

Prévention des assuétudes :

Une analyse critique du modèle islandais dans une perspective de transférabilité au contexte belge

Autrices

Camille Guiheneuf
Ségolène Malengreaux
Isabelle Aujoulat

RESO - Service universitaire de promotion de la santé



Avec le soutien de



Une publication du RESO



AUTRICES : Camille Guiheneuf, Ségolène Malengreaux, Isabelle Aujoulat

SOUS LA DIRECTION DE : Pr. Isabelle Aujoulat (UCLouvain/IRSS-RESO)

REMERCIEMENTS :

Les autrices remercient l'équipe de l'Asbl Prospective Jeunesse et plus particulièrement Guilhem De Crombrughe.

POUR REFERENCER CE DOCUMENT :

Guiheneuf C., Malengreaux S., & Aujoulat I. Prévention des assuétudes : Une analyse critique du modèle islandais dans une perspective de transférabilité au contexte belge. Woluwé-Saint-Lambert : UCLouvain/IRSS-RESO, 2024, 49 p.

RETROUVEZ TOUTES LES PUBLICATIONS DU RESO À L'ADRESSE :

www.uclouvain.be/reso

AVEC LE SOUTIEN DE :



Table des matières

Liste des illustrations et tableaux.....	4
Préambule.....	5
Introduction.....	6
Partie 1	8
Le Modèle de Prévention Islandais : de quoi s'agit-il ?	8
Contexte du développement du MPI	8
Les concepteurs du modèle	8
Public ciblé par le MPI et définition de la communauté	8
Les principes clés du MPI.....	9
Les étapes du modèle.....	11
Phase 1 - Construire et maintenir les capacités de la communauté pour l'implémentation du MPI	13
Phase 2 - Collecte de données, analyse et diffusion des résultats (diagnostic).13	
Phase 3 - Stimuler l'engagement communautaire pour créer et maintenir un environnement social sain pour les adolescents	13
Phase 4 - Répétition et pérennisation du MPI.....	14
Un modèle qui promeut la santé et participe à la réduction des inégalités ?	14
Partie 2.....	16
Le MPI en pratique, ça donne quoi ?	16
1. Comment les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé sont-ils pris en compte dans la mise en œuvre du modèle ?.....	19
2. Dans quelle mesure la mise en œuvre du MPI s'inscrit-elle dans une démarche <i>Evidence-Based Health Promotion</i> ?	23
3. De quelle manière la participation communautaire est-elle mobilisée dans la mise en œuvre du modèle ?	25
4. Comment les parties prenantes collaborent-elles à la mise en œuvre du modèle ?	28
5. De quelle manière la dimension politique est-elle incluse dans la mise en œuvre du MPI ?	31
6. Dans quelle mesure le MPI se rapproche-t-il d'une approche par les milieux de vie (approche écologique) ?	33

7. Comment assurer la pérennité (ou durabilité) des effets de l'implémentation du modèle ?	35
Partie 3.....	37
Les effets de l'implémentation du MPI	37
Les apports du MPI selon les cas.....	38
Conclusion.....	39
Bibliographie.....	40
Annexe.....	43

Liste des illustrations et tableaux

Illustration 1: Les domaines des facteurs de risque et de protection de la consommation de substances addictives chez les adolescents – traduit de l’anglais et adaptée de Skulason, (2022).....9

Tableau 1 : Représentation des étapes et phases de la mise en œuvre du MPI sur base de Kristjansson et al., (2020b).....12

Tableau 2 : Cas d'implémentation du MPI concernés par les références analysées.
..... 17

Préambule

Le présent document est l'aboutissement d'une collaboration entre le Service Universitaire de Promotion de la Santé – le RESO¹ - et [l'Asbl Prospective Jeunesse](#). Cette dernière œuvre dans le secteur de la prévention et de la promotion de la santé belge, et plus spécifiquement dans le domaine des assuétudes. Intéressée par les questions de transférabilité et de faisabilité du Modèle de Prévention Islandais dans un contexte belge francophone, l'Asbl Prospective Jeunesse a fait appel au RESO afin de creuser ces questions à l'aide de la littérature.

Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

¹ Le [RESO](#) est un service universitaire de promotion de la santé situé au sein de l'Institut de Recherche Santé et Société à l'UCLouvain et financé par les politiques de promotion de la santé des 2 Régions francophones belge (pilotées par l'AVIQ et la COCOF). Sa principale mission est de renforcer les savoirs des intervenants de promotion de la santé, qu'ils soient professionnels, décideurs ou scientifiques, et de soutenir la prise de décision interventionnelle et politique en partageant les connaissances en promotion de la santé (RESO - Service Universitaire de Promotion de la Santé, s.d).

Introduction

Les domaines de la prévention en matière de santé et de la promotion de la santé se définissent en grande partie à travers des interventions visant à améliorer la santé des populations. La promotion de la santé est souvent conceptuellement située en amont de la prévention (des maladies et des traumatismes), comme si ces 2 notions étaient distinctes l'une de l'autre. Pourtant les actions de prévention contribuent à promouvoir la santé et leurs complémentarités sont au service de plus d'équité en santé et de continuité dans les soins, car comme Alami et ses collègues (2017) l'expliquent : « *il est aussi primordial de garder un équilibre entre les actions de prévention et de promotion et les interventions curatives pour réussir une telle mission* » (Alami et al., 2017, p. 182).

Les stratégies de prévention peuvent être construites sur des logiques normatives et des approches descendantes (*top-down*), ne prenant pas en compte les valeurs, la culture ou encore la dimension socio-économique des problèmes de santé. Le risque de ce type de stratégie est d'accroître la stigmatisation, l'exclusion et *in fine* les inégalités sociales. Pour éviter ces effets délétères, les stratégies de prévention gagnent à reposer sur des logiques dites de promotion de la santé, c'est-à-dire des stratégies qui se focalisent moins sur les problèmes, mais davantage sur les facteurs qui vont développer la santé. Faire reposer les stratégies de prévention sur des logiques de promotion de la santé revient donc à mettre en œuvre des stratégies qui renforcent la capacité des individus, des collectifs et des sociétés à développer la santé dans une perspective positive, globale et avec une préoccupation pour la réduction des inégalités sociales de santé. Dès lors, envisager les soins et la prévention dans une perspective de promotion de la santé signifie s'attarder sur les ressources des individus et des communautés, allant au-delà de l'unique considération des facteurs de risques. Cela implique d'adopter une approche qui encourage la participation, en prenant en considération la diversité des déterminants de la santé, liés notamment aux environnements de vie des personnes (Aujoulat, & Sandrin, 2019).

Le modèle de prévention islandais (MPI – en anglais, *Icelandic Prevention Model*) a été élaboré afin de prévenir la consommation de substances addictives par les adolescents islandais. Transférer une intervention ou, comme dans le cas du MPI, une stratégie implique de reproduire la mise en œuvre de celle-ci dans un autre contexte d'implémentation tout en offrant certaines garanties de la même efficacité que dans son contexte d'implémentation initiale (Cambon et al., 2014). Ainsi, analyser la transférabilité d'une intervention ou d'une stratégie implique à la fois de documenter en détail les processus de mise en œuvre, d'avoir des données relatives à son efficacité et de comparer le contexte initial et le « nouveau » contexte de mise en œuvre (Hawe et al., 2009). Le piège dans lequel il ne faut pas tomber est de se poser la question de la transférabilité dans une optique de standardisation ou

de généralisation de l'intervention. L'enjeu d'analyser la transférabilité réside davantage dans la production de données probantes contextualisées, et ainsi développer des repères robustes pour répondre aux problématiques sociétales et de santé. Pour plus de détails sur la notion de transférabilité, nous renvoyons les lecteurs et lectrices vers un document de cadrage réalisé par l'IREPS et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes intitulé « Définitions et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : quelques éléments de cadrage »² (2018).

Notre exploration du MPI est donc double :

- Faire une lecture du modèle, dans ses aspects théoriques et de mise en œuvre, à partir du cadre théorique et des valeurs fondamentales à la promotion de la santé dans le but de s'assurer de son potentiel pour le développement de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé.
- Questionner la transférabilité du modèle à partir de la littérature portant sur des cas d'implémentation du MPI.

La première partie de ce document présente théoriquement le MPI. La seconde partie explore 7 questions quant à la mobilisation des dimensions de la promotion de la santé et de quelle manière elles le sont lors de la mise en œuvre du modèle. La dernière partie aborde les effets de l'implémentation du MPI, de l'apport du MPI selon les cas et la conclusion. La méthode utilisée se trouve dans l'annexe du document.

² Le document est téléchargeable : <https://www.apsytude.com/wp-content/uploads/2015/08/Exemple-PAP-IREPS-Juin-2018.pdf>

Partie 1

LE MODÈLE DE PRÉVENTION ISLANDAIS : DE QUOI S'AGIT-IL ?

Contexte du développement du MPI

Pour contrer le taux alarmant de consommation de substances addictives (tabac, alcool ou autres drogues) par les adolescents en Islande dans les années 1990, le MPI a été conçu par des chercheurs, et mis en œuvre avec le soutien du gouvernement islandais au milieu des années 1990 (Kristjansson et al., 2020a). L'objectif principal du MPI vise la réduction de la consommation de substances addictives chez les adolescents en créant un environnement qui minimise la consommation ou l'initiation de substances addictives (Kristjansson et al., 2020b).

À la suite d'une première expérimentation du modèle sur plusieurs années et sur l'ensemble du territoire islandais, une diminution significative de la prévalence annuelle des fumeurs journaliers et de cas d'état d'ivresse due à la consommation d'alcool chez les jeunes islandais de 10^e année (15-16 ans) entre 1995 et 2006 a été observée. À titre d'exemple, voici les données probantes qui ont été collectées : le nombre de fumeurs journaliers parmi des élèves entre 14 et 16 ans est passé de 23% en 1995 à 12% en 2006, et le nombre de cas de jeunes entre 14 et 16 ans en état d'ivresse est passé de 46% en 1995 à 25% en 2006 (Sigfusdottir et al., 2008).

Les concepteurs du modèle

Suite au succès du modèle, Planet Youth, un cabinet de consultance pour la recherche³ (*research consultancy*) propose des services tels que l'accompagnement à la mise en œuvre du modèle, l'offre de support qui comprend par exemple l'aide à l'analyse des données issues de leur questionnaire (faisant partie du modèle – étape 4) et des conseils pour mettre en œuvre la méthodologie qui accompagne le modèle (Kristjansson et al., 2020b). Planet Youth a été créé par l'Institut Islandais de Recherches Sociales (ICSRA), une organisation de chercheurs situés à Reykjavik (Islande) (Planet Youth, 2021).

En amont et au cours de ce travail, l'équipe du RESO n'a pas entretenu de lien particulier avec Planet Youth. Nous soulignons l'absence de conflit d'intérêts.

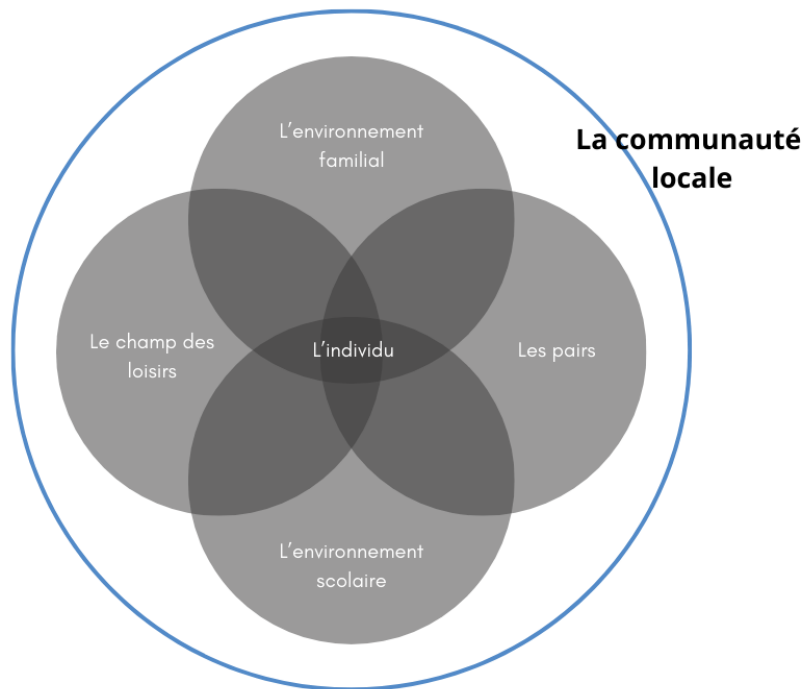
Public ciblé par le MPI et définition de la communauté

Selon les ressources disponibles, les bénéficiaires du modèle sont les adolescents, souvent à un âge compris entre 15 et 16 ans (Halsall et al., 2020, 2023 ; Meyers et al., 2023). La mise en œuvre du modèle repose sur une approche communautaire, par la prise en compte des facteurs protecteurs et des facteurs de risque à un niveau local, tout en agissant à l'échelle nationale (Kristjansson et al., 2020b). Cette approche communautaire consiste à placer les domaines de l'environnement des

³ Autrement dit, ce sont des scientifiques qui sont spécialisés sur une thématique ou un type de recherche et qui réalisent des recherches pour des clients.

adolescents, qui sont concernés par les facteurs de risque et les facteurs protecteurs liés à leur consommation de substances addictives, au centre de la mise en œuvre du modèle (Kristjansson et al., 2020b). Ces domaines sont l'environnement familial, les pairs, le champ des loisirs et l'environnement scolaire. (voir Illustration 1). Dans le MPI, ces domaines définissent la « communauté locale ».

Illustration 1 : Les domaines des facteurs de risque et de protection de la consommation de substances addictives chez les adolescents



Traduit de l'anglais et adaptée de Skulason, (2022).

LES PRINCIPES CLÉS DU MPI

L'hypothèse générale qui sous-tend le MPI est que ce modèle induit une approche qui permet de réduire le taux de consommation de substances addictives parmi les adolescents. Le MPI est fondé sur des théories axées sur le contexte environnemental et social des adolescents, plutôt que sur des théories issues des changements comportementaux individuels. La mise en œuvre du modèle devrait théoriquement suivre les 5 principes suivants, établis par ses concepteurs (Kristjansson et al., 2020a) :

- 1. Appliquer une approche de prévention primaire⁴ visant à améliorer l'environnement social.**

⁴ « La prévention primaire désigne les efforts faits, en amont de la maladie, pour limiter l'exposition à des facteurs de risque qui prédisposeraient à la maladie » (Aujoulat, & Sandrin, 2019, p 53).

Un des principes du modèle est de retarder l'initiation ou de réduire les possibilités des jeunes de consommer des substances addictives :

- Au niveau de leur communauté, en modifiant les normes et en induisant des changements culturels, sociaux et organisationnels.
- À un niveau plus global de l'environnement social de la société en augmentant ou améliorant les facteurs protecteurs et en réduisant les facteurs de risques.

Dans ce principe, l'implémentation s'articule autour de la participation des personnes qui connaissent la communauté, de l'utilisation de données issues de la recherche et de leur incorporation dans les pratiques de prévention.

2. Mettre l'accent sur l'action communautaire et considérer les écoles comme le lieu central pour soutenir la santé, l'apprentissage et l'épanouissement dans la vie des adolescents.

Le second principe s'appuie sur l'action via la communauté et sur l'approche écologique⁵. L'implémentation s'effectue à l'échelle d'un quartier dans lequel une école est identifiée. Les écoles sont perçues comme un espace qui permet de soutenir la santé, l'apprentissage et la réussite dans le parcours des adolescents. Ce lieu permet également de rassembler la famille, les pairs et d'autres membres de la communauté. Les écoles sont aussi le point de collecte de données qui permettra d'identifier régulièrement les comportements de consommation, les facteurs de risques et les facteurs protecteurs.

3. Permettre aux membres de la communauté d'avoir les moyens de prendre des décisions en utilisant des données, ainsi que des diagnostics locaux de haute qualité et accessibles.

Ce principe explicite le fait que la collecte de données de qualité à une échelle locale est essentielle pour guider la prise de décision, et le choix des interventions pour la communauté. Les données collectées sur les comportements de consommation, les facteurs protecteurs et les facteurs de risque doivent être ensuite disséminées parmi la collectivité.

4. Intégrer des chercheurs, des décideurs politiques, des praticiens et des membres de la communauté dans une même équipe pour agir à la résolution de problèmes complexes, concrets et réels.

L'implémentation du modèle nécessite la création d'une équipe dédiée à la prévention, composée de chercheurs, de décideurs politiques, de praticiens et de membres de la communauté qui collaboreront sur une longue période. Cette

⁵ Des éclairages théoriques sur les notions d'action via la communauté et sur l'approche écologique sont disponibles respectivement à la page 24 et à la page 33.

équipe sera désignée par les termes « coalition locale » (davantage expliquée ci-après).

5. Faire correspondre le cadre des solutions à la nature des problèmes, notamment en privilégiant des interventions sur le long terme et en engageant durablement les ressources communautaires.

Ce principe évoque le fait que certains problèmes se réduisent ou se résolvent grâce à des actions de long terme. C'est pourquoi l'implémentation du MPI se développe et se maintient sur le long terme grâce à un engagement et des efforts continus, ainsi qu'avec des ressources financières disponibles sur le long terme.

LES ÉTAPES DU MODÈLE

Le MPI se déploie en 10 étapes qui peuvent correspondre à 4 phases. Les étapes sont considérées comme des guides, ainsi l'application du modèle peut s'adapter au contexte, à ses forces, ses ressources et ses opportunités (Kristjansson et al., 2020b).

Tableau 1 : Représentation des étapes et phases de la mise en œuvre du MPI sur base de Kristjansson et al., (2020b)

Étapes du MPI	Phases
Étape 1 Identification, développement et renforcement des capacités de la coalition locale Étape 2 Identification, développement et renforcement des capacités en matière de financement local Étape 3 Planification de la collecte de données et de l'engagement communautaire	Phase 1 Construire et maintenir les capacités de la communauté pour l'implémentation du MPI
Étape 4 Collecte et traitement des données, réalisation d'un diagnostic fondé sur les données Étape 5 Renforcement de la participation et de l'engagement communautaire Étape 6 Diffusion des résultats	Phase 2 Collecte de données, analyse et diffusion des résultats
Étape 7 Définition des objectifs communautaires et des autres objectifs en fonction des résultats Étape 8 Alignement des politiques et des pratiques Étape 9 Immersion des enfants et des adolescents dans des environnements, des activités et des messages de prévention primaire	Phase 3 Stimuler l'engagement communautaire pour créer et maintenir un environnement social sain pour les adolescents
Étape 10 Répétition annuelle des étapes 1 à 9	Phase 4 Répétition et pérennisation du MPI

Phase 1 - Construire et maintenir les capacités de la communauté pour l'implémentation du MPI

Cette phase recouvre les étapes 1 à 3.

L'implémentation du MPI nécessite la présence d'une équipe sur le terrain (la coalition locale) qui dédie du temps de travail à la mise en œuvre du modèle. Cette équipe, responsable de la mise en œuvre de chacune des étapes au niveau local, est constituée de membres de la communauté (parents, personnel scolaire, etc.) et de professionnels (élus locaux, chercheurs, professionnels du secteur de la prévention, représentant religieux, etc.) (Kristjansson et al., 2020b). La coalition locale œuvre également à sensibiliser les communautés aux buts poursuivis par le modèle, afin de faire connaître son déroulement et de favoriser leur participation (Kristjansson et al., 2020b). Une des spécificités du MPI est la place octroyée à la collaboration entre les membres de la communauté et les parties prenantes concernées (Kristjansson et al., 2020a, 2020b). Cette démarche a pour but d'améliorer la cohérence des objectifs poursuivis avec les pratiques des professionnels et des politiques locales (Kristjansson et al., 2020b).

Cette phase inclut aussi la recherche des ressources nécessaires (financières, matérielles, etc.) pour assurer la durabilité de l'implémentation du modèle (Kristjansson et al., 2020b).

Phase 2 - Collecte de données, analyse et diffusion des résultats (diagnostic)

Cette phase recouvre les étapes 4 à 6.

La collecte de données est réalisée auprès d'adolescents dans les écoles via un questionnaire conçu pour ce modèle. Ce questionnaire permet de connaître leurs comportements de consommation de substances addictives, mais aussi leur état de santé mentale et de bien-être, ainsi que d'identifier les facteurs de risques et les facteurs protecteurs propres à leur contexte de vie (Kristjansson et al., 2020b).

Ensuite se succèdent les étapes de diffusion et de présentation des résultats issus de ce questionnaire via des rencontres avec la communauté. Les scientifiques, décideurs politiques et autres acteurs locaux, tels que les municipalités, les écoles, les parents et les prestataires d'activités de loisirs sont amenés à discuter des résultats (Kristjansson et al., 2020b).

Phase 3 - Stimuler l'engagement communautaire pour créer et maintenir un environnement social sain pour les adolescents

Cette phase recouvre les étapes 7 à 9.

À partir de ce stade, la coalition locale se fixe quelques objectifs généraux en lien avec les facteurs protecteurs et de risques identifiés lors de l'analyse des résultats. Les objectifs sont donc particuliers à chaque contexte d'implémentation du

modèle. À titre d'illustration, lors de l'implémentation du MPI en Islande au milieu des années 1990, les objectifs généraux suivants avaient été formulés (Kristjansson et al., 2020b) :

- Engager des professionnels spécialisés en matière de prévention au sein des communes et des écoles qui disposeraient d'un nombre d'heures spécifiquement dédiées à de la prévention primaire.
- Augmenter la participation des élèves dans les activités extra-scolaires.

Une fois les objectifs établis, ce sont les stratégies de mise en œuvre qui seront également définies par la coalition locale. À titre d'illustration, voici 2 des stratégies qui ont été formulées pour le cas d'implémentation islandais au milieu des années 1990 (Kristjansson et al., 2020b) :

- Les professionnels du secteur de la prévention communiquent et organisent des réunions régulières avec des groupes de parents pour accroître leur participation et leur implication.
- Les autorités locales mettent en place des dispositifs pour augmenter les opportunités et l'accessibilité des activités extra-scolaires aux adolescents.

Les stratégies à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs dépendent du contexte local et national.

Phase 4 - Répétition et pérennisation du MPI

Cette phase recouvre l'étape 10.

Cette phase induit la répétition des étapes précédemment décrites de manière annuelle ou bisannuelle. Cette périodicité permet de renforcer la collaboration entre chaque partie prenante de l'implémentation du modèle, et tend à modifier au fur à mesure des années la culture et les normes sociales liées à la consommation de substances addictives des jeunes (Kristjansson et al., 2020b).

UN MODÈLE QUI PROMEUT LA SANTÉ ET PARTICIPE À LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS ?

À la lecture des principes clés, nous pouvons identifier dans la théorie du modèle des références à des principes et des méthodes de promotion de la santé :

- **L'utilisation des données probantes** : le type de données utilisées pour le diagnostic communautaire souligne une approche qui se fonde sur des connaissances localement collectées.
- **La démarche participative et communautaire** : la coalition locale, composée en partie de membres de la communauté, est impliquée à chaque étape du modèle. Pour donner un exemple plus concret, le personnel scolaire et les

parents sont amenés à discuter des résultats issus de la collecte et de l'analyse de données pour le diagnostic communautaire.

- **L'intersectorialité :** à la lecture de la théorie du modèle, nous identifions une volonté de rassembler des chercheurs, des décideurs politiques, des praticiens et des membres de la communauté issus de domaines variés au sein d'une même équipe.
- **L'approche par les milieux de vie :** selon la théorie du modèle, les interventions sont imaginées et mises en place via les lieux de vie des adolescents (lieu de résidence, espace de loisir et l'école). Par ailleurs, les concepteurs du modèle considèrent les écoles comme un des milieux de vie les plus soutenant pour le développement de la santé et du bien-être des adolescents.
- **La dimension pérenne :** la théorie du modèle sous-tend une pérennisation des efforts dans une vision sur le long terme. Il reconnaît la complexité des changements de comportements et de normes sociales, et suggère donc d'inscrire les actions dans la durée. Ainsi, la dernière étape du modèle induit la répétition des précédentes étapes.

À la lumière de ces éléments, le MPI semble s'inscrire dans une logique de promotion de la santé. Il sous-entend une vision globale et positive de la santé, qui dépasse la simple problématique de la consommation de substances, mais s'axe sur le renforcement des facteurs protecteurs. Il témoigne d'une démarche participative et capacitante qui se développe avec les individus et communautés sur base d'une compréhension fine des réalités locales. Il vise des actions à plusieurs niveaux (individuel, communautaire, institutionnel et politique) et il se conçoit sur une vision de long terme.

Néanmoins, certains repères théoriques, sur lesquels repose le champ de la promotion de la santé, sont absents du modèle théorique, tels que les déterminants de la santé, les inégalités sociales de la santé ou encore la littératie en santé.

Désormais, il reste à découvrir de quelles manières le MPI se traduit dans sa mise en pratique. La suite de ce travail est dédiée à une analyse de cas d'implémentation du MPI en conservant les logiques de promotion de la santé comme grille de lecture.

Partie 2

LE MPI EN PRATIQUE, ÇA DONNE QUOI ?

À la suite des résultats islandais prometteurs, le MPI a été implémenté dans d'autres contextes (tels qu'en Irlande, au Brésil, en Suède, en Allemagne, etc.). Certaines de ces expériences de mise en œuvre du MPI ont fait l'objet de rapports, d'articles, de publications dans la littérature grise et scientifique (Koning et al., 2021).

Nous avons poursuivi notre analyse en nous tournant vers des expériences d'implémentation. Pour ce faire, nous avons analysé 12 publications décrivant 7 cas d'implémentation (cf. Tableau 2). La méthode détaillée de sélection et d'analyse de la littérature retenue est disponible en annexe de ce document. En plus de ces 12 références, 2 articles (Koning et al., 2021 ; Kristjansson et al., 2021) ne portant pas sur un cas d'implémentation précis ont été sélectionnés et analysés en raison de leur pertinence par rapport aux aspects de transférabilité du MPI.

Tableau 2 : Cas d'implémentation du MPI concernés par les références analysées.

Cas d'implémentation	Références
Ville de Dundee (et d'autres régions d'Écosse non précisées) - Écosse	Carver et al., 2021
Six communes - Pays-Bas	De Wilde et al., 2020 Smeets et al., 2019 Smeets et al., 2021 Scholten, 2021
Neuf communes du comté de Lanark - Canada	Halsall et al., 2020 Halsall et al., 2022 Halsall et al., 2023
Central Appalachia, état de Virginie - États-Unis	Kristjansson et al., 2022
Six communes en région métropolitaine - Chili	Libuy et al., 2021
Cinq « zones » de la ville de Tarragona - Espagne/Catalogne	Meyers et al., 2023
Blankenberge – Belgique	Planet Youth, s.d

Pour analyser les ressources sélectionnées, nous avons utilisé 2 références :

1. La synthèse théorique des 11 fondamentaux en promotion de la santé (Lambert et al., 2021).
2. L'ouvrage « La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone » (Breton et al., 2020).

Ces références nous ont permis d'élaborer une grille d'analyse qui se traduit sous la forme de 7 questions :

1. Comment les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé sont-ils pris en compte dans la mise en œuvre du modèle ?
2. Dans quelle mesure la mise en œuvre du MPI s'inscrit-elle dans une démarche *Evidence-Based Health Promotion* ?
3. De quelle manière la participation communautaire est-elle mobilisée dans la mise en œuvre du modèle ?
4. Comment les parties prenantes collaborent-elles à la mise en œuvre du modèle ?
5. De quelle manière la dimension politique est-elle incluse dans la mise en œuvre du MPI ?
6. Dans quelle mesure le MPI se rapproche-t-il d'une approche par les milieux de vie (approche écologique) ?
7. Comment assurer la pérennité (ou durabilité) des effets de l'implémentation du modèle ?

La partie suivante explore et illustre au travers de ces 7 questions, la mobilisation des dimensions de la promotion de la santé et de quelle manière elles le sont lors de la mise en œuvre du MPI dans les 7 cas d'implémentation concernés par la littérature analysée.

1. Comment les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé sont-ils pris en compte dans la mise en œuvre du modèle ?

Point théorique :

Le niveau de santé de la population mondiale s'est amélioré depuis plusieurs décennies, toutefois cette amélioration est accompagnée d'un accroissement des inégalités sociales de santé (ISS). Ces inégalités sont structurelles et propres au mode de fonctionnement d'une société, ainsi ce sont des facteurs (qui ne dépendent pas des individus) qui créent des écarts de santé socialement construits, évitables et injustes en termes de mortalité, de morbidité et de qualité de vie (Breton et al., 2020 ; Lambert et al., 2021).

Les déterminants de la santé interagissent entre eux, ils concernent des niveaux individuels (comme l'âge, le sexe ou les facteurs héréditaires), et des niveaux plus globaux tels que l'environnement socio-économique sur lesquels les personnes n'ont en général que très peu de prise (comme l'éducation, le travail, le logement ou le système de soins de santé). La prise en compte des déterminants sociaux de la santé est une des principales stratégies pour réduire les ISS et, plus largement, améliorer l'état de santé et le bien-être (Lambert et al., 2021). Il n'est pas possible d'intervenir sur eux sans prendre en compte le contexte de vie des populations (Breton et al., 2020).

Les ISS impactent certains groupes sociaux plus que d'autres. Le contexte de vie, ainsi que d'autres variables telles que la classe sociale, la culture, la langue, la religion, le genre, l'orientation sexuelle, l'âge et les incapacités interagissent pour créer des situations désavantageuses pour certains groupes sociaux (Lambert et al., 2021). Dans les cas des États-Unis et du Chili, le niveau socio-économique des communautés ciblées par le MPI semble avoir fait l'objet d'une attention particulière (Kristjansson et al., 2022 ; Libuy et al., 2021). Ces 2 exemples illustrent que le choix des lieux d'implémentation peut être fait en fonction des caractéristiques de vulnérabilité d'un lieu ou d'une population. En ce qui concerne les autres cas analysés, les informations à notre disposition ne permettent pas de dire si les facteurs culturels, linguistiques, religieux ou autres ont fait l'objet d'une attention particulière. Ainsi, l'implémentation du MPI ne semble pas nécessairement être mise en œuvre dans un objectif de lutte contre les ISS, ce qui converge avec notre

lecture critique du modèle théorique qui observait le manque d'une attention explicite vis-à-vis des inégalités sociales.

La façon dont sont considérés les déterminants sociaux de la santé et leurs interactions impactent la manière dont sont pensées et construites les interventions de promotion de la santé pour un public cible (Breton et al., 2020). Les modes opératoires utilisés dans chaque cas d'implémentation semblent adaptés aux besoins des communautés, dans le sens où ils sont construits en se basant sur l'analyse des résultats du questionnaire de Planet Youth, complété à l'échelle locale par les adolescents (De Wilde et al., 2020 ; Halsall et al., 2020 ; Libuy et al., 2021 ; Meyers et al., 2023 ; Smeets et al., 2021). Cependant, il nous est difficile d'affirmer que le questionnaire permet une analyse complète des déterminants de la santé qui sont concernés. Plus spécifiquement au cas néerlandais, l'analyse des questionnaires par l'ISCRA⁶ a été diffusée sous forme de rapport contenant les données brutes des questionnaires, ainsi qu'une analyse des résultats. Certaines écoles ont été satisfaites du rapport, d'autres moins en émettant des critiques vis-à-vis de l'absence d'interprétation locale, ainsi qu'envers le caractère uniforme des recommandations pour chacune des 9 écoles concernées (De Wilde et al., 2020 ; Smeets et al., 2021). Nous ne détenons pas de précision quant au fait que les stratégies qui découlent de l'analyse des questionnaires reflètent (en matière de nombre, d'intensité ou de modalités opératoires) l'action des déterminants sociaux de la santé et des ISS. Ces éléments doivent inciter à rester attentif à l'ancrage local des résultats d'analyse des questionnaires, et plus globalement à la prise en compte de l'ensemble des déterminants sociaux de la santé dès la phase de collecte et d'analyse.

Les premières étapes du modèle s'attardent sur la compréhension de la situation et de l'état de santé des adolescents en collectant des données portant sur des items variés en matière de santé mentale, sociale et physique. Dans le cas des États-Unis, Kristjansson et al. (2022) conseillent d'identifier en amont les ressources préexistantes au sein de la communauté (préexistence de réseaux ou de partenariats) pour pouvoir les utiliser : ceux-ci peuvent être un facilitateur à la mise en œuvre du modèle (Carver et al., 2021 ; Halsall et al., 2022 ; Kristjansson et al., 2021, 2022). À titre d'illustration, certaines écoles collaborent avec des travailleurs sociaux spécialisés dans la jeunesse. Ce type de lien est donc à considérer comme un levier (Scholten, 2021). Aussi, il serait plus aisé d'implémenter le MPI si des relations entre les membres de la communauté sont déjà établies (Carver et al., 2021 ; Halsall et al., 2022 ; Kristjansson et al., 2022). Une prise en compte des actions et projets mis en place ultérieurement à la mise en œuvre du modèle, afin de mutualiser et de travailler avec les synergies déjà existantes ou pour identifier les éventuels freins à l'implémentation du modèle est également à considérer. En effet, dans le cas

⁶ L'ISCRA ou L'Institut Islandais de Recherches Sociales est l'organisation qui a créé l'agence Planet Youth dont la mission est de promouvoir le MPI (Planet Youth, 2021).

canadien, selon Halsall et al., (2022), lorsqu'un acteur externe au contexte local coordonne l'implémentation, des recouvrements de compétences ou de champ d'action avec des associations déjà présentes sur le terrain peuvent créer des tensions, et donc des réticences de la part de celles-ci pour s'investir dans l'implémentation (Halsall et al., 2022). Il semble donc intéressant que le MPI soit mis en place par des intervenants connaissant ou issus du contexte local. Ces exemples mettent en avant l'importance et l'enjeu de réaliser un diagnostic communautaire, et l'impact qu'il aura dans la suite du déroulement du modèle. Ainsi, les ressources analysées permettent d'avancer que le MPI se fonde sur la démarche communautaire qui donne des garanties de son ancrage dans les réalités et les besoins prioritaires des personnes visées. De ce fait, les modes opératoires utilisés dans chaque cas d'implémentation semblent adaptés aux communautés grâce à un temps de diagnostic qui permet d'identifier les ressources préexistantes au sein des communautés pour pouvoir les utiliser.

Messages clés :

Nous ne détenons pas de précision quant au fait que les stratégies qui découlent de l'analyse des questionnaires reflètent (en matière de nombre, d'intensité ou de modalités opératoires) l'action des déterminants sociaux de la santé et des ISS. Ces éléments doivent inciter à rester attentif à l'ancrage local des résultats d'analyse des questionnaires, et plus globalement à la prise en compte de l'ensemble des déterminants sociaux de la santé dès la phase de collecte et d'analyse des données.

Les ressources analysées permettent d'avancer que le MPI se fonde sur la démarche communautaire qui donne des garanties de son ancrage dans les réalités et les besoins prioritaires des personnes visées. De ce fait, les modes opératoires utilisés dans chaque cas d'implémentation semblent adaptés aux communautés grâce à un temps de diagnostic qui permet d'identifier les ressources préexistantes au sein des communautés pour pouvoir les utiliser.

2. Dans quelle mesure la mise en œuvre du MPI s'inscrit-elle dans une démarche *Evidence-Based Health Promotion* ?

Point théorique :

Dans leur synthèse théorique, Lambert et al. (2021) se réfèrent à la définition de l'*Evidence-Based Health Promotion* (EBHP) de Vanagas et al. (2017) : c'est « *un processus d'intégration de preuves issues de la recherche scientifique et de la pratique pour améliorer la santé de la population cible* » (Vanagas et al., 2017:1, cité par Lambert et al., 2021). Ainsi, les données probantes sont constituées à la fois de la recherche scientifique, du contexte d'implémentation et de savoirs expérientiels (Lambert et al., 2021).

Après l'analyse des ressources sélectionnées, nous avons identifié l'utilisation de données à 2 moments distincts des processus d'implémentation du MPI dans les cas analysés. Premièrement, des données quantitatives sont dans certains cas utilisées pour décrire et identifier les comportements de consommation de la population (et plus particulièrement des adolescents) au niveau national (Carver et al., 2021 ; Halsall et al., 2020, 2022, 2023 ; Kristjansson et al., 2022 ; Scholten, 2021) et/ou international (Libuy H. et al., 2021 ; Meyers et al., 2023) avant l'implémentation. Deuxièmement, tous les cas d'implémentation analysés reposent sur l'utilisation de données collectées au niveau local via un questionnaire utilisé comme support pour identifier et établir les priorités, les objectifs et les stratégies d'action propres au contexte. Ces 2 formes d'utilisation des données probantes font échos à plusieurs repères incontournables en promotion de la santé, tels que légitimer la démarche à l'aide de données épidémiologiques et sociales ; s'intéresser aux représentations du public ; identifier les ressources (ressources humaines ou présentes dans l'environnement disponible et/ou à mobiliser)⁷. Ainsi, des données descriptives qui correspondent à différentes échelles spatiales (locales, nationales

⁷ Breton et al. (2020) dans « La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone » décryptent l'analyse de situation au travers de 6 repères incontournables pour appréhender au mieux une situation :

1. Mobiliser plusieurs approches pour mieux appréhender une situation
2. Légitimer la démarche à l'aide de données épidémiologiques et sociales
3. S'intéresser aux représentations du public
4. Identifier les ressources (ressources humaines, présentes dans l'environnement disponible et/ou à mobiliser)
5. Interroger l'acceptabilité du projet
6. Repérer les enjeux (en termes de bénéfices/pertes)

ou internationales) sont utilisées à différents moments des mises en œuvre du MPI (avant ou pendant) pour renseigner les besoins des populations cibles et pour guider la prise de décision. En raison d'une volonté de fonder les décisions sur des données locales, le MPI implique l'intégration de preuves dans son processus. Néanmoins, il est difficile d'affirmer que les données produites utilisées soient probantes.

La démarche de l'EBPH implique la participation de la communauté, d'évaluer les actions mises en œuvre et d'engendrer de nouvelles connaissances à partir de ces évaluations (Lambert et al., 2021). En amont d'une potentielle implémentation du MPI en Écosse, des chercheurs ont réalisé une étude qualitative s'intéressant au point de vue des parties prenantes sur une mise en œuvre du modèle dans la ville de Dundee. Les parties prenantes interrogées incluaient des membres d'organisations nationales et du secteur tertiaire, des académiques, et des familles (Carver et al., 2021). Quant au cas d'implémentation aux Pays-Bas, il illustre une démarche similaire : des représentants des communes et des écoles participantes ont été interrogés au cours de l'implémentation afin de connaître leurs perspectives quant aux plus-values du modèle (De Wilde et al., 2020 ; Smeets et al., 2021). Dès lors, nous pouvons constater que certains cas d'implémentation s'inscrivent aussi dans une démarche EBPH en sondant les perspectives de parties prenantes en amont et en cours d'implémentation.

Messages clés :

Des données descriptives qui documentent différentes échelles spatiales (locales, nationales ou internationales) sont utilisées à différents moments des mises en œuvre (avant ou pendant) pour renseigner les besoins des populations cibles et pour guider la prise de décision. En raison d'une volonté de fonder les décisions sur des données locales, la mise en œuvre du MPI implique l'intégration de preuves dans son processus. Néanmoins, il est difficile d'affirmer que les données produites et utilisées soient probantes.

Nous constatons que certains cas d'implémentation s'inscrivent aussi dans une démarche EBPH en sondant les perspectives de parties prenantes en amont et en cours d'implémentation.

3. De quelle manière la participation communautaire est-elle mobilisée dans la mise en œuvre du modèle ?

Point théorique :

La démarche participative en promotion de la santé vise à permettre aux populations d'avoir un meilleur contrôle sur leur état de santé et d'influencer les déterminants sociaux de la santé (Breton et al., 2020). C'est un processus par lequel une communauté peut s'impliquer réellement et activement dans la définition des problèmes et des priorités qui la concerne, ainsi que dans l'élaboration, la planification, la prise de décision, et dans la mise en œuvre de stratégies qui affectent la vie de ses membres (Breton et al., 2020 ; Lambert et al., 2021). Les professionnels œuvrant dans le secteur de la promotion de la santé devraient favoriser une participation qui permet de s'orienter vers « le faire ensemble » plutôt que vers « le faire pour » (Lambert et al., 2021).

Chaque nouveau questionnement qui émerge en amont des interventions ou lors de la mise en œuvre peuvent être utilisés comme une occasion pour réunir et discuter avec l'ensemble des personnes concernées (décideurs, financeurs, porteurs des projets, partenaires, bénéficiaires), et cela dans le but de trouver ce qui est préférable et juste pour maintenir l'équilibre entre intérêt individuel et collectif. En effet, les interventions, postures, et prises de position découlent souvent de nos propres représentations de ce qui est bon pour la santé de tous. Ainsi, agir dans un cadre éthique en promotion de la santé nécessite d'interroger nos pratiques en fonction de leurs intentions, justifications et finalités (Lambert et al., 2021).

La participation peut être protéiforme, allant de la diffusion d'informations ou de la consultation des parties prenantes, à leur implication totale dans les prises de décisions (Breton et al., 2020 ; Lambert et al., 2021). Dans l'action communautaire, ce sont les échelons les plus élevés de la participation qui sont recherchés (Breton et al., 2020). L'analyse des cas met en lumière la diversité des participants et des modalités d'implication. Par exemple, dans le cas d'implémentation au Canada, des adolescents ont été impliqués en tant que co-chercheurs tout au long du processus de mise en œuvre (Halsall et al., 2020). De manière plus générale, les adolescents semblent, dans la plupart des cas analysés, impliqués comme simples répondants

à la phase de collecte des données et invités à définir les stratégies de mise en œuvre (De Wilde et al., 2020 ; Halsall et al., 2020 ; Kristjansson et al., 2020b ; Libuy et al., 2021 ; Meyers et al., 2023 ; Smeets et al., 2021). Afin d'intégrer les adolescents à un échelon de participation plus élevé, Halsall et ses collaborateurs (2023) (cas d'implémentation canadien) proposent que « *Les recherches futures devraient poursuivre un engagement plus large des jeunes, à la fois dans la conception des interventions et de la recherche [...]. L'intégration des jeunes dans ce travail contribuera à renforcer l'engagement communautaire dans la promotion de la santé et les efforts en amont* » (Halsall et al., 2023 - traduction libre de l'anglais). Ces divers exemples démontrent que le modèle peut s'ancrer dans une démarche de participation communautaire, mais que cette participation varie en fonction du niveau d'implication des membres des communautés et notamment des adolescents. Il revient aux personnes qui implémentent le MPI d'investir des échelons de participation élevés.

Dans les cas d'implémentation analysés, ce sont davantage des personnes externes à la communauté locale telles que des chercheurs et des élus locaux (De Wilde et al., 2020 ; Libuy et al., 2021 ; Halsall et al., 2020 ; Smeets et al., 2021) ou la police (Planet Youth, s.d) qui coordonnent la mise en œuvre du MPI et, entre autres, l'étape de définition des objectifs communautaires (étape 7). De manière plus globale à l'ensemble des cas d'implémentation, les adolescents, ainsi que les parents, semblent moins participer à la définition des objectifs communautaires (phase 3). Néanmoins, il est nécessaire d'être prudent envers certains documents analysés qui ne précisent pas la composition des groupes impliqués dans les étapes de hiérarchisation ou de prise de décision tels que la « *Preventive team* » (Libuy et al., 2021), la « *Community Coalition members* » ou encore la « *Youth Advisory Committee members* » (Halsall et al., 2020). Ainsi, et au regard des cas d'implémentation consultés, les concertations pour établir les priorités, les objectifs et les stratégies ne se sont pas systématiquement réalisées avec des représentants de la communauté locale, à savoir les adolescents, les familles, le personnel scolaire et les représentants des loisirs.

Messages clés :

Ces divers exemples démontrent que le modèle peut s'ancrer dans une démarche de participation communautaire, mais que cette participation varie en fonction du niveau d'implication des membres des communautés et notamment des adolescents. Il revient aux personnes qui implémentent le MPI d'investir des échelons de participation élevés.

Ainsi, et au regard des cas d'implémentation consultés, les concertations pour établir les priorités, les objectifs et les stratégies ne se sont pas systématiquement réalisées avec des représentants de la communauté locale, à savoir les adolescents, les familles, le personnel scolaire et les représentants des loisirs.

4. Comment les parties prenantes collaborent-elles à la mise en œuvre du modèle ?

Point théorique :

Nous vivons dans un contexte où la prise en compte des problèmes de santé et les mesures mises en place pour y répondre doivent dépasser le domaine de la santé (Breton et al., 2020 ; Lambert et al., 2021). La plupart des secteurs d'activités ont une certaine influence sur l'état de santé de la population, et ont donc une part de responsabilité envers son amélioration et la réduction des iniquités en santé (Lambert et al., 2021).

Aussi, pour ancrer une démarche de promotion de la santé par les milieux de vie, il est nécessaire d'identifier les parties prenantes pouvant être impliquées dans l'implémentation, y compris celles qui n'œuvrent pas dans le secteur socio-sanitaire ou qui ne se revendiquent pas de ce secteur (Breton et al., 2020).

La collaboration intersectorielle implique de prendre en compte les différences qui existent entre les acteurs impliqués et de mettre en place des relations égalitaires, transparentes et honnêtes (Breton et al., 2020). Le MPI a permis de créer des opportunités d'échanges entre des personnes issues de secteurs différents. Par exemple, préalablement à l'implémentation du modèle aux Pays-Bas, le personnel des écoles rencontrait des difficultés pour collaborer avec les communes. Finalement, au cours de l'implémentation, le personnel scolaire a exprimé sa satisfaction envers la méthode de travail associée à la mise en œuvre du modèle qui a permis d'améliorer la coopération entre les écoles et les communes. En revanche, pour le même cas d'implémentation, la collaboration au sein des coalitions locales n'était pas toujours évidente. Cela serait en partie dû à des dynamiques de prise de décision ascendante de la part de certains collaborateurs et d'un manque de communication entre certaines communes et écoles qui a impacté la qualité de l'implémentation (De Wilde et al., 2020 ; Smeets et al., 2021). Par conséquent, les cas d'implémentation démontrent que la mise en pratique du modèle permet à des personnes issues de différents secteurs de collaborer à l'atteinte d'un objectif commun même si les défis inhérents à la collaboration intersectorielle ne s'en voient pas réduits.

Plusieurs secteurs sont présents en fonction des cas d'étude, dont certains qui n'œuvrent pas dans le secteur socio-sanitaire. Nous avons identifié que des représentants religieux (Halsall et al., 2023) ou des représentants de la police (Planet

Youth, s.d) ont été inclus lors de certaines étapes du modèle. Toutefois, ce sont majoritairement des personnes qui travaillent plus ou moins directement dans le domaine de la santé qui sont les plus présentes : un infirmier spécialisé en approche communautaire (Halsall et al., 2020), des membres de l'ICSRA (Halsall et al., 2022 ; Meyers et al., 2023 ; Libuy et al., 2021) ou encore des chercheurs (Halsall et al., 2020 ; Libuy et al., 2021), etc. Par conséquent, la prédominance de personnes issues du secteur socio-sanitaire dans les cas analysés amène à questionner les éléments qui ont limité l'identification ou l'implication de l'ensemble des parties prenantes concernées.

Il existe plusieurs facteurs de réussite à la collaboration intersectorielle tels que : créer des relations de confiance, communiquer régulièrement, percevoir des avantages mutuels, mettre en communs les ressources, travailler de manière coordonnée, avoir des mécanismes de soutien, créer des mandats engageant les secteurs à collaborer, partager les responsabilités, mettre en relation des équipes de recherche et des acteurs des politiques locales ou encore, partager une vision commune (Breton et al., 2020 ; Lambert et al., 2021). Nous retrouvons certains de ces facteurs de réussite dans des cas d'implémentation étudiés tels que l'importance de travailler de manière coordonnée. Orchestrées par les communes dans le cas des Pays-Bas, elles ont piloté le processus de mise en œuvre du modèle et elles ont coordonné les différents partenaires impliqués (De Wilde et al., 2020 ; Smeets et al., 2021). En conséquence, chacune d'entre elles a constitué au moins un groupe de travail (autrement dit la coalition locale) avec un chef de projet dans le but de faciliter le travail collaboratif entre les partenaires. Certains de ces groupes de travail ont témoigné avoir rencontré des difficultés, notamment pour coordonner des acteurs issus de secteurs différents (la mise en œuvre du modèle a nécessité beaucoup de temps et d'énergie). Cela serait en partie causé par la divergence des intérêts envers la mise en œuvre. Ces groupes de travail ont aussi contribué à renforcer des partenariats et à en créer de nouveaux. En revanche, plusieurs défis ont émergé pour coordonner les initiatives à un niveau local, et pour maintenir l'engagement des personnes impliquées dans le projet d'implémentation (Smeets et al., 2021). Cette étude de cas n'est pas la seule à avoir constitué des groupes de travail, d'autres ont aussi été formés et composés de professionnels de la prévention ou d'élus locaux par exemple (Halsall et al., 2020, 2022). Effectivement, la coalition locale semble être un élément important pour la durabilité du projet, et pour le maintien de la cohésion d'une multitude d'acteurs tout au long de l'implémentation. Ce type de collaboration semble être porteuse pour l'implémentation du modèle malgré les défis qui subsistent.

Messages clés :

Les cas d'implémentation démontrent que la mise en pratique du modèle permet à des personnes issues de différents secteurs de collaborer à l'atteinte d'un objectif commun même si les défis inhérents à la collaboration intersectorielle ne s'en voient pas réduits.

La prédominance de personnes issues du secteur socio-sanitaire dans les cas analysés amène à questionner les éléments qui ont limité l'identification ou l'implication de l'ensemble des parties prenantes concernées.

La coalition locale semble être un élément important pour la durabilité du projet, et pour le maintien de la cohésion d'une multitude d'acteurs tout au long de l'implémentation. Ce type de collaboration semble être porteuse pour l'implémentation du modèle malgré les défis qui subsistent.

5. De quelle manière la dimension politique est-elle incluse dans la mise en œuvre du MPI ?

Point théorique :

Les décisions en matière de politiques publiques, directement ou indirectement liées à la santé, ont une influence sur la santé des populations et doivent donc être considérées comme des déterminants de la santé à part entière (Breton et al., 2020). Dès lors, la santé des populations doit être prise en compte dans toutes les politiques (économiques, sociales, etc.). On parle de plus en plus de « santé dans toutes les politiques » (*Health in all policies*) pour nommer cette nécessité. Il s'agit de créer des ponts entre le gouvernement, les citoyens, les professionnels de la santé, le personnel académique (etc.) pour agir au-delà du système de santé (Breton et al., 2020 ; Lambert et al., 2021).

Le modèle inclut le niveau politique dans sa description théorique en proposant l'intégration de décideurs politiques pour rendre les plus cohérentes possibles les politiques et les pratiques. Koning et al., (2021) (des auteurs qui questionnent dans leur analyse la transférabilité du modèle à travers le monde) ont identifié la récurrence d'acteurs politiques en tant que parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du MPI. À titre d'illustration, dans le cas écossais, les pouvoirs publics ont apporté un soutien financier (Carver et al., 2021), tandis que dans le cas néerlandais, leur soutien relevait d'une forte implication lors du processus d'implémentation en jouant le rôle de coordinateur (De Wilde et al., 2020 ; Libuy et al., 2021 ; Smeets et al., 2021). Cependant, aux Pays-Bas, les responsabilités des décideurs politiques sont souvent réparties entre différentes entités politiques. Par exemple, une personne en charge des politiques liées à la consommation d'alcool n'est pas nécessairement celle qui est responsable des politiques scolaires, ce qui peut limiter l'engagement des élus dans ce type d'investissement à l'intersection de plusieurs domaines de compétences (De Wilde et al., 2020). Ainsi, le rôle des décideurs politiques dans la mise en œuvre du MPI peut se limiter à soutenir financièrement le projet ou peut être plus impliqué.

Il est également intéressant de considérer l'orientation des politiques publiques dans lesquelles s'inscrit l'implémentation du MPI. Dans les cas pour lesquels nous disposons de l'information, les politiques publiques existantes sont relativement soutenantes envers la prévention de la consommation de substances addictives par un public jeune (Carver et al., 2021 ; Halsall et al., 2020). Ainsi, le contexte politique, notamment l'orientation des politiques publiques existantes en matière

d'assuétudes, joue un rôle important dans la mise en œuvre du MPI et n'est pas à négliger.

Messages clés :

Le rôle des décideurs politiques dans la mise en œuvre du MPI peut se limiter à soutenir financièrement le projet ou peut être plus impliqué.

Le contexte politique, notamment l'orientation des politiques publiques existantes en matière d'assuétudes, joue un rôle important dans la mise en œuvre du MPI et n'est pas à négliger.

6. Dans quelle mesure le MPI se rapproche-t-il d'une approche par les milieux de vie (approche écologique) ?

Point théorique :

L'approche par les milieux de vie (aussi appelée approche « écologique ») consiste à mettre les lieux où la santé se développe (l'école, le lieu de travail, la prison, l'hôpital, le quartier, etc.) au centre de l'action en impliquant l'ensemble des parties prenantes. Elle repose sur l'importance des interactions multidirectionnelles entre l'individu et son environnement, car ces interactions ont une influence sur l'état de santé (Breton et al., 2020 ; Lambert et al., 2021).

Plutôt que de centrer l'action sur les changements de comportements des individus, l'approche écologique permet une prise en compte de l'influence des milieux de vie sur la santé des populations (Breton et al., 2020 ; Lambert et al., 2021). Même si l'approche écologique peut être difficilement opérationnalisée, elle pourrait améliorer de manière significative la santé des populations (Lambert et al., 2021).

Intervenir selon l'approche écologique induit d'agir sur plusieurs niveaux afin de maximiser les possibilités de changement, cela inclut l'échelle individuelle, les milieux sociaux (qui créent, maintiennent ou dégradent l'état de santé), politiques, économiques, culturels et religieux (Breton et al., 2020 ; Lambert et al., 2021). Avec ce type d'approche, il est utile de considérer la diversité des contextes de vie des communautés ciblées, et cela pour diverses raisons comme leur configuration, les populations qu'ils englobent ou leur étendue géographique (Breton et al., 2020).

L'environnement scolaire des jeunes a une place centrale dans la mise en œuvre du MPI. L'analyse des cas montre que le MPI s'implémente le plus souvent sur plusieurs zones en parallèle. Par exemple, le MPI a été implémenté à l'échelle d'une ville (Dundee) en Écosse (Carver et al., 2021), de 6 communes au Chili (Libuy et al., 2021) ou encore, à l'échelle d'une région (les Appalaches) aux États-Unis (Kristjansson et al., 2022). Aussi, ces contextes sont hétérogènes : certains sont plutôt de type rural (Halsall et al., 2020, 2023 ; Kristjansson et al., 2022), et d'autres plutôt de type urbain (Libuy et al., 2021 ; Meyers et al., 2023 ; Planet Youth, s.d). Le MPI semble ainsi pertinent quel que soit le type de milieux et fait l'objet d'une mise en œuvre dans plusieurs localités simultanément.

Comme nous l'avons vu précédemment, les premières étapes du MPI consistent en une analyse de la situation par le biais d'un questionnaire incluant de nombreuses dimensions de la vie des jeunes : la relation entre les jeunes et les adultes (à l'école et avec les parents), les habitudes de vie des jeunes, leurs occupations, leur utilisation des transports en commun, comment ils se sentent chez eux, à l'école, dans leur quartier, etc. Par ailleurs, le fait qu'il y ait une coalition locale qui pilote l'implémentation du MPI permettrait un ancrage local et dès lors de tenir compte des spécificités locales. Néanmoins, comme expliqué précédemment avec le cas des Pays-Bas, ces dispositifs (questionnaire et coalition locale) ne sont pas, à eux seuls, les garants d'une démarche d'implémentation « écologique ».

Messages clés :

Le MPI semble ainsi pertinent quel que soit le type de milieux et fait l'objet d'une mise en œuvre dans plusieurs localités simultanément.

Le fait qu'il y ait une coalition locale qui pilote l'implémentation du MPI permettrait un ancrage local et dès lors de tenir compte des spécificités locales. Néanmoins, comme expliqué précédemment avec le cas des Pays-Bas, ces dispositifs (questionnaire et coalition locale) ne sont pas, à eux seuls, les garants d'une démarche d'implémentation « écologique ».

7. Comment assurer la pérennité (ou durabilité) des effets de l'implémentation du modèle ?

Point théorique :

La pérennité des actions signifie un maintien dans le temps des bénéfices en matière de santé, du programme ou du projet et des changements induits (comportements, transformations sociales, etc.). La pérennité est devenue un critère de qualité dans la mise en œuvre de projets (Lambert et al., 2021).

L'implémentation du MPI est un projet qui se déploie sur le long terme qui nécessite des ressources suffisantes pour assurer sa mise en œuvre et son maintien dans le temps, et ainsi constater des effets sur la consommation de substances addictives par les adolescents (Kristjansson et al., 2020a). Lorsque nous détenons l'information, la durée d'implémentation du modèle évoquée dans les articles analysés varie entre 3 ans et 5 ans (De Wilde et al., 2020 ; Halsall et al., 2020, 2022 ; Kristjansson et al., 2022 ; Meyers et al., 2023 ; Smeets et al., 2021). L'implémentation du modèle vise une mise en œuvre sur le long terme afin d'avoir le temps nécessaire pour que des transformations sociales et culturelles s'enclenchent.

Plusieurs facteurs favorisent la pérennité d'un programme ou d'une action tels que s'inscrire dans une logique cyclique qui permet des ajustements ou encore d'établir des buts et des objectifs communs dans une perspective de travail sur le long terme (Breton et al., 2020). Établir une relation de confiance entre les parties prenantes est aussi à considérer comme un facteur facilitateur. Par exemple, dans le cas étasunien, certaines personnes se méfiaient de ceux qui menaient des recherches et qui ne faisant pas partie de leur communauté. Cette méfiance les aurait amenés à adopter des barrières comportementales affectant négativement l'inscription et la pérennité du projet (Kristjansson et al., 2022). Dans le cas canadien, une carte du réseau des parties prenantes a souhaité être réalisée par les initiateurs du projet pour analyser les relations et les caractéristiques des membres qui collaboreraient à la mise en œuvre. Ces données avaient pour but de mieux anticiper comment des relations préexistantes à l'implémentation du MPI pouvaient influencer sa mise en œuvre (Halsall et al., 2020). Ainsi, il faut soigner dès le départ, la mise en relation des parties prenantes, en considérant les rapports qu'elles entretiennent et les précédentes expériences de collaboration.

Alors que la pérennité est souvent contrainte par le manque de financement sur le long terme, ce sont principalement les projets agissant sur la durée qui augmentent ses chances de s'institutionnaliser et d'influencer durablement les comportements des personnes concernées (Lambert et al., 2021). L'obstacle du

manque de soutien financier sur le long terme a été plusieurs fois cité dans les ressources analysées alors que la mise en œuvre du modèle nécessite des ressources sur le long terme (Carver et al., 2021 ; Halsall et al., 2022 ; Scholten, 2021). Les ressources manquantes peuvent autant être du ressort de l'engagement politique que de celui des parties prenantes, par exemple en termes de ressources humaines. Ainsi, la pérennisation des effets de l'implémentation du MPI dépendrait, comme tout projet de changements globaux, de son processus participatif et de sa capacité à engager les parties prenantes vers une vision partagée et des changements profonds, eux-mêmes garantis par un soutien politique et un financement à long terme.

Messages clés :

Il faut soigner dès le départ, la mise en relation des parties prenantes, en considérant les rapports qu'elles entretiennent et les précédentes expériences de collaboration.

Les ressources manquantes à l'implémentation peuvent autant être du ressort de l'engagement politique que de celui des parties prenantes, par exemple en termes de ressources humaines. Ainsi, la pérennisation des effets de l'implémentation du MPI dépendrait, comme tout projet de changements globaux, de son processus participatif et de sa capacité à engager les parties prenantes vers une vision partagée et des changements profonds, eux-mêmes garantis par un soutien politique et un financement à long terme.

Partie 3

LES EFFETS DE L'IMPLÉMENTATION DU MPI

La diffusion du modèle dans divers contextes d'implémentation est en partie due à la diminution de la consommation de cigarettes et d'alcool des adolescents islandais ces 30 dernières années qui est concomitante avec la mise en œuvre du MPI (Kristjansson et al., 2020a). Mis à part le cas d'implémentation espagnole qui observe une diminution des cas d'ivresse, de consommation de cigarettes et d'utilisation du cannabis parmi les adolescents (Meyers et al., 2023), nous ne détenons pas d'informations supplémentaires sur les effets de l'implémentation du MPI dans les autres cas d'implémentation. Les données probantes relatives à son efficacité sont donc encore limitées (Koning et al., 2021 ; Kristjansson et al., 2021).

Les effets du modèle restent complexes à étudier et à associer directement à son implémentation. Dans le cas de l'implémentation du MPI en Islande, les résultats prometteurs peuvent avoir été influencés par les stratégies mises en œuvre dans le cadre du modèle, mais aussi par des mesures prises au niveau national (sans lien avec le modèle) (Smeets et al., 2019). L'étude des effets de ce type de modèle doit considérer le rôle joué par le contexte d'implémentation. Il faut par conséquent considérer avec précaution la transférabilité de ce modèle. Pour rappel, la transférabilité d'une intervention consiste à reproduire la mise en œuvre de celle-ci dans un autre contexte d'implémentation tout en offrant certaines garanties de la même efficacité que dans son contexte d'implémentation initiale (Cambon et al., 2014).

La nécessité d'utiliser les connaissances disponibles pour élaborer et mettre en pratique des interventions en promotion de la santé est actuellement largement entendue (Cambon et al., 2014). La question de la transférabilité demeure ainsi cruciale. Il est essentiel de considérer que les résultats obtenus dans un contexte particulier ne seront pas nécessairement reproduits à l'identique dans un autre contexte, surtout lorsque les interventions visent directement des modifications de l'environnement (Cambon et al., 2012). La transférabilité dépend des interactions entre les conditions de mise en œuvre, les facteurs liés à l'environnement d'application et les caractéristiques des bénéficiaires. Ainsi, des facteurs tels que le nombre de participants ou encore l'utilisation de facilitateurs pour encourager la participation des bénéficiaires peuvent modifier les résultats d'un contexte à un autre (Cambon et al., 2012, 2014). Il est donc nécessaire de proposer des actions qui répondent aux besoins spécifiques des personnes ciblées, en tenant compte des particularités du contexte dans lequel les interventions sont déployées (Cambon et al., 2012). À titre d'exemple, la mise en œuvre d'actions de prévention des assuétudes dans un contexte saturé par des publicités de l'industrie de l'alcool, et où les habitants ont été peu sensibilisés aux risques liés à la consommation d'alcool, pourrait ne pas produire les mêmes résultats que dans un contexte différent. Dès

lors, la mise en œuvre du modèle doit être pensée au regard des spécificités du contexte d'implémentation.

LES APPORTS DU MPI SELON LES CAS

En fonction des contextes d'implémentation, différentes plus-values liées au modèle ont été identifiées par les personnes impliquées dans sa mise en pratique. Ainsi, dans le cas d'implémentation espagnole, l'engagement de la communauté dans la mise en œuvre et l'approche positive de la santé ont été particulièrement mis en avant (Meyers et al., 2023). Au Canada, la focale mise sur le contexte de vie des adolescents plutôt que sur leurs comportements individuels a été considérée comme une plus-value par rapport à ce qui se faisait habituellement (Halsall et al., 2020). Par ailleurs, et comme précédemment constaté (cf. partie 2), le MPI s'aligne avec l'approche écologique. Ce qui est cohérent avec des revendications du plaidoyer d'*Agir en prévention*⁸. L'approche par les milieux de vie, et notamment dans le milieu scolaire, est primordiale dans les actions de promotion de la santé. En effet, « *Le milieu scolaire est par ailleurs le principal milieu de vie où les jeunes de tous les niveaux socio-économiques se rassemblent et se côtoient. En termes de travail sur les inégalités sociales de santé, il est donc particulièrement pertinent d'y déployer des stratégies de prévention en en promotion de la santé, y compris en ce qui concerne les assuétudes* » (Agir en prévention, 2023, p. 17).

Dans les rapports correspondants au cas d'implémentation des Pays-Bas, plusieurs avantages liés au MPI sont évoqués, tels que : l'implémentation d'activités qui reposent sur des données locales et actualisées ; l'approche salutogène⁹ ; l'engagement sur le long terme (De Wilde et al., 2020 ; Smeets et al., 2021). L'un des enjeux est de sortir d'une logique de projets pour entrer dans une logique de programmes qui puissent, le cas échéant, dépasser la temporalité des législatures successives. Selon les concepteurs du modèle, la principale contribution du MPI repose sur son processus et le recours à la collaboration entre des personnes issues de différents secteurs (Kristjansson et al., 2020a). Notons que ces caractéristiques sont communes aux modèles et programmes de promotion de la santé.

⁸ *Agir en prévention* est une campagne initiée par un collectif d'associations belges œuvrant dans le champ de la prévention des assuétudes dans une optique de promotion de la santé.

Le plaidoyer rédigé dans le cadre de la campagne contient 10 mesures clés pour une politique de prévention des assuétudes efficace.

⁹ Cette approche vise à centrer l'action sur ce qui génère la santé plutôt que sur ce qui produit la maladie (pathogénèse).

Conclusion

Pour conclure, il est crucial de noter que nous ne prétendons pas que ce document soit exhaustif dans son examen des cas d'implémentation du MPI (comme expliqué dans la section méthode en annexe). Cette limite appelle à la prudence dans l'interprétation des résultats du modèle et souligne la nécessité d'une réflexion approfondie et contextualisée avant d'envisager la mise en œuvre du MPI.

Les variations observées dans les mises en œuvre dépendent des cas d'étude, ainsi que du niveau de détails donné par les ressources utilisées. Certains aspects, tels que la collaboration intersectorielle ou la participation communautaire, se révèlent plus saillants, tandis que d'autres, comme les inégalités sociales de santé ou les déterminants sociaux, demeurent moins développés. L'analyse souligne également une certaine disparité dans la description des étapes, avec une attention qui semble être plus particulièrement portée à certaines, comme la collecte de données, qu'à d'autres, telles que la mise en œuvre des stratégies d'action. Cette observation donne à s'interroger sur l'importance accordée à chacune des étapes et sur leur complexité de mise en pratique.

Néanmoins, l'analyse des cas d'implémentation révèle la mobilisation du cadre théorique et des valeurs fondamentales de la promotion de la santé lors de l'implémentation du MPI, même si leur formulation ne suit pas nécessairement la terminologie spécifique utilisée dans le domaine de la promotion de la santé. Les stratégies de prévention mises en œuvre semblent reposer sur des logiques de promotion de la santé en se focalisant davantage sur le développement de la santé et du bien-être dans une approche globale et positive, plutôt que sur le problème. À ce titre, le modèle nous semble intéressant. Il est à noter toutefois que, compte tenu d'enjeux commerciaux qui lient Planet Youth à ces utilisateurs, il peut être difficile de l'adapter à un autre contexte que celui où il a été conçu. Or l'exigence de fidélité d'implémentation peut constituer un frein important à son appropriation et transférabilité.

Bibliographie

Agir en prévention. (2023). Plaidoyer. Assuétudes : pistes pour une politique de prévention efficace. <https://agirenprevention.be/plaidoyer/>

Alami, H., Gagnon, M., Ghandour, E., & Fortin J. (2017). La réorientation des services de santé et la promotion de la santé : une lecture de la situation. *Santé Publique*, 29, 179-184. <https://doi.org/10.3917/spub.172.0179>

Aujoulat, I., & Sandrin, B. (2019). Et si on pensait l'éducation thérapeutique dans une logique de promotion de la santé... ? *Afdet – Santé Éducation*, p.50-56. <https://www.afdet.net/wp-content/uploads/2019/12/isabelle-aujoulat-et-brigitte-sandrin-et-si-on-pensait-l-education-thrapeutique.pdf>

Bowen, D., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 452–457. doi:10.1016/j.amepre.2009.02.002

Breton, E., Jabot, F., Pommier, J., & Sherlaw, W. (2020) La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone. Presses de l'EHESP:Rennes.

Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2012). Transferability of interventions in health education: a review. *BMC Public Health*, 12(1), p. 497. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-497>

Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2014). Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé Publique*, 26(6), pp. 783–786. <https://doi.org/10.3917/spub.146.0783>

Carver, H., McCulloch, P., & Parkes, T. (2021). How might the “Icelandic model” for preventing substance use among young people be developed and adapted for use in Scotland? Utilising the consolidated framework for implementation research in a qualitative exploratory study. *BMC Public Health*, 21(1), p. 1742. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11828-z>

De Wilde, E., Smeets, L., De Greeff, J., Den Hollander, W., & Monshouwer, K. (2020). Het IJslandse preventiemodel in Nederland Tussenevaluatie van het beleidsvormend leertraject voor de aanpak van middelengebruik onder jongeren. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1784-het-ijslandse-preventiemodel-in-nederland.pdf>

Halsall, T., Lachance, L., & Kristjansson, A. (2020). Examining the implementation of the Icelandic model for primary prevention of substance use in a rural Canadian community: a study protocol. *BMC Public Health*, 20(1), <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09288-y>

- Halsall, T., Mahmoud, K., Pouliot, A., & Iyer, S. (2022). Building engagement to support adoption of community-based substance use prevention initiatives. *BMC Public Health*, 22(1), <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14496-9>
- Halsall, T., Mahmoud, K., Iyer, S., Orpana, H., Zeni, M., & Matheson, K. (2023). Implications of time and space factors related with youth substance use prevention: a conceptual review and case study of the Icelandic Prevention Model being implemented in the context of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1), <https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2149097>
- Hawe, P., Shiell, A., & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol*, 43(3-4), p. 267-76. DOI: 10.1007/s10464-009-9229-9
- Koning, I., De Kock, C., Van der Kreeft, P., Percy, A., Sanchez, Z., & Burkhart, G. (2021). Implementation of the Icelandic Prevention Model: a critical discussion of its worldwide transferability. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(4), p. 367–378. doi: 10.1080/09687637.2020.1863916
- Kristjansson, A., Mann, M., Sigfusson, J., Thorisdottir, I., Allegrante, J., & Sigfusdottir, I. (2020a). Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *Health Promotion Practice*, 21(1), p. 62–69. doi: 10.1177/1524839919849032
- Kristjansson, A., Mann, M., Sigfusson, J., Thorisdottir, I., Allegrante, J., & Sigfusdottir, I. (2020b). Implementing the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use. *Health Promotion Practice*, 21(1), pp. 70–79. <https://doi.org/10.1177/1524839919849033>
- Kristjansson, A., Sigfusdottir, S., Mann, M., Thorisdottir, I., & Allegrante, J. (2021). Comment to Koning et al.: implementation of the Icelandic prevention model: a critical discussion of its worldwide transferability. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 28(4), pp. 379–381. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.1904374>
- Kristjansson, A., Davis, S., Coffma, J., & Mills, R. (2022). Icelandic Prevention Model for Rural Youth: A Feasibility Study in Central Appalachia. *Health Promotion Practice*, 23(3), pp. 397–406. <https://doi.org/10.1177/15248399211002827>
- Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (2021). Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 64 p.
- Libuy, H., Ibáñez, P., Guajardo, T., Araneda, F., Contreras, E., (2021). Adaptation and implementation of “Planet Youth Substance Use Prevention Model” in Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 59(1), pp. 38–48. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272021000100038>

Meyers, C., Mann, M., Thorisdottir, I., Ros Garcia, P., Sigfusson, J., Sigfusdottir, I., & Kristjansson, A. (2023). Preliminary impact of the adoption of the Icelandic Prevention Model in Tarragona City, 2015–2019: A repeated cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1117857>

Planet Youth (s.d). Planet Youth – Blankenberge [powerpoint non publié]

Planet Youth. (2021). Planet Youth Guidance Program Information Guide.

<https://planetyouth.org/wp-content/uploads/2021/10/edit-Planet-Youth-Guidance-Program-Information-Guide-English.-Electronic-Edition.-2021..pdf>

RESO - Service Universitaire de Promotion de la Santé. (s.d). UCLouvain.

<https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/reso>

Scholten, A. (2021). Implementation of the Icelandic Prevention Model in the Netherlands: The perspective of schools. Master Thesis.

<https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/40262>

Sigfusdottir, I., Kristjansson, A., Thorlindsson, T., & Allegrante, J. (2008). Trends in prevalence of substance use among Icelandic adolescents, 1995–2006. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 3(1), p. 12. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-3-12>

Sigfusdottir, I., Kristjansson, A., Gudmundsdottir, M., & Allegrante, J. (2011).

Substance use prevention through school and community-based health promotion: a transdisciplinary approach from Iceland. *Global Health Promotion*, 18(3), pp. 23–26. <https://doi.org/10.1177/1757975911412403>

Skulason, T. (2022). Revisiting the risk and protective factors

Smeets, L., Monshouwer, K., Batyreva, I., Jan de Wilde, E., & De Greeff, J. (2019). De IJslandse aanpak van middelengebruik onder jongeren: Kansen van dit preventiemodel voor de Nederlandse situatie.

<https://www.trimbos.nl/wpcontent/uploads/sites/31/2021/09/af1674-de-ijslandse-aanpak-van-middelengebruikonder-jongeren.pdf>

Smeets, L., De Wilde, E., Vercoulen, E., Tuenter, T. Monshouwer, K., Den Hollander, W., Jobse, G., Scholten, H., & De Greeff, J. (2021). Het IJslandse preventiemodel in Nederland. Eindevaluatie van het beleidsvormend leertraject voor de aanpak van middelengebruik onder jongere.

<https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1784-het-ijslandse-preventiemodel-in-nederland/#:~:text=Een%20volledige%20evaluatie%20van%20het,leertraject%20en%20met%20deelnemende%20scholen>

Annexe

Méthode

Ce travail permet d'enrichir de manière théorique et empirique une démarche réflexive du champ de la promotion de la santé. La section présente permet d'expliquer la sélection et l'utilisation des ressources documentaires.

Sélection de la littérature

La sélection de la littérature se fonde sur les méthodes de sélection de la littérature de 2 travaux de recherche préparatoires menés ultérieurement à la suite de demandes formulées par l'Asbl Prospective Jeunesse. Ces demandes ont conduit à 2 recherches consistant en de rapides revues de la littérature :

- La première recherche préparatoire était une analyse de la transférabilité et de la faisabilité du MPI dans différents contextes d'implémentation.
- La seconde recherche préparatoire portait plus spécifiquement sur l'analyse du cas d'implémentation du MPI aux Pays-Bas.

Première recherche préparatoire: analyse de la transférabilité et de la faisabilité du MPI dans différents contextes d'implémentation

Cinq bases de données ont été interrogées : Pubmed, Google Scholar, Scopus, Sciences Direct et Embase – à l'aide des mots clés suivants : « Icelandic Prevention Model » ; « Implementation » ; « Transferability » et « Feasibility ». Le tableau ci-dessous illustre les recherches effectuées.

Tableau 1 : Résultats obtenus en fonction des bases de données utilisées.

Base de données	Équation utilisée	Nombre de résultats
Pubmed	("Icelandic Prevention Model") AND ("Implementation" OR "Transferability OR "Feasibility")	8
Google Scholar	("Icelandic Prevention Model") AND ("Implementation" OR "Transferability OR "Feasibility")	84
Scopus	("Icelandic Prevention Model") AND ("Implementation" OR "Transferability OR "Feasibility")	11
Sciences Direct	("Icelandic Prevention Model") AND ("Implementation" OR "Transferability OR "Feasibility")	4
Embase	("Icelandic Prevention Model") AND ("Implementation" OR "Transferability OR "Feasibility")	8

En compléments des ressources identifiées par le biais de cette stratégie, nous avons également utilisé des documents (littérature grise) à disposition de l'Asbl Prospective Jeunesse.

Afin de sélectionner les références les plus pertinentes par rapport à la question de recherche, nous avons lu le résumé ou – quand celui-ci n'était pas disponible – l'introduction de chaque référence. Nous avons sélectionné les références dans lesquelles la faisabilité¹⁰ ou la transférabilité¹¹ du MPI ont été étudiées (ou envisagées théoriquement), ou rapportant des éléments de l'implémentation. La lecture

¹⁰ Par « faisabilité », nous désignons la manière dont une intervention de promotion de la santé a été mise en œuvre ou sera mise en œuvre dans le but d'améliorer l'adoption de l'intervention (Bowen et al., 2009).

¹¹ Les effets d'une même intervention sont rarement les mêmes d'un contexte d'intervention à un autre. Ainsi, par le terme « transférabilité » nous désignons « la mesure dans laquelle les effets observés d'une intervention dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte » (Cambon et al., 2014, p. 5).

complète des références a ensuite permis d'affiner notre sélection. Au total, 14 références ont finalement été retenues.

Ces références sont relativement récentes puisqu'elles couvrent la période allant de 2020 à 2023 et la majorité (n=12) est issue de la littérature scientifique. Cependant, il est nécessaire de préciser que certaines (n= 2) d'entre elles ne sont pas datées.

Seconde recherche préparatoire : analyse du cas d'implémentation du MPI aux Pays-Bas

Pour la seconde recherche, 3 documents présentant et décrivant l'expérience menée aux Pays-Bas ont été analysés :

- Une fiche d'informations qui présente l'intérêt théorique du MPI dans le contexte néerlandais (Smeets et al., 2019) ;
- Un rapport d'évaluation intermédiaire de l'implémentation des premières étapes du modèle (De Wilde et al., 2020) ;
- Un rapport d'évaluation finale, réalisée après 3 années d'implémentation du MPI, de 2018 à 2021 (Smeets et al., 2021).

Les 2 rapports d'évaluation se focalisent sur les possibilités de mettre en place le MPI aux Pays-Bas, potentiellement à une échelle nationale (De Wilde et al., 2020 ; Smeets et al., 2021).

Les deux travaux de recherche préparatoires

Le tableau suivant énumère les 17 ressources qui ont été sélectionnées et analysées pour les 2 recherches :

Tableau 2 : Référencement des documents sélectionnés et analysés.

Référence	Référence complète
Björg, s.d	Björg, H. (s.d). The importance of primary prevention
Carver et al., 2021	Carver, H., McCulloch, P., & Parkes, T. (2021). How might the “Icelandic model” for preventing substance use among young people be developed and adapted for use in Scotland? Utilising the consolidated framework for implementation research in a qualitative exploratory study. <i>BMC Public Health</i> , 21(1), p. 1742. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11828-z
De Wilde et al., 2020	De Wilde, E., Smeets, L., De Greeff, J., Den Hollander, W., & Monshouwer, K. (2020). Het IJslandse preventiemodel in Nederland Tussenevaluatie van het beleidsvormend leertraject voor de aanpak van middelengebruik onder jongeren. https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1784-het-ijslandse-preventiemodel-in-nederland.pdf
Gudmundsdottir, 2023	Gudmundsdottir, M. (2023). <i>The Role of Organized Activities in Primary Prevention</i>
Halsall et al., 2020	Halsall, T., Lachance, L., & Kristjansson, A. (2020). Examining the implementation of the Icelandic model for primary prevention of substance use in a rural Canadian community: a study protocol. <i>BMC Public Health</i> , 20(1), p. 1235. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09288-y
Halsall et al., 2022	Halsall, T., Lachance, L., & Kristjansson, A. (2022). Building engagement to support adoption of community-based substance use prevention initiatives. <i>BMC Public Health</i> , 20(1), p. 1235. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09288-y

Halsall et al., 2023	Halsall, T., Lachance, L., & Kristjansson, A. (2023). Implications of time and space factors related with youth substance use prevention: a conceptual review and case study of the Icelandic Prevention Model being implemented in the context of the COVID-19 pandemic. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> , 18(1), p. 2149097. https://doi.org/10.1080/17482631.2022.2149097
Koning et al., 2021	Koning, I., De Kock, C., Van der Kreeft, P., Percy, A., Sanchez, Z., & Burkhart, G. (2021). Implementation of the Icelandic Prevention Model: a critical discussion of its worldwide transferability. <i>Drugs: Education, Prevention and Policy</i> , 28:4, 367-378, doi: 10.1080/09687637.2020.1863916
Kristjansson et al., 2021	Kristjansson, A., Sigfusdottir, I., Mann, M., Thorisdottir, I., & Allegrante, J. (2021). Comment to Koning et al: implementation of the Icelandic prevention model: a critical discussion of its worldwide transferability. <i>Drugs: Education, Prevention and Policy</i> , 28:4, 379-381, DOI: 10.1080/09687637.2021.1904374
Kristjansson et al., 2022	Kristjansson, A., Davis, S., Coffma, J., & Mills, R. (2022). Icelandic Prevention Model for Rural Youth: A Feasibility Study in Central Appalachia. <i>Health Promotion Practice</i> , 23(3), pp. 397–406. https://doi.org/10.1177/15248399211002827
Libuy et al., 2021	Libuy, H., Ibáñez, P., Guajardo, T., Araneda, F., Contreras, E., (2021). Adaptation and implementation of “Planet Youth Substance Use Prevention Model” in Chile. <i>Revista chilena de neuro-psiquiatría</i> , 59(1), pp. 38–48. https://doi.org/10.4067/S0717-92272021000100038
Meyers et al., 2023	Meyers, C., Mann, M., Thorisdottir, I., Ros Garcia, P., Sigfusson, J., Sigfusdottir, I., & Kristjansson, A. (2023). Preliminary impact of the adoption of the Icelandic Prevention Model in Tarragona City, 2015–2019: A repeated cross-sectional study. <i>Frontiers in Public Health</i> , 11. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2023.1117857

Planet Youth, s.d	Planet Youth (s.d). Planet Youth – Blankenberge
Scholten, 2021	Scholten, A. (2021). Implementation of the Icelandic Prevention Model in the Netherlands: The perspective of schools. Master Thesis. https://studenttheses.uu.nl/handle/20.500.12932/40262
Smeets et al., 2019	Smeets, L., Monshouwer, K., Batyreva, I., Jan de Wilde, E., & De Greeff, J. (2019). De IJslandse aanpak van middelengebruik onder jongeren: Kansen van dit preventiemodel voor de Nederlandse situatie. https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1674-de-ijslandse-aanpak-van-middelengebruik-onder-jongeren.pdf
Smeets et al., 2021	Smeets, L., De Wilde, E., Vercoulen, E., Tuentner, T. Monshouwer, K., Den Hollander, W., Jobse, G., Scholten, H., & De Greeff, J. (2021). Het IJslandse preventiemodel in Nederland. Eindevaluatie van het beleidsvormend leertraject voor de aanpak van middelengebruik onder jongere. https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/af1784-het-ijslandse-preventiemodel-in-nederland/#:~:text=Een%20volledige%20evaluatie%20van%20het,leertraject%20en%20met%20deelnemende%20scholen
Skulason, 2022	Skulason, T. (2022). Revisiting the risk and protective factors

Une production du RESO - Service universitaire de
promotion de la santé

Pour citer ce document :

Guiheneuf C., Malengreaux S., & Aujoulat I. Prévention des assuétudes :
Une analyse critique du modèle islandais dans une perspective de
transférabilité au contexte belge. Woluwé-Saint-Lambert :
UCLouvain/IRSS-RESO, 2024, 50 p.

Contact : via notre formulaire en ligne ou via l'adresse mail :
reso@uclouvain.be

Site Internet : www.uclouvain.be/reso

EDITEUR RESPONSABLE :

Isabelle Aujoulat, UCLouvain/IRSS-RESO

Clos Chapelle-aux-Champs, 30 B01.30.14

B - 1200 Woluwe-St-Lambert, Belgique

Téléphone : + 32 2.764.32.80

Mail : reso@uclouvain.be

Prévention des assuétudes : Une analyse critique du modèle islandais dans une perspective de transférabilité au contexte belge

Le Modèle de Prévention Islandais (MPI) a été élaboré afin de prévenir la consommation de substances addictives par les adolescents islandais. Les domaines de la prévention en matière de santé et de la promotion de la santé se définissent en grande partie à travers des interventions visant à améliorer la santé des populations. À tort, la promotion de la santé est souvent conceptuellement située en amont de la prévention (des maladies et des traumatismes), comme si ces 2 notions étaient distinctes l'une de l'autre. Pourtant les actions de prévention contribuent à promouvoir la santé et leurs complémentarités sont au service de plus d'équité en santé et de continuité dans les soins (Alami et al., 2017).

Notre exploration du MPI est donc double. À la fois, de faire une lecture du modèle, dans ses aspects théoriques et de mise en œuvre, à partir du cadre théorique et des valeurs fondamentales à la promotion de la santé dans le but de s'assurer de son potentiel pour le développement de la santé et la réduction des inégalités sociales de santé, tout en questionnant la transférabilité du modèle à partir de la littérature.

Le présent document est le résultat d'une collaboration entre le RESO et l'ASBL Prospective Jeunesse, qui œuvre dans le secteur de la prévention et de la promotion de la santé belge, et plus spécifiquement dans le domaine des assuétudes. Intéressée par les questions de transférabilité et de faisabilité du Modèle de Prévention Islandais dans un contexte belge francophone, l'ASBL Prospective Jeunesse a fait appel au RESO afin de creuser ces questions à l'aide de la littérature.

Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

www.uclouvain.be/reso