

LA MOBILISATION DES CONNAISSANCES EN SANTÉ DANS LES PETITES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE.

SES DÉFIS
SES CONDITIONS DE SUCCÈS

Rapport d'étude

présenté au

Collège Mathieu et au

Secrétariat national du Consortium national de formation en santé

25 mai 2021



Cette étude a été réalisée pour le compte du :



Collège Mathieu

Centre francosaskois d'excellence en éducation
Éducation postsecondaire collégiale



**CONSORTIUM NATIONAL
DE FORMATION EN SANTÉ**

Par le cabinet :

SOCIUS
recherche et conseils

Direction de l'étude : Marc L. Johnson

Consultante en recherche : Virginie Cimon

Expert et experte conseils : Luc Dancause ([Sapiens Conseils](#)), Mariève Forest ([Sociopol](#))

© Mai 2021

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	1
2	CONTEXTE DES PETITES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE (CFSM)...	2
3	MOBILISATION DES CONNAISSANCES	3
4	DÉFIS ET CONDITIONS DE SUCCÈS DE LA MDC	5
4.1	En général	5
4.2	En production des connaissances	6
4.2.1	Défis de production de portée générale.....	6
4.2.2	Défis de production propres aux petites CFSM	6
4.3	En diffusion et en partage des connaissances	7
4.3.1	Défi de diffusion et de partage de portée générale.....	7
4.3.2	Défis de diffusion et de partage propres aux petites CFSM	8
4.4	En application des connaissances	9
4.4.1	Défis d'application de portée générale.....	9
4.4.2	Défi d'application propre aux petites CFSM.....	9
5	PISTES D'ACTION STRATÉGIQUE.....	10
5.1	En somme.....	10
5.2	Comment faire mieux?	10
5.2.1	Centre d'expertise partagée en mobilisation des connaissances sur la santé en français	10
5.2.2	Sensibilisation à la MdC	11
5.2.3	Soutien financier à la MdC	11
6	ANNEXES.....	12
6.1	Liste des sources documentaires consultées	12
6.2	Autres sources écrites consultées	13
6.3	Liste des personnes consultées	14
6.4	Guide d'entretien auprès des personnes engagées dans le cycle de la mobilisation des connaissances	15
6.5	Guide d'animation auprès des personnes intervenant dans le secteur de la santé en français	19

1 INTRODUCTION

La mobilisation des connaissances (MdC) est une approche ouverte et participative à la production et à la circulation des connaissances. Elle met en relation les personnes qui produisent et utilisent ensemble les connaissances autour d'enjeux communs. La MdC gagne en crédibilité en raison de sa capacité à générer, à faire circuler et à adapter des connaissances qui répondent aux besoins et soutiennent les capacités des milieux communautaires, de recherche et de pratique.

Les établissements d'enseignement supérieur s'y intéressent de plus en plus, mais l'appropriation de cette approche novatrice n'est pas sans défi. Est-ce que ces défis sont différents ou plus marqués dans les petites communautés francophones en situation minoritaire (CFSM), communautés où sont situés bon nombre des établissements membres du Consortium national de formation en santé (CNFS)?

C'est à cette question que le Collège Mathieu et le secrétariat national du CNFS ont souhaité répondre en offrant au cabinet Socius recherche et conseils le mandat de réaliser une étude sur les conditions et les défis liés à la diffusion des connaissances en santé au sein des petites CFSM au Canada. Ces deux institutions souhaitent en particulier que l'étude propose des mesures stratégiques que pourront mettre en place les établissements membres du CNFS afin d'élargir la portée de leurs activités de MdC.

Réalisée entre janvier et avril 2021, cette étude s'est appuyée sur trois collectes de données :

- Une **revue des écrits** (voir sections 6.1 et 6.2) afin de cerner les principaux enjeux déjà documentés et de formuler le questionnement de cette étude;
- Des **entretiens** avec des personnes qui initient, administrent, dirigent ou réalisent des projets de recherche en lien avec la santé en français, afin de faire un inventaire des pratiques et de recueillir des témoignages de leurs expériences, de leurs connaissances et de leurs conceptions de la MdC;
- Un **forum de discussion** avec des personnes intervenant dans le secteur de la santé en français et susceptibles d'utiliser les connaissances mobilisées (voir section 6.3 Liste des personnes consultées) afin de réfléchir à l'accessibilité et à l'utilité de ces connaissances et d'explorer les moyens d'améliorer la MdC.

* * *

Le rapport précise d'abord le contexte particulier des CFSM (section 2), puis décrit comment se définit la MdC (section 3) avant de se pencher successivement sur les défis liés à la MdC (section 4) et plus particulièrement sur ceux liés à la production (4.2), à la diffusion (4.3) et à l'application (4.4) des connaissances. En terminant, il présente un résumé des principales constatations de l'étude (5.1) et propose des pistes stratégiques (5.2) pour soutenir le développement de la MdC dans le réseau du CNFS.

2 CONTEXTE DES PETITES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE (CFSM)

Les CFSM regroupent un peu plus d'un million de personnes ayant le français comme première langue officielle parlée (Canada, 2020). La recherche rapporte que plus du tiers de ces francophones estiment qu'il leur serait très difficile de recevoir des services de santé dans leur langue, que seulement 40 % ont communiqué en français avec le personnel médical et 50 % avec le personnel infirmier (Cardinal et al., 2018). La prise en charge limitée du français par les systèmes de santé (Lepage et Lavoie, 2017) et l'insécurité linguistique (Savard et al., 2017) qui caractérisent souvent ces communautés réduisent l'accès aux services de santé dont ces dernières ont besoin.

Petites CFSM. Ces données représentent une moyenne. Or, les CFSM sont éparpillées dans toutes les régions du pays et connaissent donc une grande diversité de situations en matière de services de santé. Outre certaines régions où le nombre et la densité de francophones leur octroient une masse critique qui leur permet un accès plus grand aux services de santé en français, la plupart des CFSM se trouvent en situation très minoritaire. C'est à ces « petites » CFSM que s'intéresse la présente étude.

Les petites CFSM peuvent être des communautés relativement homogènes sur le plan linguistique, comme Pointe-de-l'Église en Nouvelle-Écosse, Wellington à l'Île-du-Prince-Édouard, Sudbury et Hearst en Ontario, Saint-Boniface au Manitoba et Gravelbourg en Saskatchewan, ou elles peuvent être immergées dans de grands ensembles urbains comme Toronto en Ontario, Regina en Saskatchewan, Edmonton en Alberta, Vancouver en Colombie-Britannique ou Yellowknife aux Territoires du Nord-Ouest.

Établissements du CNFS. On retrouve dans ces communautés des établissements d'enseignement supérieur, membres du CNFS, qui offrent des programmes de formation et qui font de la recherche dans le secteur de la santé en français (voir **Figure 1**). La plupart se situent dans de petites CFSM, sauf l'Université de Moncton, le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick, l'Université d'Ottawa, le Collège La Cité, le Collège Boréal et l'Université Laurentienne. Bien que leurs sièges sociaux se situent dans des communautés francophones plus grandes, ces établissements desservent aussi de petites CFSM. Ils y offrent des programmes de formation ou y mènent des activités de recherche et leurs perspectives à l'égard de ces petites CFSM ont été mobilisées dans le cadre de cette étude.

Figure 1 Établissements membres du CNFS

Campus Glendon (Université York)
Campus Saint-Jean (Université de l'Alberta)
Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick
Cité universitaire francophone (Université de Regina)
Collège Boréal
Collège communautaire du Nouveau-Brunswick
Collège de l'Île
Collège Educacentre
Collège La Cité
Collège Mathieu
Université d'Ottawa
Université de Hearst
Université de Moncton
Université de Saint-Boniface
Université Laurentienne
Université Sainte-Anne

3 MOBILISATION DES CONNAISSANCES

La MdC se développe dans un contexte où de nouveaux ponts s'établissent entre la recherche et la pratique (Bowen et al., 2019). Les universités ont longtemps été le bastion de la recherche, mais leur réalité se transforme. D'autres lieux se consacrent aussi à la recherche, notamment le secteur collégial et le secteur privé, mais aussi l'institution publique et le secteur social. De plus, les universités sont appelées à jouer un rôle accru dans les communautés qu'elles desservent. Les organisations de ces communautés sont d'ailleurs de plus en plus intéressées à collaborer avec elles, notamment en recherche. Enfin, les savoirs issus de la recherche scientifique conventionnelle ou interdisciplinaire côtoient des savoirs provenant d'autres sources, telles que l'expérience pratique ou la sagesse traditionnelle, qui sont aussi mobilisés afin de résoudre les enjeux complexes contemporains.

La MdC est une approche de recherche qui vient combler ce besoin, voire cette nécessité de collaboration dans la production, la diffusion, le partage et l'adaptation des savoirs. Selon le diagnostic posé par Dancause

La MdC constitue une approche de recherche dynamique qui veut favoriser la création de nouveaux savoirs fondés sur la collaboration et la participation. Elle représente une des formes les plus avancées de démocratisation des savoirs au sein de nos sociétés.
– Dancause (2021)

(2021), au Québec depuis une décennie, la MdC tend vers un modèle axé sur la coconstruction de nouveaux savoirs par l'entremise de la participation des milieux de recherche et des milieux de pratique et la collaboration entre ces milieux. C'est d'ailleurs dans le secteur de la santé que la MdC est la plus documentée au Québec.

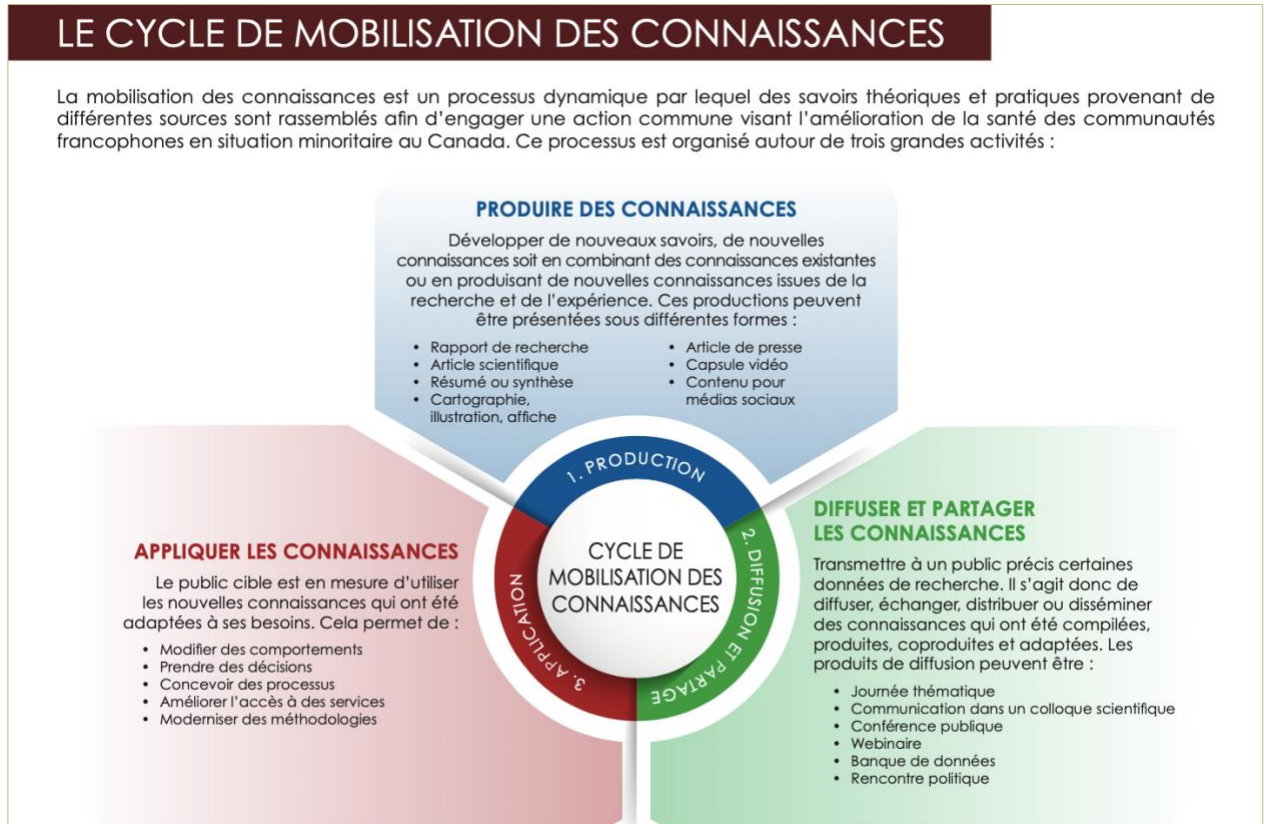
Dans la francophonie canadienne, la MdC a aussi gagné en intérêt au fil du temps. La Société Santé en français, par exemple, dispose d'une stratégie de mobilisation des connaissances depuis 2015. La MdC y est

définie comme « un processus dynamique et itératif par lequel des connaissances, provenant de différentes sources, sont rassemblées afin d'engager une action commune visant l'amélioration de la santé des communautés francophones et acadienne vivant en situation minoritaire au Canada » (SSF, 2018).

Le Collège Mathieu, en collaboration avec le secrétariat national du CNFS, a proposé un modèle illustrant le cycle de la MdC en 2020. La Figure 2 reprend l'essentiel de ce modèle. La MdC y est définie comme « un processus dynamique par lequel des savoirs théoriques et pratiques provenant de différentes sources sont rassemblés afin d'engager une action commune visant l'amélioration de la santé des communautés francophones en situation minoritaire au Canada. Ce processus est organisé autour de trois grandes activités : produire des connaissances, diffuser et partager les connaissances et appliquer les connaissances » (Collège Mathieu et Secrétariat national du CNFS, 2020).

L'équipe de recherche a abordé la question de la définition de la MdC avec les personnes consultées dans le cadre de cette étude. Elles ont relevé que la MdC est un processus associé au fait « de collaborer », « de rassembler tout le savoir existant », « de partager l'information », « de donner vie à l'information », afin « d'influencer la prise de décision ». Réfléchissant aux trois activités autour desquelles se structure le cycle de la MdC (production – diffusion et partage – application), quelques-unes des personnes consultées ont déploré que l'idée de cycle laisse croire que les activités sont des étapes successives, alors qu'elles peuvent en fait s'imbriquer. Elles ont aussi clairement fait valoir que la collaboration doit être entière : la MdC signifie que les parties prenantes du milieu doivent être engagées dans les trois activités et non invitées « après-coup ».

Figure 2 Le cycle de la mobilisation des connaissances selon le Collège Mathieu et le Secrétariat national du CNFS



4 DÉFIS ET CONDITIONS DE SUCCÈS DE LA MDC

Cette section résume le fruit de l'étude en ce qui a trait aux défis et aux conditions de succès des initiatives de MdC dans les petites CFMS. Bon nombre de constatations de l'étude portent sur le processus de MdC dans son ensemble et sont abordées avant celles qui portent plus particulièrement sur la production, la diffusion, le partage et l'application des connaissances.

4.1 En général

Les conditions de succès de la MdC reposent sur quelques principes de base qui sont évoqués dans les écrits et qui ont été formulés par les personnes consultées. Nous pouvons les synthétiser comme suit.

Partir des besoins du milieu. Puisque la MdC repose fondamentalement sur la collaboration entre les milieux de recherche, de pratique et communautaires, on reconnaît que ses activités doivent partir de besoins vécus et ressentis, voire formulés par le milieu de pratique ou directement par les gens de la communauté (Turlais, 2017).

Assurer un engagement continu. Motivés autour d'un besoin clair, les partenaires engagés dans le processus de la MdC doivent pouvoir participer à toutes les étapes de son processus si tel est leur désir. Il ne s'agit pas d'une exigence symétrique, mais d'une ouverture explicite, d'un encouragement et d'une offre de moyens rendant possible cette participation en continu (Gagnon, 2009). L'engagement est aussi plus stable lorsque toutes les parties contribuent financièrement à l'initiative.

Recevoir un appui institutionnel. Les individus engagés dans la MdC, qu'ils soient chercheurs, praticiens, patients ou intervenants communautaires, n'ont pas nécessairement toutes les compétences et les ressources, incluant le temps, pour assurer son succès. Un appui méthodologique, logistique et financier est généralement requis de la part d'institutions telles que l'établissement collégial ou universitaire, de même que des organisations qui ont comme mandat spécifique de produire, de diffuser ou d'appliquer des connaissances (Tremblay et Psyché, 2014; CPTC, 2019). Si ces conditions de succès sont généralement admises, il reste qu'elles ne sont que rarement réunies de manière optimale. En outre, plusieurs défis connexes, rencontrés dans les initiatives entreprises au sein des petites CFMS, entravent la MdC.

Isolement. L'effectif francophone d'une petite CFMS est souvent disséminé sur un grand territoire ou noyé dans une grande agglomération et les données sur sa santé sont rares, inexistantes ou inaccessibles.

Éloignement. La recherche et la MdC s'appuient souvent sur des initiatives développées à partir des régions centrales dont plusieurs petites CFMS sont éloignées.

Taille modeste. Les collèges et les universités établis dans les petites CFMS sont généralement de taille modeste et disposent de capacités limitées afin d'appuyer les initiatives de MdC.

Disponibilité. Dans les petits établissements postsecondaires des CFMS, les personnes susceptibles de faire de la recherche ont généralement des charges d'enseignement ou de gestion déjà importantes. Elles ont donc peu de temps à consacrer aux initiatives de MdC. Il en est de même du personnel de la santé, qui est en nombre restreint et peu disponible.

Perceptions antagoniques entre les milieux de recherche et de pratique. La recherche conventionnelle ainsi que les institutions et les individus qui la mènent sont souvent perçus comme étant en décalage par rapport aux besoins du milieu ou comme exprimant une certaine condescendance face aux milieux communautaire et de pratique. À l'inverse, les milieux de recherche perçoivent parfois les milieux communautaires et de pratique comme étant peu intéressés à leurs projets ou peu engagés envers ceux-ci.

Connectivité. À l'ère du travail à distance, l'accès limité à Internet haute vitesse dans certaines régions éloignées où se situent les petites CFMS ne facilite pas la collaboration nécessaire à la MdC.

4.2 En production des connaissances

La production des connaissances est généralement associée à la recherche, et souvent à la recherche collaborative ou partenariale (Tremblay et Psyché, 2014), qui s'inscrit dans la même perspective que la MdC. La production des connaissances peut aussi consister à mettre à jour des connaissances formelles avec de nouvelles connaissances issues, par exemple, de l'expérience ou des réalités du terrain. Les facteurs de succès de la production des connaissances sont exactement ceux qui sont évoqués pour l'ensemble de la MdC.

4.2.1 Défis de production de portée générale

Certains défis auxquels font face les petites CFMS sont aussi des défis qui touchent plus généralement tous les milieux.

Nouveau paradigme. Bien que la MdC soit une exigence énoncée par la plupart des agences qui subventionnent la recherche, elle reste souvent confinée à des exigences de diffusion. La MdC, telle que définie ci-dessus (voir section 3), demeure peu pratiquée par les milieux de recherche et de pratique. Que ce soit par son engagement multipartite, son caractère participatif et interdisciplinaire ou son ancrage dans les besoins du milieu, la MdC est un changement de paradigme et peut susciter une résistance. La conception d'initiatives de cocréation de connaissances requiert un certain apprivoisement.

Partenariat. L'établissement de partenariats est souhaitable dès la conception d'une initiative de MdC. Pour une équipe de recherche, il ne s'agit pas de trouver un partenaire pour un projet qu'elle a imaginé, mais d'être en relation avec le milieu et à l'écoute de ses besoins. C'est l'établissement d'un lien de confiance qui permet la conception conjointe d'une initiative de cocréation de connaissances. En dépit du nombre croissant d'écrits scientifiques montrant les effets bénéfiques de la recherche partenariale et, en particulier, de l'implication des partenaires dès l'étape de la production des connaissances, plusieurs continuent d'engager les partenaires et de diffuser les résultats seulement à la fin de leurs travaux de recherche (de Moissac et al., 2019).

Figure 3 Partenaires possibles de la MDC

- Gens de la recherche dans différentes disciplines
- Gens de la pratique, francophones et anglophones, qui desservent la communauté
- Patients partenaires
- Organismes représentant les intérêts de la communauté
- Régies de santé qui détiennent les données

Temporalité. Le temps est un facteur important qui agit sur la MdC. D'abord, il faut du temps pour rallier tous les partenaires et pour concevoir conjointement une nouvelle initiative. Ensuite, les milieux de recherche et de pratique fonctionnent selon des temporalités distinctes : plus lente et analytique chez les premiers, plus rapide et axée sur les résultats chez les seconds. Les initiatives engageant la MdC requièrent donc une certaine durée qui nuit au maintien de l'engagement et de la motivation des partenaires et qui leur donne parfois à penser que « le temps que ça finisse, ce n'est plus à jour ».

4.2.2 Défis de production propres aux petites CFMS

Dans les petites CFMS, la production des connaissances fait face à certains défis particuliers.

Reconnaissance. Les petits milieux communautaires qui participent à des initiatives de cocréation de connaissances peinent encore à établir leur légitimité face aux organismes qui subventionnent la recherche. Bien que la collaboration entre les milieux postsecondaires et les utilisateurs de connaissances soit davantage valorisée, au moment de produire les connaissances, ce sont souvent les organisations ayant une grande portée qui sont reconnues. Pour les petites CFMS, ce manque de reconnaissance fait en sorte que leur

situation particulière n'apparaît pas dans les données et risque donc d'être ignorée des stratégies sur la santé des populations qui les concernent.

Disponibilité et type de partenariat. Dans les petites CFMS, les partenaires possibles ne sont pas nombreux et ils ne sont pas tous francophones. C'est tout un défi de réunir les partenaires qui assureront le succès d'une initiative (voir **Figure 3**). Alors que l'identification de partenaires au sein du système de santé s'avère un défi pour l'ensemble des chercheurs et chercheuses (de Moissac et al., 2019), ce défi peut être accentué lorsque la connaissance des enjeux des communautés francophones est réduite. Une connexion entre l'initiative locale et des réseaux provinciaux ou nationaux peut aider.

Financement. Les petites CFMS ont accès à peu de subventions pour la recherche sur les populations très minoritaires. Aux défis de reconnaissance évoqués ci-dessus, il faut ajouter le contexte politique provincial ou territorial qui n'est pas toujours propice à soutenir des initiatives francophones. Aux coûts habituels associés à la production des connaissances s'ajoutent les frais liés au travail collaboratif en contexte bilingue, incluant notamment le coût de traduction des documents destinés aux partenaires anglophones.

Recrutement. La petite taille des CFMS peut engendrer des défis au niveau du recrutement des sujets de recherche. De plus, dans un tel contexte, l'anonymat ou la confidentialité sont difficiles à assurer.

Assistance des étudiantes et étudiants. Considérant le faible nombre de programmes d'études de cycles supérieurs offerts par les établissements postsecondaires des CFMS et considérant le temps requis pour l'encadrement et la formation des étudiantes et étudiants, les initiatives de MdC dans les petits établissements peuvent plus difficilement compter sur l'assistance d'un effectif étudiant formé en recherche.

4.3 En diffusion et en partage des connaissances

La diffusion et le partage des connaissances dans le contexte des CFMS consiste à s'assurer que les connaissances produites et utiles à la promotion de la santé en français soient partagées avec les milieux d'intervention professionnelle, de gestion et de décision politique, qui sauront les utiliser pour changer les pratiques et les systèmes.

Le succès de la diffusion et du partage des connaissances sera facilité par le fait que celles-ci sont issues d'une cocréation en partenariat avec les milieux susceptibles de les utiliser. Si le milieu de la recherche est préoccupé par la définition incertaine du public cible ou par un manque d'intérêt à l'égard des connaissances produites, c'est sans doute parce que la production n'a pas été conçue dans l'esprit de la MdC.

4.3.1 Défi de diffusion et de partage de portée générale

Diffusion sur mesure. La diffusion doit être envisagée en utilisant des contenus et des formats distincts selon les segments de publics visés : personnel de direction, personnel d'intervention, patientes et patients, grand public. Il importe donc de varier les outils de connaissances et les modalités de leur diffusion (voir **Figure 4**). Toutefois, le temps, les compétences et les ressources nécessaires à l'élaboration d'outils sur mesure ne sont pas accessibles à toutes et à tous. Enfin, il importe de souligner que des compétences et des connaissances sont nécessaires pour réaliser des initiatives de diffusion de connaissances adaptées aux publics cibles (CPTC, 2019).

4.3.2 Défis de diffusion et de partage propres aux petites CFMS

Portée locale des connaissances. Des connaissances produites en fonction des besoins du milieu seront plus facile à diffuser localement; cependant, elles pourraient être considérées sans intérêt par des publics plus larges à l'échelle de la province, du territoire ou du pays. Les revues à caractère scientifique, qui sont importantes pour les chercheurs et les chercheuses, s'intéressent peu aux cas trop singuliers. Des initiatives en réseau à l'échelle provinciale ou pancanadienne de la francophonie, qui réunissent des études de cas réalisées localement, pourraient aider à surmonter ce défi.

Insécurité linguistique. Les responsables de la diffusion des connaissances dans les petites CFMS sont confrontés au problème de l'insécurité linguistique des publics francophones qu'ils visent. Ils doivent s'assurer que ces publics auront accès à des messages composés dans un registre de langue familier qu'ils sauront comprendre.

Étudiantes et étudiants comme ambassadeurs. Le faible nombre d'étudiantes et d'étudiants en mesure d'assister dans les activités de production des connaissances dans les petits établissements a été souligné précédemment. Pourtant, ces personnes peuvent être d'habiles communicatrices, branchées aux plateformes largement utilisées, qu'elles sauraient utiliser à bon escient pour la diffusion des connaissances. De plus, lorsque la MdC est intégrée à la formation des étudiantes et des étudiants, quel que soit leur niveau d'études, elle permet d'utiliser ces personnes comme vecteurs de diffusion des connaissances, que ce soit dans leur parcours professionnel ou communautaire.

Centre et périphérie. Les organisations qui sont à même de réaliser des activités de diffusion des connaissances (par exemple des webinaires), du fait de leurs expertises et des moyens dont elles disposent, se trouvent souvent dans les grands centres du pays. Il en résulte que les régions périphériques doivent s'accommoder des thèmes et des horaires privilégiés par ces organisations, qui ne reflètent pas nécessairement leurs propres priorités et disponibilités.

Soutien logistique, expert et financier. Les initiatives entreprises localement dans les petites CFMS disposent de peu de ressources et pourraient accroître leur rayonnement dans la francophonie grâce à un soutien logistique ou financier leur permettant d'adapter leurs connaissances pour d'autres publics ou de diffuser plus largement les outils de connaissances élaborés. De plus, la diffusion des connaissances auprès de publics anglophones, dont les connaissances au sujet des CFMS sont parfois très limitées, requiert des ressources et des expertises importantes.

Figure 4 Exemples de diffusion et de partage des connaissances

- Diffusion des résultats d'un sondage dans un événement « café du monde » et au moyen d'affiches grand public
- Balados et vidéos sur la chaîne YouTube
- Participation conjointe des partenaires à des émissions de radio communautaire
- Contenus très vulgarisés pour le public peu scolarisé
- Diffusion de messages avec mots-clés relatifs à la santé en français sur les réseaux sociaux
- Articles scientifiques publiés sur des plateformes plus accessibles telles que *La conversation*
- Causeries lors de « diners santé »
- Conférences avec des chercheurs et des chercheuses invités
- Lancement de livres dans le gymnase d'une école avec une mise en scène théâtrale
- Rencontre annuelle provinciale d'échange entre gens des milieux de recherche, de pratique et communautaires
- Collaboration avec un centre de recherche anglophone afin de présenter des résultats de recherche dans les deux langues et de traduire les rapports, les sites Web, etc.

4.4 En application des connaissances

La diffusion et le partage des connaissances sont parfois considérés comme l'étape finale d'une initiative de MdC. L'application des connaissances est pourtant une activité qui pousse plus loin la volonté de transformer la réalité, c'est-à-dire des attitudes, des comportements, des pratiques, l'organisation des services ou des politiques, en s'appuyant sur les connaissances mobilisées. Elle est une dimension de la MdC qui est moins connue et maîtrisée. Comme la diffusion et le partage, si l'application porte sur des connaissances relatives à des enjeux importants pour toutes les parties qui les ont cocrées, elle a plus de chance de réussir.

4.4.1 Défis d'application de portée générale

Mesurer les impacts. L'évaluation de l'impact de l'application des connaissances sur le plan de l'apprentissage, des changements d'attitudes, des comportements, des pratiques, des structures ou des politiques représente un grand défi pour toute initiative (et à plus forte raison dans les petites CFSM). L'application des connaissances requiert des capacités méthodologiques, logistiques et financières pour joindre les publics visés et pour mesurer ce que les initiatives ont changé. Peu d'établissements et de CFSM disposent de ces capacités.

Temporalité. Le temps requis pour appliquer les connaissances est beaucoup plus long que le temps nécessaire pour mener une recherche traditionnelle. En effet, comme l'application des connaissances vise souvent des changements importants (comportement, politique, organisation de services, etc.), il importe de prévoir du temps pour acquérir une compréhension partagée de la problématique, pour concevoir des solutions à mettre en place et trouver la manière de les réaliser. En outre, la possibilité de réfléchir, de tester des idées et de réviser des options requiert de mettre de côté les conceptions linéaires du temps de la recherche (Turlais, 2017). Dans tous les cas, ces temporalités discordantes sont souvent peu prises en compte dans la conception des projets et peu valorisées dans les milieux collégiaux, universitaires et de pratique.

4.4.2 Défi d'application propre aux petites CFSM

Accéder aux lieux d'influence. L'isolement et l'éloignement des petites CFSM écartent dans une certaine mesure ces communautés des lieux d'influence sur les politiques de la santé. La participation aux instances consultatives, créées par les autorités ou les régies de la santé, a été évoquée comme façon de faire valoir ou de proposer la mise en œuvre des connaissances ou des solutions trouvées localement (voir **Figure 5**). Dans le même esprit, cette contribution peut être apportée aux comités consultatifs provinciaux ou aux instances nationales qui rassemblent des représentantes et des représentants de plusieurs régions. Dans ces instances multipartites, les solutions élaborées par les petites CFSM peuvent trouver preneurs et être reproduites à plus grande échelle.

Figure 5 Exemples d'application des connaissances

- Un manuel d'apprentissage intégré dans les programmes préscolaires et scolaires
- Un comité consultatif citoyen, instance consultative réunissant les partenaires d'une initiative afin de conseiller les autorités responsables de la santé de la population
- Un comité consultatif provincial, réunissant des partenaires de différentes régions

5 PISTES D'ACTION STRATÉGIQUE

Cette section fait la synthèse des constatations relevées dans ce rapport et propose au CNFS et à ses établissements membres des pistes d'action stratégiques à mettre en œuvre.

5.1 En somme...

Le tour d'horizon réalisé par cette étude semble indiquer qu'il y a encore peu de chercheuses, de chercheurs et de parties prenantes en santé qui se consacrent à la MdC dans les CFMS. Les parties qui s'y intéressent y voient un grand potentiel afin de surmonter les défis de connaissances en santé qui pèsent sur les petites CFMS. Plusieurs d'entre elles font de la MdC de manière exemplaire et pourraient guider les autres. Dans tous les cas, l'intérêt à l'égard de la MdC est considérable et semble s'être largement accru au cours des dernières années.

L'étude nous amène à faire trois grandes constatations qui se révèlent comme autant de besoins à combler. Premièrement, il manque de ressources institutionnelles (structure d'encadrement et de soutien technique, fonds) pour appuyer les initiatives de MdC dans les petites CFMS. Deuxièmement, les personnes susceptibles de s'intéresser à la MdC ont besoin de développer des compétences pour chacune des activités de la MdC. Troisièmement, enfin, il faut créer une culture de collaboration entre les parties qui sont appelées à être partenaires des initiatives de MdC en santé.

5.2 Comment faire mieux?

L'étude a pu poser le diagnostic qui précède, mais a aussi cherché les types d'appui qui pourraient le mieux soutenir le développement de la MdC dans les petites CFMS, en particulier en lien avec le CNFS et ses établissements membres. Nous retenons une approche stratégique en trois volets : mise en place d'un centre d'expertise partagée, sensibilisation à la MdC et soutien financier.

5.2.1 Centre d'expertise partagée en mobilisation des connaissances sur la santé en français

Le CNFS devrait contribuer à mettre sur pied et à soutenir un centre d'expertise partagée en MdC sur la santé des CFMS pouvant venir en appui aux initiatives entreprises par les petits établissements et leurs partenaires. La mise en place et le fonctionnement de ce centre devraient s'appuyer sur le principe de la mutualisation des ressources. En premier lieu, le CNFS devrait envisager cette entreprise en partenariat avec la Société Santé en français et les membres de son réseau, qui seront de toute façon concernés par les initiatives terrain qui en découleront. En second lieu, le CNFS devrait encourager tous ses établissements membres à y collaborer. L'expertise de ce centre pourrait être puisée à même les établissements et organismes mieux dotés ou retenue à la tâche dans le secteur de la consultation. Ce centre pourrait tisser des collaborations avec des établissements ou des organismes du Québec ou des établissements anglophones.

Ce centre aurait le mandat de contribuer à la fois à la MdC sur la santé des CFMS et au développement des expertises en MdC de ses membres et de leurs partenaires. À ce titre, il pourrait offrir des conseils ou du mentorat sur demande, offrir des formations aux équipes de MdC, y compris aux étudiantes et aux étudiants qui les assistent, animer des communautés de pratique ainsi qu'organiser des échanges de bonnes pratiques et de ressources en MdC. Le centre pourrait aussi élaborer des méthodes et des ressources d'évaluation de l'impact de l'application des connaissances, un enjeu qui s'avère assez complexe. Le centre pourrait acquérir et analyser des données populationnelles sur la santé des CFMS afin de faciliter la tâche aux petites communautés qui n'en ont pas les moyens.

En fonction des collaborations mises en place, le centre d'expertise pourrait prendre la forme d'un laboratoire d'innovation sociale misant tant sur les innovations en matière de MdC que sur les innovations ayant un

impact sur la transformation des systèmes de santé, pouvant être reproduites et agissant sur les racines culturelles (Riddell et Moore, 2015).

5.2.2 Sensibilisation à la MdC

Compte tenu que la MdC est encore méconnue et qu'il est difficile de saisir toutes les dimensions et le potentiel de cette activité, il serait utile de sensibiliser les milieux collégiaux, universitaires, professionnels et communautaires à la nature, aux bonnes pratiques et aux succès de la MdC. Cette piste stratégique pourrait être entreprise conjointement avec celle du centre d'expertise partagée ou en complémentarité de celle-ci.

Par exemple, des individus qui se démarquent en MdC pourraient diffuser des pratiques exemplaires dans le cadre de capsules vidéo. Un répertoire des chercheuses et des chercheurs intéressés à la MdC pourrait aider les milieux de pratique et communautaires à trouver des partenaires pour leurs projets.

La plupart des personnes consultées œuvrant à l'extérieur des programmes d'études du CNFS ont dit connaître le CNFS sans toutefois savoir exactement quel est son rôle. Il serait utile de préciser le mandat du CNFS à l'égard de la MdC et d'en faire la promotion, notamment en vue de mieux faire connaître les intentions stratégiques des activités du CNFS. Considérant que la MdC – et le changement social auquel ses activités cherchent à contribuer – requiert une collaboration étroite d'acteurs et d'actrices d'horizons divers, une telle promotion pourrait contribuer largement aux succès des activités de MdC.

5.2.3 Soutien financier à la MdC

La MdC est une innovation en recherche qui peut répondre aux besoins et aux enjeux les plus pressants des CFMS en matière de santé. Le financement de la recherche assuré par les programmes du CNFS devrait plus que jamais en tenir compte.

Des démarches sont en cours au CNFS afin de guider les demandes de financement vers la détermination de leur impact dans la communauté, l'établissement de partenariats avec la communauté ainsi que la diffusion et l'application des résultats de recherche. Ces démarches se font dans l'esprit de la MdC et devraient aussi encourager, en amont, la prise en compte des besoins et, en aval, l'application des connaissances produites.

Compte tenu que les subventions de recherche conventionnelles incitent peu à la diffusion et à l'application des connaissances, particulièrement sous des formes innovantes, le CNFS pourrait aussi consacrer une partie de ses fonds à cet effet de manière à ce que l'impact de la recherche subventionnée par d'autres sources soit pleinement ressenti. Les initiatives de MdC dans les petites CFMS sont souvent de taille modeste et pourraient en outre profiter de fonds de démarrage.

Dans tous les cas, les ententes de financement pourraient impliquer une entente de collaboration avec le centre d'expertise partagée en MdC afin que les partenaires soient épaulés dans leurs efforts.

6 ANNEXES

6.1 Liste des sources documentaires consultées

Berthelette, D., S.K. Mubian et J. Dutil. (2015). [À vous de jouer](#). *Outil pour le transfert de connaissances sur des pratiques de pointe et innovantes du secteur social*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

Boisvert, J. (2013). [Une communauté de pratique, comment ça fonctionne?](#) *Manuel de soutien au démarrage et au développement des communautés de pratique intentionnelles dans le cadre du projet Transfert des connaissances pour l'amélioration de la santé et des services sociaux (TRASSS)*. Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

Bowen, S., I. Botting, I.D. Graham, M. MacLeod, D. de Moissac, K. Harlos, B. Leduc, C. Ulrich, J. Knox. (2019). [Experience of Health Leadership in Partnering With University-Based Researchers in Canada – A Call to “Re-imagine” Research](#). *International Journal of Health Policy and Management*, 8(12), 684–699.

Canada. Commissariat aux langues officielles. (2020). [Chiffres en bref sur les langues officielles du Canada \(2016\)](#). Ottawa : En ligne.

Cardinal, D., C. Borris, B. Pinet et F. Leclair. (2018). [La santé des francophones en situation minoritaire au cœur de nos actions](#). *Reflets*, 24(2), 250–258.

Caron, M. (2020). *Évaluer l'impact de treize projets de recherche financés par le CNFS-Secrétariat national sur l'accès aux soins de santé pour les communautés francophones en situation minoritaire (CFSM)*. Rapport déposé au Consortium national de formation en santé.

Collège Mathieu et Consortium national de formation en santé. (2019-2020). *Rapport de synthèse de deux ateliers de formation sur la mobilisation des connaissances*. Formation organisée par le Collège Mathieu avec l'appui financier de Santé Canada dans le cadre du projet spécial « Recherche et mobilisation des connaissances en milieu minoritaire, notamment pour l'Ouest canadien ».

Communauté de pratique en transfert de connaissances (2019). [Référentiel de compétences en transfert de connaissances](#).

Dancause, L. (2021). *Diagnostic de l'expertise québécoise dans le domaine de la mobilisation des connaissances*. Humanov-is, Université de l'Ontario français, TIESS, Québec – Secrétariat aux relations canadiennes. (À paraître).

De Moissac, D., S. Bowen, I. Botting, I.A. Graham, M. MacLeod, K. Harlos, C. M. Songok et M. Bohémier. (2019). [Evidence of commitment to research partnerships? Results of two web reviews](#). *Health Research Policy and Systems*, 17(73).

Forest, M. (2020). *Analyse des retombées des fonds de recherche du CNFS – Volet Université d'Ottawa, période 2013-2020*. Gatineau : Sociopol.

Forgues, É., J. Guignard Noël, C. Nkolo et J. Boudreau. (2009). [De l'émergence à la consolidation : L'état de santé chez les francophones en situation minoritaire](#). Rapport de recherche préparé pour le Consortium national de formation en santé. Moncton : Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques

Gagnon, M. (2009). Moving knowledge to action through dissemination and exchange. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 25-31. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2009.08.013

Leape, L. L. (2014). [The Checklist Conundrum](#). *The New England Journal of Medicine*.

Lepage, J.-F. et É. Lavoie. (2017). [Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada. 2001 à 2011](#). Ottawa : Statistique Canada (série thématique sur l'ethnicité, la langue et l'immigration).

Riddell, D., Moore, M.-L. (2015). [Accroître l'ampleur du champ d'action, de la portée et de l'enracinement : faire progresser l'innovation sociale systémique et les processus d'apprentissage qui la soutiennent](#). Préparé pour la Fondation de la famille J.W. McConnell et le Tamarack Institute.

Savard, J., L. Casimiro, P. Bouchard et J. Benoit. (2017). Les comportements favorables à l'offre active, leur mesure et leurs déterminants. Dans Drolet, M., P. Bouchard et J. Savard (sous la dir. de). [Accessibilité et offre active. Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire](#). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa, chap. 12, p. 304.

Société Santé en français. (2018). [Stratégie de mobilisation des connaissances 18-23](#). Ottawa.

Tremblay, D. G., Psyché, V. (2014). La recherche partenariale et la communauté de pratique. Dans Fontant, J. M., J.-L. Klein et D. Bussière. *Le défi de l'innovation sociale partagée*. Presses de l'Université du Québec

Turlais, A. (2017). [Pour une production de connaissances scientifiques mobilisables dans la pratique de terrain: quels types de dynamiques relationnelles entre chercheurs et praticiens?](#) *Éducation et socialisation*, 45.

Vézina, S. et J. Doiron Robichaud. (2011). [Vers une démarche concertée pour le renforcement de la recherche sur les langues officielles dans le secteur de la santé : bilan et pistes d'action](#). Rapport soumis au Bureau d'appui aux communautés de langue officielle (BACLO) de Santé Canada. Moncton : GRIOSS, Département d'administration publique, Université de Moncton.

6.2 Autres sources écrites consultées

Collège Mathieu et Secrétariat national du Consortium national de formation en santé. (2020). [Le cycle de mobilisation des connaissances](#).

Consortium national de formation en santé (2021). *Appel de propositions pour la Bourse nationale de recherche 2021-2023*.

Consortium national de formation en santé. (2021). *Grille d'évaluation, Bourse nationale de recherche 2021-2023*.

Consortium national de formation en santé. (2021). *Formulaire de demande, Bourse nationale de recherche 2021-2023*.

6.3 Liste des personnes consultées

- **Jean-Luc Bélanger**, directeur général par intérim, Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick
- **Mathieu Bélanger**, directeur de la recherche, Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick; professeur titulaire, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Sherbrooke
- **Nathalie Boivin**, agente des communications et de mobilisation des connaissances, Société Santé en français
- **Gilles Bourassa**, coordonnateur des projets d'inclusion sociale, Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick
- **Érika Cairo**, coordonnatrice des services aux étudiants et de l'engagement communautaire, Collège nordique francophone, Territoires du Nord-Ouest
- **Mamady Camara**, coordonnateur provincial de la formation linguistique / CLIC, Collège Mathieu, Gravelbourg, Saskatchewan
- **Michel Caron**, consultant
- **Nicole Cazemayor**, coordonnatrice des services en français, Hôpital Saint-Boniface, Manitoba
- **Josée Clermont**, directrice générale, Collège nordique francophone, Territoires du Nord-Ouest
- **Danielle de Moissac**, professeure titulaire, Département des sciences expérimentales, Université de Saint-Boniface, Manitoba
- **Paul Denis**, directeur général, Réseau santé albertain, Alberta
- **Nicole Dubuc-Charbonneau**, coordonnatrice CNFS, Université Laurentienne, Ontario
- **Suzanne Dupuis-Blanchard**, professeure titulaire, École des sciences infirmières, Université de Moncton, Nouveau-Brunswick
- **Jacqueline Fortier**, coordonnatrice CNFS, Université de Saint-Boniface, Manitoba
- **Daniel Gagné**, professeur régulier et doyen de l'École des sciences infirmières et des études de la santé, Université de Saint-Boniface, Manitoba
- **Roger Gervais**, professeur adjoint et directeur du Département des sciences humaines, Université Sainte-Anne, Nouvelle-Écosse
- **Isabelle Giroux**, professeure agrégée, École des sciences de la nutrition; vice-doyenne aux études, affaires étudiantes et professionnelles, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Ontario
- **Cristina Grabovschi**, professeure titulaire, programme de psychologie, Université de Hearst, Ontario
- **Julie Lantaigne**, directrice générale, Réseau franco-santé du Sud de l'Ontario, Ontario
- **Barbara Losier**, directrice générale, Mouvement Acadien des Communautés en Santé du Nouveau-Brunswick
- **Amanda Makosso**, coordonnatrice, Services francophones et initiatives spéciales, *Provincial Health Services Authority*, Colombie-Britannique
- **Chantal Mayer-Crittenden**, professeure agrégée, École d'orthophonie, Université Laurentienne, Ontario
- **Nisrine Mokri**, directrice des programmes de santé et *Faculty Service Officer*, Campus Saint-Jean de l'Université de l'Alberta, Alberta
- **Danielle Plamondon**, directrice générale, Équipe de santé familiale Nord-Aski, Ontario
- **Dominique Poirier**, coordonnatrice de projets, Réseau TNO Santé, Territoires du Nord-Ouest
- **Nicolas Roux**, coordinateur des communications et événements, RésoSanté Colombie-Britannique
- **Elsa St-Onge**, agente de gestion de projets et de communication, Réseau du mieux-être francophone du Nord de l'Ontario
- **Jean de Dieu Tuyishime**, coordonnateur des services en français, Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, région de Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest

6.4 Guide d'entretien auprès des personnes engagées dans le cycle de la mobilisation des connaissances

Socius recherche et conseils est chargée par le CNFS de réaliser **une étude** sur les conditions et les défis liés à la diffusion des connaissances en santé au sein des petites communautés francophones en situation minoritaire au Canada. L'étude s'intéresse plus particulièrement au contexte des établissements d'enseignement postsecondaire de ces communautés francophones en situation minoritaire ou très minoritaire.

L'**objectif des entretiens** est de faire un inventaire des pratiques et des savoirs experts auprès des chercheurs et des professionnels œuvrant dans le domaine de la santé. Les questions qui suivent donnent l'occasion à ces personnes de témoigner de leur expérience, de leurs connaissances et de leurs perceptions de la mobilisation des connaissances.

Votre rôle dans la mobilisation des connaissances

- 1) Utilisez-vous la notion de mobilisation des connaissances? Si oui, pouvez-vous nous dire un mot sur comment vous la définissez?
- 2) Connaissez-vous la définition proposée par le CNFS? [Voir le document ci-joint.]
- 3) À quelle(s) étape(s) du cycle de la mobilisation des connaissances jouez-vous un rôle?
 - a) Recherche et production de connaissances
 - b) Diffusion ou partage des connaissances
 - c) Application des connaissances

[Passer directement à l'étape ou aux étapes choisies par la personne répondante.]

La production des connaissances

[Si la personne n'œuvre pas dans la production des connaissances :]

- 4) À votre avis, de quelle façon la recherche et la production des connaissances dans les milieux très minoritaires pourraient-elles mieux contribuer à la santé en français?

[Si la production des connaissances figure parmi ses choix :]

- 5) Quel est votre rôle en production des connaissances? À quels genres d'activités vous consacrez-vous?
- 6) Quelle place faite-vous à la recherche collaborative ou partenariale dans votre pratique?
- 7) Pouvez-vous nous faire part d'une expérience de production de connaissances que vous avez observée ou dans laquelle vous avez été impliquée et qui vous a semblé positive?
 - a) En quoi cette expérience vous a-t-elle semblé une bonne pratique?
 - b) Qu'est-ce qui a contribué au succès de cette pratique?
 - i) Le contexte?
 - ii) Le type de connaissances (scientifiques, expérientielles, administratives, etc.)?

- iii) Les partenaires impliqués?
 - iv) Les utilisateurs des connaissances?
 - v) Les compétences des personnes chargées de la recherche / de la production des connaissances?
 - vi) Les ressources financières?
- 8) Pourriez-vous nous parler des défis auxquels vous faites face du fait de travailler à partir d'un petit établissement en milieu très minoritaire OU de travailler sur un milieu très minoritaire?

[Exemples de questions de relance pour préciser les défis :

- a) *L'analyse adéquate des besoins de connaissances pose-t-elle un défi? Expliquer.*
- b) *La disponibilité des ressources (temps, expertises locales, financement, soutien institutionnel, accès aux collaborations externes...) pose-t-elle un défi? Expliquer.*
- c) *L'isolement ou la taille de votre communauté posent-ils un défi? Expliquer.]*

La diffusion et le partage des connaissances

[Si la personne n'œuvre pas dans la diffusion et le partage des connaissances :]

- 9) À votre avis, de quelle façon la diffusion et le partage des connaissances dans les milieux très minoritaires pourraient-ils mieux contribuer à la santé en français?

[Si la diffusion et le partage des connaissances figurent parmi ses choix :]

- 10) Quel est votre rôle en diffusion et en partage des connaissances? À quels genres d'activités vous consacrez-vous?
- 11) Pouvez-vous nous faire part d'une expérience de diffusion ou de partage des connaissances que vous avez observée ou dans laquelle vous avez été impliqué(e) et qui vous a semblé positive?
- a) En quoi cette expérience vous a-t-elle semblé une bonne pratique?
 - b) Qu'est-ce qui a contribué au succès de cette pratique?
 - i) Le contexte?
 - ii) Les types de connaissances (scientifiques, expérientielles, administratives, etc.)?
 - iii) Les partenaires impliqués?
 - iv) Les utilisateurs des connaissances?
 - v) Les compétences des personnes chargées de la diffusion / du partage des connaissances?
 - vi) Les ressources financières?
- 12) Pourriez-vous nous parler des défis auxquels vous faites face du fait de travailler à partir d'un petit établissement en milieu très minoritaire OU de travailler sur un milieu très minoritaire?

[Exemples de questions de relance pour préciser les défis :

- a) *La nature et la qualité des connaissances développées (leur solidité, leur applicabilité, etc.) posent-elles un défi? Expliquer.*
- b) *La disponibilité des ressources (temps, expertises locales, financement, soutien institutionnel, accès aux collaborations externes...) pose-t-elle un défi? Expliquer.*
- c) *La reconnaissance de l'importance d'une santé en français dans les milieux de pratique pose-t-elle un défi? Expliquer.*
- d) *L'isolement ou la taille de votre communauté posent-ils un défi? Expliquer.]*

L'application des connaissances

[Si la personne n'œuvre pas dans l'application des connaissances :]

- 13) À votre avis, de quelle façon l'application des connaissances dans les milieux très minoritaires pourrait-elle mieux contribuer à la santé en français?

[Si l'application des connaissances figure parmi ses choix :]

- 14) Quel est votre rôle en application des connaissances? À quels genres d'activités vous consacrez-vous?
- 15) Pouvez-vous nous faire part d'une expérience d'application des connaissances que vous avez observée ou dans laquelle vous avez été impliqué(e) et qui vous a semblé positive?
- a) En quoi cette expérience vous a-t-elle semblé une bonne pratique?
 - b) Qu'est-ce qui a contribué au succès de cette pratique?
 - i) Le contexte?
 - ii) Les types de connaissances (scientifiques, expérientielles, administratives, etc.)?
 - iii) Les partenaires impliqués?
 - iv) Les utilisateurs des connaissances?
 - v) Les compétences des personnes chargées de l'application des connaissances?
 - vi) Les ressources financières?

- 16) Pourriez-vous nous parler des défis auxquels vous faites face du fait de travailler à partir d'un petit établissement en milieu très minoritaire OU de travailler sur un milieu très minoritaire?

[Exemples de questions de relance pour préciser les défis :

- a) *La mobilisation des intervenants pose-t-elle un défi? Expliquer.*
- b) *La reconnaissance de l'importance d'une santé en français dans les milieux de pratique pose-t-elle un défi? Expliquer.*
- c) *La nature et la qualité des connaissances développées (leur solidité, leur applicabilité, etc.) posent-elles un défi? Expliquer.*

- d) *La disponibilité des ressources (temps, expertises locales, financement, soutien institutionnel, accès aux collaborations externes...) pose-t-elle un défi? Expliquer.*
- e) *L'isolement ou la taille de votre communauté posent-ils un défi?]*

La contribution du CNFS à la mobilisation des connaissances

[Pour tous et toutes]

On rêve, là... Si on voulait une situation optimale dans laquelle toutes les parties (CNFS, Santé Canada, les établissements de soins) étaient engagées à renforcer la mobilisation des connaissances afin de soutenir la santé en français, quelles nouvelles initiatives (structures, formations, programmes et services, procédures, outils, etc.) verrait-on se mettre en place?

17) Quel rôle pourrait jouer particulièrement le CNFS dans ce contexte?

[Exemples de questions de relance pour préciser les changements souhaités :

- a) *Des lieux de dialogue entre les utilisateurs et les producteurs de connaissances dans votre communauté?*
- b) *Des initiatives de recherche collaborative ou partenariale?*
- c) *Des communautés de pratique?*
- d) *Des fonds consacrés à la diffusion et à l'application des connaissances?*
- e) *Des expertises disponibles en courtage de connaissances?]*

6.5 Guide d'animation auprès des personnes intervenant dans le secteur de la santé en français

Socius recherche et conseils est chargée par le Consortium national de formation en santé (CNFS) de réaliser **une étude** sur les conditions et les défis liés à la diffusion des connaissances en santé au sein des petites communautés francophones en situation minoritaire au Canada. L'étude s'intéresse plus particulièrement au contexte des établissements d'enseignement postsecondaire de ces communautés francophones en situation minoritaire ou très minoritaire.

L'**objectif du groupe de discussion** est de réfléchir à l'accessibilité et à l'utilité des connaissances mobilisées par les personnes œuvrant en recherche dans ces établissements, en lien avec les besoins des intervenantes et des intervenants de la santé en français, et d'explorer les moyens de les améliorer.

La mobilisation des connaissances

En préparation à la discussion en groupe, nous vous invitons à prendre connaissance de la page d'information en annexe de ce questionnaire, qui présente schématiquement le cycle de la mobilisation des connaissances, composé de trois étapes : la production (p. ex. la recherche), la diffusion ou le partage (p. ex. une publication, des messages sur les réseaux sociaux) et l'application des connaissances (p. ex. l'intégration des connaissances dans les services et les changements qui en découlent). Nous vous invitons à situer votre pratique ou votre expérience dans ces différentes étapes.

La production des connaissances

- 1) Nous allons commencer par discuter du premier volet du cycle, à savoir la production des connaissances. Celles et ceux qui ont eu une expérience en production, pouvez-vous nous en parler?
 - a) De quel genre de projet s'agissait-il?
 - b) S'agissait-il d'une recherche ou d'une activité de type collaboratif ou partenarial?
 - c) Quel rôle avez-vous joué?
 - d) Qu'avez-vous retiré de positif de cette expérience?
 - e) Y a-t-il un aspect de cette expérience qui vous a déçu, qui aurait pu être mieux conçu ou mieux mené?
- 2) Vous qui travaillez directement avec la population francophone et qui connaissez leurs besoins en matière de santé, pouvez-vous préciser des activités ou des programmes de production de connaissances que les établissements collégiaux et universitaires de langue française devraient offrir?

La diffusion et le partage des connaissances

- 3) Penchons-nous maintenant sur le volet de la diffusion et du partage des connaissances. Celles et ceux qui ont eu une expérience en diffusion ou en partage des connaissances, pouvez-vous nous en parler?
 - a) De quel genre d'activité s'agissait-il?
 - b) Quel rôle avez-vous joué?
 - c) Qu'avez-vous retiré de positif de cette expérience?
 - d) Y a-t-il un aspect de cette expérience qui vous a déçu, qui aurait pu être mieux conçu ou mieux mené?

- 4) En tant qu'intervenantes et intervenants, qu'est-ce qui vous manque comme connaissances diffusées ou partagées par les chercheurs et autres producteurs de connaissances?

L'application des connaissances

- 5) Penchons-nous enfin sur le volet de l'application des connaissances. Celles et ceux qui ont eu une expérience en application des connaissances, pouvez-vous nous en parler?
- a) Quel genre de connaissances avez-vous appliquées dans notre pratique?
 - b) Qu'est-ce qui vous a aidé à appliquer ces connaissances?
 - c) Qu'est-ce qui a rendu difficile l'application des connaissances?
- 6) Avez-vous développé ou connaissez-vous des moyens pour évaluer dans quelle mesure l'application des connaissances a transformé quelque chose dans la santé en français?

La contribution du CNFS à la mobilisation des connaissances

- 7) En terminant, y a-t-il des ressources ou des solutions (structures, formations, programmes et services, procédures, outils, etc.) qui pourraient être mises en place dans vos milieux par le CNFS, ses établissements membres et ses partenaires afin de renforcer la mobilisation des connaissances et de soutenir la santé en français?