

Le Web 2.0 pour soutenir le réseautage en santé mentale au Québec

Online Activities to Support Networking in Mental Health Practices in Quebec

Dominique Michaud, Catherine Briand, Véronique Thibault et Karine Charbonneau

Volume 40, numéro 1, printemps 2015

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1032392ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1032392ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Michaud, D., Briand, C., Thibault, V. & Charbonneau, K. (2015). Le Web 2.0 pour soutenir le réseautage en santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 227–249. <https://doi.org/10.7202/1032392ar>

Résumé de l'article

Pour soutenir l'accès et l'implantation des meilleures pratiques de réadaptation en santé mentale au Québec, le Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (www.cerrisweb.com) a mis sur pied une communauté de pratique et organisé des activités Web 2.0 accessibles à distance. Dans cet article, les auteures présentent cette communauté de pratique et les résultats d'une expérience de trois années (2010-2013) concernant l'appréciation de ses membres de deux activités Web 2.0 de dissémination et d'échange de connaissances : la conférence en ligne et le débat-blogue. L'utilisation d'outils Web 2.0 semble une avenue intéressante pour faciliter l'accès aux connaissances et favoriser les échanges entre acteurs du réseau de la santé mentale du Québec.

Le Web 2.0 pour soutenir le réseautage en santé mentale au Québec

Dominique Michaud^a

Catherine Briand^b

Véronique Thibault^c

Karine Charbonneau^d

RÉSUMÉ Pour soutenir l'accès et l'implantation des meilleures pratiques de réadaptation en santé mentale au Québec, le Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (www.cerrisweb.com) a mis sur pied une communauté de pratique et organisé des activités Web 2.0 accessibles à distance. Dans cet article, les auteures présentent cette communauté de pratique et les résultats d'une expérience de trois années (2010-2013) concernant l'appréciation de ses membres de deux activités Web 2.0 de dissémination et d'échange de connaissances: la conférence en ligne et le débat-blogue. L'utilisation d'outils Web 2.0 semble une avenue intéressante pour faciliter l'accès aux connaissances et favoriser les échanges entre acteurs du réseau de la santé mentale du Québec.

-
- a. B. Éd., coordonnatrice, Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS), www.cerrisweb.com, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Québec.
 - b. Ph. D., professeure agrégée, Programme d'ergothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal; chercheure, Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS), Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Québec.
 - c. M. Sc., ergothérapeute, assistante de recherche, Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS), Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Québec.
 - d. M. Sc., ergothérapeute, assistante de recherche, Centre d'études sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS), Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Québec.

MOTS CLÉS réadaptation psychosociale, communauté de pratique, formation continue, dissémination et échange des connaissances, technologies de l'information et de la communication

Online Activities to Support Networking in Mental Health Practices in Quebec

ABSTRACT Objectives: To support knowledge application of evidence-based practices in mental health rehabilitation in Quebec, the Centre for Studies on Rehabilitation, Recovery and Social Inclusion (CÉRRIS – www.cerrisweb.com) has set up a community of practice and has organized online activities. In this article, the authors present the community of practice (457 members to date) and the results of a three-year experience aimed at evaluating their appreciation with two online activities of dissemination and knowledge exchange: Web conference and debate blog. **Methods:** The methodology used in this publication is part of a process of program evaluation. More specifically, a research mixed method was used (concurrent triangulation design). Qualitative data (from qualitative questionnaires) and quantitative data (from *Google analytics* – participation and attendance data) were collected in parallel and incorporated into analysis step. Forty qualitative questionnaires were completed to identify the benefits, barriers, challenges and facilitators encountered during their participation in the activity. The participants are members of the community of practice of the CÉRRIS and are people with mental illness, family members, practitioners, researchers, students, managers and policy makers in the field of mental health rehabilitation and come from different regions of Quebec, Canada and French speaking areas of Europe. Quantitative data on participation and attendance were collected and analyzed throughout the first three years of implementation of the CÉRRIS. Qualitative data from the questionnaires were analyzed following a content analysis process. Quantitative data were analyzed using Excel. **Results:** Since September 2010, 14,061 unique visitors navigated on the CÉRRIS website (23,391 visits) and 2,278 people visited the blog (10,393 visits). Ninety-nine members of the community of practice attended at least one of the 13 Web conferences. Web conference allows a) access to evidence-based practices, b) networking and contact between individuals of different areas and c) access to continuing education remotely. A total of 62 members of the community of practice have actively taken part in one of the 5 debates on the blog. The activity of debate blog a) promotes egalitarian exchanges between different actors in mental health sector, b) encourages diversity of viewpoints and c) create a forum for dialogue and reduce stigma towards people with mental illnesses. For both types of Web activities, technological barriers (network security, outdated computer equipment, etc.) restrained the full participation of the participants. However, the assistance received from organizations and their openness towards new technologies has facilitated the experience of participants in both activities. **Conclusion:**

Online activities as Web conference and debate blog are interesting avenues to facilitate access to knowledge and support exchanges between clinical, academic, community-based communities, people who use mental health services and their families.

MOTS CLÉS psychosocial rehabilitation, community of practice, continuing education, dissemination of knowledge, exchange of knowledge, information and communications technologies

Depuis plusieurs années déjà, les systèmes de santé tentent de relever le défi que soulèvent la non-utilisation optimale des données de recherche et leur intégration dans les services et pratiques de santé (Strauss *et al.*, 2013). La mise en place de divers mécanismes d'application des connaissances (synthèse, dissémination, échange, adaptation, etc.) est d'ailleurs au cœur des préoccupations des différents ordres gouvernementaux qui cherchent à accentuer l'utilisation des données de la recherche et les collaborations étroites entre les partenaires d'un même domaine d'expertise (MSSS, 2005, 2014a; IRSC, 2010; ISPS, 2009). Le domaine de l'application des connaissances privilégie la constante interaction entre les divers utilisateurs de connaissances afin de favoriser la co-construction de nouveaux savoirs, ceux-ci idéalement adaptés aux contextes et aux réalités locales.

Le domaine de la santé mentale, particulièrement celui de la réadaptation et de l'insertion sociale des individus aux prises avec des troubles de santé mentale, ne fait pas exception. Malgré 1) une vaste littérature qui présente les meilleures pratiques fondées sur la preuve scientifique, 2) des systèmes de santé mentale qui tentent d'innover en adoptant des pratiques personnalisées qui répondent davantage aux besoins des personnes, et 3) des expertises riches et variées autant des intervenants que des personnes utilisatrices de services et leurs proches; les décideurs, gestionnaires, intervenants, usagers du réseau de la santé mentale ont peu accès aux connaissances et disposent de peu de mécanismes d'échange et de soutien au déploiement des meilleures pratiques (Bond *et al.*, 2009; Lehman *et al.*, 2011; Powell *et al.*, 2012; Torrey *et al.*, 2011).

Lors de deux journées de réseautage sur le thème *Partenariat pour l'amélioration des pratiques de réadaptation au Québec visant le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, qui se

sont tenues les 26-27 mars 2009 à Montréal (Subvention de réseautage des IRSC, Briand *et al.* 2009), des partenaires du réseau de la santé mentale adulte du Québec ont identifié clairement l'importance d'avoir des mécanismes de réseautage et de valorisation des connaissances scientifiques pour soutenir la diffusion des meilleures pratiques de réadaptation en santé mentale au Québec – volet dissémination et échange de connaissances (Briand *et al.*, 2009). Dix-huit gestionnaires de programmes de santé mentale de 12 régions administratives du Québec ainsi que les principales associations provinciales concernées par le sujet étaient présentes lors de ces journées (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale – AQRP, Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale – APUR, Société québécoise de la schizophrénie – SQS). Les défis qu'ils ont identifiés en regard des mécanismes de dissémination et d'échange de connaissances étaient :

- peu d'accès aux preuves scientifiques et aux travaux des chercheurs québécois;
- peu d'informations disponibles en français et vulgarisées;
- peu de lieux d'échange entre gestionnaires/intervenants de régions différentes;
- peu de formation continue offerte en milieu rural;
- peu de formations axées sur les discussions cliniques et valorisant les savoirs expérientiels.

Les recommandations identifiées étaient :

- soutenir les intervenants dans le partage et l'échange d'informations;
- mettre à profit les personnes utilisatrices de services;
- donner accès à de l'information via un portail Web;
- identifier un porteur national qui veille à la mise à jour et qui soutienne le réseautage entre les régions du Québec.

Le CÉRRIS : projet pilote de dissémination et d'échange de connaissances

À la lumière de ces défis et recommandations, l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), en étroite collaboration avec son Centre de recherche (CRIUSMM), a fait le pari de soutenir un projet pilote de dissémination et d'échange des connaissances dans le domaine de la réadaptation (Fond d'établissement, Briand *et al.*, 2009-

2011; Subventions de dissémination IRSC, Briand *et al.*, 2011-2012, 2013-2014).

Le Centre d'études (et de valorisation des connaissances) sur la réadaptation, le rétablissement et l'insertion sociale (CÉRRIS – www.cerrisweb.com) a vu le jour en septembre 2010, en ayant pour mission d'offrir une vitrine sur la recherche et l'innovation dans le domaine de la réadaptation en santé mentale, ainsi que de créer un lieu commun d'échanges et de collaborations entre les milieux scolaires, cliniques et communautaires de toutes les régions du Québec. S'appuyant sur une communauté de pratique (à ce jour, plus de 457 membres étudiants, chercheurs, intervenants, gestionnaires, utilisateurs de services, proches et décideurs; voir Figure 1) ainsi que sur l'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC), le CÉRRIS offre des activités Web 1.0 et Web 2.0¹ de dissémination et d'échange des connaissances (dossier Web à partir de synthèse de la documentation scientifique, conférences en ligne, débats-blogues, etc.).

La communauté de pratique du CÉRRIS est davantage un moyen de mobilisation et de leadership vers l'amélioration des pratiques et de la qualité de l'offre de services ainsi qu'une mise en réseau de différents acteurs d'un même système. Elle ne correspond pas à une perspective classique de Wenger (2002, 2005), mais davantage à une perspective de *Knowledge management* (Annabi et McCann, 2013; Bertone *et al.*, 2013)². Dans cette nouvelle perspective, mettant bien souvent à profit

1. Ce qui différencie le Web 2.0 du Web 1.0 est le fait que l'internaute n'est plus un consommateur d'informations passif, mais qu'il crée, échange et publie toutes sortes de contenus (DesRoches, 2006). L'arrivée du Web 2.0 a amené des outils de communication et de collaboration comme les wikis, les blogues et les podcasts (Boulos, Maramba et Wheeler, 2006).
2. Selon la perspective classique de Wenger, « la participation à une communauté de pratique ne se limite pas à partager les mêmes préoccupations sur un sujet ou à avoir un désir d'approfondir ses connaissances et expertises, elle réfère également au processus plus englobant de collaboration active aux pratiques d'une communauté sociale et de la construction d'identités en lien avec elle » (Ranmuthugala *et al.*, 2011; Wenger *et al.*, 2002; 2005). Elle est décrite comme un agencement social de type *bottom-up*. Quoique que la perspective de *Knowledge management* semble adhérer à une approche plus *top-down* par la gestion proactive des connaissances, le CÉRRIS tente d'allier à la fois une approche *bottom-up* de co-construction des connaissances par et pour les acteurs du réseau (incluant les personnes utilisatrices de services) et une approche *top-down* qui reconnaît l'apport important des preuves scientifiques de l'amélioration et de la qualité d'un système (Annabi et McCann, 2013; Bertone *et al.*, 2013).

les TIC, la communauté de pratique est considérée comme un outil pour colliger et disséminer les connaissances, mobiliser et mettre en réseau différents acteurs et augmenter la capacité décisionnelle et l'innovation d'un système ou d'une organisation (Annabi et McCann, 2013; Diaz-Chao *et al.*, 2014; Meagher-Stewart *et al.*, 2012).

OBJECTIF

L'objectif de cet article est de présenter l'expérience du CÉRRIS après trois années d'activités (2010-2013) et l'analyse des données recueillies. La collecte de données effectuée a permis de documenter le niveau de participation et d'achalandage des participants aux activités du CÉRRIS ainsi que l'appréciation de deux activités Web 2.0 de dissémination et d'échange des connaissances du CÉRRIS: les activités de conférences en ligne³ et les activités de débats-blogue⁴.

Les objectifs spécifiques de cette démarche évaluative sont de :

- situer les avantages et l'apport des activités de conférences en ligne et de débats-blogue pour les membres de la communauté de pratique;
- documenter plus systématiquement les difficultés rencontrées, les défis/enjeux et les facilitateurs à la participation;
- explorer le niveau de faisabilité d'introduire des TIC dans le réseau de la santé au Québec.

MÉTHODOLOGIE

La méthodologie proposée s'inscrit dans une démarche d'évaluation de l'implantation d'une nouvelle initiative (Brousselle *et al.*, 2009). Le devis est de type mixte simultané avec triangulation; des données quantitatives et qualitatives ont été collectées en parallèle, analysées séparément et intégrées à l'étape d'interprétation (Briand et Larivière, 2014; Creswell et Plano Clark, 2011). Cette démarche a permis de suivre le niveau de participation et d'achalandage des participants pendant

3. Une plateforme de conférence en ligne ou webinaire permet aux utilisateurs de partager des images, des présentations et la voix de façon synchrone, tout en étant à des ordinateurs éloignés les uns des autres (Valaitis *et al.*, 2007).

4. Le blogue fonctionne comme un journal en ligne sur un sujet en particulier. Le blogue peut être écrit par une seule personne ou plusieurs. Il permet à un groupe d'individus, une communauté de pratique par exemple, de coconstruire des connaissances autour d'un thème commun (Boulos, Maramba & Wheeler, 2006).

les trois premières années d'activités du CÉRRIS (2010-2013) ainsi que d'évaluer plus systématiquement la satisfaction des participants à deux types d'activités Web 2.0 (conférences en ligne et débats-blogue). En ce qui concerne les données de participation et d'achalandage, elles ont été colligées tout au long de la mise en œuvre pour l'ensemble des activités proposées (logiciel d'analyse d'audience *Google Analytics*, www.google.com/analytics): nombre de visites et de visiteurs uniques sur le site Web; nombre, statut et provenance des membres de la communauté de pratique et des différents participants aux activités Web 2.0.

Description des activités évaluées

Les activités de conférences en ligne permettent aux membres de la communauté de pratique du CÉRRIS d'assister à des conférences inédites et d'échanger sur différents sujets en lien avec la réadaptation psychosociale (par exemple: soutien par les pairs, stigmatisation en emploi, gestion de l'agressivité, etc.) (www.iusmm.ca/le-cerris/activites/archives1.html). Elles se divisent en trois catégories: les conférences scientifiques en présence d'un expert-conférencier, les discussions de cas articulées autour de vignettes cliniques et les réflexions d'échange orientées sur les meilleures pratiques en santé mentale. Les conférences en ligne se déroulent habituellement sur l'heure du dîner, durent environ une heure et quart et sont accessibles gratuitement sur Internet (*Elluminate Live!* ou *Blackboard Collaborate*, www.blackboard.com). Les participants peuvent échanger entre eux soit par écrit dans la zone de clavardage ou oralement, en activant leur microphone.

Les activités de débats-blogue «Bloguez pour un débat d'idées!» visent à soutenir les échanges et susciter la réflexion sur la réadaptation en santé mentale avec des sujets aux enjeux multiples. Les débats-blogue réunissent virtuellement sur le Blogue-Notes du CÉRRIS (<http://bloguenotesducerris.wordpress.com>) une équipe d'une quinzaine de blogueurs, choisis à même les membres de la communauté de pratique. De façon anonyme ou non, ces blogueurs sont conviés à discuter par écrit d'un sujet (choisi préalablement) sur une période de trois à quatre jours. Les autres membres de la communauté de pratique et ceux du grand public peuvent visiter le blogue et ajouter leurs propres commentaires pour ainsi participer au débat. Jusqu'à présent, cinq débats-blogue ont eu lieu sur des thèmes diversifiés (par exemple: spiritualité et rétablissement, sexualité et rétablissement).

Participants aux activités du CÉRRIS et à la démarche d'évaluation

Les participants aux activités du CÉRRIS sont des intervenants, des chercheurs, des personnes utilisatrices de services, des membres de famille/proches, des gestionnaires, des décideurs et des étudiants du domaine de la réadaptation et de la santé mentale. Ils proviennent de différentes régions du Québec, de la francophonie canadienne, européenne et même africaine. Ils utilisent le Web et les TIC avec plus ou moins d'aisance.

Les participants sollicités pour participer à la démarche d'évaluation devaient avoir participé à au moins une des activités Web 2.0 en tant que participants (pour les conférences en ligne) ou en tant que blogueurs (pour les débats-blogue).

Procédure de recrutement et collecte de données

Tous les participants et les blogueurs présents lors des activités et pour lesquels nous avions les coordonnées étaient systématiquement joints par courriel (les participants inscrits mais non présents n'ont pas été contactés). Ils étaient contactés quelques jours après la tenue de l'activité (2 à 5 jours ouvrables) pour participer au projet d'évaluation de la satisfaction et pour signer le formulaire d'information et de consentement (autorisation scientifique et éthique reçue par les comités scientifique et d'éthique de la recherche du CRIUSMM, projet 2011-022). Ils étaient invités à remplir un questionnaire maison, par écrit, par entrevue téléphonique ou en personne (au choix), d'une durée approximative de 15 minutes. Un seul rappel leur était envoyé deux semaines après le premier envoi. Le questionnaire maison permettait de recueillir des informations sur leur appréciation générale de l'activité, mais aussi de colliger des informations concernant les avantages, obstacles/défis et facilitateurs rencontrés lors de leur participation à l'activité. Les vingt questions ouvertes concernaient : 1- le processus de planification et de mise en œuvre (sept questions) ; 2- les caractéristiques de la technologie utilisée (quatre questions) ; 3- les caractéristiques personnelles des participants (trois questions) ; et 4- les variables du contexte interne et externe (six questions) (catégories et variables d'intérêt issues du *Consolidated Framework for Implementation Research*, Damschroder *et al.*, 2009). Au total, 129 questionnaires ont été envoyés pour un taux de réponse de 31 % (40 questionnaires remplis : 24 pour les conférences en ligne et 16 pour les débats-blogue). Sur les 24 répondants pour les conférences en ligne, 16 personnes (67 %) ont préféré le questionnaire

écrit autoadministré et 8 personnes (33 %) l'entrevue. Sur les 16 répondants pour les débats-blogue, 7 personnes (44 %) ont préféré le questionnaire écrit autoadministré et 9 personnes (56 %) l'entrevue.

Analyse des données

Les données qualitatives issues des questionnaires maison ont été analysées suivant un processus d'analyse de contenu afin d'identifier les avantages, obstacles/défis et facilitateurs à la participation (Huberman et Miles, 2003). Aucun enregistrement audio n'a été fait. Lorsque le questionnaire maison était rempli par entrevue, l'assistant de recherche inscrivait directement l'information sur celui-ci en reprenant textuellement les propos des participants. Afin d'assurer l'anonymat des sujets, les questionnaires étaient anonymisés avant d'en faire l'analyse. Le logiciel d'analyse QDA Miner 3.2 a été utilisé pour soutenir l'analyse de contenu thématique (<http://provalisresearch.com/fr/produits/logiciel-d-analyse-qualitative>). De plus, le *Consolidated Framework for Implementation Research* (Damschroder *et al.*, 2009) a inspiré l'analyse.

Les données quantitatives de participation et d'achalandage ont été analysées dans le logiciel Excel. Les participants aux différentes activités ont été regroupés en quatre catégories : 1-membres universitaires (étudiants, professeurs, chercheurs) ; 2- membres cliniques (intervenants publics ou communautaires) ; 3- membres administratifs (gestionnaires, décideurs) ; et 4- membres utilisateurs de services (utilisateurs de services en santé mentale, membres de famille et proches). Des analyses de fréquence ont permis de faire émerger le profil de participation selon l'activité proposée. Lors de la phase d'interprétation où les données qualitatives et quantitatives étaient intégrées, ces profils de participation ont permis de comparer les commentaires et de relever les similitudes et les différences entre les quatre catégories de participants.

RÉSULTATS

Taux de participation et d'achalandage aux activités du CÉRRIS

Depuis les débuts des activités du CÉRRIS, 457 personnes ont adhéré à la communauté de pratique (voir figure 1 qui présente le taux cumulatif d'adhésion à la communauté de pratique et la provenance des membres de 2010 à aujourd'hui). La communauté de pratique regroupe des étudiants, intervenants, gestionnaires, décideurs, utilisateurs de services, proches et chercheurs, en provenance de différentes régions du Québec (99 %) et autres régions francophones (1,5 %) (voir Figure 2

qui présente la distribution des membres du Québec en fonction des régions administratives de la province). Depuis sa mise en ligne en septembre 2010, 14 061 visiteurs uniques ont navigué sur le site Web du CÉRRIS (23 391 visites) et 2278 personnes ont visité le Blogue-Notes (10 393 visites). De plus, 161 personnes ont participé aux activités Web 2.0 (dont 129 pour lesquelles nous avons les coordonnées).

FIGURE 1

Taux cumulatif des membres de la communauté de pratique du CÉRRIS et leur provenance de 2010 à aujourd'hui

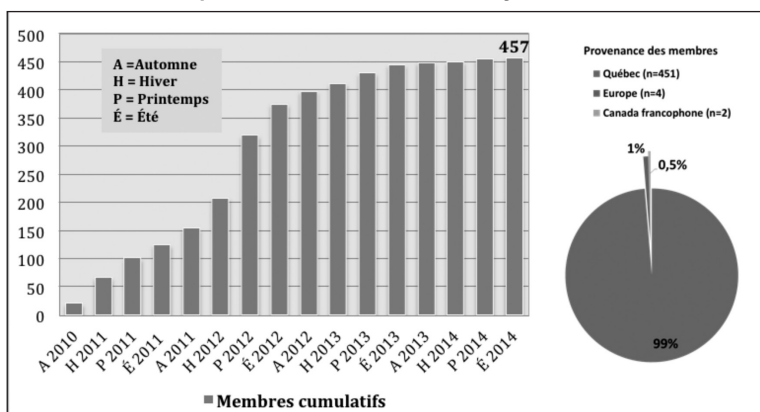
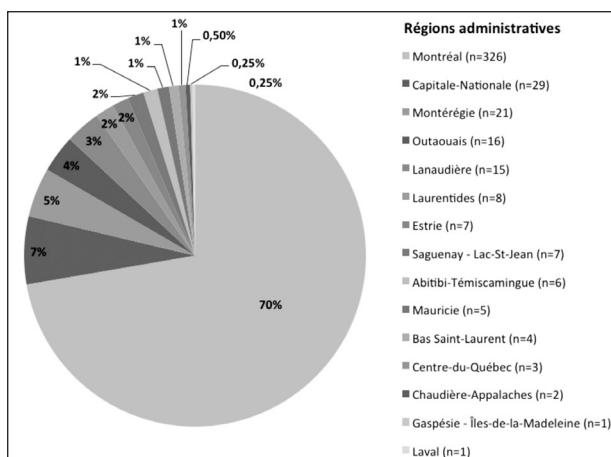


FIGURE 2

Provenance des membres de la communauté de pratique du CÉRRIS du Québec

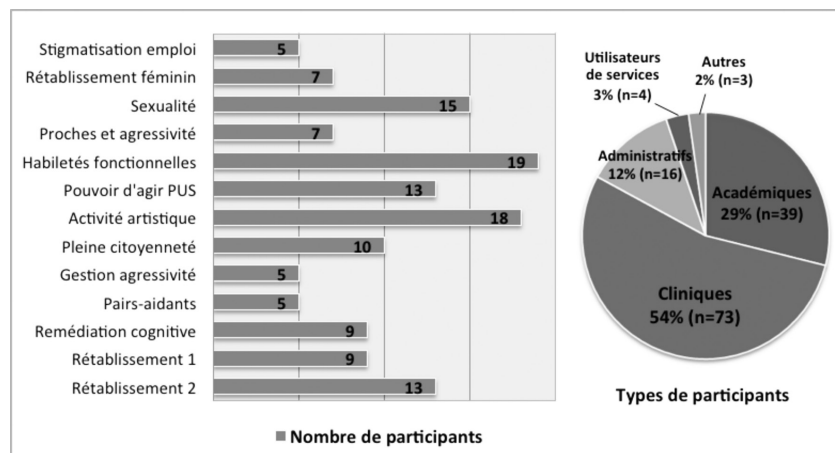


Pour ce qui est de la participation aux conférences en ligne, 99 membres⁵ ont assisté aux 13 conférences en ligne et plusieurs d'entre eux ont répété l'expérience plus d'une fois (135 participations au total, 10 personnes en moyenne par conférence, allant de 5 à 19 participants). Les participants étaient majoritairement des membres cliniques (intervenants publics ou communautaires). Ils représentent 54 % des participants. La Figure 3 présente le nombre de membres ayant participé aux différentes conférences en ligne selon les thématiques ainsi que le pourcentage total de participation pour chaque type de participants. La Figure 4 indique la provenance des personnes inscrites pour l'ensemble des conférences en ligne.

Pour ce qui est de la participation aux débats-blogue, 62 membres⁶ ont pris part activement à l'un ou l'autre des cinq débats-blogue en tant que blogueurs et plusieurs d'entre eux ont répété l'expérience plus

FIGURE 3

Nombre et types de participants aux treize conférences en ligne



5. Sur les 99 participants, 24 ont répondu au questionnaire maison : 9 sont des membres universitaires (étudiants/chercheurs/professeurs), 8 des membres cliniques (intervenants publics et communautaires), 6 des membres administratifs (gestionnaires/décideurs) et 1 seul membre est utilisateur de services ou un proche.
6. Sur les 62 participants, 16 personnes ont répondu au questionnaire maison : 9 répondants sont des membres utilisateurs de services ou proches, 5 des membres cliniques (intervenants publics et communautaires) et 2 sont des membres universitaires (étudiants/chercheurs/professeurs).

FIGURE 4
Provenance des personnes inscrites aux treize conférences en ligne

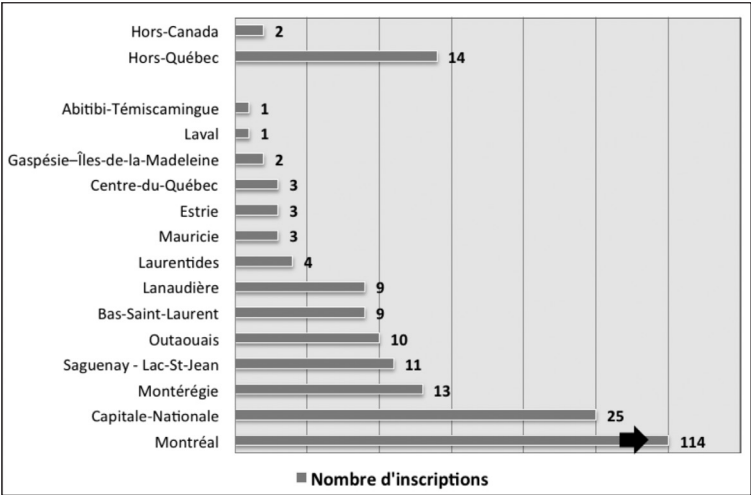
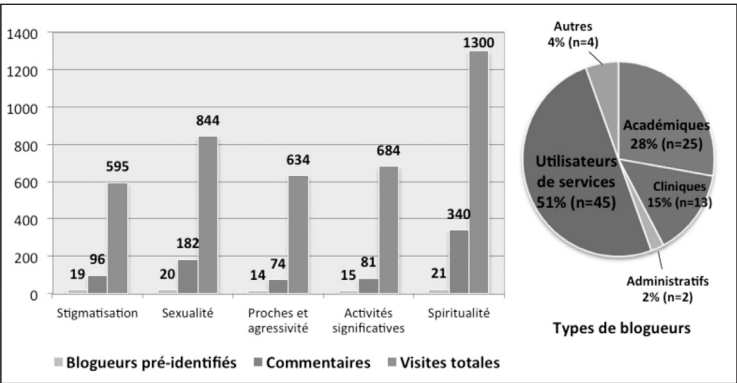


FIGURE 5
Nombre et types de participants aux cinq débats-blogue



d'une fois (89 participations au total). Cinquante et un pour cent des blogueurs étaient des membres utilisateurs de services (utilisateurs de services de santé mentale ou membres de famille et proches). Les débats-blogue ont généré plus de 4057 visites (811 visites en moyenne par débat, allant de 141 à 531 visites par jour), incluant celles des blogueurs, des membres de la communauté de pratique et du grand public. La figure 5 présente le nombre de blogueurs, de commentaires

et de visites par débat-blogue ainsi que le pourcentage total de participation pour chaque type de participants.

Appréciation et défis de l'activité de conférence en ligne

Plusieurs **avantages** ont été soulevés par les participants quant à leur expérience de l'activité de conférence en ligne qu'ils qualifient généralement de positive. L'accessibilité aux données probantes, au moyen de présentations d'experts, répond à un besoin de transfert des connaissances entre la recherche et la pratique.

Selon moi, cet outil est un moyen de diffuser les meilleures pratiques et les résultats de recherche, de créer des liens avec les chercheurs et d'autres intervenants et de développer nos connaissances afin de rester à la fine pointe de la recherche. (Participant 15, membre administratif)

Le réseautage et le contact entre les individus ne fréquentant pas les mêmes établissements professionnels et évoluant souvent dans des régions différentes sont soulevés comme permettant l'émergence de collaborations professionnelles extramurales.

Les conférences en ligne permettent des contacts entre des personnes éloignées physiquement (ex. : plusieurs établissements, plusieurs pays). [Elles] permettent d'établir un réseau de partenaires qui va au-delà de l'établissement. (Participant 1, membre universitaire).

L'activité de conférence en ligne permet aux personnes éloignées des zones urbaines d'accéder à de la formation continue à distance malgré l'absence de masse critique et sans rien déboursier.

Plusieurs avantages... Principalement de pouvoir être en contact avec d'autres collègues qui habitent à de grandes distances, sans avoir à me déplacer. ((*C'est*)) une économie de temps et d'argent. De plus, cela offre l'opportunité de recevoir des formations continues spécialisées dans ma région. Souvent, ces formations spécialisées nécessitent une masse critique de participants pour être offertes. Ainsi, plusieurs régions éloignées peuvent en bénéficier en même temps. (Participant 11, membre administratif)

Bien que les avantages de la conférence en ligne soient nombreux, des **obstacles/défis** ont été nommés par les participants. Les problèmes de connexion reliés à la sécurité du réseau informatique du système de santé ainsi que l'obsolescence du parc informatique sont les principaux défis mentionnés.

Ça peut parfois être difficile du côté technique, pour accéder à la plateforme par exemple. De mon côté, j'ai dû faire appel au service technique à l'avance pour pouvoir avoir l'accès sur un ordinateur public. (Participant 34, membre clinique)

Cela dit, l'ouverture des questionnaires aux nouvelles technologies, l'assistance technique déployée par les équipes de soutien informatique des organisations et le soutien de l'équipe du CÉRRIS ont été vus comme des **facilitateurs** au processus.

Oui, le service informatique s'est assuré avant la Web-conférence que mon système supporte bien le tout et qu'il n'y ait pas de ratés relatifs aux accès à la Web-conférence, en raison des barrières de sécurité installées sur nos ordinateurs. (Participant 11, membre administratif)

Le tableau 1 présente la synthèse des avantages, obstacles et facilitateurs à la participation aux activités de conférences en ligne qui ont émergé du processus de codification.

TABLEAU 1

Synthèse des avantages, obstacles et facilitateurs à la participation aux activités de conférences en ligne

Avantages	+ Échanges et discussions + Accès aux connaissances issues de la recherche et des meilleures pratiques + Accessibilité pour les personnes vivant dans des régions éloignées des grands centres urbains + Économies de temps et d'argent + Visionnement dans le confort du bureau ou de la maison + Visionnement à plusieurs devant un même poste de travail + Fonctions intéressantes (clavardage, émoticônes, outil de votation, etc.)
Obstacles	– Sécurité informatique bloquant l'accès à la plateforme – Obsolescence du parc informatique des organisations (absence de cartes de son, haut-parleurs défectueux, lenteur de la bande passante) – Manque de synchronisme entre le son et l'image (décalage audio) – Niveau d'aisance peu élevé du participant avec les TIC de type collaboratif – Difficulté de demeurer concentré durant la conférence (manque de contact visuel avec le conférencier) – Échanges limités avec les autres participants (zone de clavardage limite les échanges)

Facilitateurs	• Flexibilité de l'horaire de travail pour se libérer facilement • Simplicité de la plateforme • Aide reçue des organisations (technicien informatique, chef d'équipe, etc.) • Ouverture des organisations aux nouvelles technologies et la formation continue • Clarté du guide d'instructions de connexion préconférence préparé par l'équipe du CÉRRIS • Soutien technique offert par l'équipe du CÉRRIS
----------------------	---

Appréciation et défis de l'activité de débat-blogue

Plusieurs **avantages** ont été soulevés par les participants quant à leur expérience de l'activité de débats-blogue. Les participants ont grandement apprécié ce type d'initiatives qui favorisent les échanges égalitaires entre différents acteurs du réseau de la santé mentale. La majorité d'entre eux ont mentionné l'importance d'échanger librement et de confronter les points de vue. Entre autres, entre les membres utilisateurs de services, les étudiants et les intervenants, un véritable lieu de dialogue et de réduction des stigmas s'est installé.

J'ai pu voir les réactions, mentalités et idées des intervenants, ce que je ne vois pas très souvent, et surtout pas dans un mode de dialogue ouvert avec les usagers.» (Participant 24, membre utilisateur de services).

Cette interface accessible à tous devient un lieu d'échange entre différentes personnes concernées par la santé mentale. Puisque ce lieu d'échange est virtuel et que l'on peut divulguer les informations que l'on veut sur nous et donc rester anonyme si on le désire, l'échange entre les différentes personnes est davantage d'égal à égal que lorsque nous nous rencontrons en face à face. (Participant 33, membre clinique)

Les participants ont aussi trouvé avantageux d'avoir du temps pour préparer leurs commentaires et ainsi avoir des propos réfléchis et mûris, ce qui est plus difficile lors de rencontres ou de réunions en personne.

Je pense que s'exprimer par Internet est très avantageux pour tout le monde: cela laisse le temps de bien penser à ce que l'on veut dire, de prendre le temps de formuler sa pensée et de bien intégrer ce que les autres disent aussi. Le format de forum (3-4 jours) est très adapté, mieux qu'un clavardage en direct qui serait difficile à organiser pour tous nos emplois du temps. (Participant 36, membre universitaire)

Le manque de temps pour lire et répondre aux nombreux commentaires, le format de lecture des commentaires ainsi que le peu d'aisance avec les TIC pour plusieurs participants ont été identifiés comme des **obstacles/défis** à une pleine participation.

J'ai manqué de temps pour lire et répondre aux commentaires que je trouvais importants. Je travaille dans un milieu communautaire et nous manquons cruellement de temps pour tout! (Participant 20, membre clinique)

La mise en page pourrait être plus claire, mais je sais que ce n'est pas facile non plus. Il y avait beaucoup de textes et commentaires, où un suivait l'autre. Une forme de division entre commentaires pourrait être utile. (Participant 24, membre utilisateur de services)

Cela dit, l'intérêt et l'ouverture des organisations relativement aux nouvelles technologies, les pistes de réflexion proposées pour susciter l'inspiration ainsi que la possibilité de poursuivre la réflexion le soir à la maison ont été identifiés comme des **facilitateurs**.

Les questions posées au début permettaient de trouver l'inspiration, ensuite les réactions de tout le monde ont fait le reste et il suffisait de se répondre les uns les autres. (Participant 36, membre universitaire)

Le Tableau 2 présente la synthèse des avantages, des obstacles et des facilitateurs à la participation aux activités de débats-blogue qui ont émergé du processus de codification.

TABLEAU 2

Synthèse des avantages, obstacles et facilitateurs à la participation aux activités de débats-blogue

Avantages	+ Échanges et discussions en toute liberté d'expression + Échanges d'égal à égal, sans hiérarchie + Diminution du stigma envers les personnes utilisatrices de services en santé mentale + Diversité des acteurs en lien avec la santé mentale (étudiants, personnes utilisatrices, proches, professionnels, gestionnaires, chercheurs, décideurs, etc.) + Confrontation des points de vue sur un sujet donné + Temps de réflexion avant de s'exprimer et de publier un commentaire + Possibilité d'écrire de façon anonyme ou non
------------------	--

Obstacles	– Flexibilité de l'horaire de travail pour se libérer durant la période de l'activité (3-4 jours) – Format de présentation des commentaires (difficile de tout lire) – Niveau d'aisance peu élevé du participant envers les TIC de type collaboratif
Facilitateurs	• Pistes de réflexions prédébat préparées par l'équipe du CÉRRIS • Ouverture des organisations envers les nouvelles technologies • Aide reçue des organisations (technicien informatique, superviseur, etc.)

DISCUSSION

Les résultats obtenus permettent de soutenir l'apport positif d'activités Web 2.0 aux activités de dissémination et d'échange des connaissances en santé mentale. L'augmentation continue des membres dans les trois premières années d'activités et la répartition des participations laissent croire que les activités proposées par le CÉRRIS ont répondu à un besoin des intervenants du Québec (et même dans la francophonie hors Québec) (voir Figures 1, 2 et 4). L'expérience de trois ans de deux activités différentes Web 2.0 a mis en perspective les besoins variés des membres de la communauté de pratique. Dépendamment du type de TIC utilisé, on dénote un intérêt plus prononcé chez certains types de participants. L'activité de conférence en ligne, caractérisée par une présentation d'experts et des échanges synchrones, semble interpeller davantage les intervenants (54 % du taux de participation) de même que les étudiants, professeurs et chercheurs (29 % du taux de participation). De l'autre côté, l'activité de débat-blogue, caractérisée par des sujets amenant la réflexion et le partage de vécus expérientiels ainsi que des échanges asynchrones et d'égal à égal, rejoint davantage les personnes utilisatrices de services en santé mentale, les proches (51 % du taux de participation) ainsi que les étudiants, professeurs et chercheurs (28 % du taux de participation). Ces premiers résultats soutiennent l'importance de mécanismes variés d'échange de connaissances et l'apport des TIC comme outil non seulement de dissémination des connaissances, mais de partage et d'échange pour stimuler la pratique réflexive, réduire les stigmas et soutenir la prise de décision (Annabi et McCann, 2013; Bertone *et al.*, 2013; Meagher-Stewart *et al.*, 2012; Pharo *et al.*, 2014).

L'expérience du CÉRRIS aura également permis de répondre en partie aux défis identifiés en 2009 par les partenaires du réseau de la santé mentale du Québec : lieux de dissémination et d'échange de

connaissances utilisant les TIC, informations disponibles en français, implication et mise à contribution des personnes utilisatrices de services. Les prochaines années devront cependant mettre davantage en évidence les travaux des chercheurs québécois, accentuer les activités d'échange et de discussion de cas entre intervenants et gestionnaires de différentes régions du Québec et rejoindre encore plus de participants en régions éloignées des grands centres urbains. Quoique les besoins mentionnés par les partenaires en 2009 concernaient l'accès aux connaissances par les régions éloignées des grands centres, les activités du CÉRRIS n'ont pas su rejoindre aussi bien que souhaité ces participants (voir Figures 2 et 4).

L'expérience sur trois ans a permis de documenter les défis de ce type d'initiatives dans le réseau de la santé. L'obstacle le plus fréquemment relevé est l'interdiction d'accès générée par les mesures de sécurité informatique de la DGTI-MSSS du Québec qui assure le contrôle et la surveillance de la sécurité du réseau informatique (MSSS, 2014b). Dans plusieurs cas, des demandes d'accès exceptionnelles ont dû être faites, occasionnant des retards et un investissement de temps important. L'obsolescence du parc informatique des organisations du réseau de la santé (absence de cartes de son, haut-parleurs défectueux ou absents, lenteur de la bande passante, etc.) est un autre obstacle qui a été largement mentionné par les participants. Cette situation a causé à plusieurs occasions des défis d'ordre technique et même l'impossibilité de participer aux activités (d'autant plus dans un contexte où plusieurs participants étaient peu à l'aise avec les TIC). Actuellement, la rupture technologique dans notre système de santé (incluant les milieux résidentiels sous la gouverne du réseau de la santé) décourage l'innovation et l'intégration des TIC au sein des activités de formation, de dissémination et d'échange de connaissances et même d'activités cliniques et de rétablissement (Charbonneau *et al.*, 2015; Drake *et al.*, 2009; Horvitz-Lennon *et al.*, 2009). Le réseau de la santé et les organisations ont pourtant la responsabilité de soutenir le déploiement de services d'assistance et de soutien informatique adapté, encourageant les initiatives en ligne et à distance. Il est certain que des changements doivent s'opérer pour répondre aux demandes, besoins et intérêts des nouvelles générations de travailleurs et d'utilisateurs de services, technophiles et aussi aux professionnels/usagers évoluant à l'extérieur des zones urbaines.

Malgré les défis informatiques, ce type d'initiatives a permis de démontrer la faisabilité de mettre en place différentes activités d'échange et de collaboration en ligne et à distance avec plusieurs

partenaires du réseau. Le domaine de l'application des connaissances et de l'amélioration des pratiques est clair; l'implantation des meilleures pratiques est facilitée dans un climat organisationnel encourageant les opportunités de formation et de partage de connaissances ainsi que dans un contexte de souplesse et de flexibilité des mécanismes et ressources de soutien (Briand et Menear, 2014). Le manque de financement pour poursuivre le développement professionnel et l'absence d'incitations pour promouvoir des services de haute qualité peuvent saper le moral du personnel et ralentir l'absorption des meilleures pratiques (Amodeo *et al.*, 2011; Berry et Haddock, 2008; McHugh et Barlow, 2010; Thornicroft *et al.*, 2008). Par leur facilité d'accès pour tous, leur gratuité, leurs planification et organisation simples, les nouveaux espaces virtuels mis de l'avant dans les activités de conférences en ligne, de débats-blogue et autres représentent des canaux de transfert et de dissémination de connaissances privilégiés pouvant soutenir l'adoption de nouvelles pratiques (Annabi et McCann, 2013; Bertone *et al.*, 2013; Friberger et Falkman, 2013). De surcroît, il ne faut pas négliger la richesse des échanges des connaissances pratiques non basées sur les preuves scientifiques (habiletés, trucs de métier, vécu expérientiel, etc.) entre les différents participants et l'importance dans la prise de décision éclairée d'une intégration des connaissances tacites et explicites (Meagher-Stewart *et al.*, 2012). Les nouveaux espaces virtuels offrent un cadre idéal aux participants – aux compétences et aux expertises diverses – pour discuter de cas entourant des problématiques complexes et échanger sur les défis liés à leur contexte et leur réalité locale (Diaz-Chao *et al.*, 2014; Pharo *et al.*, 2014). Sur un autre plan, la participation des personnes utilisatrices de services et leurs proches permet un contact privilégié à la clientèle dans une relation égalitaire hors du soin et traitement. La participation active et le dialogue entre utilisateurs et dispensateurs de services doivent prendre encore plus de place dans les activités de formation et de coconstruction des connaissances (Berry et Haddock, 2008; Repper et Perkins, 2013; Shepherd, Boardman et Slade, 2007, 2014).

Limites méthodologiques

L'article rend compte davantage d'une prise de données d'une expérience que des résultats d'un projet de recherche, ce qui peut avoir amené à certaines limites méthodologiques. Par exemple, on peut se questionner sur la représentativité de l'échantillon de participants qui ont accepté de répondre au questionnaire. Bien que nous ayons tenté

de rejoindre le plus grand nombre de participants d'horizons différents, il est difficile de s'assurer que l'échantillon est représentatif de l'ensemble des membres. Aussi, pour joindre le plus de personnes, la collecte de données s'est effectuée selon deux modes de passation : par écrit et par entrevue. Malgré la rigueur du processus de passation par entrevue pour rester le plus près possible de la version par écrit, cette situation peut avoir amené des réponses différentes.

CONCLUSION

Les activités Web 2.0 de conférences en ligne et de débats-blogue sont des avenues intéressantes pour faciliter l'accès aux connaissances et favoriser les échanges entre les milieux cliniques, universitaires, communautaires et les personnes utilisatrices de services en santé mentale et leurs proches. Les organisations du *xxi*^e siècle gagneraient à valoriser les initiatives technologiques de formation professionnelle dans leur milieu ainsi que des activités qui valorisent encore plus l'implication des personnes utilisatrices de services.

RÉFÉRENCES

- Amodeo, M., Lundgren, L., Cohen, A., *et al.* (2011). Barriers to implementing evidence-based practices in addiction treatment programs: comparing staff reports on Motivational Interviewing, Adolescent Community Reinforcement Approach, Assertive Community Treatment, and Cognitive-behavioral Therapy. *Evaluation and Program Planning*, 34(4) 382-389.
- Annabi, H. & McGann, ST. (2013). Social Media as the Missing Link: Connecting Communities of Practice to Business Strategy. *Journal of Organizational Computing and Electronic Commerce*, 23(1-2), 56-83.
- Berry, K. & Haddock, G. (2008). The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 81(4), 419-436.
- Bertone, M.P., *et al.* (2013). Assessing communities of practice in health policy: a conceptual framework as a first step towards empirical research. *Health Research Policy and Systems*, 11(39).
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mchugo, G. J., Rapp, C. A., & Whitley, R. (2009). Strategies for improving fidelity in the National Evidence-Based Practices Project. *Research on Social Work Practice*, 19 (5), 569-581.
- Boulos, M. N.K., Maramba, I. & Wheeler, S. (2006). Wikis, blogs and podcasts: a new generation of Web-based tools for virtual collaborative clinical practice and education, *BMC Medical Education*, 6(41).

- Briand, C. & Larivière, N. (2014). Les méthodes de recherche mixtes. Illustration d'une analyse des effets cliniques et fonctionnels d'un hôpital de jour psychiatrique Dans Corbière, M. et Larivière, N. *Ouvrage collectif: Approche mixte des méthodes qualitatives et quantitatives*. Les Presses de l'Université du Québec.
- Briand, C. & Menear, M. (2014). Implementing a continuum of evidence-based psychosocial interventions for people with severe mental illness: Part 2. *Review of critical implementation issues, Canadian Journal of Psychiatry*, 59(4), 187-195.
- Briand, C. & Samson, E. (2009). Partenariat pour de meilleures pratiques de réadaptation au Québec visant le rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie. *Bulletin de l'AQRP*, 1(1).
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P. & Hartz, Z. (2009). *L'Évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Charbonneau, K., Lalande, M., Briand, C. (2015). L'assistant personnel numérique: outil de soutien à la réadaptation en santé mentale. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 18 février 2015.
- Creswell, J.W. & Plano Clark, V.L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.), Thousand Oaks: Sage Publication.
- Damschroder, L., Aron, D., Keith, R., Kirsh, S., Alexander, J. & Lowery, J. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science *Implementation Science*, 4(50).
- Desroches, D. (2006). Web 2.0 and school library programs. Are you connected? The RSS aggregator as a professional development tool for teacher-librarians *The Medium*, 45(3), 8-11.
- Diaz-Chao À, Torrent-Sellens, J., Lacasta-Tintorer, D., Gol, J., Saigí-Rubió, F. (2014). Improving integrated care: modelling the performance of an online community of practice. *International Journal of Integrated Care*, 14, Jan-Mar.
- Drake, R.E., Bond, G.R. & Essock, S.M. (2009). Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 704-713.
- Friberger, M.G., & Falkman, G. (2013). Collaboration processes, outcomes, challenges and enablers of distributed clinical communities of practice. *Behaviour & Information Technology*, 32-6, 519-531.
- Horvitz-Lennon, M., Donohue, J.M., Domino, M.E. & al. (2009). Improving quality and diffusing best practices: the case of schizophrenia. *Health Affairs (Millwood)*, 28(3), 701-712.
- Huberman, A.M. & Miles, M.B. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2ème éd.). Bruxelles Éditions De Boeck.
- Institut des services et des politiques de la santé. (2009), *Plan stratégique de l'Institut des services et des politiques de la santé 2009-2014*. Institut des services et des politiques de la santé (ISPS), Instituts de recherche du Canada.

- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC-CIHR). (2010). *Sommet des IRSC sur les soins de santé primaires: Des soins primaires axés sur le patient – Stimuler l'innovation*. Toronto: IRSC-CIHR.
- Lehman, W.E., Simpson, D.D., Knight, D.K. & al. (2011). Integration of treatment innovation planning and implementation: strategic process models and organizational challenges *Psychological of Addictive Behaviors*, 25(2), 252-261.
- Meagher-Stewart, D., Solberg, S.M., Warner, G., MacDonald, J.O., McPherson, C. & Seaman, P. (2012). Understanding the Role of Communities of Practice in Evidence-Informed Decision Making in Public Health *Qualitative Health Research*, 22(6), 723-739.
- McHugh, R.K., Barlow, D.H. (2010). The Dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. A review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73-84.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2014a). *Document de consultation, Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2014b). *Technologies de l'information – Internet – Sécurité*. Repéré le 18 août 2014 à www.sogique.qc.ca/Familles-de-services/Securite.aspx
- Pharo, E., Davison, A., McGregor, H., Warr, K. & Brown, P. (2014). Using communities of practice to enhance interdisciplinary teaching: lessons from four Australian institutions *Higher Education Research & Development*, 33(2), 341-354.
- Powell, B. J., McMillen, J. C., Proctor, E. K. & al. (2012). A compilation of strategies for implementing clinical innovations in health and mental health. *Medical Care Research and Review*, 69(2), 123-157.
- Ranmuthugala, G., Plumb, J.J., Cunningham, F.C., Georgiou, A., Westbrook, J.I. & Braithwaite, J. (2011). How and why are communities of practice established in the healthcare sector? A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11, 1472-6963.
- Repper, J. & Perkins, R. (2013). *The Team Recovery Implementation Plan: a framework for creating recovery-focused services*. Implementing recovery through Organisational Change. Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation, 12p.
- Shepherd, G., Boardman, J., Rinaldi, M. & Roberts, G. (2014). *Supporting recovery in mental health services: Quality and Outcomes*. Implementing recovery through Organisational Change. Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation, 34p.
- Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. (2007). *Faire du rétablissement une réalité*. London: Sainsbury Centre for Mental Health. Traduction en 2012 du document *Making Recovery a Reality*. Montréal: Institut universitaire de

- santé mentale Douglas. Traduction effectuée par Germain, N., Landry, L., et Di Biase, P. Révisé par Briand C., Cloutier S., Côté S., Gélinas D., Komaroff J., Piat M., Institut universitaire en santé mentale Douglas, 2012.
- Strauss, S., Tetroe, J. & Graham, I. D. (2013). *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. (2^e éd.). United Kingdom: BMJ Books, John Wiley and Sons.
- Thornicroft, G., Tansella, M., & Law, A. (2008). Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry*, 7(2), 87-92.
- Torrey, W. C., Bond, G. R., Mchugo, G. J. & Swain, K. (2011). Evidence-Based Practice Implementation in Community Mental Health Settings: The Relative Importance of Key Domains of Implementation Activity. *Administration and policy in Mental Health*.
- Valaitis, R., Akhtar-Danesh, N., Eva, K., Levinson, A. & Wainman, B. (2007). Pragmatists, Positive Communicators, and Shy Enthusiasts: Three Viewpoints on Web Conferencing in Health Sciences Education. *Journal of Medical Internet Research*, 9(5).
- Wenger, E.C., McDermott, R. & Snyder, W.C. (2002). *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*. Cambridge: Harvard Business School Press, 304 pages.
- Wenger, E.C. (2005). *La théorie des communautés de pratique: Apprentissage, sens et identité* Québec: Les Presses de l'Université Laval, 165 pages.