

RÉSUMÉ DE PREUVES PERTINENTES

Facteurs de mise en œuvre pour la prestation de la prévention du diabète de type 2 dans la communauté

Publication : Février 2024

Messages clés

- Les programmes de prévention du diabète ont fait leurs preuves lorsqu'ils sont offerts dans divers contextes. La transition de ces programmes vers des milieux communautaires afin d'améliorer leur accès, leur portée et leur durabilité introduit des complexités et, en retour, nécessite une collaboration et une planification plus rigoureuses. La science de la mise en œuvre peut fournir une base solide pour éclairer la conception et la mise en œuvre réussies des interventions de diabète de type 2 (DT2) dans divers contextes communautaires – y compris, mais sans s'y limiter, les centres communautaires, les écoles, le lieu de travail et les lieux de culte.
- L'attrait et le succès des initiatives communautaires sont attribuables à leur capacité d'apporter le programme à la personne, en s'attaquant à bon nombre des obstacles individuels et contextuels recensés dans la littérature (accès, temps, coût, etc.). Les programmes communautaires de prévention du DT2 sont utiles pour atteindre les populations qui font l'objet de sous-investissements et qui font face à des obstacles à la participation en raison de l'emplacement des services culturellement pertinents et sécuritaires et de l'accès à de tels services.
- La compréhension et la prise en compte des facteurs contextuels sont essentielles à la réussite de l'intervention communautaire. En raison de la diversité des milieux d'exécution des programmes, de la disponibilité des ressources et des mécanismes d'influence, il n'est pas possible d'adopter une approche de mise en œuvre « universelle ». L'objectif n'est pas de trouver des solutions générales, mais plutôt de déterminer ce qui fonctionne pour qui et dans quels contextes. La conception participative est une stratégie efficace pour adapter les programmes à leurs contextes uniques; toutefois, les stratégies, les approches participatives et l'engagement communautaire sont larges et opérationnalisés différemment d'une étude à l'autre. L'adaptation de la conception et du contenu des programmes à un milieu ou à une population a démontré des effets prometteurs sur la pertinence, l'adoption et la durabilité des programmes de prévention du DT2.

Enjeu et objet de la recherche

Des projections récentes indiquent que d'ici 2050, plus de 1,27 milliard de personnes dans le monde seront touchées par le diabète de type 2 (DT2).¹⁻³ Les complications liées au diabète comprennent les

dommages aux nerfs et aux vaisseaux sanguins, la cécité, l'insuffisance rénale, les crises cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'amputation des membres inférieurs et la mort prématurée.^{4,5} Le Canada dépense 9 milliards de dollars par année pour les soins de santé, l'invalidité, les pertes d'emploi et les décès prématurés liés au diabète.⁶ Au Canada, on prévoit que le fardeau du diabète augmentera la demande pour le système de santé, selon les estimations selon lesquelles, entre 2011-2012 et 2021-2022, les nouveaux cas de diabète devraient entraîner des coûts de soins de santé de 15,36 milliards de dollars.⁶ En 2023, 30 % des Ontariens vivent avec le diabète ou le prédiabète, ce qui entraîne un coût direct de 1,7 milliard de dollars pour le système de soins de santé.^{4,7}

Les programmes de prévention du diabète ont démontré des avantages pour la santé et l'économie en ce qui concerne les résultats cliniques et les comportements liés à la santé (p. ex., alimentation saine, activité physique).⁸⁻¹⁰ Bien que les services de prévention aient traditionnellement été offerts dans les hôpitaux, les cliniques ou d'autres établissements de soins de santé, certains changements ont été apportés à la prestation virtuelle¹¹ et en milieu communautaire de ces mêmes interventions. La mise en œuvre de programmes dans différents contextes s'accompagne de ses propres leçons et défis uniques. La complexité à plusieurs niveaux de l'adaptation du contenu des programmes à de nouveaux paramètres et de la personnalisation du contenu pour des populations d'intérêt particulières peut avoir une incidence sur le succès ou l'échec de la mise en œuvre des programmes de prévention du DT2. Bien qu'il y ait des défis à relever, l'adaptation et la personnalisation des programmes en fonction des besoins de la population sont essentielles à leur succès, en particulier pour atteindre les populations touchées de manière disproportionnée par le DT2, comme celles ayant un faible statut socioéconomique, les Autochtones, les Noirs et d'autres personnes racialisées.^{9,12-16} Il existe des données probantes qui appuient l'efficacité des interventions éducatives en milieu communautaire pour améliorer les résultats de santé liés au DT2. Le présent examen résume ces données probantes ainsi que les facteurs de mise en œuvre qui influent sur l'efficacité du programme.¹⁷

Le Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)^{18,19} (cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre) est un cadre complet de science de la mise en œuvre qui donne une structure aux facteurs contextuels qui influent sur la mise en œuvre du programme, décrits plus en détail dans [Évaluation de la publication « The updated Consolidated Framework for Implementation Research Based on User Feedback »](#)²⁰ Nos conclusions sont présentées en fonction des construits du CFIR. Les approches fondées sur des données probantes en matière de DT2, comme celles décrites dans le présent résumé de preuves pertinentes, peuvent renforcer le succès (efficacité, portée, adoption) des programmes existants en appliquant les leçons tirées des études de recherche et des programmes antérieurs sur la prévention du diabète.²¹

Le présent résumé de preuves pertinentes répond à la question suivante : *En ce qui concerne les programmes de prévention du diabète de type 2 (DT2) offerts dans la communauté, quelles sont les caractéristiques du processus de mise en œuvre qui peuvent aider à favoriser leur succès?*

Méthodologie

Les services de bibliothèque de Santé publique Ontario (SPO) ont effectué des recherches dans MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycInfo, Health Policy Reference Center et Scopus. Les stratégies de recherche ont été examinées par des pairs par des membres de l'équipe des services de bibliothèque. Toutes les recherches ont été limitées aux articles publiés en 2013 et après, en anglais et aux recherches portant sur des sujets humains dans les pays de l'OCDE uniquement. Les études primaires et les preuves au niveau de l'examen ont été incluses, tandis que les commentaires, les éditoriaux, les livres et les

actes de conférence ont été exclus. Les termes relatifs au pied diabétique et à d'autres complications du diabète ont été exclus. Les stratégies de recherche sont disponibles sur demande.

Les résultats de recherche de toutes les bases de données ont été combinés par les services de bibliothèque de SPO et les doublons ont été supprimés, laissant 1 816 résultats à examiner. L'organigramme PRISMA est disponible sur demande auprès de SPO. Les titres et les résumés des résultats ont été examinés en fonction de critères pertinents par deux évaluateurs qui ont chacun examiné indépendamment les mêmes 20 % des résultats, atteignant un consensus sur tout examen contradictoire. L'ensemble restant a été examiné indépendamment par un examinateur. Tous les articles potentiellement pertinents ont été récupérés et examinés en fonction des mêmes critères. L'examen en texte intégral des 339 articles qui répondaient aux critères initiaux a été effectué par deux évaluateurs. Pour être inclus, les documents devaient : inclure les résultats propres à la mise en œuvre, se concentrer sur la prévention (pas la gestion) du diabète, être un type d'étude pertinent (examen ou étude primaire), inclure les résultats de la mise en œuvre et se concentrer sur un programme offert dans la communauté (y compris les YMCA, les centres communautaires, les églises, les écoles, les lieux de travail, etc.). L'examen préalable au niveau du document complet a été validé par l'examineur principal et toutes les questions ont été rapprochées en vue d'une décision finale.

Afin de saisir les initiatives et les évaluations communautaires, des études utilisant la recherche participative ont été incluses. L'assurance de la qualité (AQ) a été réalisée pour toutes les études à l'aide d'outils d'AQ correspondants basés sur la conception de l'étude. Aucune des études n'a été exclue sur la base de la qualité. Les examens ont été évalués à l'aide de l'outil de Health Evidence;²² essais contrôlés randomisés, essais en grappes, évaluations et études de cas à l'aide des outils du Joanna Briggs Institute (JBI);^{23,24} les études de mise en œuvre ont été évaluées à l'aide d'un outil pré- et post-intervention;²⁵ et des études qualitatives à méthodes mixtes ont été évaluées à l'aide de l'outil ASSESS²⁶. Les considérations qui découlent des plans d'étude et de la qualité méthodologique sont intégrées à la section des conclusions qui suit.²⁶

Pour éclairer nos caractéristiques d'extraction de données, nous avons examiné, adapté et appliqué des cadres liés à la mise en œuvre,¹⁹ aux considérations d'équité et aux méthodes.^{27,28} Les éléments qui traitaient de la mise en œuvre, quels que soient les auteurs qui les relient à la théorie de la mise en œuvre, ont été extraits. Le CFIR a été utilisé pour guider notre analyse des facteurs propres à la mise en œuvre communautaire des initiatives de prévention du DT2. Les données ont été extraites sur la base des construits du CFIR, même si l'étude elle-même n'a pas été informée par le CFIR. Nous rendons compte de quatre des cinq domaines du CFIR : le contexte interne, le contexte externe, le processus de mise en œuvre et l'innovation proprement dite. L'examen des facilitateurs de niveau individuel est saisi dans un produit connexe : [Participants facilitateurs et obstacles aux programmes de prévention et de traitement du diabète et aux stratégies d'autogestion.](#)²⁹

Principaux résultats

Caractéristiques des études

Au total, 28 articles sur le thème des services communautaires de prévention du diabète ont été inclus pour l'extraction de données et synthétisés. Sur les 28 études incluses, 26 étaient primaires et deux étaient des preuves au niveau de l'examen. Dans les études primaires, nous avons recensé (sans s'identifier mutuellement) neuf évaluations, quatre études de mise en œuvre, quatre essais contrôlés

randomisés, deux études de cas, deux études qualitatives, deux études à méthodes mixtes et un essai contrôlé randomisé par grappes (qui ne s'excluent pas mutuellement).

Théories, modèles et cadres de mise en œuvre

La science de la mise en œuvre repose sur un certain nombre de modèles et de cadres théoriques validés et fiables. Les théories, modèles et cadres de mise en œuvre (TMC) les plus courants cités dans la littérature incluent décrivant les interventions de DT2 réalisées par la communauté comprenaient la portée, l'adoption de l'efficacité, la mise en œuvre, la mesure (RE-AIM), le CFIR et la recherche participative en milieu communautaire (RPMC). RE-AIM³⁰ est une théorie de mise en œuvre commune qui est utilisée pour étayer et justifier un plan, une conception et une évaluation d'un programme de mise en œuvre. La RPMC est une approche de la recherche qui comprend un travail en collaboration avec les personnes touchées par un problème et qui seront les utilisateurs finaux ou les bénéficiaires du projet de recherche.³¹⁻³³ Les théories de mise en œuvre suivantes sont moins fréquemment citées, mais méritent tout de même d'être notées : Des connaissances à la pratique (K2A);³⁴ Pénétration, mise en œuvre, participation et efficacité (PIPE)³⁵ et cadre de mise en œuvre des stratégies de récupération³⁶.

Le CFIR est un cadre de mise en œuvre couramment cité qui fournit des conseils pour la mise en œuvre d'interventions (ou d'innovations) complexes.¹⁹ L'*innovation* est mise en œuvre dans le domaine du contexte interne, lequel se compose de 11 construits (et de 10 sous-construits) : caractéristiques structurelles, réseaux, communications, culture, tension pour le changement, compatibilité, priorité relative, incitations, alignement de la mission, ressources disponibles, accès aux connaissances et à l'information. Ces construits peuvent être décomposés en plusieurs niveaux en fonction du groupe (taille et type) étudié.^{19,37} Dans le présent examen, le contexte interne fait référence à l'endroit où le programme est offert dans la communauté (centres communautaires, milieux confessionnels [centres / églises], lieux de travail et écoles). Le contexte externe fait référence au contexte (ou aux contextes multiples) dans lequel un programme est mis en œuvre. Le contexte externe du CFIR mis à jour comprend des construits visant à tenir compte de l'influence de certains facteurs, par exemple, les valeurs et croyances socioculturelles, ainsi que la situation politique ou technologique (situation locale). Les sept caractéristiques (et deux sous-construits) du contexte externe sont les suivants : incidents critiques, attitudes locales, situation locale, partenariats et rapports, politiques et lois, financement, pressions externes (sociales et du marché).^{18,19} L'*innovation* représente le programme mis en œuvre. Aux fins de la présente synthèse, l'*innovation* désigne la prestation d'un programme de prévention du diabète.

Le CFIR établit une distinction entre le programme mis en œuvre et le processus de mise en œuvre du programme. Les caractéristiques des programmes qui peuvent être prises en compte pour favoriser une mise en œuvre réussie sont les suivantes : la source de l'innovation, la base factuelle, l'avantage relatif du programme par rapport à d'autres, l'adaptabilité, la possibilité de soumettre le programme à des essais, la complexité, la conception et le coût. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les domaines et les construits du CFIR : [Évaluation de la publication « The updated Consolidated Framework for Implementation Research Based on User Feedback »](#)²⁰ Les conclusions qui suivent sont organisées par contexte, mais seront décrites en fonction des domaines de base du CFIR : le contexte externe, le contexte interne, le processus de mise en œuvre et l'innovation proprement dite.^{18,19}

Milieus communautaires

Dans le cadre général des « milieux communautaires », les conclusions sont organisées en fonction du contexte dans lequel le programme est mis en œuvre : confessionnel, milieu de travail, écoles, centres

communautaires, etc. L'ordre dans lequel les conclusions sont organisées ne reflète pas leur importance ni leur robustesse. Certains domaines et construits du CFIR ont été abordés plus fréquemment et plus en détail que d'autres, ce qui est reflété dans les conclusions.

CONFESSIONNEL

Cinq interventions étaient des programmes confessionnels aux États-Unis, avec un accent sur les membres de la congrégation (populations d'Afrique de l'Ouest,³⁸ d'Afro-Américains³⁸⁻⁴², des Caraïbes⁴² et d'Amérique latine⁴¹). Tous les programmes confessionnels ont été adaptés de programmes existants de prévention du diabète dans d'autres milieux, comme les soins primaires. Par exemple, le programme Fit Fab and Fabulous (FFF), conçu pour atteindre les Afro-Américains urbains et sous-financés, a été adapté culturellement et linguistiquement pour la population latino-américaine et hispanophone en partenariat avec des membres du clergé et des éducateurs locaux.³⁸

Les caractéristiques propres à l'intervention signalées comprenaient : la complexité de l'innovation⁴¹ et l'efficacité^{39,42} soutenue de l'intervention. Les programmes confessionnels de prévention du DT2 décrivent des approches participatives^{38,39,42} et des résultats cliniques et de mise en œuvre^{40,41} similaires (adoption,³⁹ portée⁴⁰ et durabilité^{39,41,42}). En plus de la RPMC, le CFIR et RE-AIM ont été utilisés par certains chercheurs pour éclairer la conception et la production de rapports sur les études de mise en œuvre.^{40,41}

Contexte interne et externe

Les programmes confessionnels variaient en taille et en emplacement à travers les États-Unis, abordant l'exercice,^{38,39,41} la perte de poids / le maintien du poids,^{39,40} une alimentation saine³⁸ et le régime alimentaire. La mise en œuvre de programmes confessionnels de prévention du diabète (PPD) a été axée sur les États-Unis et a subi des pressions similaires sur les contextes externes, comme le coût et l'accessibilité. Un programme décrit comme « à faible coût » indiquait une moyenne de 60 \$ par participant pour l'ensemble du programme de 12 semaines (12 \$ par classe).³⁸

Dans le contexte interne, le manque de temps, les activités concurrentes de l'église et la faible participation à l'intervention ont été signalés comme des raisons de ne pas participer.⁴⁰ Dans la plupart des cas, le contexte interne dans les lieux confessionnels a facilité la réussite du programme en raison de la culture partagée et de la solidité des relations et de la connexion à la communauté religieuse. Les caractéristiques de l'environnement, comme l'infrastructure et les ressources, varient d'un milieu confessionnel à l'autre et devraient donc être ajustées en fonction des déterminants structurels particuliers. Mis à part les facteurs de niveau individuel, le plus grand facteur de motivation pour les participants était d'avoir accès à des installations d'exercice.³⁸

Processus de mise en œuvre

Les défis liés à la complexité du processus de mise en œuvre (y compris la taille de l'organisation) et à la mobilisation des participants à tous les niveaux des organisations confessionnelles (des dirigeants religieux aux membres de la communauté) sont signalés.⁴¹ Les grandes organisations ont tendance à avoir plus de ressources (éducateurs, instructeurs, etc.) pour soutenir la mise en œuvre.

L'innovation

Les programmes ont démontré une bonne applicabilité sur les dimensions de la portée et de l'adoption, fournissant des leçons généralisables pour la traduction des interventions de perte de poids et de maintien du poids fondées sur des preuves dans des contextes communautaires qui accueillent des

« populations afro-américaines croyantes ». ⁴⁰ Les milieux confessionnels offrent également l'occasion de renforcer les recommandations du programme par l'entremise de messages sur la santé dans les sermons et la signalisation et de changements aux politiques alimentaires organisationnelles. ³⁸ Les stratégies réussies comprenaient le soutien de la communauté confessionnelle pour atteindre les objectifs liés à la nutrition et à l'activité physique, combinant les enseignements religieux et la spiritualité avec un programme éducatif ³⁸ guidé par des ressources culturellement appropriées et pertinentes pour soutenir des changements durables. ⁴²

Les obstacles signalés comprenaient la complexité de l'intervention et de la formation, les activités concurrentes de l'église, le manque de soutien de la famille ou des amis et le manque de temps. ^{38,41} D'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre comment personnaliser les activités de prévention du diabète en fonction des groupes de population. ³⁸ Les programmes confessionnels démontrent à quel point l'adaptation culturelle des approches et du contenu au public cible peut avoir une incidence importante sur la fiabilité et la pertinence de l'intervention. ^{39,42} Les programmes confessionnels adaptés aux besoins et aux caractéristiques des participants, comme le revenu, ³⁸ la culture ^{39,42} ou la religion ou la foi ^{40,41}, sont prometteurs pour atteindre et mobiliser les participants qui sont étroitement impliqués dans les communautés confessionnelles.

Approches participatives

Conformément aux **approches participatives** reflétées dans la littérature, les interventions ont été conçues en utilisant la mobilisation avec des chercheurs, des groupes de travail représentatifs, des dirigeants religieux, des instituts ⁴¹ publics et privés locaux et des comités communautaires ³⁸ (composés de pasteurs, de membres de la communauté, de professionnels de la santé, du personnel du programme et d'évaluateurs). Les leçons tirées du processus de mobilisation suggèrent que la réalité de la formation des pairs éducateurs et de la mobilisation du leadership au sein de leurs organisations a souvent été plus difficile que prévu, malgré les engagements initiaux de toutes les parties. ⁴¹

Durabilité

Une caractéristique unique des programmes confessionnels est leur considération intentionnelle pour la durabilité des résultats en matière de santé ou de la prestation des programmes. ^{39,41,42} Les conclusions renforcent la nécessité pour les chercheurs de conceptualiser les projets de recherche afin d'inclure la durabilité au-delà d'une période de financement. Les programmes confessionnels de perte de poids affectent la perte de poids à court terme chez les participants; cependant, la connaissance à long terme et le maintien de la perte de poids sont apparus comme des obstacles à surmonter dans les efforts futurs. ³⁹ Afin d'améliorer les effets du programme et d'aborder le déclin potentiel de la participation au fil du temps, des protocoles de transition et des plans post-intervention devraient être établis à l'étape de la conception de l'intervention afin d'assurer une participation maximale après la fin de la période d'étude d'intervention. ⁴² L'intervention « Pathway to Weight Maintenance » mise en œuvre à la suite de l'intervention « Fit, Body and Soul » a recensé des obstacles à l'impact durable de l'innovation, à savoir le manque de personnel de soutien et la concentration sur les objectifs à court terme seulement. ³⁹ D'autres recherches sont justifiées pour établir des méthodes pour faciliter le soutien continu en combinaison avec des facteurs contextuels et sociaux (y compris le soutien pastoral, le soutien social de l'église, etc.). ³⁹

LIEU DE TRAVAIL

Trois évaluations d'interventions en milieu de travail ⁴³⁻⁴⁵ visant à réduire le risque de DT2 chez les employés ont été recensées, ainsi qu'un examen qualitatif ⁴⁶ de l'élaboration, de la mise en œuvre et de

l'évaluation des interventions visant à réduire le temps assis au travail. Les évaluations ont porté sur la traduction du PPD aux lieux de travail et sur l'alimentation ciblée ou l'exercice (p. ex., réduction du temps assis).⁴⁶ Les objectifs des programmes comprenaient la réduction du temps assis⁴⁶ et la perte de poids.⁴³⁻⁴⁶ Les interventions sont représentatives d'un certain nombre de pays (Canada, États-Unis, Australie, etc.)⁴⁶, la majorité étant mise en œuvre aux États-Unis.⁴³⁻⁴⁵ Les programmes en milieu de travail ciblent spécifiquement les adultes (âgés de 18 à 65 ans), sont souvent orientés vers des professions qui impliquent un comportement sédentaire ou une activité physique minimale et visent la perte de poids ou le maintien du poids.⁴³⁻⁴⁵ Un plus grand nombre de femmes ont participé aux programmes de prévention du DT2, à l'exception d'un lieu de travail qui employait principalement des hommes.⁴⁴

Un examen des programmes de prévention du DT2 en milieu de travail a cité la mise en œuvre et d'autres TMC tels que le modèle socioécologique (MSE),⁴⁷ la théorie de la concentration, la théorie sociale cognitive (TSC),⁴⁸ la théorie de la diffusion des innovations,⁴⁹ la théorie de l'établissement d'objectifs,⁵⁰ la théorie du comportement planifié (TCP),⁵¹ le modèle COM-B⁵² (utilisant la roue de changement de comportement et le cadre des domaines théoriques⁵³), la théorie de l'autorégulation⁵⁴ et la théorie de l'autodétermination⁵⁵.

Processus de mise en œuvre

Les trois principales études en milieu de travail ont été évaluées à l'aide de RE-AIM.⁴³⁻⁴⁵ Les éléments du CFIR qui ont été décrits dans la documentation sur la mise en œuvre en milieu de travail comprenaient la source d'innovation et la base factuelle, ainsi que les fournisseurs d'innovations (professionnels de la santé formés, infirmières en santé au travail, entraîneurs en santé, etc.). Les rapports sur les éléments de mise en œuvre de la conception, de la complexité, de l'essai, de l'adaptabilité, de la personnalisation au milieu de travail et de l'évaluation étaient uniformes à un niveau élevé dans l'ensemble des données probantes incluses. Bien que ces caractéristiques ne soient pas décrites en détail, les auteurs font allusion à la façon dont les concepts du CFIR ont été pris en compte dans la mise en œuvre et l'évaluation des PPD en milieu de travail et l'importance de comprendre les processus et les structures locaux et organisationnels qui peuvent être importants en matière de mise en œuvre de l'intervention. Par exemple, les possibilités limitées de s'asseoir moins en raison de la nature du travail ou de la charge de travail constituaient un obstacle à la mise en œuvre repéré dans l'environnement de travail physique.⁴⁶ D'autres obstacles et éléments facilitateurs qui ont contribué à la non-participation décrits dans la littérature ont été principalement recensés au niveau individuel.⁴⁵

Les facilitateurs de l'adoption et du succès de la mise en œuvre du programme et des résultats cliniques comprennent l'accessibilité et la commodité des interventions en milieu de travail ainsi que le soutien économique fourni par la prestation gratuite du programme.⁴⁵ L'une des évaluations du milieu de travail comprenait une évaluation économique visant à comprendre le coût requis pour exploiter ou maintenir les programmes en milieu de travail.⁴⁴ Un examen des interventions en milieu de travail a révélé qu'aucune des études n'a fait état de données officielles sur le rapport coût-efficacité (ou d'une mesure du coût de l'intervention) pour permettre une évaluation du rendement du capital investi.⁴⁶ Cette information pourrait faciliter l'adoption de l'intervention et serait donc un résultat important à évaluer.⁴⁶ Les interventions sont souvent décrites comme étant peu coûteuses, mais elles sont déclarées sans données quantitatives sur les coûts, si le coût est même mentionné.

L'innovation

Les programmes de prévention du diabète sur le lieu de travail ont été traduits ou adoptés avec succès dans un nouveau contexte et sont parvenus à atteindre les populations visées (adultes âgés de 18 à

65 ans).⁴⁴ La mise en œuvre sur le lieu de travail des programmes de prévention du DT2 visant à améliorer la portée a permis de cerner des obstacles au niveau individuel (manque de participation, d'intérêt, de motivation), tandis que les facilitateurs étaient liés à l'accessibilité et au coût du programme.⁴⁵ Le fait d'apporter le programme à la personne (p. ex., accessible « lorsque cela est pratique » ou au travail) était le principal avantage des interventions en milieu de travail. Les programmes réussissent à atteindre la population visée; toutefois, certains programmes ont connu un succès limité dans la mobilisation de cette population, principalement en raison d'obstacles individuels comme la motivation.⁴⁴

La collecte d'interventions de PPD en milieu de travail qui ont été évaluées réitère des messages similaires. Les traductions en milieu de travail des PPD fondées sur des programmes bien établis et efficaces démontrent qu'elles réussissent à atteindre les populations d'intérêt et à atteindre les objectifs cibles. Les résultats quantitatifs^{43,45} et qualitatifs^{44,46} de l'évaluation suggèrent des impacts cliniques efficaces (résultats de perte de poids) en plus d'atteindre les objectifs de portée,⁴³⁻⁴⁵ d'adoption⁴⁵ et de maintien (durabilité).^{44,45} L'engagement des participants à l'intervention variait, certains programmes étant facilités par des professionnels de la santé ou des infirmières praticiennes (p. ex., des séances d'encadrement), tandis que d'autres comptaient sur un engagement motivé.

Approches participatives

On reconnaît que les approches de recherche participatives et collaboratives sont importantes pour assurer l'acceptabilité et la faisabilité⁴⁶, mais aucun des PPD en milieu de travail ne décrivait son processus d'engagement ou de collaboration avec les dirigeants ou les partenaires (p. ex., le personnel) dans la conception, la planification ou la personnalisation des interventions. Des approches participatives, la personnalisation et la mobilisation sont suggérées pour aider à surmonter les obstacles anticipés.⁴⁶ Les conclusions ont souligné l'importance de recenser et de comprendre les obstacles et les facilitateurs locaux à la participation à l'intervention, idéalement pendant la phase de développement.⁴⁶

Durabilité

Bien que le maintien et la durabilité soient considérés comme un résultat clé de RE-AIM, aucun des programmes n'a été maintenu ou n'a indiqué les facilitateurs ou les obstacles au maintien de l'engagement ou de la mise en œuvre du programme dans ses évaluations. Par exemple, en ce qui concerne le PPD « Fuel Your Life », moins de la moitié (43 %) des participants ont déclaré avoir poursuivi le programme après les 6 premiers mois, et encore moins jusqu'aux activités finales de collecte de données à 12 mois (31 %).⁴⁴ Dans ce contexte, la durabilité de la mise en œuvre et de l'adoption du programme a été évaluée comme un résultat, mais n'a pas été abordée.⁴³⁻⁴⁵ Des périodes de suivi plus longues (au-delà de 6 à 12 mois) fourniraient des renseignements sur le maintien de l'adoption et de l'engagement du programme.

ÉCOLE

Deux programmes offerts en milieu scolaire pour les jeunes d'âge scolaire (de 7 à 18 ans) représentent des populations des États-Unis et du Canada.⁵⁶⁻⁵⁸ Les programmes de prévention en milieu scolaire étaient éducatifs et visaient à aborder l'éducation nutritionnelle⁵⁷ et sanitaire^{56,58} chez les élèves. Les évaluations de programme visaient à évaluer l'adoption,⁵⁶ la fidélité^{57,58} et la pertinence culturelle⁵⁸, en plus de mesurer l'efficacité.

Contexte externe et interne

Les facteurs contextuels pertinents pour le Canada et les États-Unis (le contexte externe) sont mentionnés à un niveau élevé, y compris les coûts de la prévention du diabète et l'accès à l'information et aux ressources sur le diabète. Dans le contexte interne des écoles, les programmes sont un point d'accès clé pour la prestation de services de prévention du DT2 aux jeunes dans le but de lutter contre le DT2 précoce. Les obstacles à la mise en œuvre du programme recensés dans le milieu scolaire comprenaient le manque de soutien administratif et le travail dans le cadre de la structure et des horaires scolaires existants et rigides (caractéristiques de la structure et infrastructure). Une caractéristique unique des programmes scolaires était l'importance de l'éducation et de la participation des parents à la facilitation des programmes (p. ex., la mise en œuvre d'habitudes alimentaires et de recettes saines à la maison).⁵⁸ La complexité d'un programme l'a rendu plus difficile à mettre en œuvre et le programme n'était pas nécessairement la priorité absolue des écoles participantes (c.-à-d. contraintes de ressources, autres domaines prioritaires, programmes d'activité physique existants).

L'innovation

Les données publiées démontrent qu'en adaptant les programmes de prévention du diabète en milieu scolaire, il est possible de réussir à améliorer les résultats cliniques cibles, tout en abordant d'autres éléments comme la portée ou la pertinence culturelle. Un succès encore plus grand pourrait être observé lorsque les structures et le matériel du programme vont jusqu'à s'adapter à une population (besoins physiques, pertinence culturelle, etc.), comme le démontre le Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project (KSDPP – programme de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake).^{56,58} Motivés par l'importance de la prévention du DT2 chez les jeunes, les programmes de DT2 dans les écoles pourraient cibler : l'activité physique par la participation récréative et sportive, les modifications ou les améliorations de l'environnement alimentaire scolaire par l'entremise de programmes alimentaires, l'éducation alimentaire, etc. L'intervention nutrition HEALTHY pour modifier l'environnement alimentaire scolaire (une intervention multicentrique à grande échelle réalisée sur cinq semestres) démontre la mise en œuvre d'un programme complexe avec une grande fidélité.⁵⁷ Les conclusions de cette évaluation du processus mettent en évidence le potentiel de mise en œuvre pour éclairer les efforts futurs visant à adapter et à mettre à l'échelle des programmes complexes dans de multiples milieux.⁵⁷

Approches participatives

Les avantages d'une approche de recherche participative pour la conception et la mise en œuvre sont renforcés dans l'ensemble de la littérature portant sur le milieu scolaire. La mobilisation au moyen d'approches participatives a été mentionnée comme un élément central et un facilitateur clé pour la conception et la mise en œuvre des deux programmes scolaires. Au Canada, un programme d'études sur la santé des Autochtones pour la prévention du diabète mobilise la communauté par l'entremise de cercles de discussion et fait la promotion d'une alimentation saine et d'un mode de vie actif en augmentant les connaissances sur le diabète et en modifiant les normes environnementales et sociales physiques.⁵⁸ Ce programme a créé un comité directeur composé de partenaires communautaires et de chercheurs pour éclairer l'adaptation et la personnalisation du matériel et des ressources du programme.⁵⁶⁻⁵⁸ La participation des utilisateurs finaux (enseignants, administrateurs et parents) tout au long de la conception et de la mise en œuvre de *l'innovation* a contribué à maximiser la pertinence et la probabilité de la mise en œuvre. L'établissement de relations de travail continues, la confiance et l'engagement ont été notés comme un facilitateur dans l'exécution du KSDPP.^{56,58} L'obtention de partenaires appropriés pour le comité d'orientation a été essentielle lors du processus d'élaboration des

politiques.^{56,58} Les points forts du programme mis en œuvre comprenaient la pertinence culturelle, l'éducation mutuelle et l'apprentissage partagé, ainsi que la fourniture d'un exemple dans un district scolaire autochtone, ce qui contribue à améliorer la capacité pour les projets futurs. La pertinence locale du KSDPP et l'accent mis sur les modes de connaissance autochtones sont un bon exemple d'une approche collaborative réussie pour la conception et la mise en œuvre de programmes et de politiques. Par exemple, l'utilisation de la recherche par amorce photo comme méthode de collecte de données pour impliquer les membres de la communauté dans l'élaboration des politiques met l'accent sur les perspectives et l'action de la communauté.⁵⁶ Dans ce cas, la collaboration entre les chercheurs universitaires et les partenaires locaux a mené à la création d'une politique solide qui est fondée sur des données probantes et adaptée au contexte à l'aide d'une approche participative.⁵⁶

Durabilité

Le Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project (ayant mis en œuvre un programme d'études sur la santé des Autochtones pour la prévention du diabète) a utilisé des stratégies de rétroaction pour apporter des améliorations aux programmes afin de soutenir leur durabilité.⁵⁸ Les résultats de l'évaluation du programme suggèrent que les relations de longue date pour soutenir la collaboration et établir des programmes au sein de la communauté ont été une force clé du KSDPP.^{56,58}

CENTRES COMMUNAUTAIRES

Les emplacements communautaires restants sont organisés dans la section « Centres communautaires » du présent résumé. Parmi les études incluses, 15 études primaires et un examen ont³⁵ recensé des programmes de prévention du DT2 offerts dans divers endroits de la communauté. Les emplacements comprenaient le YMCA,⁵⁹⁻⁶¹ les centres et les sites communautaires,⁶² les communautés de logements sociaux,⁶³ le ministère des Anciens Combattants,⁶⁴ les communautés autochtones (au Canada, aux États-Unis, en Australie)⁶⁵⁻⁶⁷ et d'autres endroits communautaires (camps d'été, parcs, etc.).^{34,36,68-70}

Un certain nombre de théories de mise en œuvre ont été empruntées pour éclairer la conception et l'évaluation des programmes de DT2 offerts par la communauté : modèle de partenariat communautaire,⁵⁹ approche centrée sur le patient,⁷¹ approche de recherche participative,^{63,65-70} RE-AIM,^{61,62,64} CFIR,^{60,64} K2A,³⁴ cadre de mise en œuvre des stratégies de récupération³⁶ et cadre PIPE³⁵. Bien que la théorie ou la base factuelle qui sous-tend la mise en œuvre diffèrait parmi les données probantes, il subsistait des similitudes dans la façon dont la base factuelle est utilisée pour orienter les décisions, les ajustements et les adaptations.

Contexte externe et interne

Des programmes ont été offerts dans des communautés aux États-Unis,^{34,59,61,63,64,67-71} au Canada^{60,62,65} et en Australie^{36,66}, ce qui a permis de relever et de cerner des défis uniques dans le contexte externe. Les grands éléments du contexte externe (politiques locales, lois, incidents critiques, pressions extérieures, etc.) ne sont pas décrits en détail. La majorité des programmes mis en œuvre aux fins d'évaluation ont été adaptés du PPD national conçu pour les milieux cliniques.^{34-36,59,61-64,68,69} L'innovation mise en œuvre dans chaque programme est similaire, avec un objectif clinique de perte de poids ou de maintien du poids, d'alimentation saine, etc. Les contextes internes variaient sur le plan de la culture, des caractéristiques structurelles (ressources disponibles), de la préparation à la mise en œuvre, etc. Les études qui ont évalué ces mesures lors de la conception ou de l'évaluation ont été en mesure de s'adapter ou de se personnaliser au besoin en fonction des caractéristiques du contexte qui pourraient agir comme des obstacles ou des facilitateurs à l'atteinte des résultats de la mise en œuvre. Les processus de mise en œuvre élaborés par les chercheurs étaient propres à chaque étude. Les résultats

de la mise en œuvre évalués dans ce sous-ensemble de la littérature publiée comprennent la portée,^{35,62,64,71} la fidélité,^{35,63,64,68} l'adoption,^{34,62-64} la mise à l'échelle,^{34,59} l'état de préparation,⁶⁶ l'adaptabilité,^{65,66} la faisabilité,^{35,61,63,68,69} la pertinence,⁶⁶ l'acceptabilité,^{60,61,66,68,69} la maintenance,^{62,64} le coût⁶⁴ et la durabilité,^{34,35,59,60,62,65-67} en plus des résultats cliniques utilisés pour mesurer l'efficacité. Les programmes de la littérature visaient à atteindre les jeunes,^{61,65} les Autochtones,⁶⁵⁻⁶⁷ les Afro-Américains,^{68,70} les Coréens⁶⁹ et les personnes âgées de 50 ans et plus,³⁶ en plus des personnes identifiées comme « prédiabétiques »^{34,62,64,71} ou « à risque élevé »^{36,60,61,64,68,69} (obésité, surpoids).

L'innovation

Les programmes de prévention du DT2 offerts dans la communauté devraient être conçus de manière à refléter les besoins, les forces et les points de vue des populations de ce milieu. Il existe des nuances en ce qui concerne la personnalisation de la conception et du contenu du programme en fonction de la population que l'intervention vise à atteindre. Les interventions conçues pour les populations afro-américaines et coréennes-américaines⁶⁹ renforcent la façon dont les adaptations, telles que l'intégration des valeurs culturelles et la création de matériel⁶⁹ bilingue, peuvent améliorer la mise en œuvre du programme. Certaines des interventions les plus complexes, comme le Sandy Lake Health and Diabetes Project (SLHDP – projet de santé et de diabète de Sandy Lake), fournissent un exemple pertinent à l'échelle locale d'interventions et d'activités à l'échelle de la communauté pour encourager la participation à l'activité physique et la promotion de modes de vie sains pour une population, y compris : un programme de magasin d'alimentation du Nord, un programme de visites à domicile, une émission de radio sur le diabète, un programme scolaire sur le diabète, un sentier pédestre à l'échelle de la communauté et un camp d'été sur le diabète chez les jeunes.⁶⁵ Les caractéristiques de l'innovation qui ont été notées en tant que facilitateurs comprennent la rétroaction sur le rendement aux fournisseurs^{59,62} et les objectifs de comportement à court et à long terme pour les participants.^{63,66,70} On a constamment noté que la personnalisation renforçait la réussite du programme, ainsi que la planification (évaluation des besoins et du contexte), la réflexion et l'évaluation. Les recommandations tirées de la documentation visant à faciliter la réussite du programme comprennent le perfectionnement professionnel et la formation des responsables du programme (afin d'améliorer la réceptivité et la fiabilité).⁶⁴

Parmi les autres recommandations pour la conception et la mise en œuvre des programmes, mentionnons l'augmentation des incitatifs,^{68,69} le maintien du contact avec les participants entre les séances,^{35,68} le renforcement des partenariats et de la sensibilisation,⁶⁹ l'intégration de la technologie pour réduire les coûts et les obstacles à l'accès,⁷¹ le partenariat avec les communautés⁶⁵ et le leadership pour appuyer la promotion.^{63,67}

Approches participatives

Certaines des études ont tiré parti d'une approche participative ou collaborative dans leur conception, leur mise en œuvre et leur évaluation.^{63,65-70} Les programmes conçus et mis en œuvre pour les populations autochtones au Canada,⁶⁵ aux États-Unis⁶⁷ et en Australie⁶⁶ s'appuyaient sur des approches communautaires dans le but de créer des programmes et des ressources appropriés et pertinents pour soutenir la mise en œuvre et le maintien continu des programmes de prévention du DT2. Les conclusions de l'adaptation d'un PPD pour les enfants aborigènes dans le centre de l'Australie soulignent l'importance de reconnaître le contexte environnemental et social de la communauté tout en mettant en œuvre le programme adapté qui est personnalisé en fonction des besoins de la communauté.⁶⁶ D'après l'engagement et les commentaires des participants, les « camps de ville » ont été désignés pour l'intervention plutôt que les écoles et les milieux de soins de santé, afin d'accroître l'inclusivité et la

pertinence.⁶⁶ Les interventions de prévention du DT2 qui sont conçues avec des stratégies participatives sont axées sur la famille, adaptées à la culture et intégrées dans des relations de longue date et de confiance entre les partenaires ont démontré leur succès dans plusieurs groupes de population.^{66,69} Le succès du programme a été attribué à l'engagement dans le programme, en grande partie en raison de la participation et de l'appropriation communautaires.⁶⁵ Les auteurs réitèrent une approche fondée sur les forces pour les partenariats avec les communautés participantes et pour centrer les visions du monde autochtones et les cadres d'évaluation appropriés avant de mettre en œuvre le programme de prévention.⁶⁶ Les processus de planification collaborative, les composantes et la structure du programme, le niveau de soutien et la synergie entre le programme et le contexte ont été des facteurs importants dans la mise en œuvre.⁶⁰

Durabilité

Les efforts de mise en œuvre axés sur la durabilité dans le but de maintenir la prestation du programme et la participation des participants à long terme sont prometteurs, d'après les conclusions. Les boucles de rétroaction sur l'évaluation (y compris les commentaires des utilisateurs) sont reconnues comme une stratégie cruciale qui a aidé l'intervention du PPD national à atteindre l'échelle et à être adoptée dans l'ensemble du système de santé, y compris les milieux communautaires.³⁴ Des stratégies de rétroaction similaires ont été utilisées par Dineen et coll. 2022 pour améliorer les éléments de programme tout au long de la mise en œuvre ou par la suite.⁶⁰

Limitations

Nous n'avons pas cherché de programmes ou d'initiatives communautaires spécifiquement dans notre stratégie de recherche : nous avons plutôt inclus la totalité des programmes et des initiatives de prévention du DT2 au niveau de la population et les avons organisés en fonction du milieu dans lequel la mise en œuvre a eu lieu (soins primaires, virtuellement, communauté, etc.). Étant donné que nous avons limité notre recherche à des programmes propres au « diabète », nous avons potentiellement manqué des programmes conçus pour lutter contre les comorbidités du diabète (p. ex., l'obésité) et d'autres déterminants importants du diabète (p. ex., l'activité physique).

Nous nous sommes appuyés sur des auteurs qui énonçaient explicitement leur point de vue théorique ou leur méthodologie; par conséquent, nous avons peut-être manqué des articles qui utilisaient des théories, des modèles et des cadres de mise en œuvre (TMC) sans les nommer comme tels. Un grand sous-ensemble des données probantes a été éclairé par des TMC qui ne relevaient pas de la portée de la science de la mise en œuvre et qui étaient donc exclus de la synthèse, mais qui pouvaient être utilisés pour éclairer la conception, la mise en œuvre et la production de rapports. Bien que les approches de mise en œuvre fondées sur des données probantes démontrent probablement un succès similaire, seules les études fondées sur les TMC de mise en œuvre faisaient partie de la portée de cet examen. Des approches théoriques bien établies et fiables au sein des données probantes exclues comprennent le changement de comportement, la théorie cognitive sociale, le modèle de soins chroniques et les modèles de promotion de la santé et pourraient être informatives pour la conception et la planification de la mise en œuvre des programmes à l'échelle communautaire. En incluant uniquement la documentation publiée, nous avons peut-être manqué des initiatives communautaires et d'autres programmes qui n'ont pas été officiellement évalués ou publiés. De plus, en n'incluant que les études qui utilisaient les TMC de mise en œuvre, nous avons peut-être exclu un sous-ensemble de la littérature qui fournit des apprentissages précieux et applicables liés à la mise en œuvre de programmes de prévention du diabète.

Les résultats, les mesures, les méthodes et le niveau de détail d'intérêt concernant la mise en œuvre signalés dans les études de mise en œuvre qui répondaient à nos critères variaient considérablement. Bien que toutes les études aient été empruntées à la science de la mise en œuvre, les approches utilisées pour éclairer la conception, la mise en œuvre et la production de rapports sur les programmes variaient. Les caractéristiques du CFIR ont été signalées de manière exhaustive dans certaines études et seulement à un niveau élevé dans d'autres.

La majorité des programmes de prévention du DT2 mis en œuvre en milieu communautaire ont été adaptés du PPD.⁷² Le PPD est un exemple d'une intervention très réussie sur le mode de vie administrée à plus de 1 000 participants en milieu clinique, y compris 45 % de populations racialisées, et a entraîné une réduction de 58 % du taux d'incidence du diabète.⁷² Bien qu'il s'agisse d'une solide base factuelle, elle ne représente qu'une seule approche pour la conception et la mise en œuvre d'interventions de prévention du diabète.

Il existe peu de données sur la rentabilité pour mettre en évidence les avantages (ou les coûts) des programmes de DT2 offerts par la communauté par rapport à la prévention du diabète fournie par les cliniques ou les hôpitaux, contribuant ainsi aux défis continus pour le financement. Certaines des interventions communautaires de prévention du DT2 sont décrites comme étant « peu coûteuses », mais les détails liés au coût requis pour leur élaboration, leur mise en œuvre et leur maintien ne sont pas communiqués. De plus, il y a encore moins d'exemples à partir desquels s'appuyer pour éclairer les considérations et l'évaluation des coûts dans le contexte canadien.

Discussion et conclusions

L'efficacité de la prévention du DT2 est bien prouvée et l'application aux milieux communautaires est appuyée (p. ex., le PPD)⁷³, tandis que les éléments de mise en œuvre qui ont une incidence sur le succès ou l'échec des programmes ne sont pas aussi bien compris ou documentés. Les études fondées sur la mise en œuvre offrent des occasions d'utiliser la méthodologie de recherche sur la mise en œuvre pour examiner le processus de mise en œuvre d'un programme de prévention du diabète fondé sur des données probantes dans le monde réel.³⁶ En utilisant les TMC de mise en œuvre pour guider la conception et la production de rapports, il est possible de comprendre, d'évaluer et d'améliorer le lien clair entre les efforts et les résultats. En établissant des rapports fondés sur des lignes directrices et des normes renforcées par la base factuelle sur la mise en œuvre, les chercheurs et les responsables de la mise en œuvre peuvent s'appuyer sur la base factuelle disponible. S'appuyer sur la base factuelle actuelle signifie adapter, élargir et maintenir les programmes de prévention du diabète nouveaux et existants. Bien qu'il ne soit pas nécessaire que toutes les études de mise en œuvre abordent ou mesurent tous les résultats et facteurs qui pourraient avoir une incidence sur la mise en œuvre, il est important de l'aborder avec intention et réflexion. Il existe des outils pour soutenir les efforts de mise en œuvre tels que le Guide du CFIR,⁷⁴ le Context Compass Framework⁷⁵ et la trousse d'action pour l'équité d'EQUIP⁷⁶. Les chercheurs en mise en œuvre continuent de faire progresser et d'élargir les considérations d'équité grâce aux outils du CFIR récemment développés complétés par l'intersectionnalité pour les considérations d'intersectionnalité.⁷⁷

Il est important de reconnaître, d'aborder et de tirer parti du *processus de mise en œuvre* et des facteurs contextuels (contexte interne et externe) qui contribuent au succès des programmes de prévention du DT2. De façon semblable à ce que l'on trouve avec la prévention virtuelle du DT2,¹¹ les programmes réussissent souvent à atteindre la population visée; toutefois, ils réussissent mal à la mobiliser.⁴⁴ Être en mesure de mettre en œuvre des programmes à grande échelle (portée), auprès des populations qui en ont le plus besoin (adoption, adaptation) et sur une longue période (durabilité), nécessite une

compréhension nuancée des facteurs et des mécanismes qui influencent la façon dont ces programmes sont mis en œuvre dans des scénarios réels. En déballant et en comprenant les facteurs divers et complexes qui peuvent entraver la mise en œuvre des programmes dans tous les milieux ou la faciliter, les chercheurs et les praticiens peuvent systématiquement s'appuyer sur ces leçons apprises pour optimiser leurs efforts et améliorer l'optimisation des ressources. Les données qualitatives appuient les améliorations significatives de la portée et de la pertinence, obtenues lorsque les programmes de DT2 sont offerts dans la communauté tout en maintenant l'efficacité clinique connue dans la prise en compte des résultats pour la santé.

Du point de vue du fardeau de la maladie, le diabète est une pression importante sur notre économie et notre système de santé.⁷⁸ La prévention du diabète est un domaine important de la prévention des maladies chroniques qui peut être adapté au milieu communautaire, ce qui est important pour combler les lacunes dans les services offerts aux communautés marginalisées. Les programmes dirigés par la communauté offrent la possibilité d'assurer la prestation de programmes sur mesure et accessibles à partir d'une source fiable, y compris la communauté elle-même. Un examen des études sur la prévention du DT2 a mis en évidence les approches participatives, la consultation communautaire et la mobilisation des dirigeants comme des éléments de la planification de la mise en œuvre qui étaient en corrélation avec l'amélioration de la conception et du succès du programme.⁴⁶ La mobilisation des populations et la conception de programmes adaptés à la culture nécessitent de reconnaître que les populations sont des experts dans leur propre expérience et dans ce qui est significatif et pertinent pour elles.^{79,80}

La structure actuelle du système de soins de santé ne tient souvent pas compte des répercussions continues des déterminants sociaux et structurels de la santé, y compris le colonialisme et le racisme.^{79,81} De même, les répercussions des programmes de prévention du DT2 seront limitées si les obstacles structurels et profondément enracinés ne sont pas abordés dans la façon dont les politiques et les programmes de prévention du DT2 sont mis en œuvre. Les efforts intentionnels visant à tenir compte de l'équité, de la lutte contre le racisme et de la lutte contre l'oppression et à les intégrer dans la recherche et la mise en œuvre sont fondamentaux pour la prestation de programmes culturellement sécuritaires.⁷⁹

Afin de maintenir les effets et l'adoption des programmes, il est recommandé d'intégrer la planification à long terme de la façon de maintenir les programmes grâce au financement (espace, matériaux et équipement, partenariats) au-delà des subventions et des essais, dès la planification du programme.³⁹ Nous avons relevé des données probantes sur la durabilité dans l'ensemble des programmes et des milieux, probablement en raison des orientations du cadre RE-AIM qui a été fréquemment utilisé dans la littérature. Bien que la durabilité n'ait pas été prise en compte ni mesurée dans tous les milieux communautaires synthétisés dans le présent examen, certaines des leçons sur le maintien de la mise en œuvre et de l'incidence du programme sont transférables d'un milieu à l'autre. En ce qui concerne le maintien des objectifs d'intervention (p. ex., le maintien de la perte de poids), les thèmes importants comprenaient : le personnel de soutien/soutien constant, les systèmes de soutien personnel, le soutien communautaire, l'accent mis sur les objectifs à court et à long terme, la fourniture d'outils et d'information fondée sur des données probantes; l'importance des partenariats avec les ressources communautaires telles que les centres de loisirs pour les installations à faible coût et confortables pour faire de l'exercice.³⁹ L'effet durable nécessite un soutien continu pour le personnel du programme (formation, ressources, etc.) et les participants (en fournissant des ressources communautaires) pour soutenir les changements de comportement de style de vie.^{39,42} La technologie pourrait aider à atteindre les objectifs d'intervention et à maintenir ces objectifs au-delà de la conclusion de l'étude (c.-à-d. perte

de poids et maintien), mais les auteurs mettent en garde contre la prestation d'interventions par l'entremise d'applications mobiles et suggèrent que des interventions efficaces peuvent nécessiter l'efficacité de la technologie mobile combinée au soutien social et à l'interaction humaine (c.-à-d. encadrement personnel).³⁹ Cela a été renforcé dans le [Résumé de preuves pertinentes : Facteurs relatifs à la mise en œuvre de programmes virtuels de prévention du diabète de type 2.](#)¹¹

Les données probantes disponibles et synthétisées ici, bien qu'elles abordent et rapportent les caractéristiques de mise en œuvre de manière incohérente, servent de bonne base pour la poursuite des efforts de recherche, de conception et de mise en œuvre. Bien que cet examen comprenne une quantité importante de détails de haut niveau sur l'utilisation du CFIR et d'autres TMC de mise en œuvre, il inclut également d'autres ressources importantes qui sont propres au milieu communautaire d'intérêt. Nous soutenons qu'il est nécessaire de rendre compte dans ce niveau de détail pour réitérer l'importance de la recherche fondée sur des données probantes et de la recherche communautaire pour éclairer la conception et la planification du processus de mise en œuvre.

Bibliographie

1. Ong L. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the global burden of disease study 2021. *Lancet*. 2023;402(10397):203-34. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01301-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01301-6)
2. Khan MAB, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa H, Al Kaabi J. Epidemiology of type 2 diabetes - global burden of disease and forecasted trends. *J Epidemiol Glob Health*. 2020;10(1):107-11. Available from: <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191028.001>
3. Rathmann W, Kuss O, Kostev K. Incidence of newly diagnosed diabetes after covid-19. *Diabetologia*. 2022;65(6):949-54. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05670-0>
4. Diabetes Canada. Diabetes in Ontario: 2022 backgrounder [Internet]. Toronto, ON: Diabetes Canada; 2022 [cited 2023 Dec 10]. Available from: https://www.diabetes.ca/DiabetesCanadaWebsite/media/Advocacy-andPolicy/Backgrounder/2022_Backgrounder_Ontario_English_1.pdf
5. World Health Organization (WHO). Diabetes [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2023 Dec 10] Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/diabetes#:~:text=To%20help%20prevent%20type%20,avoid%20sugar%20and%20saturated%20fat>
6. Anja B, Laura R. The cost of diabetes in Canada over 10 years: applying attributable health care costs to a diabetes incidence prediction model. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2017;37(2):49-53. Available from: <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.2.03>
7. Diabetes Canada. 2023 pre-budget submission; submitted to the standing committee on finance and economic affairs consultation on the 2023 Ontario budget [Internet]. Toronto, ON: King's Printer for Ontario; 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.diabetes.ca/DiabetesCanadaWebsite/media/Advocacy-andPolicy/Submissions%20to%20Government/Provincial/2023-Diabetes-Canada-PrebudgetSubmission-Ontario.pdf>
8. Herman WH. The cost-effectiveness of diabetes prevention: results from the Diabetes Prevention Program and the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Clin Diab and Endo*. 2015;1(1):9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40842-015-0009-1>
9. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP). Health and Economic benefits of chronic disease interventions [Internet]. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention; 2022 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/programs-impact/pop/diabetes.htm>
10. Tice JA CR, Sohre KK, Seidner M, Ollendorf DA, Weissberg J, Pearson SD on behalf of the Institute for Clinical and Economic Review (ICER). Diabetes prevention programs: effectiveness and value: final evidence report and meeting summary. Boston, MA: ICER; 2016 [cited 2023 Dec 10]. Available from: https://icer.org/wp-content/uploads/2020/10/CTAF_DPP_Final_Evidence_Report_072516.pdf
11. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Implementation factors for virtual delivery of type 2 diabetes (T2D) prevention [Internet]. Toronto, ON: King's

- Printer for Ontario; 2023 [cited 2024 Jan 15]. Available from:
https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/D/2023/diabetes-type-2-prevention-implementation-factors-virtual-delivery.pdf?rev=a5ec179bd4dc483ab47678e43ff534ed&sc_lang=en#:~:text=Challenges%20for%20implementing%20virtual%20delivery,solutions%2C%20lack%20of%20evidence%20to
12. Smith PM, Smith BT, Mustard CA, Lu H, Glazier RH. Estimating the direct and indirect pathways between education and diabetes incidence among Canadian men and women: a mediation analysis. *Ann Epidemiol.* 2013;23(3):143-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2012.12.012>
 13. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A. Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol.* 2011;40(3):804-18. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/dyr029>
 14. Smith BT, Lynch JW, Fox CS, Harper S, Abrahamowicz M, Almeida ND, et al. Life-course socioeconomic position and type 2 diabetes mellitus: the Framingham offspring study. *Am J Epidemiol.* 2011;173(4):438-47. Available from: <https://doi.org/10.1093%2Faje%2Fkwq379>
 15. Gagné T, Veenstra G. Inequalities in hypertension and diabetes in Canada: intersections between racial Identity, gender, and income. *Ethn Dis.* 2017;27(4):371-8. Available from: <https://doi.org/10.18865%2Fed.27.4.371>
 16. Maty SC, Everson-Rose SA, Haan MN, Raghunathan TE, Kaplan GA. Education, income, occupation, and the 34-year incidence (1965-99) of type 2 diabetes in the Alameda County Study. *Int J Epidemiol.* 2005;34(6):1274-81. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/dyi167>
 17. Shirvani T, Javadi Z, Azimi S, Shaghghi A, Fathifar Z, Devender Bhalla HDR, et al. Community-based educational interventions for prevention of type II diabetes: a global systematic review and meta-analysis. *Syst Rev.* 2021;10(1):81. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01619-3>
 18. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4(1):50. Available from: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
 19. Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci.* 2022;17(1):75. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01245-0>
 20. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Review of “The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback” [Internet]. Toronto, ON: King’s Printer for Ontario; 2023 [cited 2024 Jan 15]. Available from: https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/2023/consolidated-framework-implementation-research-review.pdf?rev=1503106d340a43ae89c3335db03effc4&sc_lang=en
 21. Golovaty I, Ritchie ND, Tuomilehto J, Mohan V, Ali MK, Gregg EW, et al. Two decades of diabetes prevention efforts: a call to innovate and revitalize our approach to lifestyle change. *Diab Res Clin Pract.* 2022;110:195. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.110195>

22. Health Evidence (McMaster). Health Evidence™ quality assessment tool – review articles [Internet]. Hamilton, ON: Health Evidence™; 2018 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.healthevidence.org/our-appraisal-tools.aspx>
23. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute critical appraisal tools [Internet]. Adelaide: University of Adelaide, Faculty of Health and Medical Sciences; c2023. Available form: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
24. Aromataris E FR, Godfrey C, Holly C, Kahlil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):123-40. Available from: <https://doi.org/10.1097/xeb.000000000000055>
25. Lippincott Williams & Wilkins. Quality assessment tool for pre- and post-intervention designs [Internet]. Supplemental digital content 4: quality assessment tool for pre and post intervention Designs. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer Health, Inc.; 2014 [cited 2023 Dec 10]. Available from: https://cdn-links.lww.com/permalink/ject/a/ject_2014_04_28_brown_ject-13-82_sdc4.pdf
26. Ryan N, Vieira D, Gyamfi J, Ojo T, Shelley D, Ogedegbe O, et al. Development of the ASSESS tool: a comprehensive tool to support reporting and critical appraisal of qualitative, quantitative, and mixed methods implementation research outcomes. *Implement*. 2022;3(1):34. Available from: <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00236-4>
27. Cargo J, Pantoja T, Booth A, Harden A, Hannes J, Flemming K, et al. Cochrane qualitative and implementation methods group guidance paper 4: methods for assessing evidence on intervention implementation. *J Clin Epidemiol*. 2018;97:59-69. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.11.028>
28. Noyes J, Booth A, Flemming K, Garside R, Harden A, Lewin S, et al. Cochrane qualitative and implementation methods group guidance series-paper 3: methods for assessing methodological limitations, data extraction and synthesis, and confidence in synthesized qualitative findings. *J Clin Epidemiol*. 2018;97:49-58. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.06.020h>
29. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Participant facilitators and barriers to diabetes prevention and treatment programs and self-management strategies [Internet]. Toronto, ON: King's Printer for Ontario; 2023 [cited 2024 Jan 15]. Available from: https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/D/2023/diabetes-prevention-programs-strategies-barriers.pdf?rev=6ccd81d7ede2463da208671965a92cdc&sc_lang=en
30. Holtrop JS, Estabrooks PA, Gaglio B, Harden SM, Kessler RS, King DK, et al. Understanding and applying the RE-AIM framework: clarifications and resources. *J Clin Transl Sci*. 2021;5(1):e126. Available from: <https://doi.org/10.1017%2Fcts.2021.789>
31. Holkup PA, Tripp-Reimer T, Salois EM, Weinert C. Community-based participatory research: an approach to intervention research with a Native American community. *ANS Adv Nurs Sci*. 2004;27(3):162-75. Available from: <https://doi.org/10.1097/00012272-200407000-00002>
32. Cargo M, Mercer SL. The value and challenges of participatory research: strengthening its practice. *Annu Rev Public Health*. 2008;29:325-50. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824>.

33. Green LW GM, Daniel M, et al. Study of participatory research in health promotion: review and recommendations for the development of participatory research in health promotion in Canada [Internet]. Ottawa, ON: Royal Society of Canada; 1995 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.worldcat.org/title/study-of-participatory-research-in-health-promotion-review-and-recommendations-for-the-development-of-participatory-research-in-health-promotion-in-canada/oclc/32094281>
34. Burd C, Gruss S, Albright ANN, Zina A, Schumacher P, Alley D. Translating knowledge into action to prevent type 2 diabetes: medicare expansion of the National Diabetes Prevention Program lifestyle intervention. *Milbank Q.* 2020;98(1):172-96. Available from: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12443>
35. Aziz Z, Absetz P, Oldroyd J, Pronk NP, Oldenburg B. A systematic review of real-world diabetes prevention programs: learnings from the last 15 years. *Implement Sci.* 2015;10:172. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0354-6>
36. Dunbar J, Hernan A, Janus E, Davis-Lameloise N, Asproloupous D, O'Reilly S, et al. Implementation salvage experiences from the Melbourne diabetes prevention study. *BMC Public Health.* 2012;12:806. Available from: [https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-](https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-2012;12:806)
37. Fernandez ME, Walker TJ, Weiner BJ, Calo WA, Liang S, Risendal B, et al. Developing measures to assess constructs from the inner setting domain of the consolidated framework for implementation research. *Implement Sci.* 2018;13(1):52. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0736-7>
38. Gutierrez J, Devia C, Weiss L, Chantarat T, Ruddock C, Linnell J, et al. Health, community, and spirituality: evaluation of a multicultural faith-based diabetes prevention program. *Diabetes Educ.* 2014;40(2):214-22. Available from: <https://doi.org/10.1177/0145721714521872>
39. Williams LB, Stewart M, McCall A, Joshua T, Sarfo R, Garvin JT, et al. Pathway to weight maintenance: a qualitative study with church health advisors to assess weight loss maintenance program needs among African-Americans. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2016;27(2):39-45.
40. Yeary KHK, Moore PC, Gauss CH, Cornell C, Prewitt TE, Shakya S, et al. Reach and adoption of a randomized weight loss maintenance trial in rural African Americans of faith: the WORD (Wholeness, Oneness, Righteousness, Deliverance). *Am J of Healt Prom.* 2019;33(4):549-57. Available from: <https://doi.org/10.1177/0890117118805065>
41. Wells R, Breckenridge ED, Linder SH. Wellness project implementation within Houston's faith and diabetes initiative: a mixed methods study. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1050. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09167-6>
42. Summers A, Confair AR, Flamm L, Goheer A, Graham K, Muindi M, et al. Designing the healthy bodies, healthy souls church-based diabetes prevention program through a participatory process. *Am J of Healt Educ.* 2013;44(2):53-66. Available from: https://doi.org/10.1096/fasebj.25.1_supplement.971.41
43. Padilla HM, Zuercher H, Robertson M, DeJoy DM, Wilson M, Vandenberg RJ, et al. Reach, uptake, and satisfaction of three delivery modes of FUEL your life. *Health Promot Pract.* 2021;22(3):415-22. Available from: [doi: 10.1177/1524839919869921](https://doi.org/10.1177/1524839919869921)

44. Brace AM, Padilla HM, DeJoy DM, Wilson MG, Vandenberg RJ, Davis M. Applying RE-AIM to the evaluation of FUEL Your Life : a worksite translation of DPP. *Health Promot Pract.* 2015;16(1):28-35. Available from: [doi: 10.1177/1524839914539329](https://doi.org/10.1177/1524839914539329)
45. Zigmont VA, Shoben AB, Kaye GL, Snow RJ, Clinton SK, Harris RE, et al. An evaluation of reach for a work site implementation of the National Diabetes Prevention (NDP) program focusing on diet and exercise. *Am J Health Prom.* 2018;32(6):1417-24. Available from: <https://doi.org/10.1177/0890117117733348>
46. Mackenzie K, Such E, Norman P, Goyder E. The development, implementation and evaluation of interventions to reduce workplace sitting: a qualitative systematic review and evidence-based operational framework. *BMC Public Health.* 2018;19(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5768-z>
47. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q.* 1988;15(4):351-77. Available from: <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
48. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol.* 1989;44(9):1175. Available from: <https://doi.org/10.1037/0003-066x.44.9.1175>
49. Rogers EM, Singhal A, Quinlan MM. Diffusion of innovations: an integrated approach to communication theory and research. 2nd ed. New York, NY: Taylor and Francis Group; 2014. p. 432-48. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203887011-36/diffusion-innovations-everett-rogers-arvind-singhal-margaret-quinlan>
50. Locke E, Latham G. Goal setting theory [Internet]. In: Locke EA , Latham GP (editors). *New developments in goal setting and task performance.* New York, NY: Routledge/Taylor & Francis Group; 2013. p. 3-15. Available from: <https://doi.org/10.4324/9780203082744>
51. Conner M, Sparks P. In: Conner M, Norman P (editors). *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models.* London: Open University Press; 2005 [cited 2023 Dec 10];2(1):121-162. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1996-97268-005>
52. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci.* 2011;6:42. Available from: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
53. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(1):26-33. Available from: <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.011155>
54. Carver CS, Scheier MF. On the self-regulation of behavior [Internet]. London: Cambridge University Press; 1998 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1998-06732-000>
55. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory. In: *Handbook of theories of social psychology.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.; 2012. p. 416-36. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2011-21800-020>

56. Hogan L, Garcia Bengoechea E, Salsberg J, Jacobs J, King M, Macaulay AC. Using a participatory approach to the development of a school-based physical activity policy in an Indigenous community. *J Sch Health*. 2014;84(12):786-92. Available from: <https://doi.org/10.1111/josh.12214>
57. Volpe SL, Hall WJ, Steckler A, Schneider M, Thompson D, Mobley C, et al. Process evaluation results from the HEALTHY nutrition intervention to modify the total school food environment. *Healt Edu Res*. 2013;28(6):970-8. Available from: <https://doi.org/10.1093%2Fher%2Fcyt096>
58. Khayyat Kholghi M, Bartlett G, Phillips M, Salsberg J, McComber AM, Macaulay AC. Evaluating an Indigenous health curriculum for diabetes prevention: engaging the community through talking circles and knowledge translation of results. *Fam Pract*. 2018;35(1):80-7. Available from: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz068>
59. Rehm CD, Marquez ME, Spurrell-Huss E, Hollingsworth N, Parsons AS. Lessons from launching the Diabetes Prevention Program in a large integrated health care delivery system: a case study. *Popul Healt Manage*. 2017;20(4):262-70. Available from: <https://doi.org/10.1089%2Fpop.2016.0109>
60. Dineen TE, Bean C, Jung ME. Implementation of a diabetes prevention program within two community sites: a qualitative assessment. *Implement Sci Comm*. 2022;3(1):11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s43058-022-00258-6>
61. Hingle MD, Turner T, Kutob R, Merchant N, Roe DJ, Stump C, et al. The EPIC Kids Study: a randomized family-focused YMCA-based intervention to prevent type 2 diabetes in at-risk youth. *BMC Public Health*. 2015;15:1253. Available from: <https://doi.org/10.1186%2Fs12889-015-2595-3>
62. Bean C, Dineen T, Locke SR, Bouvier B, Jung ME. An evaluation of the reach and effectiveness of a diabetes prevention behaviour change program situated in a community site. *Can J Diab*. 2021;45(4):360-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2020.10.006>
63. Whittemore R, Rosenberg A, Gilmore L, Withey M, Breault A. Implementation of a diabetes prevention program in public housing communities. *Public Health Nurs*. 2014;31(4):317-26. Available from: <https://doi.org/10.1111/phn.12093>
64. Damschroder LJ, Reardon CM, AuYoung M, Moin T, Datta SK, Sparks JB, et al. Implementation findings from a hybrid III implementation-effectiveness trial of the Diabetes Prevention Program (DPP) in the Veterans Health Administration (VHA). *Implement Sci*. 2017;12(1):94. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0619-3>
65. Kakekagumick KE, Naqshbandi Hayward M, Harris SB, Saksvig B, Gittelsohn J, Manokeesic G, et al. Sandy lake health and diabetes project: a community-based intervention targeting type 2 diabetes and its risk factors in a first nations community. *Front Endocrinol*. 2013;4:170. Available from: <https://doi.org/10.3389%2Ffendo.2013.00170>
66. Rohit A, McCarthy L, Mack S, Silver B, Turner S, Baur LA, et al. The adaptation of a youth Diabetes Prevention Program (DPP) for aboriginal children in Central Australia: community perspectives. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(17):31. Available from: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph18179173>

67. DeBruyn L, Fullerton L, Satterfield D, Frank M. Integrating culture and history to promote health and help prevent type 2 diabetes in American Indian/Alaska Native communities: traditional foods have become a way to talk about health. *Prev Chronic Dis.* 2020;17:E12. Available from: <https://doi.org/10.5888/pcd17.190213>
68. Cene CW, Haymore LB, Ellis D, Whitaker S, Henderson S, Lin FC, et al. Implementation of the power to prevent diabetes prevention educational curriculum into rural African American communities: a feasibility study. *Diabetes Educ.* 2013;39(6):776-85. Available from: <https://doi.org/10.1177/0145721713507114>
69. Islam N, Zanowiak J, Wyatt L, Chun K, Lee L, Kwon S, et al. A randomized-controlled, pilot intervention on diabetes prevention and healthy lifestyles in the New York City Korean community. *J Commun Health.* 2013;38(6):1030-41. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9711-z>
70. Ziegahn L, Styne D, Askia J, Roberts T, Lewis ET, Edwards W. Strategies to prevent and reduce diabetes and obesity in Sacramento, California: the African American leadership coalition and University of California, Davis. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:E187. Available from: <https://doi.org/10.5888%2Fpcd10.130074>
71. Seidel R, Pardo KA, P AE, WenYou EY, Wall SS, B MD, et al. Beginning a patient-centered approach in the design of a diabetes prevention program. *Int J Environ Res Public Health.* 2014;11(2):2003-13. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph110202003>
72. Diabetes Prevention Program Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. *Diabetes Care.* 2002;25(12):2165-71. Available from: <10.2337/diacare.25.12.2165>.
73. Satterfield DW, Volansky M, Caspersen CJ, Engelgau MM, Bowman BA, Gregg EW, et al. Community-based lifestyle interventions to prevent type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2003;26(9):2643-52. Available from: <https://doi.org/10.2337/diacare.26.9.2643>
74. Center for Implementation Science. Guide to the consolidated framework for implementation research [Internet]. Toronto, ON: Center for Implementation Science; 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://thecenterforimplementation.com/toolbox/cfir-guide>
75. Khan S, Moore JE. Making context assessment manageable: how to slice and dice context in different ways [Internet]. Toronto, ON: Center for Implementation Science; 2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://thecenterforimplementation.com/toolbox/making-context-assessment-manageable>
76. University of British Columbia. The EQUIP equity action kit [Internet]. Vancouver, BC: EQUIP Health Care; c2023 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://equiphealthcare.ca/equity-action-kit/>
77. Rodrigues IB, Fahim C, Garad Y, Pousseau J, Hoens AM, Braimoh J, et al. Developing the intersectionality supplemented Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and tools for intersectionality considerations. *BMC Medic Res Method.* 2023;23(1):262. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12874-023-02083-4>

78. Diabetes Canada. Diabetes: a present and growing threat to Canada's economy [Internet]. Toronto, ON: Canada House of Commons; 2018 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/FINA/Brief/BR10004340/br-external/DiabetesCanada-e.pdf>
79. Diffey L, Janis A. Decolonizing diabetes: the importance of an antiracist and anticolonial lens in Indigenous health. *Can J Diabetes*. 2023;47:379-80. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcid.2023.05.008>
80. Health Quality BC. Indigenous self-determination and equity in diabetes [Internet]. Vancouver, BC: Health Quality BC; 2022 [cited 2023 Dec 10]. Available from: <https://healthqualitybc.ca/resources/indigenous-self-determination-and-equity-in-diabetes/#:~:text=First%20Nations%20Peoples%20experience%20disproportionately,cultures%20or%20approaches%20to%20wellness.>
81. Hassen N, Lofters A, Michael S, Mall A, Pinto AD, Rackal J. Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: a scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6). Available from: <https://doi.org/10.3390%2Fijerph18062993>

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Facteurs de mise en œuvre pour la prestation de la prévention du diabète de type 2 (DT2) dans la communauté. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024.

ISBN : 978-1-4868-7726 - 3

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024

Ontario 