

Un guide pour la mise en œuvre d'une innovation en milieu clinique

Préparé pour l'Unité de Soutien SSA Québec par l'axe Valorisation des données

Un guide pour la mise en œuvre d'une innovation en milieu clinique © 2026 par Karen Wassef, Dorsa Salimi, Tibor Schuster, Paula L. Bush, Tracie A. Barnett est sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Pour consulter une copie de cette licence, visitez <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Comment citer ce guide

Wassef, K., Salimi, D., Schuster, T., Bush, P.L., Barnett, T.A. (2026). Un guide pour la mise en œuvre d'une innovation en milieu clinique. Unité de Soutien au système apprenant (SSA) Québec.

À propos des auteurs et autrices

Karen Wassef, MSc, Étudiante au doctorat, Département de Médecine de famille, Université McGill.

Dorsa Salimi, MD, MSc, Assistante de recherche, Département de Médecine de famille, Université McGill.

Paula L. Bush, PhD, Associée aux activités professorales, Département de Médecine de famille, Université McGill.

Tibor Schuster, PhD, Professeur agrégé, Département de Médecine de famille, Université McGill.

Tracie A. Barnett, PhD, Professeure agrégée, Département de Médecine de famille, Université McGill ; Co-Directrice, Valorisation des données, Unité de Soutien SSA Québec.

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX.....	4
LISTE DES ILLUSTRATIONS.....	4
LEXIQUE.....	5
À PROPOS DE CE GUIDE.....	8
1.0 INTRODUCTION.....	10
1.1 MISE EN ŒUVRE D’UNE INNOVATION	10
1.2 ADAPTATION D’UNE INNOVATION	10
1.3 IMPORTANCE D’ADAPTER UNE INNOVATION	11
1.4 LES INNOVATIONS COMPLEXES EN MILIEU CLINIQUES : LES INTERVENTIONS DE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT	12
1.4.1 <i>Que sont les interventions de changement de comportement?</i>	12
1.4.2 <i>Pourquoi les interventions de changement de comportement sont-elles importantes pour la prévention des maladies chroniques ?</i>	12
2.0 ÉTAPE 1 : SE PRÉPARER À METTRE EN ŒUVRE L’INNOVATION	14
2.1 CONSTITUER UN COMITÉ DE MISE EN ŒUVRE	14
2.2 SE FAMILIARISER AVEC L’INTERVENTION	15
2.3 IDENTIFIER ET ÉTABLIR DES RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES	16
2.4 ORGANISER DES RÉUNIONS RÉGULIÈRES AVEC LES PARTENAIRES ET ÉLABORER DES TERMES DE RÉFÉRENCE.....	16
3.0 ÉTAPE 2 : ÉVALUER LES BESOINS ET LES RESSOURCES DU MILIEU CLINIQUE	18
3.1 ÉVALUER LES CARACTÉRISTIQUES DU MILIEU CLINIQUE	18
3.2 DÉFINIR LES PRIORITÉS D’ADAPTATION	21
3.3 CONSULTER LES PARTENAIRES POUR PRÉSENTER L’ÉVALUATION DU MILIEU CLINIQUE ET LES PRIORITÉS D’ADAPTATION ..	21
3.3.1 <i>Avant la réunion de consultation</i>	21
3.3.2 <i>Pendant la réunion de consultation</i>	22
3.3.3 <i>Après la réunion de consultation</i>	22
4.0 ÉTAPE 3 : CHOISIR DES STRATÉGIES POUR ADAPTER L’INNOVATION	24
5.0 ÉTAPE 4 : ADAPTER L’INTERVENTION	29
5.1 ÉLABORER UN PLAN D’ADAPTATION	29
5.2 PRÉSENTER LE PLAN D’ADAPTATION AUX PARTENAIRES	30
5.3 AFFINER LE PLAN D’ADAPTATION	31
6.0 ÉTAPE 5 : METTRE EN ŒUVRE ET ÉVALUER L’INNOVATION ADAPTÉE	32
6.1 METTRE EN ŒUVRE L’INNOVATION	32
6.1.1 <i>Planifier des séances de formation sur le déploiement de l’intervention</i>	32
6.1.2 <i>Former les personnes à déployer l’intervention</i>	34
6.2 ÉVALUER LE PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE	34
6.2.1 <i>Décider de la façon d’évaluer le processus de mise en œuvre et les résultats</i>	34
6.2.2 <i>Rencontrer des parties prenantes supplémentaires pour évaluer la mise en œuvre</i>	35
6.2.3 <i>Documenter et tirer des leçons de l’évaluation</i>	37

7.0 RÉSUMÉ : CINQ ÉTAPES POUR METTRE EN ŒUVRE UNE INNOVATION EN MILIEU CLINIQUE	38
8.0 RÉFÉRENCES	40

Liste des tableaux

TABEAU 1. UN OUTIL POUR ÉVALUER LES CARACTÉRISTIQUES DU MILIEU CLINIQUE EN LIEN AVEC L'INTERVENTION	18
TABEAU 2. STRATÉGIES DE L'ERIC CONCERNANT L'ADAPTATION	24
TABEAU 3. MODÈLE POUR DOCUMENTER LES RÔLES ET LES RESPONSABILITÉS	32
TABEAU 4. MODÈLE POUR DOCUMENTER L'OBJECTIF, LE CONTENU, LE PUBLIC CIBLE ET LES FORMATEURS ET FORMATRICES RESPONSABLES DES SÉANCES DE FORMATION	33
TABEAU 5. GUIDE POUR ÉVALUER LES RÉSULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE SELON LE CADRE RE-AIM	36
TABEAU 6. GUIDE D'UTILISATION DU CADRE CFIR POUR ÉVALUER LES RÉSULTATS DE LA MISE EN ŒUVRE SELON UNE PERSPECTIVE INTERSECTIONNELLE	37

Liste des illustrations

ILLUSTRATION 1. FEUILLE DE ROUTE	9
ILLUSTRATION 2. STRATÉGIES D'ADAPTATION DES INTERVENTIONS VISANT À MODIFIER LES COMPORTEMENTS SELON LES CONCEPTS ERIC ⁶⁴	28
ILLUSTRATION 3. UN OUTIL POUR DOCUMENTER L'INTERVENTION ADAPTÉE	29

Lexique¹

Acceptabilité : La perception qu'une intervention est acceptable ou satisfaisante en fonction de facteurs spécifiques.¹

Adaptation : La modification intentionnelle d'une intervention afin d'en améliorer la pertinence dans un nouveau milieu.²

Adoption : L'intention, la décision initiale ou l'action de mettre en œuvre une intervention.¹

Applicabilité : La mesure dans laquelle une intervention peut être appliquée à un milieu spécifique.³

Intervention visant le changement de comportement : Un ensemble coordonné d'activités conçu pour modifier des comportements spécifiques.⁴

Technique de changement de comportement : Un processus qui représente la plus petite composante du contenu d'une intervention visant le changement de comportement et qui est conçu pour modifier un comportement.^{5,6}

Maladie chronique : Également connue sous le nom de maladie non transmissible, une maladie chronique se caractérise par sa longue durée et résulte de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux,⁷ par exemple : le cancer, les maladies cardiovasculaires, le diabète et les maladies pulmonaires ou respiratoires chroniques.

Composantes essentielles : Les éléments essentiels pour qu'une intervention fonctionne d'une comme prévu.⁸

Fardeau de la maladie : L'impact et la distribution d'une maladie dans une population, mesurés à l'aide d'indicateurs tels que les taux de mortalité et les coûts financiers pour les individus, les systèmes de santé et les sociétés.⁹

Prévention des maladies : La réduction du fardeau des maladies et des facteurs de risque par le biais d'interventions ciblées.¹⁰

¹ Veuillez noter que nous utilisons la forme masculine dans ce lexique et dans le reste du document afin de conserver la parcimonie du texte.

Évaluation : L'évaluation systématique des résultats liés à la mise en œuvre, y compris l'adaptation, d'une intervention.

Faisabilité : La mesure dans laquelle une innovation peut être mise en œuvre en fonction de facteurs spécifiques, tels que les ressources humaines, financières et matérielles disponibles dans un milieu clinique.¹¹

Spécialiste de la santé ou des services sociaux : Un ou une spécialiste qui offre des soins médicaux ou paramédicaux aux bénéficiaires, notamment les médecins, les infirmier(-ère)s et infirmier(-ère)s praticien(ne)s, les travailleur(-se)s sociaux, les nutritionnistes, les kinésiothérapeutes et les pharmaciens(ne)s.

Promotion de la santé : Le processus par lequel les personnes sont habilitées à adopter des comportements sains. La promotion de la santé s'intéresse généralement aux facteurs de risque comportementaux tels que l'usage du tabac, l'obésité, l'alimentation et l'inactivité physique, ainsi qu'aux domaines de la santé mentale, de la prévention des blessures, du contrôle de l'abus de drogues, du contrôle de l'alcool et de la santé sexuelle.

¹⁰

Bénéficiaire des services de santé ou des services sociaux : Une personne qui reçoit des services de soins de santé professionnels.

Mise en œuvre : L'introduction et l'intégration d'une innovation dans la pratique par le biais d'activités planifiées et intentionnelles.^{2,12-14}

Science de la mise en œuvre : L'étude scientifique des méthodes visant à favoriser l'adoption d'une innovation dans la pratique courante et à améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé.¹⁵

Responsable de la mise en œuvre : Une personne qui soutient, planifie et participe à la mise en œuvre d'une innovation.

Innovation : Une nouvelle idée, pratique ou technologie.¹⁶

Mécanisme d'action : Le processus par lequel une technique de changement de comportement produit un changement de comportement.¹⁷

Soins primaires : Les soins et services de première ligne qui se concentre sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures. Les soins primaires sont offerts par des spécialistes de la santé ou des services sociaux, par exemple des médecins de famille, des infirmier(-ère)s et infirmier(-ère)s praticiens ou des travailleuses et travailleurs sociaux.¹⁸

Pour plus d'informations sur les soins primaires au Québec, consultez le site :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2025/25-924-13W.pdf>.

Formation de formateurs et de formatrices : Une stratégie de renforcement des capacités dans laquelle des personnes sont formées pour transférer des compétences à d'autres.¹⁹

À propos de ce guide

Quel est l'objectif de ce guide ?

Ce guide vise à accompagner les responsables de la mise en œuvre tout au long du processus de mise en œuvre d'innovations dans les milieux cliniques. Il propose des conseils pour adapter les innovations afin de favoriser une mise en œuvre réussie.

À qui s'adresse ce guide ?

Ce guide s'adresse aux personnes, telles que les responsables de cliniques, impliquées dans la mise en œuvre d'une innovation. Toutes les étapes décrites dans ce document s'adressent aux personnes qui dirigeront ce processus.

Comment avons-nous élaboré ce guide ?

Nous avons mené une analyse documentaire afin d'élaborer ce guide pour la mise en œuvre d'innovations par étapes. Nous nous appuyons sur cette analyse pour proposer une série de stratégies visant la mise en œuvre d'innovations dans un contexte clinique.

Afin de rendre les étapes décrites dans ce guide aussi concrètes et faciles à mettre en œuvre que possible, nous avons choisi de nous concentrer sur un type spécifique d'innovation. Notre équipe met actuellement en œuvre une intervention de promotion de la santé visant à renforcer les services de prévention des maladies chroniques au Québec. Nous décrivons donc les étapes de la mise en œuvre d'innovations visant spécifiquement la prévention des maladies chroniques (par exemple, les interventions mises en œuvre par les spécialistes de santé visant à modifier les comportements) ; toutefois, ce guide peut être utilisé pour d'autres innovations en milieu clinique. Nous présentons l'importance des interventions visant à modifier les comportements dans la section 1.4.

Contenu de ce guide

Ce guide part du principe que le lecteur ou la lectrice a sélectionné une innovation pertinente en vue de sa mise en œuvre dans un contexte clinique. Il présente les cinq étapes clés suivantes à prendre en compte lors de la mise en œuvre d'innovations, qui sont décrites plus en détail dans les chapitres suivants :

Étape 1. Se préparer à mettre en œuvre l'innovation

Étape 2. Évaluer les besoins et les ressources du milieu clinique

Étape 3. Choisir des stratégies pour adapter l'innovation

Étape 4. Adapter l'intervention

Étape 5. Mettre en œuvre et évaluer l'innovation adaptée

Illustration 1. Feuille de route

	Étape 1	Étape 2	Étape 3	Étape 4
				
Phase	Préparation	Évaluation des besoins	Adaptation	Mise en œuvre et évaluation
<i>Résumé</i>	• Constituer un comité de spécialistes • Se familiariser avec l'intervention • Identifier des partenaires et établir des relations avec eux et avec elles • Organiser des réunions régulières avec les partenaires et définir un cadre de référence	• Évaluer les caractéristiques du contexte clinique (ressources, capacités du personnel et facteurs contextuels) ainsi que celles de l'intervention • Définir les priorités en matière d'adaptation • Consulter les partenaires afin de leur présenter l'évaluation du contexte clinique et les priorités d'adaptation	• Sélectionner des stratégies basées sur des données probantes pour adapter l'intervention • Élaborer une version préliminaire de l'intervention adaptée • Présenter la version préliminaire de l'intervention adaptée à tous et à toutes partenaires • Affiner le plan d'adaptation basé sur les commentaires reçus	• Organiser des sessions de formation sur la mise en œuvre de l'intervention • Former les personnes chargées de mettre en œuvre l'intervention • Déterminer comment évaluer le succès de la mise en œuvre • Rencontrer les personnes clés pour évaluer la mise en œuvre • Documenter et tirer les conclusions de l'évaluation
<i>Décisions ou résultats clés</i>	• Un comité de spécialistes et de partenaires • Un cadre de référence	• Résultats d'une évaluation du contexte clinique	• Une intervention adaptée, prête à être mise en œuvre	• Mise en œuvre et évaluation

			Plan d'adaptation révisé
--	--	--	--

1.0 Introduction

1.1 Mise en œuvre d'une innovation

La [mise en œuvre](#) se réfère au processus consistant à introduire une [innovation](#) – qu'il s'agisse d'une nouvelle idée, d'une nouvelle pratique ou d'une nouvelle technologie – dans la pratique.^{2,12–14} Elle implique de nombreux aspects, notamment d'examiner comment [l'innovation](#) proposée s'intègre aux ressources et pratiques existantes du milieu clinique ainsi qu'aux besoins de la population cible, et de l'adapter en conséquence afin de garantir qu'elle aura l'impact souhaité. La [mise en œuvre](#) réussie d'une [innovation](#) nécessite une planification minutieuse, une coordination et un engagement de la part des personnes impliquées dans sa [mise en œuvre](#). Travailler en étroite collaboration avec les personnes impliquées dans la [mise en œuvre](#) et suivre l'approche structurée, étape par étape, décrite dans ce guide, contribuera à garantir une [mise en œuvre](#) réussie, ce qui, en fin de compte, favorisera le succès de [l'innovation](#) elle-même.

1.2 Adaptation d'une innovation

L'[adaptation](#) est une étape cruciale pour la [mise en œuvre](#) réussie d'une [innovation](#). Adapter une [innovation](#) implique de recourir à des stratégies visant à mieux l'aligner sur les besoins de la population visée et du contexte clinique, tout en préservant les éléments fondamentaux censés influencer le comportement cible et qui doivent être conservés. Les scientifiques en [mise en œuvre](#), les responsables cliniques et les spécialistes de santé et des services sociaux procèdent à ces adaptations afin de garantir que les [innovations](#) soient pertinentes et [acceptables](#) dans leur contexte clinique spécifique.²⁰

Par exemple, les responsables de la [mise en œuvre](#) peuvent avoir besoin d'adapter le contenu, le mode/format, le cadre et le processus d'introduction de [l'innovation](#). Les [adaptations](#) du contenu de [l'innovation](#) peuvent inclure : l'ajout, la suppression ou le remplacement d'activités facultatives, ainsi que le raccourcissement ou l'allongement de certaines parties de [l'innovation](#). Les [adaptations](#) du processus de [mise en œuvre](#) de [l'innovation](#) peuvent inclure : l'ajustement du format ou de la fréquence de certains

aspects ; la modification des rôles ou des responsabilités des [personnes chargées de mettre en œuvre l'innovation](#) ; la modification des processus de formation destinés aux personnes chargées de [mettre en œuvre l'innovation](#) (par exemple, qui dispense la formation, quand la formation est proposée, comment elle est dispensée, ainsi que la portée et l'intensité de la formation) ; la modification des stratégies utilisées pour mettre en œuvre [l'innovation](#) ; et la modification des processus [d'évaluation](#) ou des mécanismes de retour d'information afin de les adapter aux flux de travail cliniques existants.

Exemples d'adaptations du contenu (ce qui est fourni)

- Simplification des outils sous forme de résumés plus courts et axés sur la prise de décision, destinés au personnel très occupé
- Modification des éléments non essentiels d'une intervention en fonction du contexte local

Exemples d'adaptations du processus de mise en place

Modifications de la planification et de la préparation de l'innovation.

- Modification des approches de formation (par exemple, sessions plus courtes, modules à la demande ou formation animée par des pairs)
- Ajustement des rôles du personnel (par exemple, transfert des tâches d'éducation des bénéficiaires des médecins vers les infirmier(-ère)s)

Exemples d'adaptations concernant le déploiement (comment l'innovation parvient aux bénéficiaires)

Modifications du mode, du format, du moment ou du cadre de déploiement.

- Passer des visites en personne aux soins virtuels ou hybrides
- Offrir une intervention en séances plus courtes et plus fréquentes plutôt qu'en rendez-vous prolongés
- Modifier le moment où l'intervention a lieu (p. ex., lors du triage plutôt que pendant la consultation médicale)
- Utiliser des rappels par message texte plutôt que des appels téléphoniques ou des courriels pour assurer le suivi auprès des bénéficiaires

1.3 Importance d'adapter une innovation

Le succès d'une [innovation](#) en milieu clinique dépend de son adéquation avec les besoins et les préférences des bénéficiaires, les capacités des clinicien(ne)s, ainsi que les

ressources matérielles, financières et humaines du milieu. C'est pourquoi les [innovations](#) doivent être adaptées aux contextes dans lesquels elles sont offertes.

Adapter une [innovation](#) peut maximiser sa valeur en améliorant sa pertinence et son efficacité pour la population desservie, tout en rendant sa [mise en œuvre](#) plus faisable et efficiente pour les responsables. S'assurer qu'elle répond aux caractéristiques individuelles et organisationnelles favorise son [adoption](#) en milieu clinique et sa pérennité à long terme.²¹ Cela encourage également une orientation vers le patient et les facteurs contextuels particuliers, ce qui soutient la prestation de soins centrés sur la personne — un concept clé en médecine familiale et en [soins primaires](#).²² Comprendre le contexte local peut donc améliorer les impacts sur la qualité des services de santé et, par conséquent, sur les résultats de santé dans une communauté.²¹

1.4 Les innovations complexes en milieu cliniques : les interventions de changement de comportement

1.4.1 Que sont les interventions de changement de comportement?

Les [interventions de changement de comportement](#) sont des « ensembles coordonnés d'activités conçues pour modifier des schémas comportementaux spécifiques ».⁴ Elles sont utilisées dans divers milieux de soins de santé et de services sociaux, notamment en santé mentale et en [soins primaires](#), et peuvent contribuer à améliorer l'expérience des bénéficiaires et des prestataires de soins, les résultats de santé des populations, les dépenses de santé et l'équité en santé.^{23–28} Elles ciblent des comportements tels que le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation et l'adoption de la vaccination. Les interventions comportementales sont généralement complexes et comprennent de multiples composantes, comme l'éducation et le développement des compétences. Elles sont fondées sur des données probantes et intègrent des techniques ou des stratégies dont l'efficacité à favoriser un changement de comportement réussi a été démontrée.²⁹

1.4.2 Pourquoi les interventions de changement de comportement sont-elles importantes pour la prévention des maladies chroniques ?

Les [maladies chroniques](#), telles que le diabète, l'obésité, les maladies cardiovasculaires et le cancer, sont responsables de 86 % des décès au Canada et de 75 % des décès à l'échelle mondiale.^{7,30} Ce [fardeau](#) est largement attribuable au tabagisme, à la

consommation excessive d'alcool, à l'inactivité physique et à une alimentation malsaine.³¹ Les [interventions de changement de comportement](#) visant la [prévention](#) des [maladies chroniques](#) offrent des solutions fondées sur des données probantes en favorisant [l'adoption](#) de comportements sains.³² Au Québec, ces interventions sont généralement offertes en milieu de [soins primaires](#) par des médecins de famille, des infirmier(ère)s, des nutritionnistes et/ou des kinésiologues.

Les [interventions de changement de comportement](#) peuvent réduire les facteurs de risque cardiométabolique, tels qu'un taux de cholestérol élevé, une pression artérielle élevée, un indice de masse corporelle élevé et un excès de poids corporel. Par exemple, chez les personnes vivant avec surpoids, obèses ou prédiabétiques, les interventions en activité physique peuvent contribuer à réduire le risque de développer le diabète de type 2.^{23,33} Les interventions en activité physique favorisent la participation à l'activité physique³⁴⁻³⁶ et améliorent les symptômes de dépression, d'anxiété et de détresse chez les populations adultes.³⁷ Elles peuvent également contribuer à réduire le risque de développer certains cancers.³³ Les interventions alimentaires, telles que la consultation en nutrition, se sont également avérées efficaces pour améliorer les facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques.³⁸ Bien que les données probantes démontrent les bienfaits des [interventions de changement de comportement](#)² pour la [prévention](#) des [maladies chroniques](#), celles-ci doivent être adaptées aux milieux dans lesquels elles sont introduites et aux individus auxquels elles sont destinées.

Ce guide présente donc une approche pour la mise en œuvre d'innovations par étape, en utilisant la prévention des maladies chroniques comme contexte principal, tout en offrant un cadre applicable à d'autres innovations destinées à être implantées en milieu clinique.

² Dans les sections suivantes, nous désignerons les interventions de changement de comportement simplement par le terme « interventions ».

2.0 Étape 1 : Se préparer à mettre en œuvre l'innovation

Pour introduire une intervention en milieu clinique, il faut d'abord constituer un comité de mise en œuvre qui sera chargé d'exécuter les étapes décrites dans ce guide. Le comité doit se familiariser avec les composantes essentielles, les mécanismes d'action, ainsi que les adaptations suggérées ou nécessaires et le processus de déploiement de l'intervention. Le comité devrait également identifier les parties prenantes qui devraient être impliquées afin d'assurer une mise en œuvre réussie.

2.1 Constituer un comité de mise en œuvre

Identifier les personnes qui apporteront une expertise pertinente en lien avec l'intervention et le milieu clinique dans lequel elle sera mise en œuvre.

Qui devrait faire partie du comité et pourquoi ?

Les personnes constituant le comité varieront selon le milieu clinique, mais idéalement, celui-ci ou celle-ci devrait comprendre un [ou une bénéficiaire des services](#) de santé ayant une expérience pertinente, un expert ou une experte en pratique et en [science de la mise en œuvre](#) et/ou de [l'adaptation](#), un [spécialiste de la santé ou des services sociaux](#), ainsi qu'un expert ou une experte de l'intervention.

1. **Bénéficiaire des services de santé :** Les personnes (p. ex., des bénéficiaires) ayant reçu l'intervention dans d'autres milieux peuvent apporter des perspectives précieuses au comité. Leur expérience directe de l'intervention peut mettre en lumière ce qui est le plus susceptible d'aider les futur(e)s bénéficiaires.
2. **Expert ou experte en mise en œuvre :** Les personnes ayant une expertise en méthodes et processus de [mise en œuvre](#) peuvent orienter [l'adaptation](#) et la prise de décision liées au processus.
3. **Spécialiste de la santé ou des services sociaux :** Une personne [qui](#) peut conseiller sur les [adaptations](#) qui assureront la [faisabilité](#) de la [mise en œuvre](#) de l'intervention. Lorsqu'issue du milieu clinique concerné, cette personne contribuera à s'assurer que le comité possède une connaissance suffisante de ce milieu.
4. **Expert ou experte de l'intervention :** Une personne bien au fait de l'intervention et de la façon dont elle a été [mise en œuvre](#) dans d'autres milieux peut offrir des

perspectives importantes sur les facteurs facilitants et les obstacles à sa [mise en œuvre](#) dans le milieu clinique visé.

Exemples de parties prenantes:

- Chercheurs et chercheuses
- Spécialistes de la santé et des services sociaux
- Bénéficiaires des services de santé (bénéficiaires et personnes proches aidantes)
- Membres de groupes de défense des droits des bénéficiaires
- Gestionnaires de cliniques ou d'établissements de santé et autres décisionnaires
- Décisionnaires politiques
- Personnel administratif et de soutien

2.2 Se familiariser avec l'intervention

S'assurer que les membres du comité de [mise en œuvre](#) partagent une compréhension commune de l'intervention par le biais de rencontres itératives. Par exemple, le comité doit comprendre les « ingrédients actifs » ou [composantes essentielles](#) de l'intervention ainsi que les processus par lesquels ces ingrédients entraînent un changement de comportement. La version adaptée de l'intervention doit préserver ces [composantes essentielles](#) afin d'en garantir l'efficacité. Créer un document formel recensant les [composantes essentielles](#) et autres caractéristiques pertinentes de l'intervention comme référence avant d'entamer le processus [d'adaptation](#).

Envisager d'inclure les éléments suivants dans le document :

1. Quelles sont les composantes et les [mécanismes d'action](#) de l'intervention ?
2. Quelles composantes sont essentielles au bon fonctionnement de l'intervention et doivent donc être préservées lors de son adaptation ?
3. Comment l'intervention sera-t-elle offerte, sur quelle période et avec quelles procédures de suivi ? Qui est responsable du déploiement de l'intervention ?
4. Quel est l'impact attendu de l'intervention ?

Un outil pour identifier et documenter les [composantes essentielles](#) : Le *Theory and Techniques Tool* est utile pour établir des liens entre les [techniques de changement de comportement](#) et les [mécanismes d'action](#).³⁹

2.3 Identifier et établir des relations avec les partenaires

Identifier et inviter les parties prenantes (partenaires) qui peuvent offrir des conseils précieux tout au long du processus d'adaptation. Il s'agit de personnes qui possèdent (1) des connaissances scientifiques ou cliniques pertinentes ou une expérience vécue en lien avec l'intervention ou avec le domaine de la [science de la mise en œuvre](#), et/ou (2) le pouvoir d'introduire et de contribuer à promouvoir [l'adoption](#) de l'intervention dans le milieu clinique. Réfléchir à qui peut faciliter les collaborations avec ces personnes, et à qui peut contribuer à promouvoir le projet et à susciter l'adhésion.

2.4 Organiser des réunions régulières avec les partenaires et élaborer des termes de référence

Il est important de maintenir la participation des partenaires de manière significative tout au long de tout projet. Brahim et coll. recommandent de discuter à l'avance de la fréquence et du mode de communication afin de s'assurer que l'ensemble des membres de l'équipe partagent une compréhension commune de leurs rôles et de l'avancement du projet.⁴⁰ Lors d'une première rencontre réunissant l'ensemble des membres du comité et des partenaires, discuter et convenir d'un calendrier de réunions régulières. Élaborer les conditions qui régiront la collaboration, notamment les rôles, les responsabilités et les attentes, tels que les règles de prise de décision, la compensation (p. ex., pour les partenaires [bénéficiaires des services](#)), ainsi que d'autres pratiques favorisant une collaboration significative et durable, comme la tenue de registres. Un guide complet pour l'élaboration des termes de référence est disponible ici :

<https://www.soutiensrapmetho.ca/outils-methodologiques/#chartespartenariales>.⁴¹

Considération clé : La coproduction améliore la mise en œuvre d'une intervention.

La coproduction est un modèle de collaboration qui répond explicitement aux besoins des [bénéficiaires des services](#).⁴² Impliquer les bénéficiaires et les principales parties prenantes dans l'adaptation d'une intervention peut rendre le produit final plus [applicable](#) et approprié. Cela peut mener à l'identification et à l'intégration de décisions clés qui font avancer les priorités axées sur l'équité des établissements de santé locaux et des organismes de gouvernance.

Considération clé : L'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) doivent être prises en compte tout au long des processus de mise en œuvre.

Tout au long de ce guide, nous nous référons aux recommandations de Hung et coll.⁴³ :

- Assurer une représentation diversifiée au sein du comité
- Établir des ententes transparentes ou des termes de référence
- Utiliser un langage inclusif et tenir compte de la sécurité culturelle de tous les livrables
- Créer des occasions de réflexion et d'apprentissage en équipe
- Prendre le temps de bâtir la confiance et les relations
- Faciliter un engagement significatif
- Favoriser un environnement respectueux propice à l'apprentissage partagé

3.0 Étape 2 : Évaluer les besoins et les ressources du milieu clinique

3.1 Évaluer les caractéristiques du milieu clinique

Afin de déterminer la meilleure façon d'harmoniser l'intervention avec le milieu clinique, effectuer une [évaluation](#) des pratiques actuelles et des besoins du milieu à l'égard de l'intervention.⁴⁴ La prise en compte de l'EDI est essentielle lors de cette évaluation, car elle garantit que les besoins identifiés reflètent les expériences, les obstacles et les priorités d'un milieu clinique donné, y compris ceux de ses [bénéficiaires des services](#) de santé.

Envisager d'utiliser l'outil suivant pour évaluer les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à l'introduction de l'intervention dans le milieu clinique. Pour le compléter, consulter les partenaires et autres collègues du milieu clinique qui pourraient avoir des connaissances dans les domaines suivants. Ces domaines peuvent également être pertinents pour d'autres innovations.

Tableau 1. Un outil pour évaluer les caractéristiques du milieu clinique en lien avec l'intervention

Domaine	Éléments à évaluer	Questions guides	Ressources utiles
Préparation organisationnelle	Soutien de la direction	Dans quelle mesure le personnel administratif, les spécialistes de la santé et des services sociaux, et les gestionnaires sont-ils motivés et disposés à prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention ?	Hospital Change Readiness Questionnaire ⁴⁵ Learning Health System readiness questionnaire ⁴⁶
	Mobilisation du personnel	Qui sont les champions et championnes capables de motiver leurs collègues, de résoudre les défis et de soutenir le processus de mise en œuvre ?	
Ressources et infrastructure	Engagement en termes de temps	Quelle est la capacité du personnel et des autres personnes présentes dans le milieu ?	
	Financement	Quels sont les coûts (p. ex., ressources humaines, équipement, formation) ?	
	Technologie	Quelle technologie, le cas échéant, est nécessaire à la mise en œuvre de l'intervention ?	

	Autres ressources	L'intervention nécessite-t-elle des références vers des ressources communautaires et des cliniques ou établissements spécialisés ? Si oui, quels sont les processus de référence dans la clinique ?
Flux de travail et processus	Compatibilité avec les routines actuelles	Quelles tâches spécifiques de l'intervention sont similaires à ce que le personnel fait déjà ? À quel moment d'une journée clinique typique chaque tâche pourrait-elle réalitement avoir lieu (avant la consultation, pendant la consultation, après la consultation) ? Qui dans la clinique serait responsable de chaque tâche ? Quels outils ou systèmes existants (dossier médical électronique, formulaires, modèles) pourraient être utilisés ou légèrement modifiés pour soutenir ces tâches ?
	Rôles du personnel	Pour chaque étape de l'intervention, qui sera la personne responsable (p. ex., clinicien(ne), infirmier(-ère), administrateur(-trice), gestionnaire) ? Cela ajoute-t-il de nouvelles tâches à ce rôle, ou transfère-t-il des tâches d'un rôle à un autre ?
	Dynamique d'équipe	Comment le personnel communique-t-il actuellement au sujet des soins aux bénéficiaires et des opérations de la clinique (p. ex., courriels, messages dans le dossier médical électronique, réunions) ? Quels modes de communication existants du personnel peuvent être utilisés pour planifier, coordonner et assurer le suivi de l'intervention ?
Connaissances et formation du personnel	Besoins en formation	Quelle formation et quel soutien seraient nécessaires pour doter le personnel des compétences requises afin d'assurer un déploiement efficace ? Qui a besoin de formation ? Quel format de formation convient le mieux (p. ex., en présentiel ou en ligne, en

		groupe ou individuel, synchrone ou asynchrone) ?
		Le cas échéant, comment les structures de formation actuelles du milieu clinique devraient-elles être adaptées ?
Facteurs liés aux bénéficiaires	Préférences des bénéficiaires des services de santé quant au déploiement	Pour chaque partie de l'intervention, que préfèrent ou de quoi ont besoin les bénéficiaires des services de santé en ce qui concerne le moment et la façon dont elle est offerte pour s'assurer qu'ils et elles y participeront ?
	Besoins et obstacles potentiels	Quels obstacles (p. ex., langue, transport) doivent être pris en compte lors de l'adaptation de l'intervention ?
Évaluation	Suivi	Quel rôle dans la clinique assure déjà un suivi des données (p. ex., indicateurs de qualité, satisfaction des bénéficiaires, adhésion au traitement), dispose du temps nécessaire et/ou sait (ou peut apprendre) à utiliser les outils de la clinique pour un suivi de base ?
	Mécanismes de rétroaction	À quoi ressemble le succès ? À quelle fréquence les progrès seront-ils évalués et de quelle façon ?

Pour plus d'informations sur les domaines à considérer pour l'introduction d'outils de santé mobile, consulter le guide suivant sur la [mise en œuvre](https://ssaquebec.ca/en/news/guide-to-mhealth-implementation/) de la santé mobile (mHealth) : <https://ssaquebec.ca/en/news/guide-to-mhealth-implementation/>.¹¹

Au cours de cette évaluation, conserver un registre détaillé des caractéristiques clés du milieu clinique. Ce registre facilitera les discussions entre les membres du comité sur les [adaptations](#) les plus appropriées à envisager.

Sur la base de cette évaluation, de quelle façon l'intervention doit-elle être adaptée ? Par exemple, dans quelle mesure la durée ou le mode de déploiement de l'intervention devra-t-il être adapté pour correspondre aux ressources du milieu clinique ? Quelles activités ou quels modules de l'intervention pourraient devoir être adaptés aux besoins ou aux préférences spécifiques des [bénéficiaires des services](#) ? Quelles [adaptations](#) permettraient de s'assurer que les [bénéficiaires des services](#) de santé ciblé(e)s sont rejoint(e)s ?

3.2 Définir les priorités d'adaptation

Planifier une réunion avec le comité de [mise en œuvre](#) pour discuter des priorités [d'adaptation](#) en fonction des résultats de cette évaluation. Utiliser les étapes suivantes pour guider cette discussion :

1. Discuter des caractéristiques de l'intervention originale qui ne seront pas appropriées ou faisables compte tenu du contexte clinique et qui doivent être adaptées.
2. Prioriser ce qui pourrait faciliter ou entraver [l'adaptation](#) et [l'adoption](#) de l'intervention.
3. Sélectionner les caractéristiques de l'intervention qui peuvent être adaptées en fonction de ces facteurs facilitants et de ces obstacles. Un outil qui peut aider le comité à effectuer cette sélection est la matrice d'Eisenhower : <https://asana.com/resources/eisenhower-matrix>.⁴⁷

3.3 Consulter les partenaires pour présenter l'évaluation du milieu clinique et les priorités d'adaptation

À ce stade, la participation des partenaires est essentielle pour éclairer les décisions relatives à l'adaptation de l'intervention. Inviter l'ensemble des partenaires à une réunion de consultation, en précisant que des réunions de suivi pourraient être nécessaires.

3.3.1 Avant la réunion de consultation

Préparer et distribuer à l'ensemble des partenaires (1) un résumé de l'évaluation des besoins du comité et des discussions initiales sur les parties et caractéristiques de l'intervention à adapter, (2) un ordre du jour de la réunion pour aider les partenaires à venir préparés, et (3) une liste de questions guides à poser aux participants et participantes à la réunion.

Demander aux partenaires s'ils consentent à ce que la réunion soit enregistrée à des fins de documentation. Si une personne partenaire ne consent pas, quelqu'un du comité de [mise en œuvre](#) pourrait prendre des notes.

3.3.2 Pendant la réunion de consultation

Présenter un aperçu du résumé de l'évaluation et répondre aux questions des partenaires. Passer en revue chaque partie de l'intervention en expliquant ce que le comité a constaté lors de son évaluation des besoins (3.1) et les modifications proposées à chaque phase (3.2). Expliquer que les objectifs de la réunion sont de discuter de chaque partie de l'intervention, d'explorer les considérations de [faisabilité](#) et de recueillir des commentaires pratiques sur les [adaptations](#) potentielles à apporter. Ensuite, faciliter une discussion de groupe sur les éléments et phases spécifiques de l'intervention qui nécessitent une [adaptation](#) pour répondre aux besoins du milieu clinique cible. Viser un consensus (ou un accord majoritaire, selon la règle de prise de décision établie dans les termes de référence).

Questions guides pour faciliter la discussion :

1. Discuter de l'adéquation de l'intervention avec tous les domaines précédemment évalués (p. ex., dotation en personnel, ressources, formation, technologie, temps et impact sur les flux de travail, politiques organisationnelles, priorités de la direction, besoins de la population de bénéficiaires, etc.).
2. Discuter des domaines susceptibles de faciliter ou d'entraver l'introduction de l'intervention.
3. Discuter de ce qui devrait être adapté et de ce qui pourrait ou non être possible d'adapter en fonction de ces facteurs facilitants et de ces obstacles.
4. Discuter des personnes qui devront soutenir ou impulser les changements proposés (p. ex., cheffe de département, cliniciens, administrateurs, championne).

Noter toute incertitude nécessitant des informations supplémentaires ou des actions de suivi.

À la fin de la réunion, informer les partenaires qu'ils recevront un résumé des points de discussion. Ce processus peut être itératif et le comité peut organiser des réunions de suivi si nécessaire.

3.3.3 Après la réunion de consultation

Envoyer à l'ensemble des partenaires (présent(e) et absent(e)s) un résumé écrit des discussions tenues lors de la réunion. Contacter les partenaires qui n'ont pas pu assister à

la réunion pour leur proposer un compte rendu et recueillir leurs commentaires. Faire circuler leurs commentaires auprès du reste du groupe.

4.0 Étape 3 : Choisir des stratégies pour adapter l'innovation

Le projet « *Expert Recommendations for Implementing Change* » (ERIC) est une initiative dans le cadre de laquelle des expert(e)s en [mise en œuvre](#) et en pratique clinique ont affiné les termes et définitions liés à la [mise en œuvre](#) afin de favoriser la clarté, la transparence et l'exhaustivité des stratégies de [mise en œuvre](#).⁴⁸

Notre équipe a sélectionné, parmi celles du projet ERIC, les stratégies qui concernent spécifiquement [l'adaptation](#) des interventions. Nous présentons ci-dessous ces stratégies ainsi que leurs définitions. Certaines d'entre elles ont déjà été discutées dans les sections précédentes de ce guide.

Tableau 2. Stratégies de l'ERIC concernant [l'adaptation](#)

Stratégie	Brève explication ³
1 Évaluer la préparation et identifier les obstacles et les facteurs facilitants	Déterminer dans quelle mesure un milieu clinique est prêt à mettre en œuvre une intervention. Évaluer les facteurs facilitants et les obstacles à la mise en œuvre.
2 Auditer et fournir une rétroaction	Évaluer les résultats de la mise en œuvre sur une période donnée et fournir ces données aux principales parties prenantes, telles que les clinicien(ne)s et les administrateur(-trice)s, afin de surveiller, d'évaluer et de modifier la mise en œuvre.
3 Bâtir une coalition	Recruter et établir des relations avec les principales parties prenantes (p. ex., les partenaires).
4 Recueillir et partager les connaissances locales	Recueillir des commentaires sur la façon dont les responsables de la mise en œuvre ont réussi à faire fonctionner quelque chose dans leur milieu, puis les partager avec d'autres milieux dans lesquels une intervention sera mise en œuvre.
5 Modifier les structures physiques et l'équipement	Évaluer les structures physiques et/ou l'équipement d'un milieu clinique et les adapter au besoin.
6 Modifier les systèmes de dossiers	Modifier les systèmes de dossiers pour favoriser de meilleurs résultats de mise en œuvre.
7 Effectuer des cycles de petits tests de changement	Mettre en œuvre les changements de manière itérative en effectuant d'abord de petits tests de changement avant d'apporter des modifications à l'ensemble du système.
8 Organiser des réunions éducatives	Organiser des réunions ciblant diverses parties prenantes pour les informer sur l'intervention.
9 Effectuer des visites éducatives de proximité	Rencontrer les prestataires de services dans leur milieu clinique pour les informer sur l'intervention et les changements à apporter à leurs pratiques.

³ Nous avons modifié ces définitions et explications afin de nous assurer qu'elles correspondent bien aux applications décrites dans ce guide.

10	Effectuer une évaluation des besoins locaux	Recueillir des informations relatives au besoin de l'intervention.
11	Assurer une formation continue	Planifier et offrir une formation continue liée à l'intervention.
12	Créer un collectif d'apprentissage	Favoriser un espace d'apprentissage collaboratif pour améliorer la mise en œuvre.
13	Créer de nouvelles équipes cliniques	S'appuyer sur les compétences de l'équipe clinique pour favoriser une mise en œuvre réussie.
14	Élaborer un plan de mise en œuvre formel	Élaborer un plan de mise en œuvre formel comprenant : 1) l'objectif/la finalité de la mise en œuvre ; 2) la portée du changement ; 3) le calendrier ; et 4) les indicateurs de progression.
15	Développer des partenariats académiques	S'associer à une unité académique pour favoriser la formation partagée et le développement des compétences liées à la mise en œuvre.
16	Élaborer un lexique de mise en œuvre	Élaborer et distribuer une liste de termes décrivant l'intervention, sa mise en œuvre et les rôles des parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre.
17	Développer et mettre en œuvre des outils de surveillance de la qualité	Intégrer aux systèmes de surveillance de la qualité les informations spécifiques à l'intervention (p. ex., les résultats des bénéficiaires).
18	Développer et organiser des systèmes de surveillance de la qualité	Élaborer et organiser des procédures qui surveillent les processus et/ou les résultats liés à la mise en œuvre.
19	Élaborer du matériel éducatif	Élaborer du matériel approprié pour informer les parties prenantes sur l'intervention et sur la façon de la mettre en œuvre.
20	Développer des ententes de partage de ressources	Établir des partenariats avec des organisations disposant de ressources importantes pour la mise en œuvre de l'intervention.
21	Distribuer du matériel éducatif	Distribuer du matériel éducatif en personne, par courrier et/ou par voie électronique.
22	Faciliter la transmission des données cliniques aux prestataires	Fournir une rétroaction sur les processus et/ou les résultats liés à l'intervention en utilisant des modes de communication appropriés.
23	Identifier et préparer des « personnes-ressources »	Identifier et préparer des personnes qui soutiendront le processus de mise en œuvre et aideront à surmonter la résistance à l'intervention dans le milieu clinique.
24	Identifier les premiers adoptants	Identifier les milieux cliniques qui ont adopté l'intervention plus tôt et tirer des enseignements de leurs expériences de mise en œuvre.
25	Accroître la préparation	Favoriser la préparation des parties prenantes à mettre en œuvre l'intervention.
26	Informar les leaders d'opinion locaux	Identifier et informer les personnes influentes au sujet de l'intervention et qui peuvent inciter d'autres personnes à l'adopter.
27	Intervenir auprès des bénéficiaires pour favoriser l'adoption et l'adhésion	Identifier avec les bénéficiaires des services des stratégies possibles qui favorisent leur adhésion à l'intervention.
28	Impliquer les bénéficiaires et les membres de leur famille	Engager ou inclure les bénéficiaires et leurs familles dans l'effort de mise en œuvre.
29	Rendre la formation dynamique	Lors de la formation des personnes à la mise en œuvre de l'intervention, adapter les modes de transmission de l'information à leurs styles d'apprentissage.
30	Obtenir et utiliser les commentaires des	Élaborer des stratégies pour accroître la rétroaction sur la mise en œuvre de la part des bénéficiaires des services.

	bénéficiaires et de leurs familles	
31	Obtenir des engagements formels	Demander aux principaux(-ales) partenaires de fournir un document formel sur la façon dont ils et elles mettront en œuvre l'intervention.
32	Préparer les bénéficiaires à participer de façon active	Préparer les bénéficiaires des services à jouer un rôle actif dans leurs soins et à poser des questions sur l'intervention et leurs soins.
33	Promouvoir l'adaptabilité	Identifier comment l'intervention peut être adaptée pour répondre aux besoins locaux et clarifier quels éléments de l'intervention doivent être maintenus.
34	Promouvoir le tissage de réseaux	Établir des relations et des réseaux de qualité à l'intérieur et à l'extérieur du milieu clinique pour favoriser le partage d'information, la résolution de problèmes et une vision commune liée à la mise en œuvre de l'intervention.
35	Fournir une assistance technique locale	Offrir une assistance technique liée aux enjeux de mise en œuvre en utilisant le personnel de soutien local.
36	Offrir une consultation continue	Pour soutenir une mise en œuvre réussie dans un milieu clinique, offrir une consultation continue avec une personne experte du processus de mise en œuvre.
37	Réexaminer délibérément la mise en œuvre	Surveiller les progrès et ajuster les stratégies de mise en œuvre au besoin.
38	Recruter, désigner et former des leaders	Recruter, désigner et former des leaders qui aideront à promouvoir le changement.
39	Rappels pour les cliniciens et cliniciennes	Développer des systèmes de rappel conçus pour inciter les prestataires de services à offrir l'intervention.
40	Planifier la mise à l'échelle de la mise en œuvre	Échelonner les efforts de mise en œuvre en commençant par de petits projets pilotes ou des démonstrations avant de passer à plus grande échelle.
41	Adapter les stratégies	Adapter les stratégies de mise en œuvre pour remédier aux obstacles et tirer parti des facteurs facilitants identifiés lors d'une évaluation des besoins.
42	Utiliser des comités consultatifs et des groupes de travail	Créer et consulter un groupe formel de parties prenantes diversifiées pour obtenir une rétroaction sur le processus de mise en œuvre.
43	Recourir à un(e) expert(e) en mise en œuvre	Solliciter les conseils d'expert(e)s en science et en pratique de la mise en œuvre.
44	Recourir à des expert(e)s en données	Consulter des expert(e)s pour décider de la façon dont les résultats de la mise en œuvre et les autres données seront gérés.
45	Utiliser des techniques d'entreposage de données	Intégrer les dossiers cliniques pour faciliter la mise en œuvre dans les milieux cliniques.
46	Utiliser des stratégies de formation de formateurs et de formatrices	Former des personnes désignées pour former d'autres personnes à la mise en œuvre de l'intervention.
47	Collaborer avec des établissements d'enseignement	Encourager les établissements académiques à former les prestataires de services au déploiement de l'intervention.

Afin d'illustrer la pertinence de ces stratégies dans un contexte clinique spécifique, nous avons mené une analyse documentaire visant à examiner comment les interventions visant à modifier les comportements ont été adaptées dans les structures de [soins primaires](#). Nous résumons ci-dessous ces stratégies en trois domaines clés : les

mécanismes de retour d'information, le contenu des interventions et leur [mise en œuvre](#). Ces stratégies peuvent être utilisées pour adapter d'autres innovations à différents contextes cliniques.

1. Commentaires et améliorations itératifs, axés sur les parties prenantes : cycles d'adaptation continus et structurés s'appuyant sur des données issues du milieu clinique

- Mettre en œuvre des cycles Planifier-Réaliser-Étudier-Agir (*Plan-Do-Study-Act*) en collaboration avec une équipe multidisciplinaire pour affiner le plan d'adaptation ⁴⁹
- Impliquer activement les parties prenantes
 - Impliquer les responsables locaux(-ales) en tant qu'éducateurs(-trices) ^{50,51}
 - Organiser des réunions de formation pour recueillir des commentaires ⁴⁹
 - Organiser des réunions avec les parties prenantes afin d'apporter les ajustements nécessaires ⁵²⁻⁵⁶

2. Contenu et matériaux de l'intervention : techniques d'adaptation du contenu de l'intervention au contexte de la population

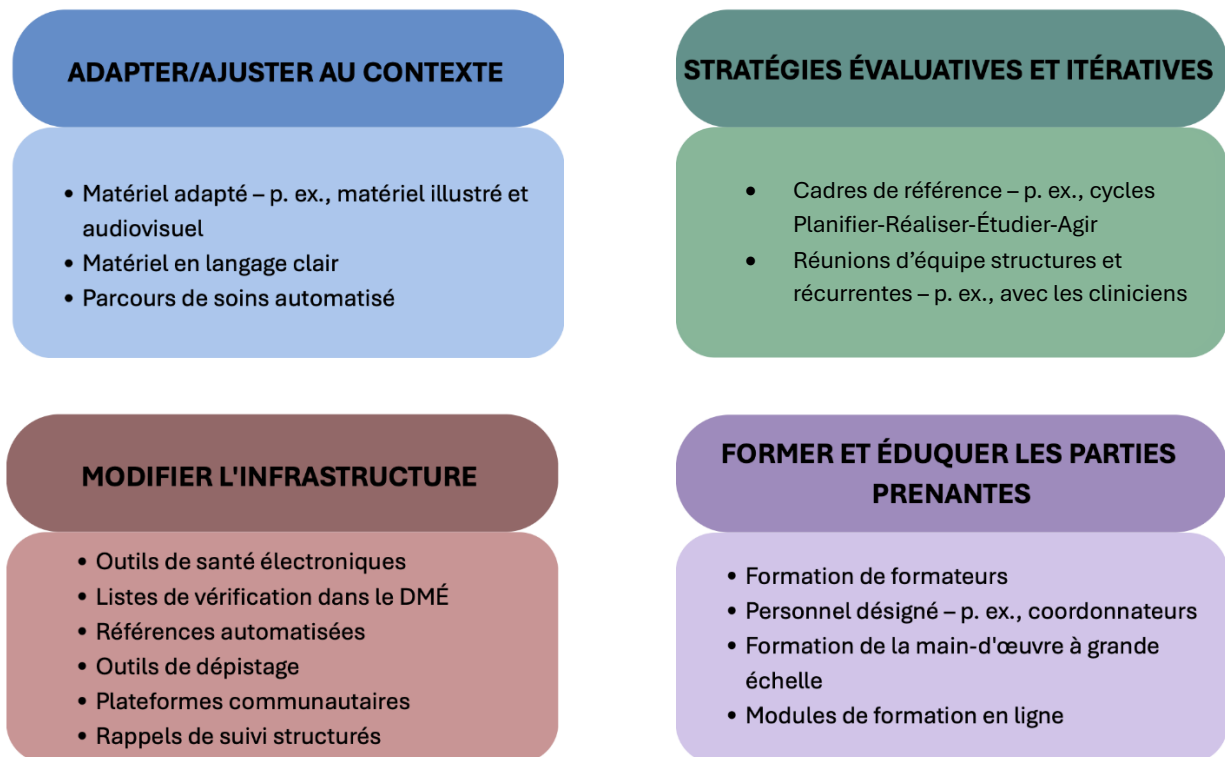
- Adapter les supports afin de renforcer les compétences en littératie en santé et l'engagement
 - Créer des documents rédigés dans un langage simple et traduits à l'intention des bénéficiaires des services de santé ⁵⁷
- Créer et mettre en œuvre un parcours de soins automatisé basé sur des règles ⁵⁸

3. Mise en œuvre : modalités de déploiement et de réalisation de l'intervention

- Utiliser des outils de santé électroniques ⁵³
- Mettre en place des systèmes d'aide à la décision clinique et des rappels ^{49,59,60}
 - Listes de vérification intégrées au dossier médical électronique
- Mettre en place des outils de détection des symptômes de conditions médicales ⁵⁹⁻⁶¹
- Mettre en place des parcours de référence automatisés ⁵⁹
- Mettre en place des consultations de suivi structurées avec les bénéficiaires des services
 - Utiliser des plateformes couramment utilisées au sein de la communauté ⁶²
- Approches de formation ^{57,60,63}

- Utiliser l'approche « [former les formateurs](#) et formatrices »
- Recruter du personnel de soutien, tel que des coordinateur(-trice)s cliniques
- Planifier une formation du personnel évolutive
- Créer des modules de formation en ligne pour les spécialistes de la santé

Illustration 2. Stratégies d'adaptation des interventions visant à modifier les comportements selon les concepts ERIC ⁶⁴



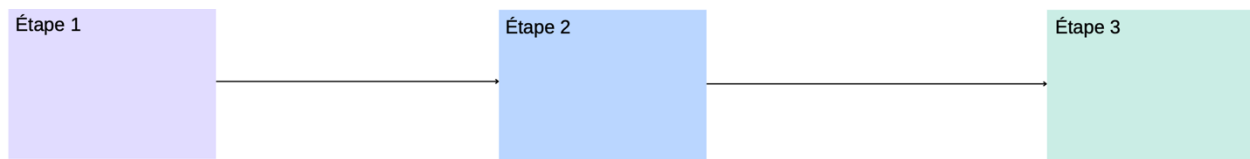
5.0 Étape 4 : Adapter l'intervention

5.1 Élaborer un plan d'adaptation

Une fois les stratégies [d'adaptation](#) sélectionnées, l'étape suivante consiste à déterminer comment elles seront mises en œuvre dans le cadre de l'intervention. Il s'agit donc de définir les modalités pratiques de l'intervention en fonction des [adaptations](#) prévues. Par exemple, l'application de certaines stratégies [d'adaptation](#) peut nécessiter la modification de documents ou de matériel. D'autres stratégies peuvent avoir des implications sur la manière dont certaines activités ou certains modules sont structurés ou dispensés, ainsi que sur la formation ou la supervision des [responsables de la mise en œuvre](#). Passez en revue chaque stratégie et définissez l'intervention adaptée, en veillant à ce que chaque décision soit documentée et reliée aux besoins et aux lacunes identifiés à l'étape 2.

Envisagez de créer une représentation visuelle de toutes les phases de l'intervention, y compris les points où des [adaptations](#) seront apportées. Voici un exemple d'outil permettant de documenter l'intervention adaptée.

Illustration 3. Un outil pour documenter l'intervention adaptée



Adaptations clés		
Modifications au programme	Modifications de la prestation	Engagement des bénéficiaires
• _____ • _____ • _____	• _____ • _____ • _____	• _____ • _____ • _____

5.2 Présenter le plan d'adaptation aux partenaires

Avant la réunion avec les partenaires, leur fournir un document détaillant l'adaptation planifiée afin qu'ils et elles puissent venir préparé(e)s avec leurs commentaires. Pendant la réunion, discutez du plan d'adaptation et assurez-vous qu'il correspond bien aux besoins identifiés du milieu clinique, qu'il est réalisable et qu'il est susceptible d'atteindre les résultats escomptés.

Commencez la réunion par une présentation de l'intervention adaptée, suivie d'une discussion structurée visant à recueillir leurs commentaires. Utilisez les questions suivantes pour guider la discussion :

1. Dans quelle mesure les [adaptations](#) sélectionnées répondent-elles aux besoins identifiés dans ce milieu ? Y a-t-il des besoins ou des lacunes identifiés qui, selon vous, n'ont pas été suffisamment pris en compte par les [adaptations](#) planifiées ?
2. Quelles modifications recommanderiez-vous, le cas échéant, pour renforcer le parallèle entre le plan [d'adaptation](#) et les besoins identifiés ?
3. Y a-t-il des [adaptations](#) proposées qui sont inutiles ou qui pourraient compromettre les [composantes essentielles](#) de l'intervention originale ?
4. Quels sont les plus grands risques liés à la [mise en œuvre](#) de l'intervention adaptée telle que planifiée, et comment pourraient-ils être atténués ?

5. Dans l'ensemble, dans quelle mesure êtes-vous confiant(e) que l'intervention adaptée, telle qu'elle est actuellement planifiée, sera couronnée de succès par rapport aux objectifs du milieu clinique ?

Solliciter les commentaires des partenaires qui ne peuvent pas assister à la réunion, en planifiant des réunions séparées avec ces personnes si nécessaire. Fournir à l'ensemble des partenaires un résumé écrit des discussions tenues lors de la réunion, incluant les décisions prises. Y inclure les commentaires obtenus auprès des personnes qui n'étaient pas présentes.

5.3 Affiner le plan d'adaptation

Se réunir avec le comité de [mise en œuvre](#) pour intégrer les commentaires des partenaires dans le plan [d'adaptation](#). Dans un premier temps, catégoriser les commentaires en fonction des composantes de l'intervention ou d'autres regroupements pertinents. Évaluer chaque recommandation ou suggestion et déterminer lesquelles seront adoptées ou modifiées. Réviser le plan [d'adaptation](#) en conséquence et l'envoyer aux partenaires en leur demandant des commentaires supplémentaires. Planifier une autre réunion si nécessaire.

Continuer à affiner le plan [d'adaptation](#) de cette manière jusqu'à ce que tous les membres du comité et les partenaires (ou la majorité, selon la règle de prise de décision établie) s'entendent sur le caractère [acceptable](#) de l'intervention adaptée.

6.0 Étape 5 : Mettre en œuvre et évaluer l'innovation adaptée

6.1 Mettre en œuvre l'innovation

6.1.1 Planifier des séances de formation sur le déploiement de l'intervention

Dresser la liste des tâches liées à la [mise en œuvre](#) de l'intervention. Assigner chacune de ces tâches aux personnes concernées dans le milieu clinique. Vous pouvez utiliser un modèle tel que celui-ci pour ce faire.

Tableau 3. Modèle pour documenter les rôles et les responsabilités

Individu	Responsabilités/tâches associées au déploiement de l'intervention

D'autres outils de gestion de projet suggérés comprennent : la matrice [RACI](#) (*Responsible, Accountable, Consulted, and Informed*)⁶⁵ et la structure [WBS](#) (Work Breakdown Structure).⁶⁶

Planifier des séances de formation pour que les personnes concernées apprennent à déployer l'intervention selon leurs responsabilités. Pour ce faire, définir des objectifs de formation spécifiques. Envisager d'utiliser la taxonomie de Bloom des objectifs d'apprentissage éducatifs pour élaborer ces objectifs.⁶⁷ La taxonomie de Bloom comprend différents niveaux d'apprentissage : la connaissance, la compréhension, l'application, l'analyse, la synthèse et l'évaluation. Par exemple :

À la fin de la formation, les participants seront en mesure de :

Expliquer le but et les objectifs de l'intervention ;

Décrire leur rôle spécifique dans la mise en œuvre de l'intervention ;

Appliquer correctement les étapes de l'intervention dans leur milieu clinique ;

Identifier quand et comment orienter les bénéficiaires vers d'autres services ;

Utiliser les outils, formulaires ou ressources associés à l'intervention ;

Consigner avec précision les informations relatives à l'intervention ;

Identifier les situations où l'intervention ne se déroule pas comme prévu et savoir qui en informer.

Une fois ces objectifs convenus, ils peuvent guider les décisions concernant :

- Contenu : Que doit-on enseigner pour atteindre chaque objectif ?
- Format : La formation doit-elle être en présentiel, en ligne ou hybride ?
- Responsable de la formation : Qui animera la séance de formation ?
- Public cible : Quels objectifs s'appliquent à quels individus ?
- Durée : Combien de temps est nécessaire pour couvrir le contenu ?
- Évaluation : Comment les participants et participantes sauront que les objectifs de formation ont été atteints ?

Tableau 4. Modèle pour documenter l'objectif, le contenu, le public cible et les formateurs et formatrices responsables des séances de formation

Objectif de formation	Format de formation	Participants	Formateur
<i>Exemple : Former les spécialistes de la santé à conseiller les bénéficiaires en utilisant l'entretien motivationnel</i>	<i>Exemple : Mise en situation simulée entre un ou une spécialiste de la santé et un patient ou une patiente partenaire pour pratiquer les compétences en entretien motivationnel. En présentiel.</i>	<i>Exemple : Spécialiste de la santé</i>	<i>Exemple : Un ou une spécialiste de la santé et un patient ou une patiente partenaire</i>

En plus des séances de formation formelles, envisager de cerner des occasions de mentorat dans le milieu clinique. Grâce aux occasions de mentorat, telles que les ateliers de pratique réflexive, les personnes qui participent peuvent :

- Réfléchir à leur propre pratique et identifier des domaines à améliorer
- Utiliser les commentaires des séances de formation pour s'améliorer
- Partager les défis et les solutions avec leurs pairs et leurs mentors

Voici des exemples de questions de pratique réflexive à soumettre aux participants et participantes à la formation en ce qui concerne la [mise en œuvre](#) dans leur milieu clinique⁶⁸ :

1. Réfléchissez à la situation : Que s'est-il passé exactement et dans quel ordre ? Où étiez-vous à ce moment-là et qui d'autre était impliqué ? Quel rôle avez-vous joué ? Quel a été le résultat final ?

2. Comment s'est passée l'interaction entre la situation, vous-même et les autres ?
3. Auriez-vous pu faire quelque chose différemment ? Réfléchissez aux facteurs sur lesquels vous auriez pu avoir une influence.
4. Lorsque des situations similaires se produiront à nouveau, les choses évolueront-elles comme vous vous y attendez ?

6.1.2 Former les personnes à déployer l'intervention

Communiquer avec les personnes répertoriées à la section 6.1.1 et les inviter à une séance de formation en fonction de leurs responsabilités respectives. Prévoir d'offrir des séances de formation supplémentaires pour les personnes qui ne sont pas disponibles.

Créer un formulaire de rétroaction post-formation à distribuer après les séances de formation afin d'évaluer les attitudes, les connaissances et les comportements des personnes participantes à l'égard des tâches qu'ils devront accomplir lors de la [mise en œuvre](#) de l'intervention. Envisager d'utiliser des questions du *Modified Knowledge/Attitudes/Behaviours Questionnaire* à cette fin.⁶⁹ Modifier et organiser des séances de formation supplémentaires, au besoin, en fonction des commentaires reçus.

Une fois que l'ensemble des personnes participantes ont atteint un niveau de confiance et de compétence dans l'accomplissement de leurs responsabilités, selon les objectifs de formation préétablis, le milieu clinique peut commencer à mettre en œuvre l'intervention.

6.2 Évaluer le processus de mise en œuvre

6.2.1 Décider de la façon d'évaluer le processus de mise en œuvre et les résultats

Pour évaluer la nature de la [mise en œuvre](#) de l'intervention, envisager de tenir de brèves réunions de suivi ou de mener des entretiens avec les spécialistes de la santé, les gestionnaires et/ou d'autres personnes impliquées dans la [mise en œuvre](#).

Utiliser le cadre *Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, and Maintenance* (RE-AIM) pour évaluer les aspects suivants de la mise en œuvre :

- Portée (Reach) : Reflète dans quelle mesure l'intervention atteint son public cible
- Efficacité (Effectiveness) : Évalue le succès global de la mise en œuvre

- Adoption (Adoption) : Évalue la participation du personnel à la mise en œuvre de l'intervention
- Mise en œuvre (Implementation) : Reflète dans quelle mesure les composantes essentielles sont livrées comme prévu
- Maintien (Maintenance) : Évalue la durabilité à long terme de l'intervention

6.2.2 Rencontrer des parties prenantes supplémentaires pour évaluer la mise en œuvre

Pour évaluer le degré de [mise en œuvre](#) de l'intervention, envisager de recueillir les informations suivantes auprès des spécialistes de la santé qui ont déployé l'intervention. Ceci peut être adapté pour d'autres personnes du milieu clinique qui ont participé à la [mise en œuvre](#) de l'intervention, telles que les gestionnaires de clinique et le personnel administratif ou de soutien.

Informations à recueillir auprès des spécialistes de la santé :

1. Quels défis avez-vous ressentis ou rencontrés lors du déploiement de cette intervention ?
2. Quelles suggestions avez-vous pour améliorer le processus d'introduction de cette intervention dans le milieu clinique ?
3. Qu'est-ce qui pourrait assurer la poursuite de la mise en œuvre de cette intervention ?
 - a. Niveau individuel : p. ex., attitudes, croyances, compétences, connaissances, pratiques
 - b. Niveau interpersonnel : p. ex., structure et fonctionnement de l'équipe, rôles, flux de travail
 - c. Niveau institutionnel : p. ex., leadership, ressources
 - d. Autre : p. ex., formation, engagement des spécialistes de la santé
4. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager au sujet de votre expérience avec le déploiement de cette intervention et que vous n'avez pas encore mentionné ?

Pour des questions spécifiques et des exemples sur la façon de recueillir des informations relatives à chaque dimension du cadre RE-AIM, consulter le tableau suivant (adapté de Holtrop et coll., 2018).⁷⁰

Tableau 5. Guide pour évaluer les résultats de la mise en œuvre selon le cadre RE-AIM

Domaine RE-AIM	Questions	Exemples de méthodes de collecte d'information
Portée (Reach)	Quels facteurs ont contribué à la participation des individus ?	Mener des entretiens de groupe ou individuels avec les bénéficiaires des services et les spécialistes de la santé afin de déterminer les facteurs contribuant à l'adoption de l'intervention.
Efficacité (Effectiveness)	L'intervention a-t-elle fonctionné comme prévu ? Quels autres facteurs ont contribué aux résultats ?	Observer et réfléchir aux résultats, tels que le nombre de références vers une ressource ou un service spécifique faisant partie de l'intervention sur une certaine période de temps. Mener des entretiens individuels avec les spécialistes de la santé pour enrichir les réflexions sur les résultats observés.
Adoption (Adoption)	Quels facteurs ont contribué à l'adoption de l'intervention par les individus ? Quels obstacles ont interagi avec l'intervention pour freiner son adoption ?	Mener des entretiens individuels avec les gestionnaires, les spécialistes de la santé et les bénéficiaires des services afin de comprendre le niveau d'adoption dans le milieu clinique.
Mise en œuvre (Implementation)	Qu'est-ce qui a influencé la mise en œuvre ou l'absence de mise en œuvre ?	Mener des entretiens avec les gestionnaires, les spécialistes de la santé et les autres personnes impliquées dans la mise en œuvre de l'intervention afin de comprendre leur expérience.
Maintien (Maintenance)	Qu'est-ce qui devrait être maintenu, abandonné, modifié, et pourquoi ?	Mener des entretiens avec les gestionnaires, les spécialistes de la santé et les autres personnes impliquées dans la mise en œuvre de l'intervention afin de déterminer comment maintenir l'intervention dans le temps.

Le cadre « *Intersectionality Supplemented Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)* » offre des questions et des points de réflexion pour déterminer comment intégrer les considérations d'intersectionnalité lors de la [mise en œuvre](#) et de [l'évaluation](#) de la [mise en œuvre](#) d'une intervention.⁷¹ L'intersectionnalité est l'idée que différents aspects de l'identité d'une personne et de ses conditions de vie se recoupent et interagissent pour façonner ses expériences, ses opportunités et ses obstacles.⁷² Appliquer une perspective intersectionnelle à la [mise en œuvre](#) et à [l'évaluation](#) de l'intervention implique de considérer comment des facteurs qui se chevauchent peuvent influencer qui peut accéder à l'intervention, comment elle est offerte, et comment la diversité de [bénéficiaires des services](#) en vivent les bénéfices. Considérer les questions suivantes lors des rencontres avec les principales parties prenantes.

Tableau 6. Guide d'utilisation du cadre CFIR pour évaluer les résultats de la mise en œuvre selon une perspective intersectionnelle

Domaine CFIR	Exemples de questions d'intersectionnalité
Contexte externe (politiques et incitatifs externes)	Comment les structures actuelles (économiques, politiques, géographiques, environnementales) et les contextes actuels se sont-ils formés ? Comment différents secteurs (p. ex., économique, politique et environnemental) se sont-ils recoupés pour produire le contexte actuel dans lequel le milieu clinique évolue ?
Contexte interne (accès aux connaissances et à l'information)	Qui détient le pouvoir au sein du milieu clinique ? Comment ces relations de pouvoir peuvent-elles affecter la mise en œuvre de l'intervention ?
Caractéristiques des individus (identification individuelle à l'organisation)	Quelles hypothèses les responsables de la mise en œuvre font-ils au sujet des bénéficiaires des services de santé (p. ex., quelles suppositions les spécialistes de la santé font-ils au sujet des bénéficiaires en situation de logement précaire) ?

6.2.3 Documenter et tirer des leçons de l'évaluation

Conserver un registre de toutes les réunions de suivi, observations et entretiens.

En tant que comité de [mise en œuvre](#), organiser une réunion pour réfléchir aux commentaires reçus et discuter des prochaines étapes potentielles pour améliorer l'intervention et sa [mise en œuvre](#). Résumer les commentaires et fournir ces résumés aux partenaires.

Organiser une réunion avec les partenaires pour présenter [l'évaluation](#) et les recommandations visant à améliorer l'intervention et pour solliciter leurs commentaires. Envisager d'autres [adaptations](#) en fonction de leurs commentaires.

Continuer à surveiller, évaluer et affiner l'intervention et sa [mise en œuvre](#).

7.0 Résumé : Cinq étapes pour mettre en œuvre une innovation en milieu clinique

Étape 1. Se préparer à mettre en œuvre l'innovation

- ☐ Constituer un comité de mise en œuvre
- ☐ Se familiariser avec l'intervention
- ☐ Identifier et établir des relations avec les partenaires
- ☐ Organiser des réunions régulières avec les partenaires et élaborer des termes de référence

Étape 2. Évaluer les besoins et les ressources du milieu clinique

- ☐ Évaluer les caractéristiques du milieu clinique
- ☐ Définir les priorités d'adaptation
- ☐ Consulter les partenaires pour présenter l'évaluation du milieu clinique et les priorités d'adaptation
 - ☐ Avant la réunion de consultation : Préparer un résumé de l'évaluation des besoins du comité, un ordre du jour de réunion et une liste de questions de discussion
 - ☐ Durant la réunion de consultation : Parvenir à un accord sur les éléments et les phases spécifiques de l'intervention qui nécessitent une adaptation pour répondre aux besoins du milieu clinique cible
 - ☐ Après la réunion de consultation : Faire circuler un résumé des discussions et organiser un compte rendu pour les partenaires qui n'ont pas pu assister à la réunion

Étape 3. Choisir des stratégies pour adapter l'innovation

Étape 4. Adapter l'intervention

- ☐ Élaborer un plan d'adaptation
- ☐ Présenter le plan d'adaptation aux partenaires
- ☐ Affiner le plan d'adaptation

Étape 5. Mettre en œuvre et évaluer l'innovation adaptée

- ☐ Planifier des séances de formation sur le déploiement de l'intervention
- ☐ Former le personnel qui assurera le déploiement de l'intervention
- ☐ Décider de la façon d'évaluer le processus de mise en œuvre et les résultats
- ☐ Rencontrer des parties prenantes supplémentaires pour évaluer la mise en œuvre

☐ Documenter et tirer des leçons de l'évaluation

8.0 Références

1. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et coll. Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Adm Policy Ment Health* 2011; 38: 65–76.
2. Moore G, Campbell M, Copeland L, et coll. Adapting interventions to new contexts—the ADAPT guidance. *The BMJ* 2021; 374: n1679.
3. Baxter S, Johnson M, Chambers D, et coll. Towards greater understanding of implementation during systematic reviews of complex healthcare interventions: the framework for implementation transferability applicability reporting (FITAR). *BMC Med Res Methodol* 2019; 19: 80.
4. 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.
5. Behaviour Change Intervention Ontology Search Interface Behaviour Change Technique, https://www.bciosearch.org/BCIO_033000 (consulté le 4 mars 2026).
6. Michie S, Wood CE, Johnston M, et coll. General introduction. In: *Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data)*. NIHR Journals Library, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327617/> (2015, consulté le 4 mars 2026).
7. Noncommunicable diseases, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (consulté le 4 mars 2026).
8. Engineering National Academies of Sciences, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, Youth Board on Children, et coll. Effective Implementation: Core Components, Adaptation, and Strategies. In: *Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth: A National Agenda*. National Academies Press (US), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551850/> (2019, consulté le 4 mars 2026).
9. More than just numbers: Exploring the concept of “burden of disease”. *National Collaborating Centre for Infectious Diseases*, <https://nccid.ca/publications/exploring-the-concept-of-burden-of-disease/> (2016, consulté le 4 mars 2026).

10. Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity, <https://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html> (consulté le 4 mars 2026).
11. Bush PL, Chu D, Engler KC, et coll. A 6-Step Guide to mHealth Implementation. *Unité soutien SSA Québec*, <https://ssaquebec.ca/en/news/guide-to-mhealth-implementation/> (2025, consulté le 10 mars 2026).
12. Thomas J, Petticrew M, Noyes J, et coll. Intervention complexity. In: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. John Wiley & Sons, Ltd, pp. 451–477.
13. Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Res* 2020; 283: 112376.
14. Implementation science. *GACD*, <https://www.gacd.org/about/what-we-do/implementation-science> (consulté le 4 mars 2026).
15. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to Implementation Science. *Implement Sci* 2006; 1: 1.
16. Fahy N, Mauer N, Panteli D. Introduction – understanding innovation and how it is implemented. In: *From ideas to reality: An introduction to generating and implementing innovation in health systems [Internet]*. European Observatory on Health Systems and Policies, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK618126/> (2025, consulté le 4 mars 2026).
17. Michie S, Johnston M, Rothman AJ, et coll. The 26 mechanisms of action. In: *Developing an evidence-based online method of linking behaviour change techniques and theoretical mechanisms of action: a multiple methods study*. NIHR Journals Library, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567050/> (2021, accessed 4 March 2026).
18. Primary care | CIHI, <https://www.cihi.ca/en/topics/primary-care> (consulté le 4 mars 2026).
19. Mormina M, Pinder S. A conceptual framework for training of trainers (ToT) interventions in global health. *Glob Health* 2018; 14: 100.
20. Escoffery C, Lebow-Skelley E, Haardoerfer R, et coll. A systematic review of adaptations of evidence-based public health interventions globally. *Implement Sci IS* 2018; 13: 125.

21. Jolles MP, Fort MP, Glasgow RE. Aligning the planning, development, and implementation of complex interventions to local contexts with an equity focus: application of the PRISM/RE-AIM Framework. *Int J Equity Health* 2024; 23: 41.
22. Vision, Mission, Values, and Goals | The College of Family Physicians of Canada, <https://www.cfpc.ca/en/about-us/vision-mission-principles> (consulté le 4 mars 2026).
23. Rutters F, den Braver NR, Lakerveld J, et coll. Lifestyle interventions for cardiometabolic health. *Nat Med* 2024; 30: 3455–3467.
24. Amiri S, Mahmood N, Junaidi S, et coll. Lifestyle interventions improving health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *J Educ Health Promot* 2024; 13: 193.
25. Schott JM. Lifestyle Interventions to Improve Cognition in Later Life: When Is Enough Enough? *JAMA* 2025; 334: 674–676.
26. Underwood CR, Kabore TEL, Fagbemi B, et coll. Re-aligning social and behavior change to address structural determinants of health and improve health equity. *Health Promot Int* 2025; 40: daaf104.
27. Alcaraz KI, Yanez BR. Interventions to promote health equity: implications for implementation science in behavioral medicine. *Transl Behav Med* 2022; 12: 885–888.
28. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 2007; 370: 1939–1946.
29. Behavior Change Technique - an overview | ScienceDirect Topics, <https://www.sciencedirect.com/topics/psychology/behavior-change-technique> (consulté le 4 mars 2026).
30. World Health Organization. Canada. In: *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. World Health Organization, p. 59.
31. Li J, Pandian V, Davidson PM, et coll. Burden and attributable risk factors of non-communicable diseases and subtypes in 204 countries and territories, 1990-2021: a systematic analysis for the global burden of disease study 2021. *Int J Surg* 2025; 111: 2385–2397.
32. Singh B, Ahmed M, Staiano AE, et coll. A systematic umbrella review and meta-meta-analysis of eHealth and mHealth interventions for improving lifestyle behaviours. *Npj Digit Med* 2024; 7: 179.
33. Warburton DER, Nicol CW, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ Can Med Assoc J* 2006; 174: 801–809.

34. Kettle VE, Madigan CD, Coombe A, et coll. Effectiveness of physical activity interventions delivered or prompted by health professionals in primary care settings: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2022; 376: e068465.
35. Murray JM, Brennan SF, French DP, et coll. Effectiveness of physical activity interventions in achieving behaviour change maintenance in young and middle aged adults: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2017; 192: 125–133.
36. Gasana J, O’Keeffe T, Withers TM, et coll. A systematic review and meta-analysis of the long-term effects of physical activity interventions on objectively measured outcomes. *BMC Public Health* 2023; 23: 1697.
37. Singh B, Olds T, Curtis R, et coll. Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *Br J Sports Med.* 2023;57(18):1203-1209.
38. Alyafei A, Daley SF. The Role of Dietary Lifestyle Modification in Chronic Disease Prevention and Management. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587401/> (2025, consulté le 4 mars 2026).
39. Theory and Techniques Tool, <https://theoryandtechniquetool.humanbehaviourchange.org/> (consulté le 4 mars 2026).
40. Brahim LO, Lambert SD, Feeley N, et coll. The Consolidated Approach to Intervention Adaptation (CLARION): Developing and undertaking an empirically and theoretically driven intervention adaptation. *Implement Sci Commun* 2025; 6: 59.
41. Outils méthodologiques. *Axe Valorisation des données*, <https://www.soutiensrapmetho.ca/outils-methodologiques/> (consulté le 4 mars 2026).
42. Plamondon K, Shahram SZ. How to equity in health research co-production. DOI: 10.14288/1.0447198.
43. Hung L, Wong KLY, Rasekaba T, et coll. How can equity, diversity, and inclusion (EDI) principles be incorporated into research excellence with industry and community partners? Lessons learned from Canada and Australia on projects with a dementia focus. *Res Involv Engagem* 2024; 10: 106.

44. Movsisyan A, Arnold L, Evans R, et coll. Adapting evidence-informed complex population health interventions for new contexts: a systematic review of guidance. *Implement Sci*; 14: 105.
45. Pomare C, Ellis LA, Long JC, et coll. “Are you ready?” Validation of the Hospital Change Readiness (HCR) Questionnaire. *BMJ Open* 2020; 10: e037611.
46. Giroux CM, Bush PL, Alkhaldi M, et coll. Assessing healthcare organizations’ readiness to implement a learning health system: questionnaire validation using a Delphi method. *BMC Health Serv Res* 2025; 25: 1626.
47. The Eisenhower Matrix: How to Prioritize Your To-Do List [2025] • Asana, <https://asana.com/resources/eisenhower-matrix> (consulté le 4 mars 2026).
48. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, et coll. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci IS* 2015; 10: 21.
49. Linke SE, Kallenberg G “Rusty”, Kronick R, et coll. Integrating “Exercise Is Medicine” into primary care workflow: a study protocol, <https://dx.doi.org/10.1093/tbm/ibaa088> (consulté le 30 mars 2026).
50. Seear KH, Atkinson DN, Lelievre MP, et coll. Piloting a culturally appropriate, localised diabetes prevention program for young Aboriginal people in a remote town. *Aust J Prim Health* 2019; 25: 495–500.
51. Drieling RL, Ma J, Stafford RS. Evaluating clinic and community-based lifestyle interventions for obesity reduction in a low-income Latino neighborhood: Vivamos Activos Fair Oaks Program. *BMC Public Health* 2011; 11: 98.
52. Bird EL, Powell J. *Implementation of ‘CLICK into Activity’ in South Somerset: Social Prescribing through primary care referral of ‘at risk’ populations to community leisure services. Final Evaluation Report: Executive Summary*. UWE Bristol, 2018.
53. Patel K, Allen L, Boucher K, et coll. Complete Lifestyle Medicine Intervention Program–Ontario: Implementation Protocol for a Rural Study. *JMIR Res Protoc* 2024; 13: e59179.
54. Alnuaimi AS, Syed MA, Zainel AA, et coll. Cultural & region-specific adaptation of KAP (Knowledge, attitude, and practice) tool to capture healthy lifestyle within primary care settings. *PLOS ONE* 2024; 19: e0312852.
55. Law R-J, Langley J, Hall B, et coll. ‘Function First’: how to promote physical activity and physical function in people with long-term conditions managed in primary care? A study combining realist and co-design methods. *BMJ Open* 2021; 11: e046751.

56. Pons-Vigués M, Berenguera A, Coma-Auli N, et coll. Qualitative evaluation of a complex intervention to implement health promotion activities according to healthcare attendees and health professionals: EIRA study (phase II). *BMJ Open* 2019; 9: e023872.
57. Sigvardsson D, MacLean A, Hoonk A, et coll. Barriers and implementation strategies for physical activity on prescription (PAP): healthcare personnel and management perspectives in Sweden—An explanatory sequential study design. *BMC Prim Care* 2025; 26: 302.
58. Bae YS, Park S, Noh C, et coll. A comprehensive digital medicine platform for hypertension and diabetes care in primary care: A real-world feasibility test. *Digit Health* 2025; 11: 20552076251344375.
59. Perkison WB, Rodriguez SA, Velasco-Huerta F, et coll. Application of implementation mapping to develop strategies for integrating the National Diabetes Prevention Program into primary care clinics. *Front Public Health* 2023; 11: 933253.
60. Huebschmann AG, Glasgow RE, Leavitt IM, et coll. Integrating a physical activity coaching intervention into diabetes care: a mixed-methods evaluation of a pilot pragmatic trial. *Transl Behav Med* 2022; 12: 601–610.
61. Chen S, Wu Y, Kennedy J, et coll. An exercise prescription algorithm for clinicians to use with their patients with cardiovascular disease risk factors. *Digit Health* 2025; 11: 20552076251360884.
62. Xie B, Li Y, Hwang W-C, et coll. A Culturally Tailored Diabetes Self-Management Education Program With Mobile Health Integration for Chinese Americans With Type 2 Diabetes: Development and Pilot Evaluation Study. *JMIR Form Res* 2026; 10: e77372.
63. Konrad LM, Ribeiro CG, Maciel EC, et coll. Evaluating the implementation of the active life improving health behavior change program "BCP-VAMOS" in primary health care: Protocol of a pragmatic randomized controlled trial using the RE-AIM and CFIR frameworks. *Front Public Health*. 2022; 10: 726021.
64. Waltz TJ, Powell BJ, Matthieu MM, et coll. Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implement Sci* 2015; 10: 109.
65. Free Microsoft Excel RACI Templates | Smartsheet,
<https://www.smartsheet.com/content/raci-templates-excel> (consulté le 4 mars 2026).

66. WBS Examples & Templates. *workbreakdownstructure.com*, <https://www.workbreakdownstructure.com/work-breakdown-structure-examples> (consulté le 4 mars 2026).
67. Adams NE. Bloom's taxonomy of cognitive learning objectives. *J Med Libr Assoc JMLA* 2015; 103: 152–153.
68. Koshy K, Limb C, Gundogan B, et coll. Reflective practice in health care and how to reflect effectively. *Int J Surg Oncol* 2017; 2: e20.
69. Shi Q, Chesworth BM, Law M, et coll. A modified evidence-based practice- knowledge, attitudes, behaviour and decisions/outcomes questionnaire is valid across multiple professions involved in pain management. *BMC Med Educ* 2014; 14: 263.
70. Holtrop JS, Rabin BA, Glasgow RE. Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: rationale and methods. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 177.
71. Rodrigues IB, Fahim C, Garad Y, et coll. Developing the intersectionality supplemented Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) and tools for intersectionality considerations. *BMC Med Res Methodol* 2023; 23: 262.
72. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*; 1989: 139–167.