

CHAPITRE 14

Quels sont les processus clés associés aux effets de la recherche participative organisationnelle ? Une revue participative systématique mixte

*Paula L. Bush*¹ *Jean-François Pelletier*⁴
*Pierre Pluye*¹ *Gillian Bartlett-Esquilant*¹
*Christine Loignon*² *Ann C. Macaulay*¹
*Vera Granikov*¹ *Jeannie Haggerty*¹
*Michael T. Wright*³ *Sharon Parry*⁵
 *Carol Repchinsky*⁶

- ¹ Département de médecine de famille, Université McGill
- ² Département de médecine de famille, Université de Sherbrooke
- ³ Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin - Institute for Social Health
- ⁴ Université de Montréal, Institut de recherche en santé mentale
- ⁵ West Island YMCA/YMCA Ouest de l'île
- ⁶ Canadian Pharmacists Association

RÉSUMÉ

Les processus de la Recherche Participative Organisationnelle (RPO) et les effets auxquels ils contribuent ne sont pas bien connus. Cette revue de littérature systématique mixte participative a étudié (a) la participation en RPO des membres des organisations via deux types de processus, la consultation et la coconstruction en termes de décisions de recherche; et (b) les effets de la RPO en termes de bénéfices supplémentaires, c'est-à-dire d'effets positifs associés aux processus de la RPO mais non directement liés aux objectifs de l'étude. En utilisant un devis de synthèse séquentiel explicatif (synthèse quantitative puis qualitative), nous avons d'abord mesuré l'importance de l'association entre les bénéfices supplémentaires et la participation de type coconstruction (par rapport à la participation de type consultation). Puis, les résultats de la synthèse qualitative nous ont permis de mieux comprendre les processus de la RPO de type coconstruction qui contribuent à des bénéfices supplémentaires. Suite à une recherche documentaire dans des bases de données, nous avons identifié 8873 références (titres et résumés) et retenu 107 études. La qualité de ces études a été évaluée avec le *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT), mais aucune n'était exclue en fonction de sa qualité. Parmi les 107 études incluses, 83 décrivaient une participation en RPO de type coconstruction, et 24 de type consultation. Cette revue a permis de mieux définir la RPO et d'en clarifier deux types de participation; de développer un modèle conceptuel des processus et effets de la RPO; et d'approfondir les connaissances sur les bénéfices de la RPO. Les résultats seront utiles pour guider les chercheurs et les organisations de santé dans leurs projets collaboratifs de type RPO. Des défis spécifiques au devis de synthèse séquentiel explicatif (par ex., la quantification suivie d'une synthèse interprétative) sont présentés en discussion.

MOTS-CLÉS

Recherche participative, recherche-action, santé, organisations

peut être appliquée dans le but de développer une pratique réflexive et entraîner un apprentissage organisationnel (Argyris et autres, 1985).

Quatre revues de littérature sur la RPO dans le secteur de la santé ont déjà été publiées, mais aucune ne s'avère exhaustive. Elles se sont concentrées uniquement sur les soins infirmiers (Munn-Giddings et autres, 2008), sur la mise en œuvre d'une pratique fondée sur des résultats de recherche en soins infirmiers (Munten et autres, 2010), sur les unités de soins intensifs pour adultes (Soh et autres, 2011), et sur les organisations de soins de santé au Royaume-Uni (Waterman et autres, 2001). De plus, aucune de ces revues n'a étudié les processus de participation et leurs effets en tenant compte de l'ampleur de la participation des organisations partenaires. Aussi, aucune n'a déterminé le niveau minimum de participation nécessaire des participants non universitaires pour garantir des effets. D'ailleurs, ces revues synthétisent les résultats d'études utilisant la RPO avec des degrés divers d'implication des organisations partenaires, et n'ont pas examiné séparément les différents types de participation. Pour surmonter ces problèmes, nous avons entrepris une revue de littérature systématique mixte (Pluye et Hong, 2014).

Cet article décrit les procédures que nous avons suivies pour identifier, sélectionner, évaluer et synthétiser les études en RPO. Les résultats de cette revue bénéficieront aux chercheurs universitaires et aux organisations de santé. Ils aideront à justifier, concevoir, mener et évaluer des études utilisant la RPO.

QUESTION DE RECHERCHE

L'équipe de recherche a développé une question de recherche générale. Elle a ensuite travaillé avec tous les partenaires pour définir davantage la portée de la revue en fonction de leurs expériences et des priorités de leurs organisations. Ce processus a fait émerger trois besoins fondamentaux de nos organisations partenaires, qui concordent avec des lacunes dans la littérature scientifique. Cela nous a aidés à définir les trois objectifs spécifiques de la revue (tableau 1). Notre question générale est : quels sont les processus clés associés aux effets de la RPO dans le domaine de la santé ? Il est important de souligner ici que notre question ne se rapporte pas aux résultats des études incluses qui répondent aux

INTRODUCTION

La recherche participative consiste à effectuer des recherches avec les participants plutôt que sur eux. Ces derniers sont donc des partenaires de recherche (Cargo et Mercer, 2008; Jagosh et autres, 2012; Macaulay et autres, 1999). Ancrée dans les travaux de Kurt Lewin sur la recherche-action, et ceux de Chris Argyris sur l'apprentissage organisationnel (*action science*), la recherche participative organisationnelle (RPO) est une forme de recherche participative laquelle les partenaires de recherche sont des universitaires et des membres d'organisations impliquées. La RPO combine des méthodes de recherche quantitatives, qualitatives ou mixtes avec l'action afin d'améliorer les pratiques, les services et les politiques en soins de santé (Argyris, Putnam et Smith, 1985; Lewin, 1946; Munn-Giddings, McVicar et Smith, 2008; Munten et autres, 2010; Soh et autres, 2011; Waterman et autres, 2001).

Au sein des organisations de santé, la RPO est utilisée pour mettre en pratique des changements en répondant aux défis, en résolvant des problèmes cliniques et non cliniques, ou en développant et en mettant en œuvre des innovations ou des interventions. Elle peut également renforcer les compétences des professionnels de la santé et contribuer à leur développement professionnel et à la satisfaction des patients (Munn-Giddings et autres, 2008; Munten et autres, 2010; Soh et autres, 2011; Waterman et autres, 2001). Selon la RPO, les organisations partenaires recueillent des données concernant leur pratique et les utilisent pour réfléchir, comprendre et découvrir des savoirs. Par exemple, la RPO

LES BESOINS PRATIQUES,
LES LACUNES DANS LA RECHERCHE
ET LES OBJECTIFS DE SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

Tableau 1

BESOINS DES PARTENAIRES ORGANISATIONNELS	LACUNES DANS LES CONNAISSANCES	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE NOTRE REVUE DE LITTÉRATURE
<p>B1 : Compte tenu des coûts associés à la participation de type coconstruction dans la RPO (par ex. : augmentation du temps nécessaire pour résoudre les problèmes et mettre en œuvre des changements), nos partenaires ont exprimé le besoin d'identifier les bénéfices supplémentaires de ce type de participation en RPO (par ex. : les effets positifs imprévus tels que l'amélioration du climat de travail en raison de l'augmentation du travail d'équipe et de la communication) comparativement à la participation de type consultation.</p>	<p>L1 : Aucune revue de la littérature en RPO ne répond à ce besoin.</p>	<p>O1 : Identifier les principaux processus de la RPO associés aux bénéfices supplémentaires de la RPO (comparer la participation de type consultation vs coconstruction).</p>
<p>B2 : Waterman et autres (2001) ont souligné le besoin de formation pour des professionnels de la santé et des chercheurs universitaires à propos de la RPO. Nos partenaires ont convenu qu'une revue décrivant les processus clés de la RPO associés aux effets positifs de la RPO sera utile pour les RPO futures, ainsi que pour orienter les activités d'évaluation de la qualité, et pour établir des partenariats avec divers professionnels de la santé, gestionnaires de programme, patients, soignants et organisations de santé. Ils ont exprimé le besoin de lignes directrices sur les « meilleures pratiques » en RPO. Un bibliothécaire spécialisé en santé n'a trouvé aucune recommandation de ce genre.</p>	<p>L2 : Aucune revue antérieure de la littérature en RPO ne distingue les processus des effets associés à la participation de type coconstruction (vs consultation).</p>	<p>O2 : Évaluer l'association entre les bénéfices supplémentaires et le type de participation (comparer la participation de type consultation vs coconstruction).</p>
<p>B3 : Nos partenaires ont dit que la participation de type coconstruction aux RPO pourrait ne pas toujours être la meilleure approche pour résoudre des problèmes ou améliorer la qualité des services dans les organisations de santé, compte tenu de certains facteurs contextuels comme le manque de temps et d'engagement des professionnels de la santé. Ils suggèrent qu'il est nécessaire de découvrir certains des faits et des perceptions concernant les bénéfices et les coûts de la participation de type coconstruction. Ces savoirs permettront aux organisations et aux chercheurs de connaître les meilleures conditions pour utiliser la participation de type coconstruction en RPO (ou de choisir une participation de type consultation).</p>	<p>L3 : On connaît peu de choses sur les effets négatifs associés à la RPO et les processus qui y conduisent.</p>	<p>O3 : Expliquer les processus organisationnels associés aux effets négatifs de la participation de type coconstruction.</p>

questions de recherche posées. Elle se rapporte plutôt aux résultats que les auteurs décrivent comme découlant du processus de la RPO (par ex., un travail d'équipe amélioré parmi les chercheurs de l'organisation). Nous expliquons de façon plus détaillée notre objet de recherche dans la section « Méthodes » de ce chapitre.

CADRE CONCEPTUEL

Organisation de santé

Selon Friedberg (1997), une organisation est un « contexte d'action dans lequel les relations de coopération, d'échange et de conflit entre acteurs ayant des intérêts divergents sont établies et gérées » (p. 43) et qui se modifie en réponse aux changements internes et dans l'environnement. C'est dans ce contexte que les aspects participatifs de la recherche et l'apprentissage organisationnel relié à la RPO sont intégrés. Dans notre revue, nous considérons comme organisation de santé toute organisation offrant des services relatifs à la santé (par ex., un hôpital, un centre local de santé communautaire, un centre de soins de longue durée, etc.).

Processus de participation

Le type et l'ampleur de la participation des membres organisationnels en RPO varient souvent selon les études. Cette variation et le manque de description de la participation rendent difficile la définition du type de participation utilisé dans une étude donnée selon les auteurs des revues antérieures (Munten et autres, 2010; Waterman et autres, 2001). D'autres auteurs ont examiné la documentation de la RPO en utilisant des définitions peu spécifiques et peu précises, qui sont difficiles à appliquer (Munn-Giddings et autres, 2008; Soh et autres, 2011). Par conséquent, nous avons développé un cadre conceptuel explicite de la participation, ce qui nous a permis de sélectionner et de classer les études en RPO selon les deux niveaux de participation suivants : la coconstruction et la consultation (voir tableau 2).

Coconstruction : Les organisations partenaires et les chercheurs universitaires dirigent ensemble la RPO. Pour être qualifiée, la coconstruction doit avoir lieu durant au moins trois phases de la recherche : (i) identification de la question de recherche; (ii) établissement de la méthodologie, de la collecte/analyse des données et de l'interprétation des résultats; et (iii) mise en œuvre et diffusion des résultats de la recherche. Cette définition est conforme aux travaux de référence sur la RPO de Cornwall et Jewkes (1995); Hart et Bond (1995); Holter et Schwartz-Barcott (1993); Waterman et autres (2001) (tableau 2).

Consultation : Pour les décisions relatives à la recherche, les organisations partenaires sont consultées au moins durant les trois phases de la recherche décrites au tableau 2 (Waterman et autres, 2001). Une étude est considérée plutôt comme une intervention participative et non une recherche participative lorsque les partenaires non universitaires ne participent ni à la conception ni à la réalisation des trois phases de la recherche, même s'ils s'engagent pleinement dans la conception et la mise en œuvre d'une intervention de changement de pratique. De telles études ont été exclues de notre échantillon.

EFFETS DE LA PARTICIPATION

Nous avons examiné les bénéfices supplémentaires de la RPO. Ce sont ceux qui découlent du processus de la RPO, mais qui ne sont pas associés aux objectifs initiaux du projet (Encadré 1). Par exemple, dans certaines études, les auteurs mentionnent que les professionnels de la santé obtiennent de meilleures relations avec les patients ou une amélioration du travail d'équipe chez les professionnels de la santé grâce aux processus de la RPO. Les bénéfices supplémentaires associés aux deux types de participation sont décrits dans l'encadré 1.

COMPARAISON DES TYPES DE PARTICIPATIONS
DANS LA LITTÉRATURE RPO

Tableau 2

BUSH ET AUTRES (SOUS PRESSE)	WATERMAN ET AUTRES (2001)	MUNN-GIDDINGS ET AUTRES (2008)	HOLTER ET SCHWARTZ-BARCOTT (1993)	CORNWALL ET JEWKES (1995)	HART ET BOND (1995)
<p>CONSULTATION Consultation sur : (1) les questions de recherche; (2) la méthodologie et les méthodes de collecte et l'interprétation et l'application et diffusion de résultats de recherche.</p>	<p>Consultation : Les opinions locales sont demandées; et les chercheurs analysent et décident du déroulement de l'action.</p>	<p>Participation passive : Des informations et des données sont fournies pour l'étude.</p>	<p>Collaboration technique : Le chercheur identifie le problème et l'intervention, et l'objectif consiste à intéresser les praticiens dans la recherche pour faciliter sa mise en œuvre.</p>	<p>Faible participation : Les chercheurs contrôlent l'ensemble du processus.</p>	<p>Expérimental : Le chercheur est l'expert, et les participants sont des répondants.</p>
<p>COCOSTRUCTION Prise de décision partagée (cogouvernance) dans la détermination (1) des questions de recherche; (2) de la méthodologie et des méthodes de collecte et d'analyse des données, et de l'interprétation des résultats; et (3) de l'application et diffusion de résultats de recherche.</p>	<p>Coopération : Les personnes locales déterminent les priorités avec des tiers qui dirigent le processus.</p> <p>Coapprentissage : Les personnes locales et les chercheurs partagent leurs savoirs, créent une nouvelle compréhension et forment conjointement des plans d'action.</p> <p>Action collective : Les personnes locales établissent leur propre liste d'objectifs et se mobilisent pour les réaliser sans initiateurs ou animateurs externes.</p>	<p>Participation active : Tous les acteurs impliqués contribuent au processus de recherche.</p>	<p>Collaboration mutuelle : Le chercheur et les praticiens se rencontrent pour identifier les problèmes potentiels, leurs causes sous-jacentes et les interventions possibles.</p> <p>Amélioration : Le chercheur agit comme facilitateur; il aide les praticiens à augmenter leur conscience collective.</p>	<p>Forte participation (de plus en plus profonde) : Un mouvement social pousse les chercheurs à lâcher le contrôle et déléguer la gestion du processus de recherche aux personnes concernées.</p>	<p>Organisationnel : Les personnes locales déterminent le sujet de la recherche et consultent un chercheur pour la mettre en œuvre.</p> <p>Professionnalisation : Un chercheur externe et les personnes locales collaborent; les rôles sont partagés.</p> <p>« Empowering » : Les chercheurs externes et les personnes locales sont des cochercheurs et des coagents de changement; les rôles sont partagés.</p>

Définition de « bénéfices supplémentaires »

Les **bénéfices supplémentaires** sont des résultats positifs qui ne font pas partie des objectifs de changement propres à un projet de recherche participative.

Objectifs propres à un projet de recherche participative :

- Le texte décrivant l'objectif de l'étude peut être d'ordre général. Si tel est le cas, les objectifs de *changement* propres à un projet de recherche participative peuvent être décrits dans d'autres extraits.
- Les objectifs de *changement* les plus spécifiques devraient être utilisés pour déterminer si les résultats sont inattendus ou non.

Au sujet de la durabilité des résultats :

- Un résultat *attendu* est obtenu lorsque l'objectif de changement est atteint et que les auteurs indiquent que ce changement a été maintenu. L'hypothèse est qu'aucun processus de changement n'aurait été entamé si l'objectif n'avait pas été un changement permanent.
- Si l'objectif de changement est atteint, puis transféré à un autre département/organisation, il est *inattendu* (sauf si le transfert faisait partie de l'objectif de changement).
- Si le *processus* de changement est maintenu (par ex. : le groupe de recherche active poursuit ses rencontres mensuelles, les membres de l'organisation décident d'effectuer des recherches supplémentaires, etc.), le résultat est *inattendu* (sauf si l'objectif de changement était de mettre en place des rencontres régulières ou une culture de recherche).

Au sujet du changement de l'objectif d'une recherche :

- Dans le cas de certaines études, l'objectif du projet change durant les étapes initiales du processus participatif. Même si ce changement d'objectif peut être interprété comme un résultat inattendu, ce n'est pas le cas pour les fins de nos recherches. Le nouvel objectif sera plutôt utilisé pour déterminer si les résultats subséquents sont inattendus ou non.

Exemples possibles de bénéfices supplémentaires :

- Amélioration de la sensibilisation culturelle des professionnels de la santé au sein de l'organisation
- Amélioration du travail d'équipe au sein des professionnels de la santé
- Amélioration du climat de travail au sein de l'organisation
- Nouvelles perspectives (pour les patients, la famille, les aidants, les professionnels ou les chercheurs universitaires)
- Meilleures relations entre le personnel infirmier et les patients grâce à la collaboration
- Mise en place d'activités d'application des connaissances au sein de l'organisation
- Amélioration des relations entre la famille ou les aidants et le personnel infirmier
- Résultats positifs s'étendant hors des paramètres du projet
- Résultats positifs s'étendant hors de la durée du projet

MÉTHODES

Guidés par un devis appelé séquentiel explicatif en méthodes mixtes et en revues mixtes (Hong et autres, 2017; Pluye et Hong, 2014), nous avons appliqué une phase de synthèse quantitative suivit d'une phase de synthèse qualitative pour étudier successivement les effets et les processus clés de la RPO. Plus précisément, la synthèse quantitative a évalué l'association entre les bénéfices supplémentaires et le type de participation en RPO (coconstruction vs consultation). Puis, la synthèse qualitative a permis de mieux comprendre les processus clés associés aux bénéfices supplémentaires de la participation de type coconstruction. Les résultats des deux phases ont été intégrés de manière séquentielle grâce à l'utilisation des résultats de la première phase de synthèse (quantitative) pour informer la deuxième phase de synthèse (qualitative). Les méthodes sont présentées conformément au guide PRISMA (Moher et autres, 2009).

Critères d'admissibilité

Les études incluses utilisaient la RPO avec une organisation de santé et rapportaient un changement de pratique (l'objectif et le résultat principal d'une RPO étant l'amélioration des pratiques). Les études scientifiques utilisant des méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes pour collecter/analyser les données étaient incluses. Les publications en anglais et en français étaient incluses (tableaux 3 et 4).

Sources d'information et recherche de documentation

La stratégie de recherche a été développée par deux bibliothécaires de la santé expérimentées en revues systématiques, et a été révisée par trois autres bibliothécaires spécialisées. Les bases de données bibliographiques suivantes ont été utilisées : Medline (de l'année 1946 au 28 novembre 2012 via l'interface PubMed), CINAHL (de l'année 1981 au 29 novembre 2012 via l'interface EBSCOhost), Embase Classic + Embase (de l'année 1947 au 28 novembre 2012 via l'interface Ovid),

CRITÈRES DE SÉLECTION DES TITRES ET RÉSUMÉS

Tableau 3

1. Recherche sur la santé (par ex. : la recherche traite d'un problème de santé ou d'un développement professionnel, ou d'une organisation de santé).
2. Recherche avec (ou à l'intérieur) d'une organisation de santé.
3. Étude RPO (coconstruction ou consultation).
4. Étude empirique (c.-à-d., une étude utilisant les méthodes qualitatives, quantitatives ou mixtes).
5. Étude sur un changement de pratique.
6. Français ou anglais.

CRITÈRES DE SÉLECTION DES TEXTES INTÉGRAUX

Tableau 4

1. Le texte intégral est disponible.
2. Le texte intégral est écrit en anglais ou en français.
3. L'étude concerne la recherche liée à la santé (c.-à-d., traiter d'un problème de santé ou d'un développement professionnel ou d'une organisation de santé).
4. L'étude concerne la recherche avec (ou à l'intérieur) d'une organisation de santé.
5. Le texte rapporte une étude scientifique (c.-à-d., une étude utilisant les méthodes qualitatives, quantitatives ou mixtes).
6. Le texte rapporte que les membres de l'organisation collaborent avec des chercheurs dans le processus de recherche de manière consultative ou en mode de construction conjointe.
7. Le texte rapporte une étude où la RPO est l'intervention de changement collaboratif.
8. Le document rapporte les effets liés à la RPO.
9. L'étude comprend une description suffisamment détaillée du processus de la RPO.

PsycINFO (de l'année 1987 à novembre semaine 3 2012 via l'interface Ovid), la Librairie Cochrane (de l'année 1997 au 29 novembre 2012), Social Work Abstracts (de l'année 1968 à septembre 2012 via l'interface Ovid) et Business Source Complete (de l'année 1886 au 29 novembre 2012 via l'interface EBSCOhost). La stratégie de recherche pour Medline est présentée à l'Annexe 1. Les stratégies pour les autres bases de données sont disponibles sur demande.

Nous avons également cherché des études, des thèses et des conférences supplémentaires dans d'autres sources comme ProQuest Dissertations & Theses (texte intégral : santé et médecine), The New York Academy of Medicine (*Gray Literature Report*), OpenGrey et Google.

Sélection des études

Suite à un processus itératif d'élaboration des critères par le groupe central (développement, test et amélioration des critères) et de consultation avec les chercheurs et les organisations partenaires, nous avons développé des outils d'identification et de sélection. Le tableau 3 présente nos six critères d'identification. Deux examinateurs indépendants ont lu les références (titres et résumés) en décembre 2012, codant chaque critère d'identification comme « 1 » pour « oui », « 0 » pour « non » et « 2 » pour « incertain ». Avant de passer à la phase suivante, ces examinateurs ont discuté des codages divergents pour trouver un accord sur ces études. Lorsque les examinateurs n'étaient pas certains, l'item était automatiquement retenu pour la phase suivante.

En avril 2013, les deux mêmes examinateurs ont lu les documents complets correspondant aux références retenues et codées avec les critères de sélection, mais en codant aussi avec le critère « type de participation ». Pour permettre aux deux examinateurs de coder les articles avec un bon niveau d'accord, nous avons élaboré les définitions détaillées de ces deux modes de participation à la RPO. Notre définition de la RPO est le résultat de sept itérations et la version finale fait quatre pages. De plus, nous avons ajouté un critère de sélection, soit : l'étude comprend une description suffisamment détaillée du processus de la RPO. Ainsi, comme illustré dans le tableau 4, nous avons neuf critères de sélection à cette étape. Les examinateurs ont codé « 1 » pour « consultation »,

« 2 » pour « coconstruction » et « 3 » pour « incertain/peu clair ». Les désaccords entre les examinateurs concernant le type de participation ont été résolus par simple discussion, ou par un tiers lorsqu'aucun consensus ne pouvait pas être facilement atteint. Seules les études dont la description de la participation nous permettait de les classer comme étant « consultation » ou « coconstruction » ont été retenues.

Évaluation critique des études

L'évaluation de la qualité est un élément essentiel des revues systématiques (Straus, Tetroe et Graham, 2009). Étant donné que notre échantillon comprend des études avec méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes, nous avons utilisé le *Mixed Methods Appraisal Tool* (MMAT) (Pluye et autres, 2011; Souto et autres, 2015). Cette phase a été également menée par deux examinateurs indépendants (désaccords résolus par un tiers). Aucune étude n'a été exclue en raison de sa qualité.

Étant donné que nous n'avons pas synthétisé les résultats de recherche rapportés par les auteurs, mais plutôt les effets que les auteurs décrivent comme dérivant du processus de la RPO, nous avons également évalué les études selon la description de ce processus. Pour chacune des études sélectionnées, un examinateur a extrait tous les passages du texte décrivant un processus de la RPO, un effet de la RPO, ou un processus de la RPO lié à un effet de la RPO. Ceux-ci ont été extraits des documents dans l'ordre d'apparition et copiés dans des fiches Excel (une fiche par étude). Ainsi, chaque fiche constitue une matrice « processus-effets » qui raconte l'histoire RPO d'une étude. Tous les documents Excel ont été revus par l'auteur principale afin d'assurer l'exactitude des passages du texte extraits et leur classification en tant que processus ou effet lié à la RPO. Nos outils d'identification, de sélection et d'évaluation avec des définitions de critères sont disponibles sur demande.

Extraction des données

Pour chaque étude, les données relatives à trois aspects ont été extraites : (i) la description de la RPO (par ex., le type de RPO consultation ou coconstruction, le type de changement de pratique, etc.); (ii) la

description des partenaires de recherche (par ex., le type d'organisation et le domaine d'expertise des partenaires universitaires, etc.); et (iii) la description des processus et des effets (telle que mentionnée ci-dessus). Les données quantitatives ont été extraites par deux examinateurs de façon indépendante. Les données concernant la durée de l'étude ou les différents types de partenaires organisationnels manquaient pour 65 (61 %) études, et nous avons cherché à obtenir les données manquantes auprès des auteurs : nous avons reçu 26 (40 %) réponses, 15 (23 %) courriels n'ont pu être livrés et 11 (17 %) auteurs n'ont pas répondu. Concernant les données qualitatives, les passages textuels ayant trait aux processus et aux effets ont été extraits par un examinateur et vérifiés par l'auteur principale (tous deux formés et expérimentés en recherche et méthodes qualitatives).

Synthèse quantitative

Cette première phase de synthèse a évalué la corrélation entre les bénéfices supplémentaires et la coconstruction de la RPO. Notre hypothèse était que ces bénéfices sont associés de manière positive et significative à la coconstruction (comparativement à la consultation). En appliquant la technique séculaire des analyses quantitatives de contenu valides et fidèles (Krippendorff, 2004; Neuendorf, 2002), nous avons développé, testé et raffiné notre définition et notre codage de la variable « bénéfices supplémentaires » du processus de la RPO. Pour chaque passage, deux examinateurs indépendants ont lu les données extraites sur les effets des processus, et assigné des codes (valeurs de variable) pour indiquer la présence (1) ou l'absence (0) d'un bénéfice supplémentaire de la RPO. L'accord entre les examinateurs était facilement obtenu, sinon les désaccords ont été résolus par un tiers. La principale variable prédictive d'intérêt, la participation, était également une binaire (coconstruction = 1 vs consultation = 0). Quatre autres variables indépendantes (non colinéaires) (tableau 5) étaient insérées dans le modèle. Cela a été prévu pour évaluer la probabilité et l'importance de l'association entre la coconstruction et les bénéfices supplémentaires de la RPO, tout en surveillant la présence d'autres variables susceptibles d'affecter cette association. Pour assurer une puissance suffisante afin de détecter une augmentation modérée de la probabilité, nous avons

fait une analyse sommaire à deux variables (celles qui seront associées significativement aux effets et qui ne seront pas colinéaires avec la variable « coconstruction » ou avec chacune d'entre elles).

Synthèse qualitative

Selon notre cadre conceptuel en conformité avec d'autres auteurs, le type de coconstruction de la RPO rapporté à la recherche une plus grande participation des membres organisationnels que la consultation (Cornwall et Jewkes, 1995; Hart et Bond, 1995; Jagosh et autres, 2011; Waterman et autres, 2001). Pour identifier et comprendre les processus clés de la RPO qui contribuent à des bénéfices supplémentaires, nous avons procédé à une analyse qualitative des études de coconstruction incluses dans notre revue. En utilisant les documents Excel illustrant les effets des processus qui, selon notre méthode de collecte de données présentent des étapes cohérentes de chaque étude, nous avons créé des résumés avec les passages de textes extraits pour chaque étude qui raconte l'essence des processus et des effets RPO dans les mots des auteurs. Ces résumés, en moyenne 500 mots, présentent cinq types d'information : le contexte et le but de chaque étude, les acteurs impliqués et les processus de la RPO utilisés ainsi que les effets auxquels ils ont contribué. Ces résumés étaient analysés à l'aide d'une analyse thématique (Braun et Clarke, 2006) pour conceptualiser les processus et les effets de la RPO dans le domaine de la santé.

RÉSULTATS

Au total, 13837 références ont été identifiées par la recherche dans les bases de données et exportées vers EndNote où les doublons ont été supprimés. De plus, 150 items (titres et résumés) ont été identifiés grâce à une recherche des citations des études incluses jusqu'en juin 2014. Après l'élimination des doublons, 8873 items ont été retenus. Après la sélection des titres et résumés, nous avons retenu 992 textes intégraux (kappa = 0,528) et inclus 140 études (kappa = 0,519). Toutefois, 33 études supplémentaires ont été exclues, car les liens logiques entre les processus de la RPO et les effets n'étaient pas clairs. Seules les études avec des

LISTE DES VARIABLES
POUR L'ANALYSE MULTIVARIÉE

Tableau 5

VARIABLES	JUSTIFICATION		VALEURS
VARIABLE DÉPENDANTE			
Bénéfices supplémentaires (oui/non)	Les bénéfices supplémentaires offrent des possibilités d'accroître la compréhension et l'action (Chisholm, 2002).		Présent/ absent (1/0)
VARIABLES INDÉPENDANTES			
Type de participation* de partenaires non universitaires.	Au moins un groupe de partenaires non universitaires (par ex. : infirmières, personnel, médecins, patients, etc.) en mode coconstruction donnera plus de bénéfices supplémentaires (Waterman et autres, 2001).		Coconstruction/consultation (1/0)
Nombre de groupes non universitaires (par ex. : infirmières, thérapeutes, médecins, patients, etc.) qui participent* à la recherche.	Un plus grand nombre de groupes de participants* augmentera le potentiel de bénéfices supplémentaires (Waterman et autres, 2001).		Nombre de groupes
Participation* à la direction de la recherche.	La participation à la direction donnera plus de bénéfices supplémentaires.		Présent/ absent (1/0)
Durée de l'étude.	Des études plus longues donneront plus de bénéfices supplémentaires (Waterman et autres, 2001). La recherche indique que de nombreux partenariats ne survivent pas à leur première année s'ils ne parviennent pas à établir des relations de travail productives (Kreuter, Lezin et Young, 2000; Wandersman, Goodman et Butterfoss, 1997).		Plus d'un an/1 an ou moins (1/0)
Date de publication.	Les études publiées après la revue systématique de Waterman et autres (2001) présenteront d'autres bénéfices supplémentaires.		2005 ou après 2005/ avant 2005 (1/0)

*consultation ou coconstruction

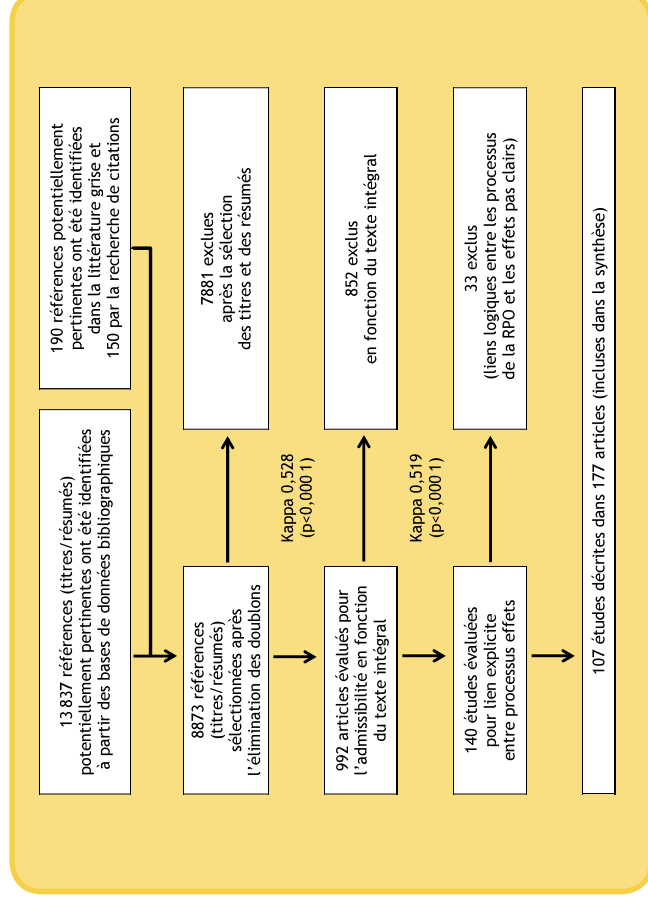
passages liant les processus et les effets de la RPO ont été retenues (n = 107). Le diagramme de flux et les valeurs des scores « kappa » sont présentés à la figure 1. Parmi les 107 études retenues, 83 ont décrit une participation en RPO de type coconstruction, et 24 de type consultation.

La synthèse quantitative a révélé que, lorsque l'organisation est à l'initiative de la RPO, la probabilité que la RPO produise au moins un bénéfice supplémentaire est quadruplée comparativement aux cas où l'étude est amorcée par le chercheur ou l'organisation et le chercheur ensemble (tableau 6). Aucune différence significative n'a été observée entre les deux modes de participation, en ce qui a trait aux bénéfices supplémentaires.

La synthèse qualitative a conduit à un modèle conceptuel de la RPO (figure 2). Ce modèle suggère qu'en effectuant régulièrement des rencontres structurées avec une grande variété d'intervenants (praticiens, patients, directeurs, etc.) et qu'en offrant un environnement confidentiel et rassurant, les intervenants peuvent partager leurs différentes expériences, idées de changement, peurs et autres sentiments. Grâce aux processus de RPO, la communication et la coordination sont améliorées au sein des intervenants. Ultimement, les membres de l'organisation améliorent ou développent de nouvelles compétences; le travail

Figure 1

DIAGRAMME DE FLUX PRISMA



ESTIMATIONS DES RAPPORTS DE COTES DE COTES (RC) POUR AU MOINS UN BÉNÉFICE SUPPLÉMENTAIRE

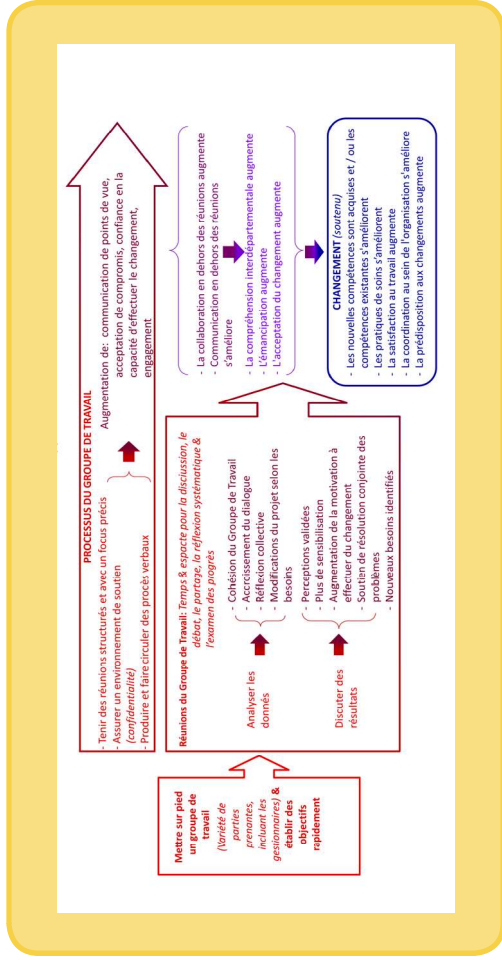
Tableau 6

EFFET	RC	95 % INTERVALLE DE CONFIANCE
Coconstruction vs consultation	1,99	0,75 - 5,33
Durée de la RPO ≤ 1 an comparé à > 1 an	1,40	0,55 - 3,54
RPO initiée par l'organisation vs initiation par chercheur ou les 2	4,11	1,21 - 14,01
Gestionnaires sont/ne sont pas membre de l'équipe	1,79	0,62 - 5,14
Article publié avant/après 2005	2,15	0,73 - 6,34
Nombre de types de membres de l'organisation	0,91	0,69 - 1,20

d'équipe est augmenté ou amélioré, tout comme la compréhension mutuelle et la satisfaction en milieu de travail. Cela entraîne une augmentation de l'ouverture au changement, ainsi que de meilleurs soins et des changements durables. De plus, ces changements ouvrent la voie à des changements subséquents.

Figure 2

MODÈLE CONCEPTUEL DE LA RPO



DISCUSSION

Notre décision d'étudier les bénéfices supplémentaires découle des résultats d'une revue antérieure sur la Recherche Participative Communautaire (RPC), où nous avons constaté que de nombreux effets positifs mais imprévus résultaient du processus de recherche participative (Jagosh et autres, 2012). Avec cette revue systématique sur la RPO, nous avons approfondi les connaissances sur ce type de bénéfices. Nous avons comparé l'ampleur et la fréquence avec laquelle les bénéfices se produisent dans les études où les organisations membres participent à la prise de décision en tant que consultants ou codécideurs (coconstruction). Notre revue démontre que lorsqu'une étude RPO est amorcée par l'organisation, les chances d'observer au moins un bénéfice supplémentaire sont quadruplées. De plus, notre modèle conceptuel issu de la synthèse qualitative illustre la chaîne de processus tout au long d'une étude RPO qui mène à des bénéfices supplémentaires.

Plusieurs défis ont été rencontrés dans cette étude. D'abord, nous avons mené une revue systématique participative, c'est-à-dire que l'équipe incluait des chercheurs et membres des organisations participantes. Des difficultés ont été rencontrées pour générer une compréhension commune entre les chercheurs et les membres des organisations participant à cette revue sur les types d'effets que nous allions explorer avec cette revue de littérature. La conceptualisation, la définition et le codage des « bénéfices supplémentaires » ont obligé les membres de l'équipe à lire attentivement les articles choisis, à extraire des passages décrivant les bénéfices et à en discuter régulièrement. La définition a été développée de façon inductive et itérative (après sept itérations).

Un second défi est apparu lors de la synthèse quantitative, dans laquelle il a fallu transformer des passages de texte extraits des études qualitatives incluses en valeur numérique (variable binaire représentant la présence ou l'absence de bénéfices supplémentaires). Comme les articles retenus ne portaient pas nécessairement directement sur les concepts étudiés dans la revue et que différents termes étaient utilisés dans les études retenus, notre équipe a passé beaucoup de temps à développer une définition opérationnelle avec des critères clairs sur ce que représentent les bénéfices supplémentaires (Encadré 1). La définition a été ajustée au fur et à mesure de l'analyse selon les résultats émergents. Il en était de même pour les défis de coder les références comme coconstruction ou consultation.

L'objectif de notre synthèse qualitative représentait un autre défi étant donné que nous n'avons pas analysé les résultats des études primaires, mais plutôt l'approche (processus RPO) que les auteurs ont employée pour leur étude ainsi que les effets liés à cette approche. Ainsi, les publications n'ont pas été écrites en fonction des concepts que nous étudions. Cependant, les descriptions des processus et effets de la RPO (largement dans les sections méthodes et discussion des publications) nous ont conféré une riche base de données qualitative nous permettant d'arriver à proposer un modèle conceptuel innovateur.

Trois forces importantes de notre revue sont à souligner. Premièrement, nous avons appliqué un devis de synthèse mixte séquentiel explicatif pour mesurer puis expliquer les bénéfices supplémentaires de la participation de type coconstruction par rapport à la participation de type consultation. Deuxièmement, nous avons inclus uniquement des publications fournissant une description détaillée de la façon dont la RPO entraîne un changement de pratique au sein des organisations de santé. Troisièmement, nous avons inclus uniquement les études qui ont clairement décrit les processus de consultation ou de coconstruction avec les membres des organisations de santé. Grâce à cette sélection, nous avons pu analyser les bénéfices supplémentaires de la RPO à travers deux niveaux de participation et formuler des recommandations concernant les ressources humaines et le temps qui pourraient être affectés dans le cadre de la RPO afin d'obtenir des effets escomptés et des bénéfices supplémentaires.

Comme pour toute revue de littérature, nous devons compter sur ce que les auteurs ont rapporté dans leurs publications. Puisque nous synthétisons les effets du processus de la RPO plutôt que les résultats de recherche eux-mêmes, les résultats de notre revue peuvent être considérés comme les résultats d'une synthèse des réflexions des auteurs (vs une synthèse des résultats des études incluses dans les revues conventionnelles). Par exemple, lorsqu'un article indique que tel processus de la RPO a contribué à tel effet, nous avons accepté cette déclaration comme plausible. Autrement dit, nous effectuons la synthèse des déclarations (subjectives) des auteurs. Notre échantillon est assez large et notre devis nous permettra de nuancer ces déclarations en combinant le « pouvoir des histoires et le pouvoir des chiffres » (Pluye et Hong, 2014, p.30).

CONCLUSION

Notre revue de littérature contribue à mieux définir la RPO et à mieux comprendre les processus clés. Les résultats nous ont permis d'émettre des recommandations pour l'application de l'approche RPO à la recherche en santé sous forme de lignes directrices que nous sommes en train de valider avec le soutien de l'Unité de soutien SRAP du Québec.

REMERCIEMENTS

Nous remercions Jim Henderson, MLIS¹, pour le développement des stratégies de recherche électronique lors de la demande de subvention initiale, Geneviève Gore, MLIS (Université McGill) et Francesca Frati, MLIS (Hôpital général juif de Montréal) pour l'examen par les pairs des stratégies de recherche électronique. Cette revue systématique a été financée par une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC-KRS n° 262474) et coordonnée par CIET-PRAM (Recherche participative à McGill, <http://pram.mcgill.ca/>).

1. Master of Library and Information Studies (MLIS)

- Argyris, C., R. Putnam et D. M. Smith. (1985). *Action science: concepts, methods, and skills for research and intervention* (1st ed.). San Francisco, CA, Jossey-Bass.
- Braun, V. et V. Clarke. (2006). « Using thematic analysis in psychology ». *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, n° 2, p. 77-101.
- Bush, P. L., P. Pluye, C. Loignon, V. Granikov, M. T. Wright, J.-F. Pelletier, G. Bartlett, A. Macaulay, J. Haggerty, S. Parry et C. Repchinsky. (sous presse). « Organizational participatory research: A systematic mixed studies review exposing its extra benefits and the key factors associated with them ». *Implementation Science*.
- Cargo, M. et S. L. Mercer. (2008). « The value and challenges of participatory research: strengthening its practice ». *Annual Review of Public Health*, vol. 29, n° 1, p. 325-350.
- Chisholm, R. F. (2002). « Action research to develop an interorganizational network », dans P. Reason et H. Bradbury, *Handbook of Action Research: Participative inquiry and practice*, Thousand Oaks, CA, SAGE Publications, p. 324-332.
- Cornwall, A. et R. Jewkes. (1995). « What is participatory research? ». *Social Science & Medicine*, vol. 41, n° 12, p. 1667-1676.
- Friedberg, E. (1997). *Local orders : dynamics of organized action*, Greenwich, Conn, Jai Press.
- Hart, E. O. et M. Bond. (1995). *Action research for health and social care : a guide to practice*, Buckingham, Open University Press.
- Holter, I. M. et D. Schwartz-Barcott. (1993). « Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? ». *Journal of Advanced Aging*, vol. 18, p. 298-304.
- Hong, Q. N., P. Pluye, M. Bujold et M. Wassef. (2017). « Convergent and sequential synthesis designs: implications for conducting and reporting systematic reviews of qualitative and quantitative evidence ». *Systematic Reviews*, vol. 6, p. 61.
- Jagosh, J., A. C. Macaulay, P. Pluye, J. Salsberg, P. L. Bush, J. Henderson, E. Sirett, G. Wong, M. Cargo, C. P. Herbert, S. D. Seifer, L. W. Green et T. Greenhalgh. (2012). « Uncovering the Benefits of Participatory Research: Implications of a Realist Review for Health Research and Practice ». *The Milbank Quarterly*, vol. 90, n° 2, p. 311-346.
- Jagosh, J., P. Pluye, A. C. Macaulay, J. Salsberg, J. Henderson, E. Sirett, P. L. Bush, R. Seller, G. Wong, T. Greenhalgh, M. Cargo, C. P. Herbert, S. Seifer et L. W. Green. (2011). « Assessing the outcomes of participatory research: protocol for identifying, selecting, appraising and synthesizing the literature for realist review ». *Implementation Science*, vol. 6, n° 1, p. 24.
- Kreuter, M. W., N. A. Lezin et L. A. Young. (2000). « Evaluating community-based collaborative mechanisms: Implications for practitioners ». *Health Promotion Practice*, vol. 1, n° 1, p. 49-63.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis : an introduction to its methodology* (2nd ed.). Thousand Oaks, Calif.: London, Sage Publications.
- Lewin, K. (1946). « Action research and minority problems ». *Journal of Social Issues*, vol. 2, p. 34-46.
- Macaulay, A. C., L. E. Commanda, W. L. Freeman, N. Gibson, M. L. McCabe, C. M. Robbins et P. L. Twohig. (1999). « Participatory research maximises community and lay involvement ». *British Medical Journal*, vol. 319, n° 7212, p. 774-778.
- Moher, D., A. Liberati, J. Tetzlaff, D. Altman et The PRISMA Group. (2009). « Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. ». *Plos Med*, vol. 6, n° 6, p. e1000097.
- Munn-Giddings, C., A. McVicar et L. Smith. (2008). « Systematic review of the uptake and design of action research in published nursing research, 2000-2005 ». *Journal of Research in Nursing*, vol. 13, n° 6, p. 465-477.
- Munten, G., J. Van Den Bogaard, K. Cox, H. Garretsen et I. Bongers. (2010). « Implementation of Evidence-Based Practice in Nursing Using Action Research: A Review ». *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 7, n° 3, p. 135-157.
- Neuendorf, K. A. (2002). *The content analysis guidebook*, Thousand Oaks, Calif., Sage Publications.
- Pluye, P. et Q. N. Hong. (2014). « Combining the Power of Stories and the Power of Numbers: Mixed Methods Research and Mixed Studies Reviews ». *Annual Review of Public Health*, vol. 35, n° 1, p. 29-45.
- Pluye, P., E. Robert, M. Cargo, G. Bartlett, A. O’Cathain, F. Griffiths, F. Boardman, M. P. Gagnon et M. C. Rousseau. (2011). Proposal: A Mixed Methods Appraisal Tool for systematic mixed studies reviews. Consulté le November 15, 2013, <http://mixedmethodsappraisaltoolpublic.pbworks.com>

- Soh, K. L., P. M. Davidson, G. Leslie et A. B. A. Rahman. (2011). « Action research studies in the intensive care setting: A systematic review ». *International Journal of Nursing Studies*, vol. 48, n°2, p. 258-268.
- Souto, R., V. Khanassov, Q. N. Hong, P. L. Bush, I. Vedel et P. Pluye. (2015). « Systematic mixed studies reviews: updating results on the reliability and efficiency of the Mixed Methods Appraisal Tool ». *International Journal of Nursing Studies*, vol. 52, n°1, p. 500-501.
- Straus, S. E., J. Tetroe et I. D. Graham (Eds.). (2009). *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice*, Oxford, Wiley-Blackwell.
- Wandersman, A., R. M. Goodman et F. D. Butterfoss. (1997). « Understanding coalitions and how they operate: an open systems framework », dans M. Minkler, *Community organizing and community building for health*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, p. 261-277.
- Waterman, H., D. Tillen, R. Dickson et K. de Koning. (2001). « Action research: a systematic review and guidance for assessment ». *Health Technology Assessment*, vol. 5, n°23.

STRATÉGIES DE RECHERCHE ÉLECTRONIQUE DANS MEDLINE VIA PUBMED

[1946 - November 28 2012; 3336 hits]

1. community based participatory research[MeSH Terms]
2. community institutional relations[MeSH Terms] AND (research[Title] OR research[MeSH Terms])
3. "action research" [tiab]) OR ("participatory research" [tiab] AND «participative research» [tiab]
4. «collaborative inquiry» [tiab]
5. «collaborative action» [tiab]
6. «collaborative partnership» [tiab]
7. «collaborative partnerships» [tiab]
8. «collaborative rural appraisal» [tiab]
9. «participatory appraisal» [tiab]
10. «emancipatory research» [tiab]
12. «social reconnaissance» [tiab]
13. «empowerment evaluation» [tiab]
14. (participatory[Title] AND (research[Title] OR design[Title]))
15. (action[Title] AND research[Title])
16. CBPR[tiab]
17. "community based participatory research" [tiab]
18. "community based action research" [tiab]
19. «participatory evaluation»[tiab]
20. «community driven research»[tiab]
21. «action science»[tiab]
22. «cooperative inquiry»[tiab]
23. «appreciative inquiry»[tiab]
24. «recherche action»[tiab]
25. «democratic evaluation»[tiab]
26. OR/1-26
27. residential facilities[MeSH Terms]
28. rehabilitation centers[MeSH Terms]
29. physician offices[MeSH Terms]
30. pharmacies[MeSH Terms]
31. nurseries[MeSH Terms]
32. hospitals[MeSH Terms]
33. hospital units[MeSH Terms]
34. fitness centers[MeSH Terms]
35. dental facilities[MeSH Terms]
36. birthing centers[MeSH Terms]
37. ambulatory care facilities[MeSH Terms]
38. academic medical centers[MeSH Terms]
39. health facilities[MeSH:noexp]
40. organizations[MeSH:noexp]
41. organizations, Nonprofit[MeSH:noexp]
42. organisation[tiab]
43. organisations[tiab]
44. organisational[tiab]
45. organization[tiab]
46. organizations[tiab]
47. organizational[tiab]
48. institution[tiab]
49. institutions[tiab]
50. institutional[tiab]
51. hospital[tiab]
52. hospitals[tiab]
53. facility[tiab]
54. facilities[tiab]
55. unit[tiab]
56. units [tiab]
57. ward[tiab]
58. wards[tiab]
59. clinic[tiab]
60. clinics[tiab]
61. pharmacy[tiab]
62. pharmacies[tiab]
63. center[tiab]
64. centers[tiab]
65. centre[tiab]
66. centres[tiab]
67. team [tiab]
68. teams[tiab]
69. agency[tiab]
70. agencies[tiab]
71. association[tiab]
72. associations[tiab]
73. «care trust»[tiab]
74. «care trusts»[tiab]
75. «healthcare trust»[tiab]
76. «healthcare trusts»[tiab]
77. «service trust»[tiab]
78. «service trusts»[tiab]
79. «services trust»[tiab]
80. «services trusts»[tiab]
81. «hospital trust»[tiab]
82. «hospital trusts»[tiab]
83. OR/28-83
84. organizational innovation[MeSH Terms]
85. (evaluation[tiab] OR consultation[tiab]) AND process[tiab]
86. (management[tiab] OR implementation[tiab]) AND change[tiab]
87. (management[tiab] OR transformative[tiab]) AND research[tiab]
88. «community of practice»[tiab]
89. «organizational learning»[tiab]
90. «organisational learning»[tiab]
91. «transformational change»[tiab]
92. OR/85-92
93. 27 AND (84 OR 93)
94. 94 AND (English [lang] OR French [lang])