses conclusions.

	<b>Collecte et partage des données</b>	<b>Répertoire des services (DOS)</b>	<b>Cartographie et identification des lacunes</b>	<b>Rôle de connecteur</b>	<b>Stratégie de bénévolat</b>	<b>Outils de mesure des résultats visés</b>
<b>Preuves d'activité</b>	<p>2 ans de discussion par courrier électronique et en ligne à propos de l'accord de partage des données (DSA).</p> <p>Discussion au sujet du CRMS depuis le début du programme.</p>	<p>Le DOS de l'Eure est encore en cours de développement.</p> <p>Medway et le Kent ont développé une plateforme DOS commune en mars 2022.</p> <p>Suffolk a utilisé Suffolk Infolink, un DOS qui était déjà établi.</p>	<p>Medway a détaillé sa méthodologie de cartographie et d'identification des lacunes.</p> <p>Suffolk, une carte de la cartographie des atouts de la communauté, sans plus de détails sur la manière dont l'approche a été appliquée.</p>	<p>Le Kent, Medway et l'Eure ont fourni une description de l'offre d'emploi.</p>	<p>Medway et le Kent ont partagé leur document relatif à la stratégie de bénévolat.</p>	<p>2 réunions en personne et des présentations de l'équipe de l'UoE sur les mesures sélectionnées. Trois réunions en ligne entre l'équipe de l'UoE et les connecteurs du Kent et du Suffolk. Échanges de courriels pour discuter de la sélection des mesures.</p>
<b>Ce qui n'a pas fonctionné</b>	<p>L'ensemble des partenaires fournissant les données avec des noms de variables et des procédures d'enregistrement différents en raison d'un manque de supervision au niveau des partenaires sur le développement des structures du CRMS.</p>	<p>L'absence de prise en compte des réglementations complexes en matière de protection et de gestion des données.</p>	<p>Perturbations et modifications de la disponibilité des services liées au COVID-19.</p>	<p>Un manque de normes concernant la formation et les exigences de la fonction à l'époque où le programme a été mis en œuvre.</p>	<p>Absence d'accent stratégique sur l'engagement avec le secteur VCSE à l'échelle du partenariat.</p>	<p>Un manque de supervision au niveau des partenaires pour s'assurer que les questions et les réponses sélectionnées ont été enregistrées de manière systématique. Un manque de possibilités de recueillir les opinions des connecteurs sur les questions posées.</p>
<b>Ce qui a fonctionné</b>	<p>Trois des partenaires ont fourni des données en utilisant une feuille de calcul Excel et un livre de codes pour structurer les noms des variables, l'enregistrement des données et l'analyse, suite aux commentaires de l'UoE sur la qualité des données.</p>	<p>Utilisation des plateformes existantes, des forums communautaires, des réseaux sociaux (ex. l'application Nextdoor au Royaume-Uni).</p>	<p>Cartographie et identification des lacunes en continu pendant toute la durée du programme.</p>	<p>Les connecteurs et les équipes se sont activement engagés auprès des organisations et des structures de prescription sociale qui ont fourni une formation professionnelle essentielle.</p>	<p>Initiatives individuelles des partenaires pour s'engager avec le secteur VCSE.</p>	<p>L'accord des partenaires pour suivre la plupart des recommandations formulées par l'Office for National Statistics du Royaume-Uni.</p>
<b>Ce que les partenaires</b>	<p>Consacrer davantage d'attention à la collecte de données quantitatives et</p>	<p>Consacrer plus de temps à l'étude des protocoles de</p>	<p>Échanger davantage sur les méthodes de cartographie et</p>	<p>Collaborer plus étroitement afin de partager l'expérience</p>	<p>Développement d'une stratégie de bénévolat</p>	<p>Accorder davantage d'efforts et de temps à la discussion et à la co-</p>

<b>feraient différemment</b>	qualitatives, et plus particulièrement aux études de cas. Convenir à l'avance d'une structure définie et suivre de près sa mise en œuvre.	réglementation des données dans chaque localité.	d'analyse des lacunes dans les différents sites des partenaires.	acquise en matière d'élaboration et/ou de participation à des formations, ainsi que l'expérience globale des connecteurs dans les différents sites partenaires.	spécifique à la prescription sociale.	conception de l'évaluation, en commençant par la sélection des mesures.
<b>Enseignements tirés</b>	Nécessité d'un encadrement et d'une supervision au niveau des partenaires afin d'assurer la réussite d'une coopération intersectorielle et transnationale.	Le DOS nécessite l'engagement de divers aspects des autorités locales et des organisations du VCSE, tous ayant leurs propres besoins et exigences en matière de réglementation des données. Des recherches approfondies sont nécessaires avant d'entamer la création d'un DOS.	Il faut s'attendre à des changements dans les services à la suite de crises sanitaires comme celle du COVID-19 ou d'autres types de crises telles que l'instabilité économique, les changements de gouvernement, les changements de priorités politiques.	Si la prescription sociale existe au Royaume-Uni depuis le début des années 1970, l'ampleur et l'élan avec lesquels elle a été mise en œuvre au cours des quatre dernières années démontrent qu'il s'agit d'un domaine en constante évolution, avec d'autres changements potentiels de la profession à venir dans un avenir proche.	Établir des relations avec les organisations du VCSE est essentiel pour assurer efficacement des services de prescription sociale et d'autres initiatives du domaine de la santé dans leur localité.	L'évaluation des processus est essentielle pour garantir que les activités du programme sont mises en œuvre comme prévu et aboutissent aux résultats escomptés.
<b>Évaluation</b>	L'absence de CRMS commun a entraîné des retards dans la collecte, le traitement et l'analyse des données.	Chaque partenaire se trouve à un stade différent de développement du DOS, ce qui rend difficile d'évaluer dans quelle mesure les systèmes DOS utilisés par chacun d'eux ont favorisé les activités de Connected Communities.	Peu d'informations sur la cartographie et l'analyse des lacunes dans les sites des partenaires, ce qui empêche d'évaluer l'efficacité des méthodes employées.	Absence d'informations quant à l'impact de la description des postes, de l'approche du recrutement et de la formation sur le recrutement et le maintien en poste des connecteurs.	Impossibilité de comparer et d'évaluer l'efficacité des stratégies et des approches de bénévolat qui ont été développées dans le cadre du programme Connected Communities, étant donné que seuls deux exemples ont été partagés avec l'équipe de l'UoE.  La stratégie de Medway constitue le plan le plus complet	Le retour d'information des connecteurs indique que certaines des mesures sélectionnées ont été considérées comme inutiles, susceptibles de déclencher des émotions (ex. Questions de bien-être ONS4 sur le bonheur et l'anxiété). Une telle contribution à un stade précoce aurait été utile pour discuter des mesures sélectionnées et prendre une décision éclairée quant à leur

					reliant les services de Connected Communities aux activités du secteur bénévole, tout en tenant compte d'un contexte plus large dans la localité.	utilité pour le suivi des progrès des bénéficiaires.
--	--	--	--	--	---	--

Tableau 9. Aperçu de l'exécution (préparation et conception)

## Collecte et partage des données

L'élaboration de mécanismes de collecte et de partage des données s'est étendue sur une période de deux ans, avec des résultats mitigés en termes de suppression des obstacles entre les partenaires, de production de données comparables et donc de contribution à l'évaluation des services.

L'élimination des obstacles au partage des données a commencé par la négociation d'accords de partage des données (Data Sharing Agreement, DSA), dont la finalisation avec tous les partenaires a pris plus de deux ans. Une fois les accords de partage des données (DSA) signés, le partage des données a été généralement efficace, avec quelques complications supplémentaires en ce qui concerne le partage des données à l'échelle de la communauté. Les services des autorités locales qui conservent les données à l'échelle de la communauté sur l'aide sociale et les dépenses ont eu besoin de plus de temps pour compiler les données et décider du type de données pouvant être partagées avec l'équipe d'évaluation de l'UoE.

La collecte de données est un aspect important et essentiel de la mise en œuvre du programme, car ce mécanisme permet d'évaluer les progrès des bénéficiaires et l'impact du programme. Pour le partenariat, la collecte de données comprenait la sélection des mesures et des plateformes numériques pour enregistrer les données dans un système de gestion des dossiers des clients (CRMS), que nous avons détaillés dans les rapports précédents. Tous les partenaires ont convenu d'une structure d'enregistrement des données en examinant une feuille de calcul Excel que l'équipe de l'UoE a partagée en juillet 2020, spécifiant les questions à poser et les options de réponse. Cependant, chaque partenaire a implémenté la structure d'enregistrement des données d'une manière différente, ce qui n'est apparu clairement que lorsque les partenaires ont commencé à partager leurs premières données au début de l'année 2022.

Tous ces aspects de la collecte et du partage des données ont été abordés lors de réunions et par le biais d'échanges de courriels. Bien que le partenariat ait travaillé sur cet aspect de la mise en œuvre dès le début, l'enregistrement et la collecte des données est un aspect de la mise en œuvre qui aurait pu bénéficier d'une plus grande attention et d'un meilleur consensus entre tous les partenaires principaux à un stade précoce du projet. Si l'université de l'Essex avait passé plus de temps à expliquer la nécessité de la normalisation, de la collecte et du partage des données, et que les partenaires avaient posé des questions et découvert comment une approche unifiée contribuerait à éclairer la prestation de services ultérieurement, l'adhésion et le consentement nécessaires à la collecte et à la comparaison des données entre les études de cas et les questionnaires auraient pu être obtenus.

Outre la conception du questionnaire d'enquête et la collecte de données quantitatives, nous constatons également que le partenariat aurait dû accorder plus d'attention aux méthodes de collecte et de présentation des données issues des études de cas. Les études de cas fournissent une mine d'informations pour compléter les analyses de données quantitatives et tirer des enseignements des diverses expériences individuelles.<sup>18</sup> Les études de cas du projet Connected Communities ont été présentées sous la forme de brèves descriptions de l'expérience d'un bénéficiaire

particulier en matière de prestation de services. L'Université de l'Essex a mis au point un modèle standardisé pour rapporter les éléments d'une étude de cas afin qu'ils puissent être comparés entre les bénéficiaires et les partenaires. Ce modèle a été conçu pour être visuellement attrayant, respecter les lignes directrices en matière d'image de marque et de financement, et aider à transmettre les résultats aux parties prenantes du programme et aux intervenants externes (Image 2). Malheureusement, ce modèle n'a pas été utilisé de manière cohérente par tous les partenaires, et de nombreux partenaires n'ont pas communiqué toutes les informations pour tous les cas, mais ont plutôt sélectionné les meilleures sections d'un cas à présenter.

Les études de cas peuvent différer les unes des autres en termes de présentation des informations. Pour être considérée comme utile et comparable dans la démonstration de l'impact d'un projet, une étude de cas doit comprendre une description des éléments suivants :

- le projet / la question / le contexte dans lequel l'étude a été réalisée et le cas enregistré
- l'activité / l'intervention qui a eu lieu
- les résultats et l'impact (observation descriptive et témoignages)

L'évaluation formelle des études de cas recueillies au cours de la mise en œuvre d'un projet devrait alors inclure une description claire de la méthodologie utilisée pour analyser les études de cas, les raisons pour lesquelles les données ont été recueillies et analysées et par qui, et tous les résultats positifs, inattendus et/ou négatifs.

Les rapports d'études de cas peuvent contenir une variété d'informations. Parmi celles-ci, citons les activités entreprises, les façons dont les activités font bouger les choses, des déclarations d'impact telles que des témoignages, les enseignements tirés d'un projet et des exemples illustratifs du vécu des personnes et des changements dans leur vie. Ils peuvent ainsi fournir des enquêtes approfondies et des informations importantes sur les complexités auxquelles les connecteurs et les bénéficiaires sont confrontés chaque jour.<sup>18</sup> Ces informations peuvent être présentées à l'aide de divers outils visuels, y compris des formats écrits et audio, et analysés à l'aide d'outils informatiques d'analyse de contenu. Les études de cas sont un moyen puissant de communiquer des histoires de manière claire et convaincante à un large éventail de publics.

L'équipe d'évaluation de l'UoE n'est pas en mesure de fournir ce niveau d'analyse car tous les rapports d'études de cas ne reposent pas sur une structure uniforme pour rendre compte des éléments susmentionnés.

## Étude de Cas du projet Connected Communities (Communautés Connectées)

### Situation :

Malheureusement, le mari de Mary est décédé juste avant la pandémie de Covid 19, peu après la perte d'un ami proche survenue au cours de cette période. De ce fait, Mary avait cessé de fréquenter des gens et commençait à se sentir seule et isolée, ce qui avait un effet néfaste sur sa santé physique et mentale. Mary voulait se faire de nouveaux amis mais ne savait pas comment s'y prendre.

### Actions :

Nous avons travaillé avec Mary pour créer un plan personnalisé afin de l'aider à atteindre ses objectifs. Nous l'avons aidée progressivement à développer sa confiance en elle, en participant à des groupes et en franchissant les premières étapes ensemble. Nous avons orienté Mary vers un lieu d'accueil communautaire, où elle a pu rencontrer de nouvelles personnes, prendre une boisson chaude et s'adonner à des activités artistiques et manuelles. Mary y a noué de nouvelles amitiés et s'y rend désormais chaque semaine. Elle a désormais la confiance et les outils nécessaires pour trouver activement de nouveaux groupes communautaires, tels que Indoor Carpet Bowls, un club de boule anglaise, qu'elle apprécie beaucoup.

### Connecteur Communautaire :

Catherine Drew - "Mary avait envie de sortir de chez elle et de participer à de nombreux groupes et à diverses activités. Elle voulait retrouver une vie sociale. Il était agréable d'aider Mary, et c'était tellement beau de la voir gagner en confiance et se lancer dans tous ces différents groupes communautaires. "

Lieu d'accueil communautaire, club de boule anglaise, classe d'exercices d'amélioration par le mouvement, les jeudis de l'épanouissement, le club du lundi de l'église communautaire

## Mary

### Mary :

" Je suis si heureuse que Better Connected m'ait fait connaître la matinée café, où tout le monde est amical et où je me suis sentie si bien accueillie. Je participe maintenant à des cours de gymnastique, à des groupes d'artisanat, à des parties de boule anglaise et je me promène régulièrement. Avant, je me sentais seule, mais plus maintenant. "



"Les noms ont été modifiés pour protéger la confidentialité."



### Connected Communities - ConCom

Un projet de prescription sociale " plus " visant à renforcer les liens entre les personnes âgées qui se sentent seules et socialement isolées. Réalisé grâce à un partenariat entre des autorités locales anglaises et françaises et l'Université de l'Essex.



### Better Connected

Téléphone : 01634 333013  
Courriel : better.connected@medway.gov.uk



Image 2. Étude de cas - Medway

## Répertoire des services

L'établissement d'un répertoire de services (DOS) pour chaque zone partenaire a nécessité un examen détaillé par chaque partenaire de ce qui existe déjà dans sa localité, ainsi que de la mesure dans laquelle tout DOS existant pourrait être utilisé pour soutenir la mission de Connected Communities. Le Suffolk a utilisé Suffolk Infolink, un DOS qui était déjà établi.<sup>20</sup> Depuis 2019, Medway et le Kent ont travaillé à l'élaboration d'une plateforme DOS commune qui a été mise en service en mars 2022.<sup>19</sup> La plateforme commune a permis d'enregistrer en un seul emplacement les services et les organisations existant à Medway et dans le Kent. Dans l'Eure, il n'y avait pas de plateforme existante pour appuyer le travail des connecteurs dans la région. L'Eure continue d'explorer les possibilités de construire une plateforme où voisins et organisations pourraient enregistrer leurs services pour soutenir les membres de la communauté qui sont dans le besoin ainsi que pour faciliter une plus grande connectivité au sein de leur communauté locale.

Étant donné que chaque partenaire se trouve à un stade différent de développement du DOS, il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les systèmes DOS utilisés par chacun d'eux ont favorisé les activités de Connected Communities. Ces différences s'expliquent par les contraintes de temps liées à l'étude des services existants et des possibilités de les adapter aux objectifs du DOS de Connected Communities. Par ailleurs, la rareté des éditeurs de logiciels<sup>21</sup> proposant des plateformes adaptées à la cartographie et à l'accès aux actifs des communautés est un autre facteur qui entraîne des délais.

## Cartographie et identification des lacunes

Le processus de cartographie et d'identification des besoins et des ressources dans chaque localité a été réalisé à plusieurs reprises pendant la durée du programme, étant donné que les besoins des individus et la disponibilité des services évoluaient au fil du temps. Deux partenaires nous ont fourni des informations sur la méthodologie utilisée pour cartographier et identifier les lacunes.

Medway a abordé l'élaboration de la méthodologie de cartographie et d'identification des lacunes en suivant les étapes suivantes : définir la cartographie des atouts communautaires, justifier les raisons pour lesquelles les actifs devraient être cartographiés, élaborer des exemples clairs sur la manière de cartographier une localité, fournir des instructions sur la façon de cartographier un service en fonction d'un groupe démographique particulier, examiner le potentiel de l'approche adoptée pour établir des relations et créer des réseaux au sein d'une communauté. Le Suffolk a utilisé l'approche Abram, tirée d'un [billet de blog](#), et qui offre une vue d'ensemble du travail de cartographie et d'inventaire des lacunes dans les communautés, ainsi qu'une image de ce à quoi ressemble une carte des atouts d'une communauté.

Étant donné le peu d'informations sur la cartographie et l'analyse des lacunes dans les sites des partenaires, il n'est pas possible d'évaluer l'efficacité relative des méthodes utilisées, mais nous offrons toutefois une description plus complète de ces méthodes dans le manuel de référence pour la prescription sociale du projet Connected Communities.

## Rôle de connecteur

Les connecteurs communautaires, ces professionnels employés pour mettre en œuvre le programme de prescription sociale Connected Communities, devaient bien connaître la communauté locale, être des membres de confiance de cette communauté et posséder les compétences nécessaires pour coproduire un plan personnalisé et un plan de soins pour chaque bénéficiaire. Chaque partenaire a élaboré une description de poste pour ses connecteurs, adaptée aux besoins de son organisation.

L'offre d'emploi du Kent pour ce poste comprenait : la description de l'objectif du poste, les principales tâches et responsabilités, les qualifications, les expériences, les compétences et les aptitudes, les connaissances et les comportements. L'offre d'emploi de Medway comprenait des informations sur le contexte du poste, les qualifications, les exigences émotionnelles et physiques, les responsabilités financières, les expériences souhaitées et essentielles et les qualités personnelles. L'Eure a précisé rechercher des connecteurs capables de s'engager dans la cartographie et le recensement des activités, de développer des plans d'action avec les bénéficiaires, de travailler au sein d'une équipe, et de motiver des bénévoles et autres personnes à se joindre à l'action pour fournir et/ou recevoir des services de prescription sociale.

Les partenaires ont précisé l'importance de travailler en collaboration avec des individus et des organisations au sein de communautés, d'établir des relations et d'aider des individus de divers horizons à s'engager dans la prescription sociale. Il est

intéressant de noter que le Kent a mis l'accent sur la connaissance du secteur des soins sociaux, tandis que Medway a souligné l'importance de travailler dans le secteur de la santé publique, reflétant ainsi les valeurs des départements de leurs autorités locales qui étaient impliqués dans la gestion et la mise en œuvre de Connected Communities dans chaque localité.

Les partenaires ont noté qu'il était nécessaire de favoriser les échanges d'informations entre les sites partenaires en ce qui concerne le développement du rôle du connecteur et d'offrir des possibilités d'apprentissage à tous les connecteurs des sites partenaires afin qu'ils puissent partager leurs expériences les uns avec les autres. Pour plus d'informations, veuillez consulter le manuel de référence pour la prescription sociale du projet Connected Communities.

## Stratégie de bénévolat

Avant le début de la pandémie de COVID-19, les partenaires ont convenu d'élaborer une stratégie en matière de bénévolat qui servirait de document d'orientation pour le recrutement de bénévoles en vue de la mise en place de Connected Communities et pour définir leurs approches en matière d'engagement avec le secteur associatif, de la communauté et des entreprises sociales (VCSE). Lorsque le COVID-19 s'est propagé à des niveaux pandémiques, l'engagement des bénévoles dans la prestation des services de Connected Communities est devenu quasiment inexistant. En effet, de nombreuses personnes se sont protégées pendant des périodes prolongées d'isolement social ou ont été redéployées pour répondre à des besoins de soins urgents. Les partenaires ont plutôt concentré leur attention et leur stratégie sur l'établissement de relations avec les organisations locales du secteur VCSE pour faire connaître le service Connected Communities, pour se renseigner sur d'autres services dans leurs communautés et pour collaborer afin d'assurer efficacement des services de prescription sociale et d'autres initiatives liées à la santé dans leur localité.

Medway et Suffolk ont partagé leurs documents de stratégie de bénévolat avec l'équipe de l'UoE. La stratégie de Medway est soigneusement élaborée et pourrait avoir un impact étant donné qu'elle est axée sur les canaux permettant de mettre en œuvre le programme " Better Connected " (Connected Communities) et fournit une compréhension générale d'un contexte plus large dans lequel la prescription sociale, les VCSE et la santé publique opèrent dans leur localité. En revanche, la stratégie du Suffolk est davantage une vue d'ensemble des avantages du bénévolat dans le Suffolk, sans aucune mention du programme Connected Communities et de sa place dans le contexte plus large de la région.

Étant donné le peu d'exemples d'approches stratégiques de bénévolat, nous ne sommes pas en mesure de comparer et d'évaluer l'efficacité des stratégies et des approches de bénévolat. Pour plus d'informations, veuillez consulter le manuel de référence pour la prescription sociale du projet Connected Communities.

Outils pour mesurer les résultats d'intérêt : la solitude, l'isolement social et le bien-être

La préparation et la conception comprenaient également le développement et l'identification d'outils pour mesurer les résultats d'intérêt tels que la solitude, l'isolement social et le bien-être. L'équipe d'évaluation de l'UoE a proposé aux partenaires d'adopter les mesures de la solitude et du bien-être recommandées par le gouvernement britannique et l'Office for National Statistics.<sup>13,16</sup> Les partenaires ont accepté ces recommandations pour la mesure du bien-être (voir ci-dessus et le manuel de référence pour plus d'explications sur les autres mesures). Le Kent a fait remarquer lors d'une des discussions de suivi en février 2023 que les deux questions de bien-être portant sur les sentiments de bonheur et d'anxiété pouvaient déclencher des émotions, et que certains des bénéficiaires les trouvaient bouleversantes. Le partage continu de ces types de résultats tout au long de la réalisation du projet n'a pas été possible en raison de la nature décousue de la gestion du projet, mais aurait été utile pour éclairer les décisions relatives à l'évaluation.

Outre les résultats d'intérêt à l'échelle individuelle mentionnés ci-dessus, l'équipe de l'UoE a proposé des mesures pour évaluer l'impact de Connected Communities à l'échelle du système et de la communauté. Plusieurs études et rapports ont montré que les personnes souffrant de solitude sont plus susceptibles d'avoir recours aux services d'un médecin généraliste, ce qui met à rude épreuve un système de santé déjà surchargé.<sup>25,26</sup> L'objectif de l'évaluation était de déterminer si l'expérience de la solitude est liée à l'utilisation des services de santé et d'aide sociale. Étant donné qu'un seul partenaire nous a fourni des informations sur l'utilisation des services de santé et d'aide sociale avant et après la participation au programme Connected Communities, nos analyses sont limitées à cet égard.

Les partenaires ont convenu qu'il fallait consacrer plus d'efforts et de temps à la discussion et à la co-conception de l'évaluation, en commençant par la sélection des mesures. En outre, les partenaires estiment qu'en mettant davantage l'accent sur l'évaluation des processus et en engageant davantage tous les partenaires dans ce domaine (c'est-à-dire en évaluant les activités du programme pour s'assurer que chacune d'entre elles est mise en œuvre comme prévu), le partenariat aurait été plus constructif et la sélection des mesures ainsi que l'analyse et l'évaluation des données qui en découlent auraient été plus efficaces.

## Communication

Connected Communities a utilisé une variété d'outils et d'approches de communication. Le travail de communication a consisté à développer l'image de marque et la reconnaissance du projet, la promotion et le marketing des services, la communication au sein du projet et la communication avec les parties prenantes externes (voir Tableau 10. Aperçu de la communication). Le tableau 10 donne un aperçu des activités de communication et des réflexions des partenaires à ce sujet. Nous présentons ces éléments sous forme de tableau afin de souligner le nombre d'activités entreprises et la valeur des réflexions que nous avons pu recueillir. Nous l'incluons également pour souligner la nécessité de consacrer plus de temps à la réflexion sur les résultats et à la mise en œuvre, ce qui aurait probablement permis d'obtenir des informations dans plusieurs des catégories qui sont actuellement vides.

L'image de marque a été développée conformément aux lignes directrices et aux exigences d'Interreg et des partenaires. Les partenaires ont cherché à se concerter pour garantir une certaine cohérence entre les logos, le format et la palette de couleurs, bien que d'autres stratégies de marque et de communication ont été menées en interne et étaient spécifiques à chaque partenaire. Par exemple, Medway a organisé des groupes de discussion pour recueillir des commentaires sur le nom et l'identité visuelle du service. Medway a appelé Connected Communities *Better Connected* Medway, car ce nom a été jugé plus attrayant pour le public cible et mieux adapté aux travaux futurs - une éventuelle poursuite du service au-delà de la durée du projet Connected Communities. De même, le Kent a baptisé son service " *Positive Wellbeing* " (bien-être positif) après avoir consulté les connecteurs et leurs parties prenantes. Le Suffolk a utilisé le nom *Connected Communities* sur son matériel promotionnel et a également développé une marque et un nom spécifiques pour le véhicule utilisé pour se rendre dans les zones isolées et difficiles d'accès du comté : [Vincent Van Go](#).

Le recours aux *médias traditionnels* a également contribué aux activités de communication et de sensibilisation. Les partenaires se sont adressés à leurs communautés locales et ont promu le service à plus grande échelle en utilisant des publicités radiophoniques, des vidéos, des événements communautaires, des conférences, des communiqués de presse, des sites internet, et des bulletins d'information. L'Eure a publié des annonces dans ses journaux locaux pour promouvoir le service Connected Communities et fournir des informations sur l'importance de la santé sociale et l'impact de la solitude et de l'isolement sur la santé et le bien-être. Le Kent et Medway, qui ont effectué un suivi systématique de leurs voies d'aiguillage, rapportent que les brochures ont été l'un des outils de marketing les plus courants pour aiguiller des personnes vers leur programme ( Figure 1; Figure 3). Les organisations du VCSE, les services d'aide sociale et les services déjà existants, tels que les gardiens communautaires dans le Kent, ont été des sources très importantes d'aiguillage vers le programme.

Tous les partenaires ont développé une forte *présence en ligne* et une audience sur diverses plateformes de réseaux sociaux, publiant régulièrement des articles et s'engageant auprès d'organismes de prescription sociale, d'instituts de recherche, de services de santé publique et de ministères au Royaume-Uni et dans le monde entier. Par exemple, d'après le rapport d'activité du Kent sur les réseaux sociaux et la communication, du 1er juin 2022 au 31 décembre 2022, et selon les informations fournies par les membres de l'équipe du Kent, ce dernier a mené plusieurs campagnes de marketing multicanal très ciblées dans les zones pilotes.<sup>27</sup> Le Kent a pu développer des canaux de communication étendus, s'engager dans de nombreuses activités et suivre l'impact de ses communications parce qu'il avait prévu et budgété un assistant en médias sociaux et numériques pour l'aider à réaliser le projet et à gérer les rapports. Le Kent disposait également d'un responsable des communications pendant toute la durée du programme. Voici un résumé de quelques-unes des activités et des résultats obtenus :

Douze campagnes payantes sur les réseaux sociaux ont été menées auprès des membres de la famille, des voisins, des entreprises locales, des associations caritatives et des organisations communautaires, ainsi que des usagers potentiels de services dans la région.

Huit vidéos d'usagers de services témoignant de leur propre expérience de solitude et d'isolement social et expliquant comment le service les a aidés ont remporté un franc succès en termes de sensibilisation. Le Kent rapporte que ses systèmes d'analyse des usagers ont enregistré environ 540 000 vues. Trois campagnes de courriels ont été adressées directement aux parties prenantes, avec des liens vers des vidéos afin de mieux faire connaître les services. Des annonces à la radio locale, des éditoriaux dans les journaux locaux et la distribution de dépliants ont permis aux personnes isolées numériquement de recevoir des informations.

L'équipe du Kent a également pu utiliser les plateformes de médias sociaux existantes du Conseil du Kent, telles que les canaux de réseaux sociaux de la protection civile ([Facebook](#), [Nextdoor](#) et [Twitter](#)), pour promouvoir de manière organique le projet Connected Communities. Le Conseil du Kent compte plus de 12 000 abonnés sur Facebook et 2 588 sur Twitter. Pouvant atteindre plus de 300 000 habitants du Kent sur Nextdoor, il est possible cibler organiquement chaque quartier. Ces canaux ont été utilisés pour diffuser de bonnes nouvelles et inviter les communautés locales à participer à des événements organisés par les connecteurs.

Le Kent a estimé que le maintien d'une campagne de sensibilisation intégrée tout au long du projet était essentiel pour instaurer un climat de confiance et de compréhension à l'égard de ce nouveau service. Le Kent rapporte que les campagnes ont eu une portée de 2,45 millions de vues, d'écoutes ou de lectures, ce qui signifie qu'en moyenne, chacune des 175 000 personnes des zones pilotes a eu accès à l'information environ 14 fois.

Tous les partenaires indiquent des niveaux élevés d'engagement sur leurs plateformes de réseaux sociaux et un nombre relativement important d'abonnés compte tenu de la durée du programme. Toutefois, malgré les efforts déployés par chacun des partenaires pour développer sa propre présence sur les réseaux sociaux, ceux-ci n'ont pas collaboré étroitement. Les partenaires n'ont pas annoncé au partenariat le lancement de leurs comptes ou de campagnes sur les réseaux sociaux et se sont rarement tagués les uns les autres dans leurs publications. Cela a réduit leur portée et le potentiel de promouvoir le programme Connected Communities à plus grande échelle. Bien que l'UoE était le partenaire responsable des réseaux sociaux au niveau du partenariat, il n'était pas été possible de générer de nouvelles publications à ce même niveau sans l'apport et la contribution des comptes distincts des partenaires. Une stratégie commune de communication sur les médias sociaux aurait été utile et aurait peut-être permis une meilleure coordination.

Il était possible de participer en personne ou en ligne à divers *événements* locaux impliquant le secteur VCSE, ainsi qu'à des événements organisés par les autorités locales, à des conférences universitaires, à des formations et à des ateliers. L'équipe de l'UoE a participé et organisé un certain nombre d'événements tels que ceux organisés dans le cadre du festival annuel des sciences sociales du Royaume-Uni (Festival of Social Sciences, FOSS), où étaient conviés l'ensemble des partenaires de Connected Communities ainsi que les membres de toutes les communautés impliquées. L'équipe a également participé à plusieurs conférences et événements

universitaires au cours desquels elle a présenté la structure et les résultats de Connected Communities à des universitaires et à des praticiens du Royaume-Uni et du monde entier. L'UoE a présenté ses travaux universitaires sur la solitude, l'isolement social et le bien-être, la prescription sociale et son impact, et l'importance de l'engagement communautaire.

L'équipe a été invitée à s'associer au Social Prescribing Network (Réseau de prescription sociale) pour organiser conjointement la 4e conférence internationale sur la prescription sociale en mars 2022, à laquelle ont participé plus de 1 000 personnes dont des chercheurs dans le domaine de la prescription sociale, des représentants des autorités locales et du gouvernement national, des membres de la communauté et des organisations du secteur bénévole du monde entier. L'équipe a présenté une session sur l'évaluation de l'impact du programme de prescription sociale et une session sur les opportunités en matière de prescription sociale dans l'Est de l'Angleterre.

L'équipe a également été invitée à faire une présentation à la conférence annuelle de Befriending Networks le 8 novembre 2022. Le sujet de la présentation portait sur Connected Communities et le travail de l'équipe pour faire progresser les approches conceptuelles et méthodologiques de la connectivité sociale. La session a été suivie par 50 représentants du secteur VCSE, du monde universitaire et des autorités locales. Les réactions que l'équipe a reçues démontrent la qualité du travail qui a été présenté et développé au fil des années :

- *100 % des participants ont estimé que votre intervention était bien articulée et informative.*
- *La présentation de l'Université d'Essex était excellente et correspondait exactement au type de recherche et d'information que j'espérais obtenir.*

Les partenaires se sont largement engagés auprès de leurs communautés locales en participant et/ou en organisant des activités communautaires et en accordant des micro-subventions à des groupes locaux du secteur VCSE. Medway a offert des possibilités de formation gratuite, a réciproquement participé à des réunions et a ajouté ses coordonnées à ses listes de distribution de bulletins d'information ainsi qu'à celles d'autres organismes.

	<b>Image de marque</b>	<b>Présence en ligne</b>	<b>Médias Traditionnels</b>	<b>Événements</b>	<b>Base de données de contacts</b>	<b>Stratégie de communication</b>
<b>Preuves d'activité</b>	Les uniformes du personnel, la camionnette Vincent Van Go du Suffolk, les logos, les bannières, les affiches, les cartes de visite, les dépliants, les bulletins d'information, les vidéos, les modèles de PowerPoint et tous les autres supports produits et distribués ont été conçus avec un nom de marque bien identifiable.	Comptes de réseaux sociaux, site web de Connected Communities.	Radio, journaux locaux, communiqués de presse.	Événements organisés par les communautés et les autorités locales, conférences universitaires, formations, ateliers, en ligne et en personne.	Une base de données commune des contacts - gérée par le Suffolk.	Une stratégie de communication commune - élaborée sous la direction du Suffolk.
<b>Ce qui n'a pas fonctionné</b>	Non communiqué. <sup>1</sup>	Les comptes des partenaires ont été développés sans grande concertation et sans s'informer mutuellement de cette présence en ligne. Les partenaires ne se sont pas mutuellement tagués dans leurs publications et n'ont pas communiqué par l'intermédiaire de ces canaux.	Manque de temps et absence d'une approche systématique pour contrôler les efforts d'engagement et la portée des actions menées à l'échelle des partenaires.	Manque de temps et absence d'une approche systématique pour contrôler les efforts d'engagement et la portée de la participation aux événements à l'échelle des partenaires.	Un problème de partage des données a entraîné une réduction du nombre de contacts partagés avec le partenaire principal.	La stratégie de communication du partenaire principal est élaborée et utilisée davantage comme un document statique plutôt que comme une stratégie active qui pourrait être utilisée dans la totalité des sites des partenaires.
<b>Ce qui a fonctionné</b>	Les uniformes du personnel. Les brochures. Matériel promotionnel distribué lors des événements ou	Développer l'audience des réseaux sociaux.	Les médias traditionnels sont potentiellement plus susceptibles d'atteindre	Un engagement important avec le VCSE et d'autres organisations travaillant		Chaque partenaire a investi des efforts considérables dans l'élaboration de sa

<sup>1</sup> Non communiqué : Les partenaires n'ont pas partagé avec l'équipe de l'UoE leurs réflexions sur une activité particulière. Par exemple, le champ " Image de marque / Ce qui n'a pas fonctionné " porte la mention " Non communiqué " car les partenaires n'ont pas partagé avec l'équipe de l'UoE ce qu'ils feraient différemment en ce qui concerne l'image de marque. Pour les champs contenant une description, l'équipe de l'UoE a recueilli des informations en analysant les échanges de courriels, les notes de réunion et les documents partagés par les partenaires, ainsi qu'en sollicitant les observations des partenaires afin de compléter le tableau et de résumer les réflexions.

	directement à la porte des gens.		les populations âgées de 65 ans et plus.	dans le domaine de la prescription sociale.		propre stratégie de communication.
<b>Ce que les partenaires feraient différemment</b>	Une approche plus uniforme du suivi des canaux de communication et du matériel au niveau des partenaires afin de permettre des comparaisons.	Stratégie commune de communication sur les réseaux sociaux.	Non communiqué.	Assister et organiser davantage d'événements communs.	Système d'enregistrement de l'utilisation de la base de données de contacts - solliciter les réactions des parties prenantes afin de déterminer l'utilité de la base de données de contacts pour la mise en œuvre du programme Connected Communities dans son ensemble.	Non communiqué.
<b>Enseignements tirés</b>	Groupes de discussion (ex. Medway) pour développer une image de marque très utile afin de pouvoir promouvoir avec succès le service auprès des groupes cibles.	La conception de campagnes de réseaux sociaux au niveau des partenaires nécessite une gestion et une coordination supplémentaires.	Non communiqué.	Non communiqué.	Non communiqué.	La stratégie de communication est essentielle à la réussite de l'élaboration, de la mise en œuvre et de la diffusion des résultats du programme.
<b>Évaluation</b>	Impossibilité de comparer les approches de communication et l'impact de celles-ci en raison du manque d'informations fournies par certains partenaires et de la diversité des approches. Néanmoins, les brochures semblent avoir un succès généralisé dans le Kent et le Medway.	Tous les partenaires signalent avoir gagné un nombre relativement élevé d'abonnés pendant la durée du programme et que leurs posts ont été vus par les abonnés. Absence de collaboration entre les partenaires dans le domaine des réseaux sociaux, potentiellement préjudiciable à l'ensemble de l'action de sensibilisation.	Un système à l'échelle du programme pour suivre les objectifs de communication et les résultats est nécessaire à l'évaluation.	Un système à l'échelle du programme pour suivre les objectifs de communication et les résultats est nécessaire à l'évaluation.	Un système à l'échelle du programme pour suivre les objectifs de communication et les résultats est nécessaire à l'évaluation.	Un système à l'échelle du programme pour suivre les objectifs de communication et les résultats est nécessaire à l'évaluation.

Tableau 10. Aperçu de la communication

L'équipe de l'UoE a mis en place un vaste réseau de parties prenantes. Certains engagements ont débouché sur des collaborations ultérieures, tandis que d'autres se sont limités à un seul contact. Ces engagements, et bien d'autres, de l'équipe de l'UoE et d'autres partenaires ont nécessité une approche systématique du suivi de ces activités, ainsi que davantage de temps pour développer et exploiter le potentiel des réseaux.

*La base de données des contacts* était l'un des livrables que Connected Communities, en tant que programme, a fourni comme structure de suivi de l'engagement avec les parties prenantes externes. Tous les partenaires ont été invités à fournir la liste des contacts qu'ils ont acquis dans le cadre de leur participation. Certains partenaires n'ont pas été en mesure de partager leurs contacts pour des raisons de protection des données. Le Suffolk a réalisé une évaluation de l'impact sur la protection des données et a abordé la question du partage des données en proposant que les partenaires effectuent des vérifications supplémentaires auprès de leurs parties prenantes et offrent aux individus la possibilité et la garantie de pouvoir se désinscrire. La base de données a été achevée en février 2021, mais certains partenaires n'ont pas été en mesure de partager les informations de contact de leurs listes des parties prenantes à ce moment-là, et aucun partenaire n'a mis à jour ses listes au fur et à mesure de l'avancement du projet. L'équipe de Suffolk a rassemblé les coordonnées transmises par les partenaires qui étaient en mesure de les partager et a utilisé la base de données de contacts pour informer les parties prenantes des progrès réalisés par Connected Communities, pour diffuser les résultats et pour les informer des événements à venir.

Bien que ce livrable soit essentiel et important pour assurer le suivi de l'engagement avec les parties prenantes externes, les activités de collecte d'informations auraient dû être prolongées au-delà de février 2021. En outre, il aurait fallu fournir davantage d'informations sur la manière dont la base de données de contacts était utilisée et demander aux parties prenantes si et comment un retour d'information aurait pu être sollicité pour comprendre l'utilité de la base de données de contacts dans l'exécution générale du programme Connected Communities.

*La stratégie de communication*, dont l'élaboration a été dirigée par le Suffolk, partenaire principal, a été présentée en avril 2021. Elle fournissait des informations sur le contexte du projet, le public cible, les parties prenantes, les partenaires et les bénéficiaires du projet, les canaux de communication, les ressources, le plan d'action global et les objectifs. La stratégie a donné un aperçu important des plans mis en place pour exécuter Connected Communities. Le nombre de groupes de parties prenantes identifiés dans la stratégie (Image 3) illustre l'immense portée du programme. Les groupes qui ont été inclus en tant que parties prenantes clés proviennent d'un large éventail de secteurs, ce qui démontre l'engagement des partenaires à produire un engagement intersectoriel et transnational aux plus hauts niveaux.

<p style="text-align: center;"><b>Parties Prenantes</b> INTERREG Partenaires du programme Membres de la communauté</p>
--

Titulaires de polices  
 Santé publique  
 Groupes locaux bénévoles et communautaires  
 Organisations d'infrastructure VCS et centres d'action bénévole  
 Healthwatch  
 Réseaux de prescription sociale  
 Partenaires du secteur public  
 Conseils de districts et de paroisses  
 Groupes de commissionnement clinique  
 Équipes de professionnels de la santé mentale et soins sociaux  
 Professionnels de la santé et des soins  
 Le NHS, les centres médicaux et les cabinets de médecins généralistes, qui sont  
 susceptibles d'être les principaux agents d'orientation du projet.  
 Bibliothèques  
 Églises et autres institutions religieuses  
 Fondations Communautaires  
 Professionnels du développement communautaire  
 Organismes universitaires et de recherche  
 Ministères - Ministère du Logement, des Communautés et des Gouvernements  
 locaux (MHCLG), Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

*Image 3. Parties prenantes*

Comme pour la base de données des contacts, il aurait fallu consacrer plus de temps et d'efforts au suivi des résultats et des réalisations de la stratégie au-delà de la date d'achèvement de la stratégie de communication en avril 2021. Étant donné que la stratégie de communication n'a pas dépassé ce stade, celle-ci a fini par fonctionner comme un instantané d'une idée plutôt que comme un document stratégique ou d'orientation. Un système de suivi des objectifs et des résultats de la communication à l'échelle du programme aurait permis d'évaluer les résultats en matière de communication.

## Intégration

L'équipe de l'UoE a conduit les travaux d'évaluation, de diffusion et d'intégration grâce à l'engagement. Nous donnons un aperçu de l'intégration dans le Tableau 11. L'évaluation comprenait la création d'un modèle causal, le traitement et l'analyse des données, la rédaction d'un rapport d'évaluation, et l'élaboration d'un manuel de référence pour la prescription sociale. La réalisation de ces éléments de projet a contribué aux évaluations du processus, de l'impact et de l'optimisation des ressources du projet Connected Communities. La diffusion et l'engagement ont été essentiels à la réalisation du projet et à l'intégration des résultats de Connected Communities dans d'autres sites et zones géographiques. Des études de cas, des instantanés de données, des notes d'orientation politique, des blogs, des ateliers, des articles universitaires et des présentations de conférences, ainsi qu'un engagement avec des organisations communautaires, des décideurs politiques et des représentants des autorités locales ont été utilisés pour diffuser les résultats de Connected Communities et s'engager avec eux. Bien que tous les partenaires aient consacré beaucoup de temps et d'efforts à la production de ces résultats, les éléments suivants ont manqué à l'ensemble des efforts d'engagement :

- une meilleure coordination entre les sites partenaires en ce qui concerne le partage des résultats ;
- une stratégie de communication claire et bien fondée, essentielle en termes de diffusion et d'engagement ;
- un mécanisme efficace de suivi de la portée et de l'engagement avec les résultats.

L'évaluation est un processus continu, qui commence avant le début de la prestation de services et se poursuit jusqu'à la fin de celle-ci. Le retour d'information et la contribution de toutes les personnes impliquées dans un programme sont essentiels pour qu'une évaluation soit efficace et informative. Afin de fournir tous les éléments de l'évaluation, un suivi systématique de tous les intrants (ressources), des activités (actions et efforts), des produits (livrables), des résultats (réalisations) et de l'impact (changement final) a été recherché afin d'établir une base de référence pour chaque facette du projet et pour évaluer tout changement au fil du temps.

	Évaluation	Diffusion et engagement
<b>Preuves d'activité</b>	Création d'un modèle causal. Traitement et analyse des données. Manuel de référence pour la prescription sociale Production d'une analyse de l'optimisation des ressources. Réalisation de 4 rapports d'évaluation.	Études de cas. Instantanés de données. Notes d'orientation politique. Blogs. Webinaires. Ateliers. Articles académiques et présentations de conférences. Présentations civiques. Organisation/ Composition du conseil d'administration. Réunions avec des gestionnaires publics et des décideurs politiques.
<b>Ce qui n'a pas fonctionné</b>	Le traitement et l'analyse des données sont affectés par l'absence d'un système CRMS unifié.	La capacité d'utiliser des canaux de communication dans tous les sites des partenaires pour diffuser les résultats. L'équipe de l'UoE n'avait pas connaissance de certains canaux de communication des partenaires. Un manque de coordination au niveau du partenariat pour assurer un meilleur impact de la diffusion.
<b>Ce qui a fonctionné</b>	Les partenaires se regroupant vers la fin du programme pour systématiser la structure de transmission des données.  Investissement des partenaires en temps et en efforts pour réfléchir à l'ensemble du programme tout en contribuant à l'élaboration du manuel de référence pour la prescription sociale.	Participation à des conférences universitaires, à des événements du secteur VCSE, à des événements centrés sur la prescription sociale au niveau national et local.
<b>Ce que les partenaires feraient différemment</b>	Coproduction de l'évaluation.	Une meilleure coordination entre les sites partenaires en ce qui concerne le partage des résultats. Coproduction de la diffusion et de l'engagement.
<b>Enseignements tirés</b>	L'évaluation est un processus continu.	Une stratégie de communication claire et bien fondée, essentielle en termes de diffusion et d'engagement.
<b>Évaluation</b>	Un système était nécessaire pour " évaluer " l'évaluation.	Nécessité d'un mécanisme efficace de suivi de la portée et de l'engagement à l'égard des résultats.

Tableau 11. Vue d'ensemble de l'intégration

L'équipe de l'UoE a produit régulièrement des rapports d'évaluation de la conception et de la mise en œuvre des projets. Ces *évaluations de processus* ont permis d'informer les partenaires et les bailleurs de fonds des activités de Connected Communities et de la mesure dans laquelle elles ont été mises en œuvre comme prévu pour atteindre les résultats escomptés. Des rapports d'évaluation de l'impact et de l'optimisation des ressources ont également été réalisés et diffusés par le biais des évaluations et du manuel de référence pour la prescription sociale. Ces documents peuvent être utilisés collectivement pour évaluer la logique d'évaluation proposée et la mesure dans laquelle les changements observés parmi les bénéficiaires ou les communautés peuvent être attribués à Connected Communities.

Le succès de l'évaluation dépend en grande partie de la volonté des partenaires de reconnaître que l'évaluation est un processus continu. Bien que les partenaires de Connected Communities aient compris la nécessité d'une évaluation continue, le temps et les ressources nécessaires à chaque partenaire pour contribuer en permanence à cette entreprise n'ont pas été estimés de manière adéquate. Le fait de travailler dans deux langues différentes et avec des autorités locales et des secteurs différents exige du temps et des efforts supplémentaires pour s'assurer que les résultats sont produits dans les délais, que l'impact est suivi et que les résultats peuvent être examinés à temps pour éclairer la prise de décision et déterminer tout changement ou toute amélioration potentiels dans la mise en œuvre en cours. Tous les partenaires ont convenu qu'un investissement plus important en temps et en ressources était nécessaire pour coproduire une évaluation plus utile et plus informative.

De nombreux facteurs contextuels, spécifiques au programme et au partenariat ont influé sur la manière dont l'évaluation a été menée et dont l'impact de Connected Communities a été évalué. Dans la section suivante, nous examinons certains de ces facteurs.

## **7 Impact du partenariat et facteurs contextuels**

---

### COVID-19

L'émergence de la pandémie de COVID-19 en mars 2020 a entraîné une interruption des services, les ressources des autorités locales étant détournées pour répondre aux besoins urgents et fondamentaux des personnes dans leur localité. Les partenaires, en particulier ceux qui travaillent dans les services de santé publique, ont dû se concentrer sur les besoins sanitaires liés à la pandémie et répondre à des demandes sans précédent en termes de contraintes de temps et de ressources.

La pandémie a également eu un impact sur l'engagement et le recrutement de bénéficiaires potentiels dans les différents sites des partenaires. Le nombre de personnes disponibles pour travailler avec les bénéficiaires a également diminué, soit en raison de maladies et de périodes d'isolement prolongées, soit parce que le personnel a dû se consacrer à dispenser des soins d'urgence.

En outre, la pandémie de COVID-19 a eu un impact sur les possibilités d'interaction entre les partenaires et sur la constitution d'une équipe ayant une vision commune dans l'ensemble du partenariat, y compris une stratégie unifiée en matière de mise en

œuvre et d'impact. Le partenaire l'Oise a quitté le projet au cours de cette période, ce qui a eu un impact particulier sur l'équipe d'évaluation de l'UoE, car l'Oise était le partenaire chargé de la diffusion, de l'intégration et de l'évaluation en France et dans l'ensemble du pays. L'UoE a donc dû couvrir seule ces trois éléments du projet.

Compte tenu de l'impact potentiel du COVID-19 sur les degrés de solitude, d'isolement et de connectivité, l'équipe d'évaluation de l'UoE a proposé de modifier le questionnaire de l'enquête afin d'évaluer ces impacts. Bien que les partenaires aient convenu que trois questions supplémentaires étaient nécessaires pour appréhender ces impacts, seulement Medway a fourni des réponses de bénéficiaires à ces questions. (pour plus d'informations, voir [Interactions, solitude et connectivité : changements liés au COVID-19](#))

## Le Brexit

Le départ du Royaume-Uni de l'Union européenne a affecté la participation et la prestation de services de Connected Communities, ainsi que le partenariat. Certains partenaires français ont quitté le partenariat après l'annonce du départ du Royaume-Uni. La perte de La Manche a signifié que l'équipe de communication a perdu le partenaire français clé pour ce travail, et la perte de la Seine Maritime a signifié le départ d'un partenaire français en charge de la direction, de la gestion générale et de la mise en œuvre. Cette réduction du nombre de partenaires a à son tour affecté la coopération transfrontalière et l'apprentissage en équipe dans des domaines tels que l'intégration des soins de santé et des services sociaux, l'élaboration de politiques en France, les services numériques pour aider les gens à indiquer leurs besoins et à allouer des ressources, ainsi que les possibilités d'adopter une stratégie unifiée en matière de CRMS et de bénévolat. L'Eure s'est également retrouvé le seul partenaire français restant.

La réaffectation aux partenaires restants des tâches, des responsabilités et des fonds nécessaires n'a été ni efficace ni opportune. Les négociations visant à réaffecter les fonds ont pris un temps et des ressources précieux, et les fonds n'ont jamais été réaffectés avec succès pour soutenir la mise en œuvre des activités proposées.

## Interactions entre partenaires

En tant que programme de prescription sociale intersectoriel et interrégional, avec de multiples sites d'exécution et flux de travail, Connected Communities a nécessité la mise en place d'un certain nombre de structures de direction, de communication et de légitimité pour une mise en œuvre réussie du programme. Les partenaires ont fait remarquer qu'il était nécessaire de clarifier davantage la manière dont le programme devait être exécuté tout en tenant compte des divers défis contextuels et spécifiques au programme qui sont apparus tout au long de la durée de ce dernier. Certains partenaires ont noté un manque d'orientation quant aux étapes de base de la mise en œuvre d'un service de prescription sociale en partenariat tel que Connected Communities.

Néanmoins, Connected Communities offre des perspectives qui pourraient potentiellement conduire à un changement systémique dans la manière dont les

autorités locales, les chercheurs et les organisations communautaires travaillent ensemble pour répondre à des besoins sanitaires et sociaux complexes. Dans cette optique, nous avons demandé aux partenaires de nous donner leur avis sur la manière dont le partenariat Connected Communities a influencé leur approche en matière de prescription sociale pour l'avenir. Les partenaires ont formulé les commentaires suivants sur le projet :

*" [Connected Communities a] a mis en évidence le fait qu'il existe de nombreuses façons de mettre en œuvre efficacement la prescription sociale, et qu'il n'y a pas de solution unique. "*

*" Nous reconsidérerions la passation des marchés et nous envisagerions l'exécution en interne ou par l'intermédiaire d'une organisation locale. "*

*" Malheureusement pour nous, le travail en partenariat a quelque peu manqué, en raison d'un certain nombre de facteurs (la pandémie, mais aussi le manque de volonté de certains partenaires de partager leurs connaissances), dans le cadre du projet. Nous avons toutefois mis en place une distribution de brochures basée sur l'action d'un autre partenaire, ce qui a donné d'excellents résultats en ce qui nous concerne. "*

*" Il est nécessaire d'identifier les voies d'engagement dès le début de la mise en œuvre. Il est difficile d'aiguiller des personnes sans avoir bâti en amont des réseaux solides et des relations de confiance. "*

*" Cela m'a permis de mieux comprendre les structures nécessaires à la mise en œuvre d'initiatives complexes dans le domaine de la santé, telles que la prescription sociale. "*

*" [Connected Communities m'a montré] l'importance de créer une forte dynamique avec les partenaires. "*

*" [Il aurait été utile d'avoir] plus de soutien et d'orientation dans le monde de la prescription sociale pour les partenaires moins expérimentés dans ce domaine. "*

Nous avons également demandé aux partenaires de réfléchir à ce qu'ils auraient pu faire, le cas échéant, pour que leur travail ait plus d'impact. Les partenaires ont apporté les précisions suivantes :

*" Il y avait parfois un manque de direction et de communication claire de la part du partenaire principal. Les partenaires n'ont pas toujours été tenus au courant des changements et des informations clés ayant une incidence sur leur travail/approche du projet. Je ne pense pas que le partenariat ait mis en œuvre un véritable travail de coproduction ; nous avons tous eu tendance à travailler sur nos projets en vase clos, puis à nous réunir et nous informer brièvement les uns les autres (ce n'est que depuis la dernière réunion que je comprends pleinement le fonctionnement de tous les autres projets). Cependant, la pandémie de COVID-19 en est en grande partie responsable, car celle-ci a eu un impact considérable sur tous et nous a empêchés de travailler comme nous l'aurions peut-être fait sans cette difficulté supplémentaire. "*

*" Il était difficile de se réunir en ligne et l'impossibilité de se déplacer pour voir les projets constituait un obstacle. "*

*" Je sais que la pandémie de COVID-19 et le développement de la prescription sociale au niveau local au cours de cette période ont rendu les choses difficiles. La séparation entre le domaine de la santé et les autorités locales est gênante. "*

*" Une véritable collaboration entre les partenaires, une meilleure communication entre les partenaires, davantage de co-conception, du co-développement, davantage de réunions de type atelier [aurait été utile]. "*

*" [Il aurait été utile de disposer d'] une stratégie en matière de co-production. Un système commun d'enregistrement des données. "*

Les réponses illustrent un large éventail de points de vue en ce qui concerne les structures de direction et de projet. Une attention et des efforts accrus pour maintenir la collaboration lors d'événements inattendus tels que la pandémie de COVID-19 ou la rotation du personnel auraient pu aider le programme à mieux faire face et à s'adapter à ces éléments défavorables. Connected Communities et d'autres programmes similaires de prescription sociale devraient disposer du temps, de l'espace et des ressources nécessaires pour développer davantage un solide esprit de collaboration avec des parties prenantes internes et externes. L'instauration de rôles de direction clairs, la communication d'une vision et d'un engagement à long terme en faveur de la collaboration sont des aspects importants de la construction de la légitimité, un processus que les réseaux nouveaux et potentiellement éphémères risquent d'avoir du mal à établir.<sup>28</sup>

## Gestion des partenariats

Le secrétariat conjoint a fourni un représentant chargé de traiter un certain nombre d'aspects administratifs du programme Connected Communities. Le représentant du secrétariat conjoint aurait dû superviser la nomination des contrôleurs de premier niveau, a dispensé une formation obligatoire sur la gestion financière des projets et l'établissement de rapports, a participé aux réunions du groupe de pilotage du projet, a examiné régulièrement les rapports d'avancement et les demandes de paiement, a répondu aux demandes de modifications des projets émanant des partenaires et a proposé une formation obligatoire de clôture de projet à l'ensemble du personnel des partenaires. Le représentant du secrétariat conjoint de Connected Communities n'a pas participé régulièrement aux réunions du groupe de pilotage du projet, comme le prévoyait l'appel d'offres du programme, ce qui a eu un impact négatif sur la prise de décision et le partage d'informations entre le partenariat et le bailleur de fonds.

La formation du secrétariat conjoint de clôture du programme a eu lieu le 17 octobre 2022, laissant moins de deux mois de mise en œuvre active du programme permettant aux connecteurs de travailler avec les bénéficiaires du programme avant la période de vacances et la date de mise en œuvre finale du 31 décembre 2022. Au cours de la formation, les partenaires ont été informés du calendrier de clôture, ainsi que du rapport final, des dépenses éligibles, des résultats et des preuves. Selon l'Image 4, la date de fin du projet a été fixée au 30 juin 2023, la mise en œuvre finale se terminant le 31 mars 2023. Le partenariat travaillait en vue de ces dates depuis que le secrétariat conjoint les avait confirmées oralement avec le chef de projet de Connected Communities en juin 2022.

Le partenariat a ensuite été informé le 23 décembre 2022 (une notification que de nombreux partenaires n'ont reçue que le 3 janvier 2023 en raison des fermetures pour cause de vacances) que la date de fin du projet serait désormais fixée au 31 mars, tous les livrables devant être achevés au plus tard le 31 décembre 2022. Les informations erronées fournies lors de la formation ont entraîné des difficultés nouvelles et inattendues ainsi que des pressions professionnelles exercées sur tous les partenaires, qui se sont efforcés de respecter une date limite de projet trois mois plus tôt que la date limite spécifiée en juin et en octobre 2022. Ce changement inopiné a également eu des répercussions négatives sur la dotation en personnel et l'affectation des ressources des partenaires.

## Project closure key dates

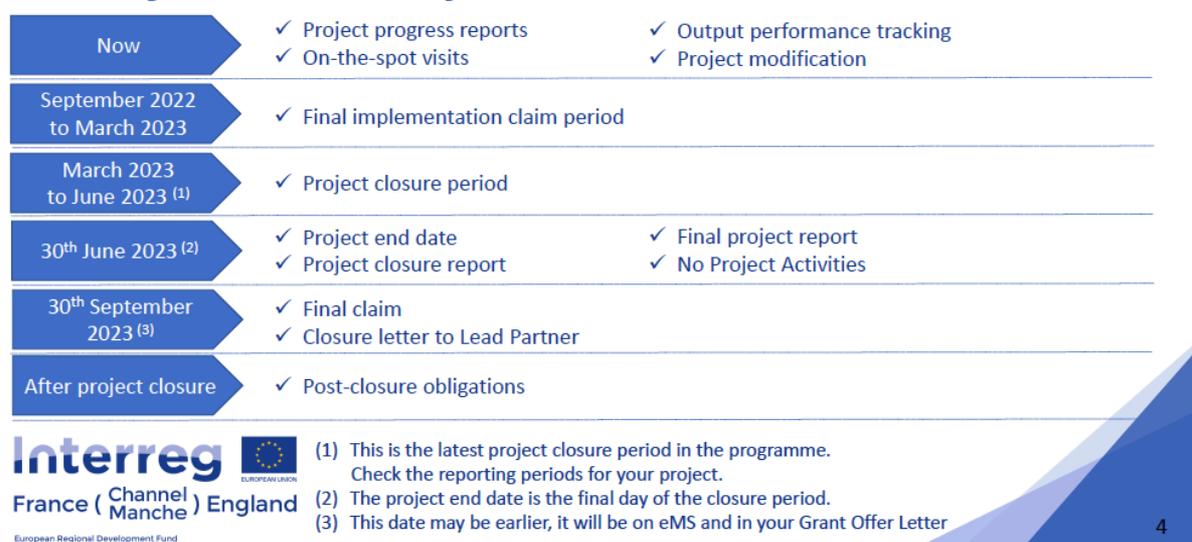


Image 4. Diapositives de la formation Interreg de clôture

De nouveaux changements dans les procédures et les protocoles au nom du bailleur de fonds ont entraîné une plus grande confusion et des efforts supplémentaires dans la gestion du projet pour toutes les organisations partenaires. Ces changements concernaient les preuves nécessaires pour autoriser des réclamations, des délégations de lots de travaux et de lignes budgétaires, et des décisions/informations que les partenaires pouvaient attendre de la part du bailleur de fonds.

Les exigences du programme en matière de procédures et de rapports n'ont pas été respectées par le bailleur de fonds, ce qui a entraîné des retards dans le traitement des demandes, la prise de décisions et la mise en œuvre des fonds disponibles. Les retards dans le traitement des demandes ont eu un impact négatif sur le recrutement du personnel, avec des perturbations importantes dans la fidélisation du personnel. En fin de compte, l'incertitude entourant le programme a conduit de nombreux employés à occuper d'autres postes au sein et en dehors des organisations partenaires avant la fin du projet. Moins de cinq des personnes initialement impliquées dans la proposition ont participé au programme pendant toute sa durée.

## 8 Conclusion

---

Dans l'ensemble, de nombreux aspects du projet Connected Communities ont été mis en œuvre avec succès. D'autres éléments nécessitant des développements et des investissements supplémentaires ont également été identifiés. Les équipes de partenariat de Connected Communities ont tiré des enseignements des éléments qui ont bien fonctionné et de ceux pour lesquels cela n'a pas été le cas.

En résumé, les aspects suivants du programme ont bien fonctionné :

- De nombreuses interactions positives avec les organisations du secteur associatif, communautaire et des entreprises sociales :
  - Promouvoir Connected Communities
  - Collaborer pour éviter la duplication des services et mieux servir la communauté : *une approche systémique globale.*
- Sensibilisation des membres de la communauté et des autorités locales à la solitude et à l'isolement.
- Approches de communication dans le Kent.
- Elaboration d'un répertoire des services dans le Kent et Medway.
- Le recours aux agents de La Poste dans l'Eure et aux gardiens communautaires dans le Kent pour capitaliser sur les relations de confiance déjà établies au sein de la communauté afin de générer des aiguillages et favoriser la participation.

Les aspects du programme qui n'ont pas bien fonctionné et qui ont nécessité une plus grande attention sont les suivants :

- L'absence d'un système commun d'enregistrement et de gestion des données clients (CRMS) a été défavorable à :
  - la gestion, la collecte et le suivi des données
  - l'évaluation de l'impact
  - la coordination entre les partenaires.
- Le manque d'échange de connaissances par le biais d'ateliers et de réunions de collaboration a été réduit :
  - Possibilités de se réunir pour résoudre des problèmes, discuter de l'état d'avancement du programme et utiliser les compétences de chacun.
  - Capacité à faciliter le temps de travail collaboratif.

Les partenaires ont tiré de nombreux enseignements de leur participation au programme Connected Communities :

- La reconnaissance du pouvoir d'une vision partagée et de la manière de la créer par la communication, la fixation d'objectifs et un plan d'action dynamique.
- Comprendre que la coproduction n'est possible que lorsque les rôles des dirigeants sont précisément définis, que la vision est partagée et que la collaboration fait l'objet d'un engagement à long terme.
- Expérience de la nécessité de régulièrement mettre à jour les plans de gestion des risques pour tous les aspects de l'exécution.

- La connaissance du fait que tous les aspects de la mise en œuvre ont une incidence sur l'évaluation et l'impact du programme.
- La prise de conscience qu'un partenariat doit allouer suffisamment de temps pour trouver un équilibre entre les exigences en matière de collecte et d'analyse des données, d'une part, et les besoins des professionnels de la mise en œuvre et des bénéficiaires, d'autre part.

## Références

1. Reinhardt GY, Vidovic D, Hammerton C. Connected Communities First Evaluation Report [Internet]. 2021. Available from: [https://connected-communities.net/wp-content/uploads/2022/05/PDF-ConCon\\_First-Report\\_final\\_English-1.pdf](https://connected-communities.net/wp-content/uploads/2022/05/PDF-ConCon_First-Report_final_English-1.pdf)
2. Reinhardt GY, Vidovic D, Wotherspoon N, Radulescu N. Connected Communities Third Evaluation Report [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 30]. Available from: [https://connected-communities.net/wp-content/uploads/2023/01/ConCom\\_Third-Report\\_final.pdf](https://connected-communities.net/wp-content/uploads/2023/01/ConCom_Third-Report_final.pdf)
3. Experian. Mosaic [Internet]. 2019. Available from: <https://www.experianintact.com/content/uk/documents/productSheets/MosaicConsumerUK.pdf>
4. Vidovic D, Reinhardt GY. Simply Connect System [Internet]. 2020. Available from: <https://essexuniversity.box.com/s/we8ljuykkikjl4jkrelnga25fq4cs8up>
5. NHS England NLT. The NHS Long Term Plan [Internet]. NHS Long Term Plan. 2019 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>
6. Vedder A, Boerner K, Stokes JE, Schut HAW, Boelen PA, Stroebe MS. A systematic review of loneliness in bereavement: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*. 2022 Feb 1;43:48–64.
7. Byrne C, Saville CWN, Coetzer R, Ramsey R. Stroke Survivors Experience Elevated Levels of Loneliness: A Multi-Year Analysis of the National Survey for Wales. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2022 Mar 1;37(2):390–407.
8. Institute for Government. Timeline of UK government coronavirus lockdowns and restrictions [Internet]. Institute for Government. 2022. Available from: <https://www.instituteforgovernment.org.uk/data-visualisation/timeline-coronavirus-lockdowns>
9. FRI. Timeline for lifting Covid restrictions in France in May, June [Internet]. RFI. 2021. Available from: <https://www.rfi.fr/en/france/20210430-timeline-for-lifting-covid-restrictions-in-france-in-may-june-emmanuel-macron-economy-curfew-lockdown>
10. Ernst M, Niederer D, Werner AM, Czaja SJ, Mikton C, Ong AD, et al. Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *American Psychologist*. 2022;77(5):660.
11. Ross A, Willson VL. Paired Samples T-Test. *Basic and Advanced Statistical Tests*. 2017;17–9.
12. StataCorp L. Stata statistical software: Release 15 (2017). College Station, TX: StataCorp LP. 2017;

13. Office for National Statistics (ONS). Measuring loneliness: guidance for use of the national indicators on surveys [Internet]. 2018 [cited 2020 Feb 27]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/methodologies/measuringlonelinessguidanceforuseofthenationalindicatorsonsurveys>
14. Reinhardt GY, Vidovic D. CRMS Meeting and Feedback Notes: UofE, Suffolk County Council and Medway Council Staff Discussion [Internet]. 2020. Available from: <https://essexuniversity.box.com/s/noyadjztgac9hpkx8y38dmed09l6yeux>
15. Office for National Statistics. Recommended national indicators of loneliness [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 21]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/compendium/nationalmeasurementofloneliness/2018/recommendednationalindicatorsofloneliness>
16. Office for National Statistics. Personal well-being user guidance [Internet]. 2018 [cited 2020 Sep 2]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/methodologies/personalwellbeingsurveyuserguide>
17. Vidovic D, Reinhardt GY, Hammerton C. Can Social Prescribing Foster Individual and Community Well-Being? A Systematic Review of the Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021 Jan;18(10):5276.
18. HM Treasury. Magenta Book. Central Government guidance on evaluation [Internet]. 2020. Available from: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/879438/HMT\\_Magenta\\_Book.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/879438/HMT_Magenta_Book.pdf)
19. Kent County Council, Medway Council, Simply Connect. Kent & Medway Directory - connecting you to your local community [Internet]. 2023. Available from: <https://kentmedway.simplyconnect.uk/>
20. Suffolk County Council. Suffolk InfoLink [Internet]. Available from: <https://infolink.suffolk.gov.uk/kb5/suffolk/infolink/home.page>
21. Singleton I, Dickinson S, Thacker M, Devaney M, Skinner D. Directory of services · Enabling Social Prescribing [Internet]. 2021 Mar. Available from: <https://coda.io/@digital-playbook/enabling-social-prescribing/directory-of-services-83>
22. Abram S. Community and Asset Mapping for Special Librarians [Internet]. Lucidea. 2018. Available from: <https://lucidea.com/blog/community-and-asset-mapping-for-special-librarians/>
23. GOV.UK. Community Life Survey [Internet]. GOV.UK. 2013 [cited 2020 Sep 3]. Available from: <https://www.gov.uk/government/collections/community-life-survey>

24. Koenig HG, Westlund RE, George LK, Hughes DC, Blazer DG, Hybels C. Abbreviating the Duke Social Support Index for Use in Chronically Ill Elderly Individuals. *Psychosomatics*. 1993 Jan 1;34(1):61–9.
25. Fulton and Jupp. Investing to tackle loneliness: a discussion paper [Internet]. Social Finance UK. 2015 [cited 2020 Jul 27]. Available from: [https://www.socialfinance.org.uk/sites/default/files/publications/investing\\_to\\_tackle\\_loneliness.pdf](https://www.socialfinance.org.uk/sites/default/files/publications/investing_to_tackle_loneliness.pdf)
26. Heijnders ML, Meijs JJ. 'Welzijn op Recept' (Social Prescribing): a helping hand in re-establishing social contacts – an explorative qualitative study. *Prim Health Care Res Dev*. 2018 May;19(3):223–31.
27. Kent County Council Connected Communities Team. CC Comms and social media report - June - December 2022 - Copy. 2022.
28. Crosby BC, Bryson JM. Integrative leadership and the creation and maintenance of cross-sector collaborations. *The Leadership Quarterly*. 2010 Apr 1;21(2):211–30.