

Les facteurs des systèmes de santé ayant un impact sur l'intégration de la profession de sage-femme : Un cadre fondé sur des données probantes pour le renforcement des associations de sages-femmes

Cristina A. Mattison PhD¹ [corresponding author], Kirsty M. Bourret PhD², Emmanuelle Hébert MSc³, Sebalda Leshabari PhD⁴, Ambrocckha Kabeya SF⁵, Achiga Patrick BSc⁶, Jamie Robinson BA⁷, Elizabeth K. Darling PhD¹

¹ McMaster Midwifery Research Centre
Department of Obstetrics and Gynecology
McMaster University
1280 Main St. West, HSC-4H26
Hamilton, ON L8S 4K1 Canada
mattisc@mcmaster.ca (519) 993-5779

² School of Midwifery
Laurentian University
935 Ramsey Lake Road
Sudbury, ON P3E 2C6 Canada

³ Université du Québec à Trois-Rivières
3351 Boulevard des Forges,
Trois-Rivières, QC G8Z 4M3 Canada

⁴ Muhimbili University of Health and Allied Sciences
P.O. Box 65001, Dar es Salaam, Tanzania

⁵ Société Congolaise de la Pratique Sage-femme
Pavillon 26 de HGPRK ex. Mama Yemo., Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁶ South Sudan Nurses and Midwives Association
Juba College of Nursing and Midwifery
Saint Mary's Street, Juba, South Sudan

⁷ Canadian Association of Midwives
2330 Notre-Dame W., Suite 300
Montreal, QC, H3J 1N4 Canada

RÉSUMÉ

Introduction : Les associations de sages-femmes sont des organisations qui représentent les sages-femmes et leur profession. Elles aident les sages-femmes à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néo-natales en promouvant l'intégration globale de la pratique dans les systèmes de santé. Notre objectif était de générer un cadre, pour le renforcement des associations de sages-femmes, fondé sur des données probantes.

Méthodes : La synthèse interprétative critique était complimentée des entrevues d'informateurs clés, des rencontres de groupes de discussion, des observations et une revue documentaire qui étayent les concepts et théories élaborées. Nous avons effectué nos recherches dans trois bases de données bibliographiques (CINAHL, EMBASE et MEDLINE) jusqu'au 2 septembre 2020. Nous avons créé une structure de codage pour guider la synthèse des cinq sources de preuves.

Résultats : Les recherches électroniques ont permis d'extraire 1634 dossiers en tout ; 57 documents ont été compris dans la synthèse interprétative critique. Nous avons rencontré 31 informateurs clés et 5 groupes de discussion, ce qui généra 255 pages d'observations, ainsi que des enregistrements audio. Vingt-quatre documents relatifs aux programmes ont été examinés. Le cadre théorique résultant relève les principaux facteurs déterminants selon les contextes, il décrit les rouages du système qui peuvent avoir un impact sur la pérennité des associations de sages-femmes et il énumère les éléments clés dont il faut tenir compte dans la conception de programmes visant à renforcer les associations de sages-femmes.

Conclusion : Les associations de sages-femmes agissent comme une toile qui maintient la cohésion de la profession et joue un rôle important quant à son intégration dans les systèmes de santé, à l'amélioration de leur environnement de travail et à la réduction des inégalités de genre. Les résultats de notre recherche ont mis en lumière le fait que pour renforcer la profession de sage-femme (éducation, réglementation et services), nous devons prendre les devants en renforçant les associations. La création d'associations fortes est la base nécessaire pour créer des systèmes formels d'enseignement de qualité pour la profession de sage-femme et pour soutenir les mécanismes de réglementation et d'accréditation de celle-ci.

Que savons-nous déjà?

- De récentes modélisations prévoient qu'avec un investissement adéquat dans la couverture universelle des services de sages-femmes, plus de 4,3 millions de vies pourraient être sauvées d'ici 2035.
- Les sages-femmes continuent de faire face à des obstacles systémiques, principalement en raison des inégalités de genre.
- Les associations de sages-femmes peuvent jouer un rôle dans l'amélioration des résultats sur la santé et des systèmes de santé, pourtant, il manque de preuves concrètes de leurs impacts.

Qu'est-ce que cette recherche apporte de nouveau?

- Les associations de sages-femmes sont essentielles à l'intégration de la profession dans les systèmes de santé et à soutenir des environnements favorables.
- Les associations de sages-femmes sont un exemple d'organisations de la société civile largement dirigées par des femmes, reconnues au niveau national, qui, lorsqu'elles sont correctement investies et prises en compte, améliorent l'équité entre les sexes et l'accès général à la santé et aux droits sexuels et génésiques.

Que signifient ces nouveaux résultats?

- Le cadre théorique fournit une feuille de route et une base pour comprendre les principaux éléments nécessaires pour assurer la création d'associations de sage-femme pérennes.
- La représentation visuelle du cadre place les associations au sein des systèmes politiques et sanitaires, et fournit des lignes directrices pour le renforcement de la profession des sages-femmes aux niveaux local, national et international.
- Une meilleure compréhension des facteurs qui contribuent à créer un environnement dans lequel les sages-femmes peuvent réaliser leur plein potentiel pour sauver des vies.

Introduction

De nos jours, on s'intéresse de plus en plus aux organisations de la société civile, surtout aux associations professionnelles de la santé et au rôle qu'elles jouent dans l'amélioration des politiques en vue de fournir des services de santé de qualité.^[1-3] Les associations professionnelles de la santé facilitent l'accès aux services de santé en conscientisant le public, en faisant du lobbying auprès des gouvernements et en coordonnant des efforts multilatéraux en vue d'informer les preneurs de décision.^[1-7] Les associations de sages-femmes, en particulier, sont un exemple important d'organisations de la société civile largement dirigées par des femmes, qui jouent un rôle clé dans l'amélioration de l'accès à la santé et aux droits sexuels et reproductifs (SDSR) en général.^[8] Les sages-femmes contribuent de manière essentielle à la prestation de services de SDSR de qualité^[9-12] et à l'accessibilité à la couverture universelle en santé.^[13, 14] On estime que la couverture universelle des soins dispensés par les sages-femmes, conformément aux normes internationales et intégrés aux systèmes de santé, pourrait sauver jusqu'à 4,3 millions de vies par an d'ici 2035.^[15]

Les associations de sages-femmes sont des organisations - nationales la plupart du temps - qui représentent les sages-femmes et leur profession.^[8, 13] Elles utilisent des approches qui tiennent compte du genre pour créer et gérer des standards de pratique, renforcer leurs compétences cliniques, promouvoir un déploiement et une rémunération adéquates, ainsi que des mécanismes d'accréditation en soutien aux programmes de formation des sages-femmes.^[13, 16] Les associations de sages-femmes défendent les droits des femmes et des filles.^[1] Leur voix est cruciale dans la promotion de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, ainsi que dans la défense de questions plus larges liées à la SDSR, telles que la violence fondée sur le genre.^[7, 13, 17]

Parmi d'autres, la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) ont récemment mis l'accent sur des programmes internationaux de renforcement des capacités des associations de sages-femmes, arguant que ces efforts sont fondamentaux dans la constitution de l'effectif de sages-femmes et l'amélioration des services de SDSR.^[18] De même, l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF) s'implique dans le renforcement réciproque des capacités avec d'autres associations de sages-femmes depuis 2008 ; elle est actuellement en partenariat avec cinq organisations en République démocratique du Congo (RDC), en Haïti, en Somalie/Somaliland, en Tanzanie et dans le Soudan du Sud. Le travail international de l'ACSF a commencé avec les jumelages initiés par l'ICM, identifiant la collaboration entre associations professionnelles comme pouvant être mutuellement bénéfique.^[8] Les sages-femmes se sont battues pour la reconnaissance et l'intégration professionnelles au sein des systèmes de santé du Canada.^[19] Les relations de jumelage de l'ACSF remettent en question les modèles traditionnels de développement international, en soulignant que le soutien et la croissance de la profession sont bidirectionnels.^[8] Tandis que le renforcement des associations devient de plus en plus une priorité et un centre d'intérêt pour les programmes internationaux, il existe peu de données probantes pour guider l'intégration de la profession de sage-femme en renforçant les associations.

Pour combler ce manque de données probantes, nous nous sommes penchés sur le travail de renforcement des capacités des associations de l'ACSF, afin d'élaborer une compréhension théorique des approches de consolidation de la société civile par le biais d'organisations dirigées par des femmes. Notre travail est ancré dans des approches féministes intersectionnelles, anticoloniales et collaboratives. Nous considérons que le contexte est d'une

importance centrale, et nous choisissons de ne pas dichotomiser les pays classés en fonction de leur revenu par la Banque mondiale (par exemple, les pays à revenu élevé par rapport aux pays à revenu intermédiaire ou à faible revenu), car nous estimons que l'amélioration de l'accès à des services de SDR de qualité est pertinente pour tous les systèmes de santé.

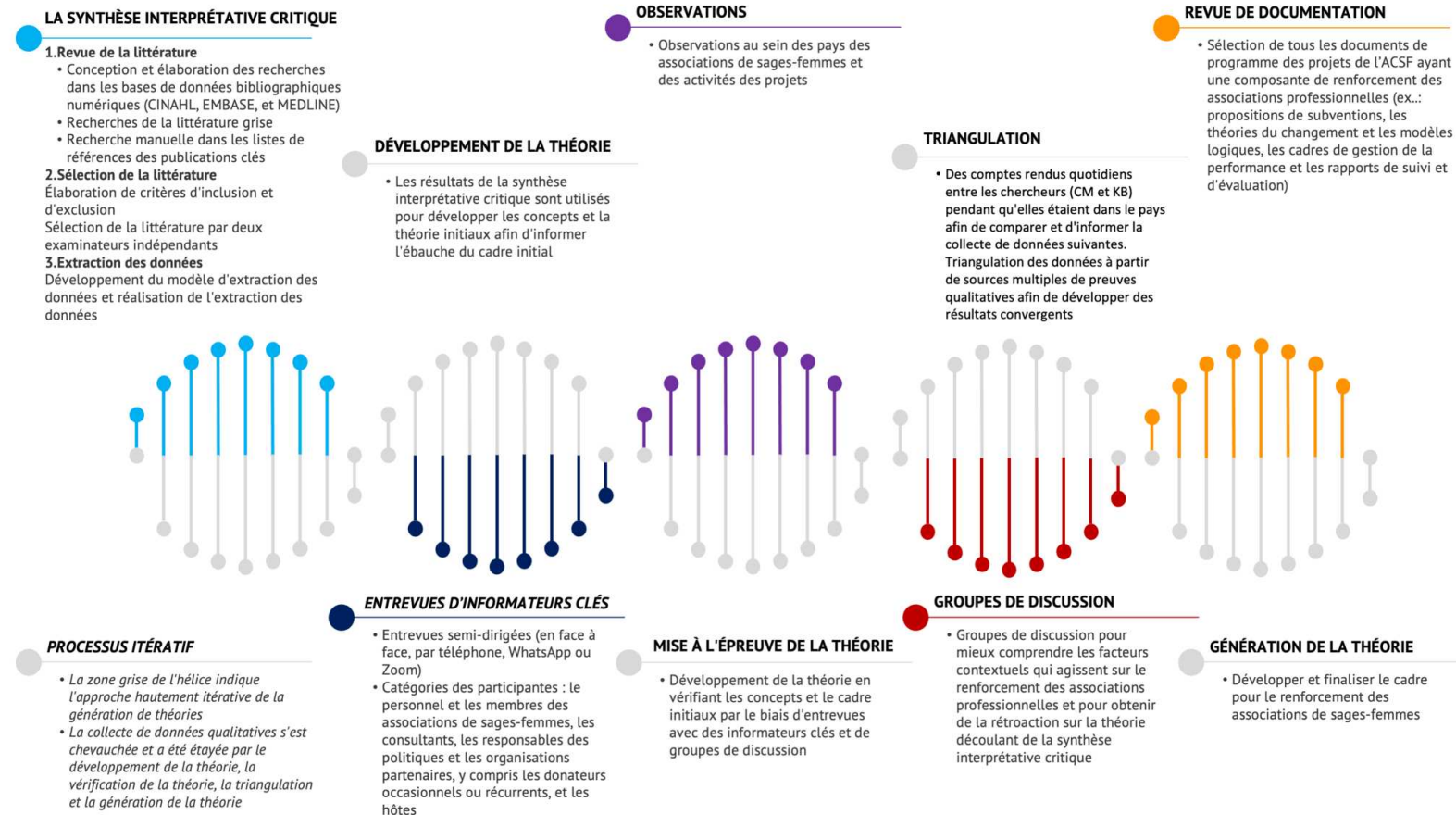
Nous avons trois objectifs : 1) faire la synthèse de multiples sources de recherche pour aborder la question centrale : « quels sont les facteurs qui influencent le renforcement des associations de sages-femmes ? », 2) utiliser l'exemple de la programmation de l'ACSF liée au soutien des organisations de la société civile, pour comprendre les facteurs associés au renforcement des capacités des associations de sages-femmes ; et 3) élaborer une théorie et des concepts pour le renforcement des associations de sages-femmes. Le but global était de créer un cadre théorique basé sur des données probantes, pour le renforcement des associations de sages-femmes, afin d'optimiser l'impact des sages-femmes pour améliorer les SDR.

Méthodes

Nous avons procédé à une revue systématique qualitative en utilisant une synthèse interprétative critique, complétée par des entretiens avec des informateurs clés (IC), des groupes de discussion, des observations et une analyse documentaire afin d'étayer l'élaboration de concepts et de théories.

La figure 1 illustre notre approche hautement itérative quant à la collecte de données et au développement de théories, et elle présente la manière dont cinq types de collectes de données qualitatives ont façonné les processus de triangulation, d'élaboration, de tests et de développement des théories. Ces processus n'étaient pas distincts, mais plutôt se chevauchaient et étaient utilisés itérativement pour créer un cadre théorique.

Figure 1. Hélice du processus de collecte de données qualitatives et de construction théorique



Stratégie de recherche et critères de sélection

La synthèse interprétative critique est une approche analytique interprétative qui examine à la fois la documentation empirique et non empirique dans le but de produire des concepts ; elle se prête bien au développement de cadres théoriques.^[20, 21] Tandis que la méthodologie conventionnelle de revue systématique est fondée sur une question de recherche formulée avec précision ainsi que des critères de sélection établis dès le départ, les synthèses interprétatives critiques sont hautement itératives et utilisent une question centrale qui découle des résultats du processus de revue et peut être modifiée lorsque des lacunes émergent dans la documentation.^[20, 21] Les recherches effectuées dans le cadre de la synthèse interprétative critique ont été réalisées en deux phases. Premièrement, nous avons fait une recherche systématique dans les bases de données bibliographiques numériques (CINAHL, EMBASE, and MEDLINE) avec l'aide d'un libraire. Les recherches sur MEDLINE portaient sur les mots clés suivants: midwifery (MeSH) OR midwi* AND (capacity building (MeSH) OR civil OR (professional adj2 (societ* OR organi?ation* OR affiliation*)) OR partnership*). Des ajustements mineurs ont été apportés pour optimiser les chaînes de recherche dans CINAHL et EMBASE. Deuxièmement, nous avons fait des recherches sur les sites Web de SDSR et de la société civile pour trouver des documents pertinents. Nous avons également recensé d'autres documents pertinents en cherchant manuellement dans les listes de références de publications clés.

Nous avons inclus des documents qui fournissaient des éléments de réponse à la question centrale et qui concernaient spécifiquement les associations de professionnels de la santé. Nous n'avons pas de critères d'exclusion spécifiques ni de limites de recherche.

Nous nous sommes servis de la base de données Endnote pour entreposer et gérer les résultats de recherche. Après que les doublons aient été supprimés, deux réviseurs [CM et KB] ont examiné indépendamment les titres et résumés et les documents classés. Nous avons récupéré le texte intégral des documents "possiblement inclus", et chaque examinateur a évalué de manière indépendante l'admissibilité à l'inclusion. Les divergences ont été discutées jusqu'à ce qu'un consensus soit atteint.

Collecte de données additionnelles

Nous avons utilisé les entrevues semi-dirigées d'informateurs clés, les groupes de discussion, l'observation et la revue documentaire comme méthodes de recherche qualitative additionnelles afin d'alimenter notre cadre théorique. Parmi les pays vers lesquels nous nous sommes tournés pour obtenir des données supplémentaires, notons le Bénin, le Canada, la RDC, l'Éthiopie, Haïti, le Soudan du Sud et la Tanzanie (notamment, les lieux qui font ou ont fait l'objet de programmes internationaux de l'ACSF). En ce qui a trait à notre éthique de recherche, nous avons obtenu l'approbation du Hamilton Integrated Research Ethics Board [HiREB, protocole n° 7489] de l'université McMaster et du Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laurentienne [CÉRUL protocole n° 6018380], à Sudbury, avant de la collecte de données. La permission d'organiser des groupes de discussion et des entretiens en RDC et en Tanzanie a été obtenue par les responsables des associations de sages-femmes dans les pays comprenant des lettres d'invitation de ces associations. Un consentement éclairé écrit a été obtenu de chaque participant et les données ont été recueillies en anglais ou en français, selon la préférence du participant.

Nous avons utilisé un échantillonnage raisonné à plusieurs degrés pour recruter des participants dans les quatre catégories suivantes : 1) le personnel et les membres des associations de sages-femmes ; 2) les consultants ; 3) les responsables des politiques et 4) les

organisations partenaires, y compris les donateurs occasionnels ou récurrents, et les hôtes. Nous avons invité les participants par courriel ou en personne, et nous avons fait les entrevues en personne, ou par téléphone, ou en ligne. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur bande audio.

Dans le cadre de la collecte de données au Canada, en RDC et en Tanzanie, nous avons observé les participants et mené des groupes de discussion avec les quatre catégories de groupes mentionnées ci-haut. L'observation des participants a été documentée par les chercheurs (CM et KB) à l'aide de notes écrites et d'enregistrements audio. Nous avons fait appel à des groupes de discussion pour mieux comprendre les facteurs contextuels qui agissent sur le renforcement des associations professionnelles et pour obtenir de la rétroaction sur la théorie découlant de la synthèse interprétative critique.

Pour revue de documentation, nous avons sélectionné tous les documents de programme (y compris les propositions de subventions, les théories du changement et les modèles logiques, les cadres de gestion de la performance et les rapports de suivi et d'évaluation) des projets de l'ACSF ayant une composante de renforcement des associations professionnelles. Ces documents ont été recueillis principalement lors de notre passage dans les bureaux des associations de sages-femmes et lors des entrevues avec les informateurs clés.

Analyse des données

Durant les enquêtes qualitatives, il arrive couramment que l'analyse et l'interprétation chevauchent l'échantillonnage et la collecte de données (Figure 1). Les résultats de la synthèse interprétative critique ont servi au développement de la théorie par la création de concepts et de théories initiaux relatifs au renforcement des capacités des associations professionnelles, et l'ébauche du cadre initial. La mise à l'épreuve de la théorie a été réalisée par le biais de sources supplémentaires de collecte de données qualitatives en testant des itérations des concepts et du cadre avec les participants et le consortium de recherche en français et en anglais (AK, AP, EH, JR, LD et SL). L'exactitude fut assurée par la triangulation des méthodes et des sources de données, ce qui permit aussi de dégager des preuves convergentes. La triangulation a également été utilisée comme une méthode permettant de s'assurer que nous représentons avec précision la réalité dans une série de contextes complexes. Les données ont été recueillies jusqu'à ce qu'elles soient suffisantes, c'est-à-dire jusqu'à ce que les idées tirées des étapes d'analyse répondent à la question de recherche. Le cadre et les concepts ont été finalisés en français et en anglais, dans la langue de leur choix, par le consortium de recherche, comprenant une représentation des associations de sages-femmes du Canada, de la RDC, du Soudan du Sud et de la Tanzanie (AK, AP, EH, JR, LD et SL).

L'extraction des données pour la synthèse interprétative critique a été guidée par une structure de codage. Nous avons recueilli des données sur l'année de publication, la conception de l'étude, les professions de santé, les juridictions visées parmi les régions de l'OMS, les processus de renforcement de capacités des associations professionnelles et leurs caractéristiques. Nous nous sommes servis d'un chiffrier Excel pour extraire les données de chaque document, y compris les informations relatives aux processus de renforcement des associations professionnelles et leurs caractéristiques. Deux chercheurs (CM et KB) ont codé une partie des documents séparément et ont comparé les résultats afin d'assurer une interprétation cohérente. Ces résultats de recherche ont été utilisés pour développer les concepts de base initiaux, la théorie et l'ébauche du cadre théorique sur le renforcement des associations professionnelles.

Nous nous sommes servis de NVivo pour organiser et coder les données qualitatives additionnelles (en français et en anglais). Deux chercheurs indépendants ont codé un échantillon des transcriptions pour comparer les résultats et assurer la cohérence (CM et KB). Le reste des données a été codé par un seul chercheur. Nous avons appliqué une méthode comparative constante, c'est-à-dire que les données émergentes ont été comparées aux données collectées précédemment afin de trouver des similitudes et des différences.^[22] Nous nous sommes assurés de l'intégrité des résultats observés en consultant régulièrement les membres de l'équipe de recherche (EH et LD).

CM et KB ont reçu une bourse d'internat pour réaliser la recherche pour l'ACSF. Afin de favoriser les échanges entre chercheurs, CM et KB ont appliqué la clause de Mertens sur la réflexion critique en examinant les concepts de pouvoir et la validité des résultats.^[23] Au cours du processus, nous avons continuellement observé de manière critique les dynamiques de pouvoir et notre posture géosociale privilégiée dans le but d'atténuer leurs impacts sur la recherche et sur les relations avec les participants, et d'éviter de reproduire les formes historiques d'oppression. Avant toute chose, nous reconnaissons qu'historiquement, le savoir occidental a dominé le domaine de la santé dans le monde, et oriente les sujets de recherche ainsi que le financement.^[24] Suite à ces réflexions, nous nous sommes engagés fermement à contrer les structures susmentionnées, en intégrant volontairement des mesures d'atténuation au cours de la conception, de l'opérationnalisation et de la réalisation de la recherche.

Nous avons agrandi l'équipe de recherche afin d'inclure des experts en renforcement d'associations de sages-femmes au Canada, en RDC, en Tanzanie et au Soudan du Sud. Ces experts ont formé une équipe collaborative qui a travaillé avec CM et KB pendant le processus de recherche (AK, AP, EH, JR, LD et SL). Par exemple, l'objet de recherche fut validé et les résultats initiaux vérifiés par les membres et directions des associations. L'équipe a ensuite codéveloppé les concepts et le cadre, ainsi que le manuscrit. Finalement, nous collaborons continuellement avec le consortium de recherche pour nous assurer que les résultats sont partagés avec les associations participantes, ce qui comprendra aussi des recherches plus poussées pour comprendre l'applicabilité et la faisabilité de nos éléments conceptuels et de la [liste de vérification](#). Une réflexion critique continue a permis à KB et CM de réfléchir rétrospectivement aux lacunes de leur approche, y compris la manière dont les autres chercheurs, en particulier en RDC, en Tanzanie et au Sud-Soudan, ont été rémunérés pour leurs contributions ou si des discussions transparentes ont eu lieu concernant l'ordre des auteurs, par exemple.

Lors de la collecte de données, nous avons pris soin d'obtenir des points de vue à l'intérieur et à l'extérieur des associations de sages-femmes afin qu'une diversité de voix soit entendue. Nous avons également pris la précaution d'indiquer que la recherche était indépendante des évaluations de projets pour rassurer les participants que les opinions négatives n'auraient pas de répercussions sur le financement des projets. Enfin, nous avons appliqué un cadre intersectionnel pour comprendre l'impact du genre et des facteurs croisés (par exemple, les conflits, la race, la langue et l'ethnicité) sur les associations de sages-femmes et la profession au sein des systèmes politiques et sanitaires.^[25] Selon l'approche intersectionnelle, les inégalités ne découlent pas de facteurs distincts. Elles sont plutôt le résultat du croisement entre la position sociale d'un groupe ou d'une personne et le privilège ou le pouvoir résultant qui est à la source de différentes formes de domination ou d'exploitation.^[26] Cette approche a également été appliquée dans l'analyse et nous a permis d'aborder en détail des thèmes

implicites reliés aux diverses formes d'oppression modelées par des concepts historiques et politiques au sein de la profession de sage-femme.

Participation des patients et du public

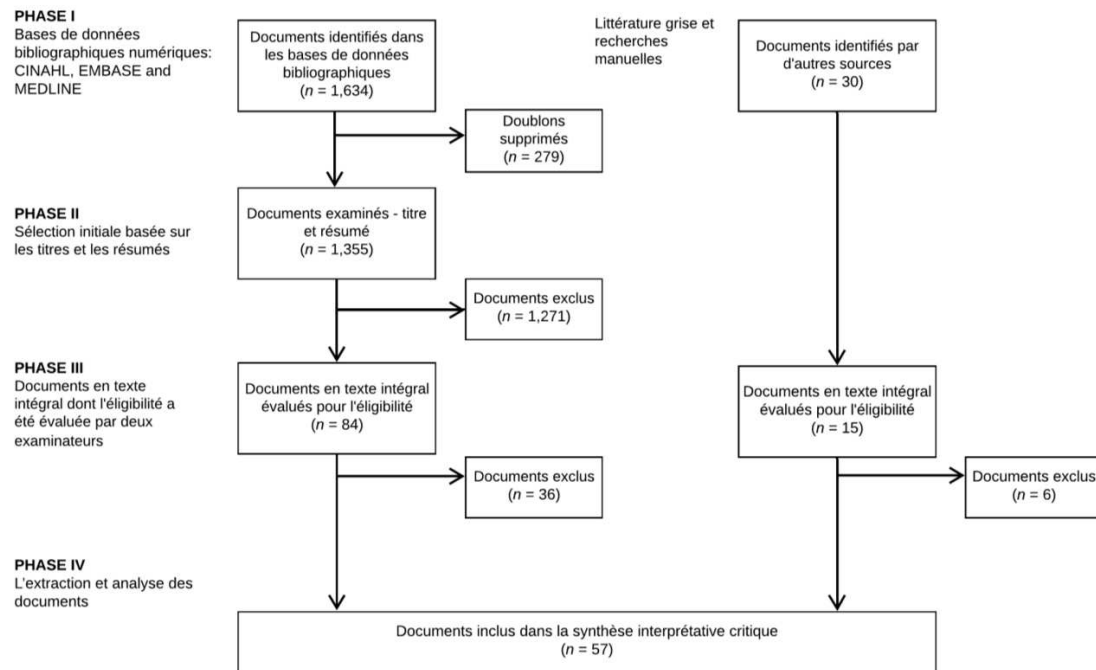
En raison de contraintes éthiques et pratiques, les patientes et les clientes n'ont pas été impliquées dans la recherche. Toutefois, nous reconnaissons que cette catégorie est une composante essentielle pour comprendre la portée et la capacité des sages-femmes et des associations de sages-femmes dans les systèmes de santé, en particulier en ce qui a trait aux expériences de soin.^[10] Nous prévoyons inclure cette composante dans les futures recherches. Comme il a été mentionné dans l'analyse, un consortium de recherche composé de sages-femmes et de membres d'associations de sages-femmes issus de divers milieux a été mis sur pied dès le début de la recherche afin de travailler en collégialité sur la conception du projet, la collecte et l'analyse des données, et l'échange des savoirs.

Résultats

Résultats de recherche

Les recherches documentaires systématiques en vue de la synthèse interprétative critique ont été réalisées jusqu'au 2 septembre 2020 et les résultats sont inscrits à la Figure 2. Cinquante-sept documents étaient admissibles. La plupart (84 %) ont été publiés après 2010, et aucun avant 2000. 37% étaient des recherches primaires (n = 21), dont : des recherches qualitatives (n = 13), des recherches à méthodes mixtes (n = 5), et des études descriptives (n = 3). Du côté de la recherche secondaire, 14 % des documents consistaient en des revues systématiques (n=8) et un seul était une étude transversale. Les documents restants n'ont pas été inclus dans la recherche (n=27), y compris 10 « autres » (par exemple, des trousseaux d'outils, des manuels, des plans stratégiques, etc.) ; 6 éditoriaux ; 5 essais théoriques et 5 revues non systématiques. Conformément aux régions ciblées par l'OMS, la majorité (n=28) portait sur l'Afrique, 10 sur les Amériques, 10 sur l'Asie du Sud-Est, 6 sur la Méditerranée occidentale, 1 sur le Pacifique occidental, 5 sur l'Europe et 36 % (n=17) s'étendaient à toutes les régions.

Figure 2. Diagramme de la recherche documentaire et de la sélection des études



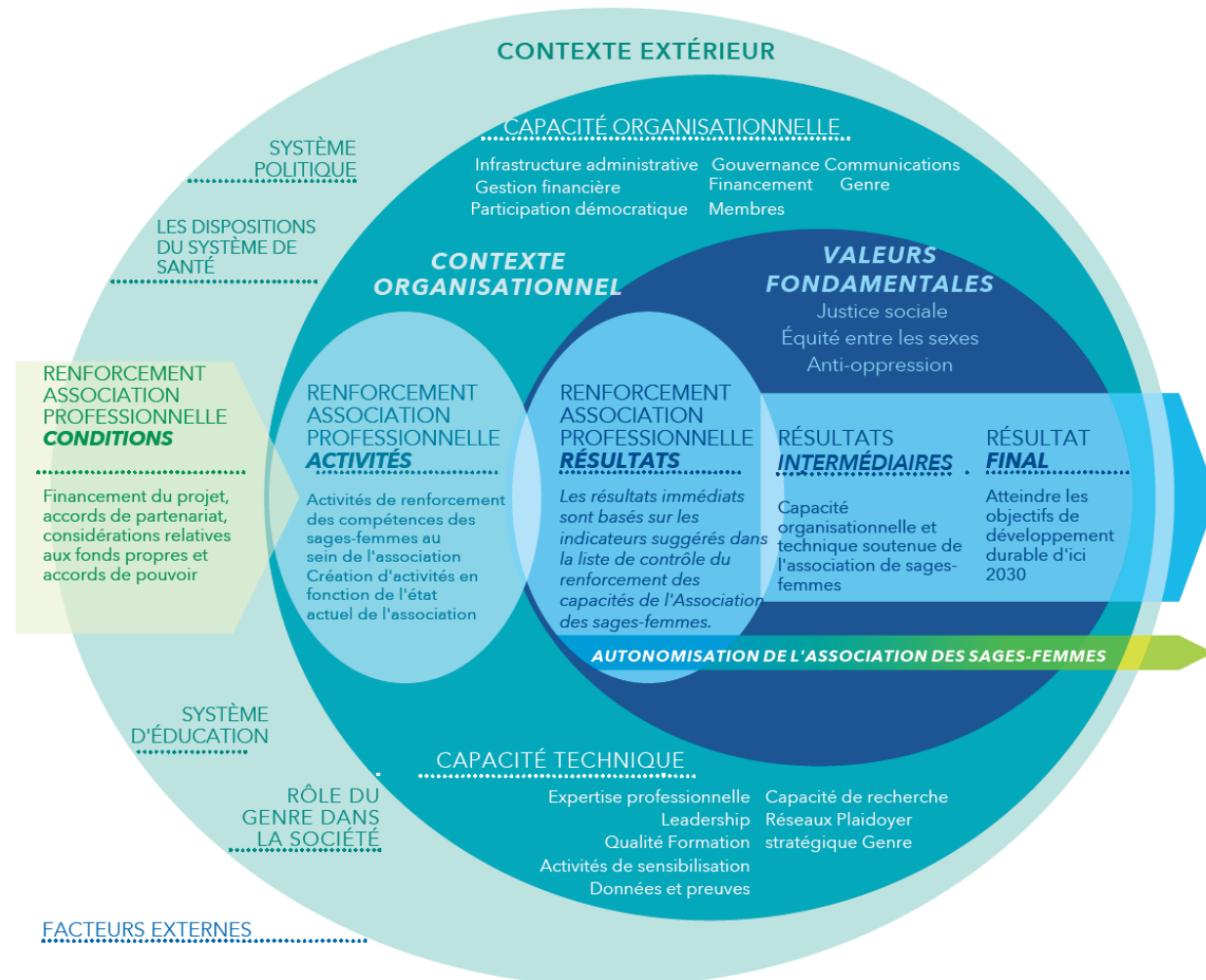
Sources additionnelles de données

Nous avons interviewé 31 informateurs clés (durée moyenne de 43 minutes) et animé 5 groupes de discussion composés de membres des associations de sages-femmes. Vingt-quatre documents relatifs aux programmes de l'ACSF ont été inclus dans la revue documentaire. Nous avons aussi analysé des notes d'observation (255 pages) et des enregistrements audio entre les chercheurs (CM et KB).

Synthèse

La Figure 3 présente le cadre qui a émergé de la revue documentaire et de la synthèse. Le cadre illustre les moteurs et les principaux éléments habilitants qui ont une incidence sur la pérennité des associations de sages-femmes. Ces composantes sont organisées en trois contextes interconnectés : extérieur, organisationnel et les valeurs fondamentales de l'association. Ces composantes agissent comme feuilles de route pour aider les associations à naviguer à travers les contextes interconnectés. Ci-dessous, nous décrivons les composantes clés nécessaires à l'intégration des sages-femmes par le biais d'associations professionnelles renforcées, résumées dans le Tableau 1. Le tableau 2 s'aligne sur le premier et contient des citations illustratives organisées selon les composantes clés présentées dans le cadre.

Figure 3. Cadre pour le renforcement des associations de sages-femmes



Moteurs clés du renforcement des associations de sages-femmes

Contexte extérieur

Les résultats ont démontré que les associations de sages-femmes sont influencées par le rôle et l'intégration de la profession, ainsi que par la réglementation afférente dans un contexte donné, tous déterminés par le système politique (là où les décisions sur l'intégration des sages-femmes seront prises), les dispositions du système de santé (là où les sages-femmes fournissent des services de SDR)^[19, 27] et le système d'éducation (là où les sages-femmes sont formées).

Les structures politiques, y compris les ententes internationales, les politiques publiques et les programmes des partis politiques dominants, agissent sur le développement de la main-d'œuvre et de la profession des sages-femmes, et influencent les efforts de renforcement de leurs services.^[2] Les associations de sages-femmes sont des agentes pour la profession, dont leurs capacités d'influencer les politiques sont déterminées par les institutions et les structures environnantes.^[27] Les données recueillies lors des entrevues montrent que les changements de gouvernement ont entraîné des retards dans la réalisation des objectifs des associations de sages-femmes, telles que la réglementation de la profession ou la participation aux processus décisionnels nationaux en matière de SDR.

Les catégories principales qui englobent les dispositions du système de santé sont interreliées et comprennent : 1) la gouvernance, qui se concentre sur les structures du système de santé, comme les politiques et les autorités professionnelles ; 2) les finances, qui incluent le financement de la santé et les mécanismes de rémunération des professionnels de la santé ; et 3) la prestation des services de santé, c'est-à-dire la façon et les endroits où ces services sont fournis.^[28] Les dispositions relatives à la gouvernance régissent les professions de la santé, notamment celle de sage-femme ; toutefois, dans bien des pays, la réglementation portant sur les sages-femmes est inadéquate ou ne reconnaît pas la pratique de sage-femme comme une profession autonome.^[16] Nos résultats ont montré que le manque de compréhension de la profession de sage-femme en tant que profession autonome a conduit à la disparition de la profession de sage-femme des agendas politiques des décideurs du système de santé au sein des structures de gouvernance. Cette négligence a eu des répercussions en aval sur les autres dispositions du système de santé. Par exemple, les participants ont remarqué un manque de clarté à propos de la définition et du rôle des sages-femmes au sein du système de santé, résultant en un déploiement et une rémunération inappropriée. Finalement, en ce qui concerne le contexte dans lequel ces services sont fournis, de multiples barrières ont été relevées (manque de sécurité, d'eau, d'électricité, d'équipement et d'intrants pour le personnel) qui rendaient le travail des sages-femmes impossible.

La rémunération inadéquate des sages-femmes a nui à leur capacité de payer les cotisations et de devenir membres des associations, ce qui a eu des effets négatifs sur la viabilité financière des associations de sages-femmes et a accru leur précarité. En contrepartie, les associations de sages-femmes bien établies ont joué un rôle important dans la négociation de conditions de travail et de salaires convenables pour les sages-femmes auprès des gouvernements.^[16] Nos résultats ont montré que les associations de sages-femmes ont plaidé en faveur de mécanismes efficaces de réglementation et d'amélioration des modalités de prestation de services, notamment : 1) le déploiement des sages-femmes ; 2) l'adéquation des postes que les sages-femmes occupent (par exemple, plutôt que de remplacer des infirmières) ; 3) le mélange de compétences (par exemple, la performance du rôle, l'expansion et le travail dans des équipes interprofessionnelles) ; 4) la disponibilité et l'accès opportun aux soins des sages-femmes (par

exemple, embauche et répartition de main-d'œuvre) ; 5) la façon dont les soins des sages-femmes sont prodigués ; et 6) les lieux où les soins sont fournis (par exemple, site de prestation des services de santé, structure physique et équipement).

Les six domaines clés dans lesquels les associations de sages-femmes ont amélioré la qualité de la formation, afin de renforcer la crédibilité de la profession et son intégration aux systèmes de santé sont : 1) plaider pour des programmes de formation initial accréditée ; 2) conseiller quant aux normes de qualité de l'apprentissage clinique ; 3) fournir du perfectionnement professionnel continu ; 4) créer des chapitres étudiants au sein des associations, attirant ce faisant des étudiants de qualité et de jeunes leaders dans la profession ; 5) participer aux dialogues nationaux sur les politiques de SDSR et 6) établir des évaluations des compétences professionnelles.^[1, 2, 6, 8, 9, 14, 16, 29-42] L'accès à la formation continue par le biais des associations de sages-femmes est fortement lié à l'autonomisation, au renforcement du sentiment d'appartenance professionnelle, ainsi qu'au respect et au statut de la profession, influençant ainsi le statut de l'association.^[38]

Des événements et des forces extérieures aux systèmes politiques et sanitaires peuvent jouer sur les efforts de renforcement des capacités des associations de sages-femmes ou réorienter leur planification stratégique. Plus précisément, les chocs externes au système, comme les pandémies, les changements climatiques, les crises économiques et les désastres naturels, peuvent éroder la stabilité et la sécurité des femmes et des filles (par exemple, en faisant augmenter la violence basée sur le genre). Le détournement de l'allocation des ressources destinées à la prestation des services de SDSR a une incidence sur la viabilité et le pouvoir des associations de sages-femmes. Inversement, nos observations ont montré que certains chocs externes (par exemple, la pandémie de COVID-19) offraient aux associations de sages-femmes l'occasion de soutenir la qualité des soins cliniques par le biais de la formation, de la fourniture d'équipements de protection individuelle aux sages-femmes de première ligne et de la création de directives cliniques.

Contexte organisationnel

Dans le contexte organisationnel, nous avons défini la capacité des associations de sages-femmes comme deux concepts réciproques, organisationnel et technique, qui sont ensuite divisés en sous-composantes clés.^[6] La capacité organisationnelle, c'est l'habileté de l'association de façon pérenne comme organisation. [6] Un niveau de base de capacité organisationnelle est nécessaire pour développer la capacité technique et ainsi augmenter la durabilité de l'organisation et son impact sur le renforcement de la profession. Nous avons détecté huit éléments constitutifs de la capacité organisationnelle : 1) l'infrastructure administrative;^[3, 6, 7, 17, 39] 2) la gouvernance;^[43-46] 3) la gestion financière;^[18, 43] 4) la participation démocratique;^[43, 44, 46] 5) le financement;^[8, 43, 47] 6) l'adhésion des membres;^[43] 7) les communications;^[3, 43, 44, 48] 8) et le genre.

Certains facteurs externes peuvent aussi influencer la capacité organisationnelle des associations (comme la maladie subite, le décès ou l'invalidité d'un membre clé ; la perte d'un donateur majeur ; des allégations de faute professionnelle de la part d'un membre en vue ou le détournement de fonds).^[44] Bien que les crises organisationnelles ne puissent pas être anticipées, les associations de sages-femmes peuvent atténuer leurs répercussions en ayant une infrastructure administrative, une gouvernance, une gestion financière et une stratégie de communication solides.

La capacité technique est considérée comme étant au cœur du travail des associations. Elle réfère à la faculté de soutenir et de maintenir des programmes et des activités efficaces pour renforcer la profession au sein des systèmes politiques, sanitaires et éducatifs.^[6] Nous avons identifié neuf éléments constitutifs de la capacité technique : 1) l'expertise professionnelle des sages-femmes^[2, 45, 49] ; 2) le leadership^[6, 50, 51] ; 3) la formation de qualité en pratique sage-femme^[6, 16, 44, 51-53] ; 4) les activités de sensibilisation à la SDSR ; 5) les données probantes et preuves^[2, 9, 50] ; 6) la capacité de recherche et transmission de savoirs^[9, 54] ; 7) les réseaux^[1, 34, 41, 55, 56] ; 8) le plaidoyer stratégique (un résultat des réseaux)^[3, 7, 8, 16, 43, 45, 48, 57, 58] ; 9) et le genre.

Les données qualitatives ont révélé une relation de réciprocité entre la capacité organisationnelle et la capacité technique. Lorsque les associations de sages-femmes ont offert des programmes visant à accroître la capacité des sages-femmes, comme la formation en soins obstétricaux et neonatals d'urgence (SONU), la capacité organisationnelle et technique des associations fut augmentée. Pour pouvoir fournir efficacement un entraînement de SONU, les associations ont reçu une formation en compétences programmatiques et administratives, et en renforcement d'équipe. Ces compétences étaient généralisables et transférables, de façon à gérer efficacement l'association. En outre, lorsque les associations de sages-femmes ont formé les membres de la direction pour qu'elles deviennent des facilitatrices, évaluatrices, mentores et superviseuses de SONU, ces sages-femmes ont continué à fournir de la formation SONU après que le projet ait été terminé. Intégrer des compétences au niveau de la direction a permis d'accroître la reconnaissance extérieure de l'association et de sa capacité à former les sages-femmes aux normes internationales.

La formation en milieu de travail s'est également révélée être une façon de mettre les associations en valeur dans les établissements, hôpitaux et réseaux de la santé. Le fait d'avoir une plus grande visibilité et une plus grande crédibilité a aidé l'association à réaliser d'autres activités (par exemple, superviser les programmes de formation accréditée de sage-femme et faire pression sur les gouvernements pour qu'ils adoptent des politiques inclusives des sages-femmes). De plus, les sages-femmes elles-mêmes étaient plus susceptibles de comprendre le rôle de leur association et de devenir membres. Ainsi, les associations pouvaient plus facilement promouvoir des mécanismes de rémunération appropriés pour leurs membres auprès des institutions et gouvernements. Finalement, l'augmentation du nombre de membres et la formation en SONU sont devenues des sources de revenus indispensables pour l'association qui soutiennent et maintiennent sa capacité organisationnelle.

Genre

Le genre et ses intersections (comme la race, l'ethnicité et la religion) sont des questions uniques et transversales qui ont des répercussions dans chaque milieu. Le rôle du genre dans la société est une composante inséparable du contexte externe.^[2, 19, 33, 34, 43, 59, 60] La construction sociale du genre détermine l'importance qu'on accorde aux femmes dans un pays donné, et par conséquent la valeur que l'on donne aux associations de sages-femmes à prédominance féminine dans la société.^[19] Les normes de genre influencent les rapports qu'ont les associations avec les preneurs de décision, ce qui mène à un manque de visibilité et de crédibilité pour les organisations.^[2, 34] Par exemple, les résultats de nos recherches montrent que les preneurs de décision dans le domaine de la santé ont tendance à être des hommes médecins. Cette dichotomie de genre s'est répercutée sur la relation entre les associations de sages-femmes et les autorités, car il y a un manque de respect généralisé envers la femme.^[43] Enfin, la pression exercée sur les systèmes de santé par des événements de longue durée, comme les conflits, les coups d'État ou l'inflation des marchés, a une

incidence disproportionnelle sur le genre et menace par conséquent la pérennité des associations.

Dans le contexte organisationnel, certaines considérations de genre concernant la capacité organisationnelle, comme la création de structures de gouvernance équitables au sein de l'association soutiennent le leadership féminin et rehaussent la diversité au sein du conseil exécutif et de l'effectif de membres. La capacité technique consiste en l'aptitude de l'association à mener sa propre analyse sur le genre et à avoir les ressources pour pouvoir répondre adéquatement aux recommandations, notamment en appliquant une lentille de genre à l'environnement externe de l'association, à sa structure organisationnelle et à la manière dont elle fournit un soutien clinique et une formation à ses membres. Nos données ont montré que les analyses de genre étaient souvent une réflexion après coup, et qu'elles étaient réalisées par des consultants internationaux externes souvent coûteux, limitant ainsi l'opportunité, la pertinence et l'applicabilité locale des résultats.

Les valeurs fondamentales des associations de sages-femmes

Les valeurs fondamentales des associations de sages-femmes sous-tendent leurs activités et leurs résultats organisationnels, s'alignent étroitement avec la mission, la vision et le plan stratégique de l'organisation et déterminent le rôle de l'organisation dans la communauté et les programmes et services clés qu'elle offre. Au sein des associations de sages-femmes, nous avons identifié la justice sociale, l'équité et l'anti-oppression comme les valeurs organisationnelles fondamentales les plus communes.^[8, 31, 32, 35, 37, 45, 61-65] Une valeur implicite universelle des associations de sages-femmes est qu'elles travaillent à un objectif commun d'amélioration de la SDR. Toutefois, il est important de souligner que chaque association a sa propre perception de sa contribution à sa communauté, et ses valeurs sont hautement corrélées à son milieu.

Malgré des valeurs organisationnelles tournées vers l'extérieur, nos résultats révèlent que la culture organisationnelle des associations de sages-femmes peut être influencée positivement ou négativement par les privilèges personnels et les inégalités de pouvoir, comme le sexisme, l'ethnisme ou le classisme. Les participants ont indiqué qu'il y avait un problème de manque de transparence entre le conseil d'administration et les membres, et une tendance à ignorer les procédures de planification démocratique de la succession. Certains participants ont dit avoir été privés de la possibilité d'accéder à un poste de leadership en raison de leur âge ou de leur position sociale. Les membres ressentaient le besoin d'avoir des discussions ouvertes qui favorisent la distribution équitable des rôles de leadership, et ils estimaient que c'était important pour encourager la participation aux activités de l'association à long terme.

L'autonomisation (*empowerment*) s'est avérée une conséquence significative du renforcement des associations de sages-femmes, et elle est qualifiée de « catalyseur puissant de changement positif » dans la documentation.^[61] Elle est fondée sur le sentiment de valeur et de crédibilité que les membres de l'association ressentent comme un produit direct de la réussite, tant interne qu'externe à l'organisation. Par exemple, le sentiment d'autonomisation a été décrit comme le fait d'avoir un impact, d'être autonome, de participer aux prises de décisions institutionnelles et à l'élaboration de politiques, d'avoir des opportunités économiques, d'avoir accès à l'éducation et de se valoriser professionnellement.^[38] Dans les cas où des associations de sages-femmes ont amélioré leur capacité grâce à la collaboration avec d'autres associations de sages-femmes, la confiance et la réciprocité ont mené à une autonomisation mutuelle globale. Les participants ont affirmé que l'autonomisation les avait motivés à promouvoir la SDR et l'inclusion des sages-femmes dans la prise de décision, ce

qui a amélioré la capacité des associations. L'autonomisation est une boucle de rétroaction positive : lorsque la capacité de l'association est renforcée, les individus se trouvent également renforcés, ce qui améliore à son tour la capacité organisationnelle, et ainsi de suite.^[62]

Tableau 1. Composants clés pour le renforcement des associations de sages-femmes

Contexte et élément	Description des éléments visant à renforcer les associations de sages-femmes, y compris les facilitateurs et les barrières d'atténuation.
Contexte externe	
Système politique	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cadre de 3i</i> - comprend trois composantes principales : 1) les institutions (les structures gouvernementales et l'héritage politique) ; 2) les intérêts (les groupes d'intérêt) ; et 3) les idées (les croyances et les valeurs des populations) • <i>Institutions</i> - Les sages-femmes et les associations de sages-femmes peuvent être confrontées à des obstacles d'intégration en raison des structures gouvernementales (ex., structures politiques dans un contexte donné et les mandats gouvernementaux peuvent influencer les politiques de SDSR) et des héritages politiques (ex., les politiques passées concernant la valeur des sages-femmes créent des effets interprétatifs et influencent la manière dont les soins de sage-femme sont mis en place dans le système de santé) • <i>Intérêts</i> – Les collaborations avec d'autres groupes professionnels peuvent jouer un rôle important concernant le plaidoyer (facilitateurs), ou d'atténuer les intérêts d'autres associations professionnelles (par exemple, infirmières), ou la discrimination (par exemple, certains groupes d'intérêt de la profession médicale peuvent limiter l'établissement de la profession de sage-femme en tant que profession autonome) (obstacles) • <i>Idées</i> - croyances en ce qui concerne le modèle médical (ex., la médicalisation du processus de naissance et la valorisation des soins médicaux et hospitaliers qui y est associée) et l'égalité des genres
Organisation des systèmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Organisation des systèmes de santé</i> comprennent : 1) gouvernance; 2) financières; 3) ressources humaines • <i>Gouvernance</i> – pouvoirs politiques qui reconnaissent la profession de sage-femme comme une profession autonome et reconnaissent le rôle des associations de sages-femmes qui plaident en faveur d'une réglementation codifiant l'autorégulation et la pratique autonome. • <i>Gestions financières</i> – qui comprennent des mécanismes de collecte de revenus pour financer le système de santé et la rémunération des services de santé sexuelle et reproductive par les sages-femmes, ce qui, par le même canal, a un impact sur la viabilité financière des associations de sages-femmes. • <i>Ressources humaines</i> – l'accent est mis sur la façon donc les sages-femmes offrent des services de santé au sein du système de santé et l'expertise reconnue des associations de sages-femmes pour définir le champ de pratique et le rôle de la profession.
Système d'éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Systèmes d'accréditation pour soutenir des programmes de formation initial de sages-femmes • L'intégration des normes mondiales de l'ICM pour la formation en pratique sage-femme et compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme de l'ICM • L'éducation et le renforcement des compétences sont liés à l'autonomisation de la profession et des associations de sages-femmes.
Rôle du genre dans la société	<ul style="list-style-type: none"> • Les valeurs sociétales et la construction sociale du genre ont un impact sur les relations que les associations de sages-femmes ont avec l'État et le leadership.
Facteurs externes	<ul style="list-style-type: none"> • Forces et événements à l'extérieur du système politique qui peuvent influencer les structures institutionnelles existantes (ex., les chocs exogènes tels que les pandémies, les crises économiques mondiales et les catastrophes naturelles érodent la stabilité et la sécurité des femmes et des filles)
Contexte organisationnel	

Infrastructure administrative	<ul style="list-style-type: none"> • La mise en place de l'infrastructure est une étape importante du renforcement des associations et comprend l'espace et les outils nécessaires pour pouvoir travailler et afin d'être en mesure de mener à bien la mission de l'organisation • Un niveau de base d'infrastructure administrative est nécessaire pour pouvoir soutenir la capacité technique.
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> • Établir des systèmes de gouvernance des meilleures pratiques pour gérer le travail de l'association. • La capacité de l'association de sages-femmes déterminera la complexité de la structure de gouvernance.
Gestion financière	<ul style="list-style-type: none"> • Développer un plan et un système concrets pour la surveillance financière de l'association. • Élaborer des budgets annuels en fonction des priorités et du plan stratégique de l'association.
Participation démocratique	<ul style="list-style-type: none"> • Deux facteurs principaux influencent la participation démocratique: <ul style="list-style-type: none"> • les conceptualisations sociopolitiques de la démocratie en général et l'impact historique dans un contexte donné; et • les valeurs et les croyances partagées de l'association de sages-femmes et la création de procédures démocratiques équitables.
Financement	<ul style="list-style-type: none"> • La capacité organisationnelle d'une association de sage-femme dépend de sa capacité de pouvoir générer ses propres fonds. • Soutien à la diversité des sources de financement (c'est-à-dire qu'il ne faut pas dépendre entièrement des financements de projets).
Adhésion	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des activités de recrutement de nouveaux membres afin d'accroître la visibilité et la traçabilité de l'association. • Créer et maintenir une base de données des membres et contrôler comment les besoins des membres sont satisfaits. • Promouvoir le recrutement de membres diversifiés (par exemple, en attirant des jeunes et en cultivant les chapitres étudiants)
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • Développe une stratégie de communication pour soutenir le plaidoyer (capacité technique) • Il y a quatre niveaux de communication: <ul style="list-style-type: none"> • la communication interne, qui comprend la communication entre les membres du conseil d'administration (ex. les procès-verbaux des réunions) ainsi que la communication entre le conseil d'administration et le personnel; • avec les membres concernant ce qui se passe au niveau de l'association (y compris les groupes WhatsApp • aux partenaires (par exemple, le gouvernement et la communauté internationale) ; et • au public par le biais d'une série de médias (éducation du public)
<i>Capacité technique</i>	
Expertise professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Établir un solide corps de connaissances professionnelles au sein de la profession de sage-femme (cultivé par une formation continue de qualité), ainsi que la crédibilité et la reconnaissance externe de l'expertise détenue au sein de l'association de sages-femmes.
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • Faire progresser le leadership au sein des associations de sages-femmes, qui consiste en : <ol style="list-style-type: none"> 1. la capacité des membres à influencer et à contribuer au leadership au sein du système plus global (politique, sanitaire et/ou sociale) par le biais d'activités de sensibilisation ; 2. la capacité d'un leader organisationnel à plaider pour faire avancer les objectifs de l'association à l'extérieur dans les sphères publiques et politiques ; et

	3. la capacité interne de l'exécutive de l'association à gérer l'organisation de manière appropriée (par exemple, processus démocratiques, responsabilité, transparence et planification de la succession).
Formation de qualité	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que l'association de sages-femmes collabore avec les programmes de formation des sages-femmes afin de soutenir des possibilités de formation initiale et continue de qualité pour les membres.
Activités de sensibilisation de SDSR	<ul style="list-style-type: none"> • Développe des activités de sensibilisation de SDSR dans la communauté, fournies par l'association. • Contribue à l'amélioration de la santé globale et à la légitimation du rôle de leur association dans la prestation de services de santé sexuelle et reproductive.
Données et preuves	<ul style="list-style-type: none"> • La capacité des associations à posséder, recueillir et/ou partager des données pour informer la pratique et les normes locales de la profession de sage-femme (y compris le suivi et l'évaluation et les analyses de genre).
Capacité de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Développer les capacités de recherche pour renforcer et autonomiser les associations de sages-femmes en développant les compétences méthodologiques, analytiques et rédactionnelles. • Améliorer l'accès local aux données de la recherche afin de soutenir la formation continue et la recherche. • Les publications et les activités de diffusion et recyclage des résultats améliorent le profil national et international de l'association de sages-femmes. • Le développement des compétences en matière de rédaction de demandes de subventions renforce la capacité de l'association à obtenir des financements futurs.
Plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir un leadership puissant provenant des associations pour s'engager dans le dialogue politique et la prise de décision afin de faire avancer les programmes liés à la réalisation de la couverture universelle sanitaire et à la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) de l'ONU d'ici 2030. • Le plaidoyer implique un engagement individuel pour influencer efficacement les membres de l'association, les politiques et les services gouvernementaux.
Réseaux	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des alliances et des partenariats solides à tous les niveaux (local, provincial, national et international) par le biais d'activités stratégiques. • Les jumelages, en particulier les partenariats de contextes similaires, constituent un outil d'alliance efficace.
Genre	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Développe les compétences au sein de l'association pour créer une politique en matière d'équité de genre et d'inclusion sociale et entreprendre leur propre analyse de genre.</i> • <i>Comprend les ressources appropriées pour mettre en œuvre les recommandations de l'analyse.</i>
Valeurs	<ul style="list-style-type: none"> • Les valeurs sont intégrées et au cœur de la profession de sage-femme et de l'association, par extension • Les valeurs sont centrales au renforcement des associations professionnelles, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • la justice sociale • l'équité des genres ; et • la lutte contre l'oppression

Tableau 2. Citations explicatives organisées par les composantes clés du renforcement des associations de sages-femmes

Contexte et élément	Citations explicatives
Facteurs externes	
Système politique	<ul style="list-style-type: none"> • “Mais vraiment, la situation du pays, ça, vraiment, ça empêche la profession et les activités de la SDSR de progresser. Par exemple, dès qu’il y a instabilité, on voit les changements d’un gouvernement. Par exemple, le gouvernement qui était là peut-être bien, bien, bien imbu du projet de sagefemmes, bien imbu de la stratégie des sagefemmes, avec les gens qui sont responsables du ministère, c’est déjà OK. Mais quand on prend ça du gouvernement, de on va venir avec un autre gouvernement, là, on est retournés à zéro. On pourrait dire qu’il n’y a pas vraiment de continuité dans les choses de l’État.” [Informateur Clé IC no1]
Organisation des systèmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> • “Ils doivent faire cela dans un environnement où ces sages-femmes et ces infirmières ne sont pas payées, et quand et si elles sont payées, elles le sont probablement à hauteur de 15 dollars par mois. Donc, même le salaire qu’elles reçoivent, ce n’est pas assez pour qu’elles puissent survivre.” [IC #no24 traduit de l’anglais] • “De ressources, oui. Ça, c’est un point vraiment important et surtout, avec le nombre de sages-femmes qui sont dans le pays, il y a beaucoup de sages-femmes jusqu’à présent qui n’ont pas encore de boulot. C’est-à-dire qu’il y a des sages-femmes qui sont diplômées et qui sont dans le pays, mais qui ne travaillent pas. Alors là, c’est un problème vraiment négatif pour la réduction de la mortalité maternelle.” [IC no7]
Système d’éducation	<ul style="list-style-type: none"> • “Et je pourrais dire en termes de politiques aussi, si on avait quelque chose à faire pour on doit avoir une agrémentation pour la profession. Sans agrémentation, on ne peut pas avoir une profession forte. On ne peut pas avoir le diplôme, la licence et le certificat. On doit avoir des termes de renouvellement de licence, des diplômes de formation à jour, de formation continue. Ce n’est pas normal.” [IC no1]
Rôle du genre dans la société	<ul style="list-style-type: none"> • “Je pense que l’implication des médecins eux-mêmes dans la conception et la mise en œuvre du développement à travers le monde, dans le domaine de la santé mondiale et en dehors, parce qu’un élément contextuel est que beaucoup de praticiens du développement que j’ai rencontré en Ouganda ou au Sud-Soudan sont des médecins qui occupent des postes mieux rémunérés. Ils sont dans l’aide humanitaire. Ils sont dans ce domaine. Ils sont dans le secteur public. Ce sont des médecins.” [IC no13 traduit de l’anglais] (la citation concerne l’autorité et le leadership qui sont principalement des modèles médicaux et dominés par les hommes)
Facteurs externes	
Contexte organisationnel	
Infrastructure administrative	<ul style="list-style-type: none"> • “Ils avaient un espace de bureau, un petit espace de bureau qui était payé par l’ACSF avec d’autres financements, mais ils n’avaient pas vraiment de personnel. C’est ce sur quoi nous avons travaillé l’année dernière, donc maintenant nous avons - il y a une équipe, un responsable de projet, un responsable financier, une secrétaire, un assistant administratif, des gardes de sécurité, et ils ont déménagé dans un espace plus grand. Tout cela se basait sur le début de l’année dernière, lorsque nous avons embauché l’équipe, et lorsque vous embauchez une équipe, vous devez mettre en place toutes les procédures, comme l’administration, les ressources humaines.” [IC no21 traduit de l’anglais]
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> • “Et organiser aussi de temps en temps des élections. Organiser des élections. Organiser des élections, comme ça, ça permet aux gens d’améliorer. Ça permet d’améliorer les choses et ça permet à chacun d’apporter sa pierre d’édifice dans l’organisation.” [IC no2]

Gestion financière	<ul style="list-style-type: none"> • “L’encadrement que j’ai aimé, d’abord, c’est comment gérer une association professionnelle. Autre chose, on n’avait pas un plan. On travaillait, mais on n’avait pas un plan annuel qui montre les activités de la sagefemme. On nous a montré comment faire un plan des activités et comment gérer les projets aussi. C’était un renforcement.” [IC no2]
Participation démocratique	<ul style="list-style-type: none"> • "Les personnes ayant une expertise en matière de renforcement des associations au Canada partent du principe qu'il s'agit d'un paysage démocratique et cela ne s'applique pas à nos partenaires dans des situations non démocratiques." [IC no31 traduit de l'anglais] • “Avant la formation, l’association était autoritaire une hiérarchie. Maintenant, les dynamiques ont changé et les leaders sont plus les prestataires.” [Participant, groupe de discussion]
Financement	<ul style="list-style-type: none"> • “L’association n’est pas encore arrivée au niveau de l’autonomie financière. Il dépend de partenaires, il n’a pas des sources de revenu. Les cotisations sont moindres et voilà. Ils n’ont pas encore assez libre. Il faut pour nous les appuyer, mais en ciblant le domaine d’appui qui est vraiment essentiel pour sa maturité.” [IC no 4]
Adhésion	<ul style="list-style-type: none"> • "Donc maintenant on est formé pour faire en sorte d'élever des jeunes, des jeunes, de jeunes sages-femmes qui aiment l'association, qui travaillent pour l'association. Quand nous nous retirons, il y a de jeunes sages-femmes qui peuvent prendre la relève, qui sont conscientes qu'elles sont la relève, etc. " [IC no6 traduit de l'anglais]
Communication	<ul style="list-style-type: none"> • "Je gère les comptes de médias sociaux [pour l'association], donc je vois comment - les sages-femmes me contactent constamment tous les jours pour demander : " Hé, comment puis-je adhérer ? Comment puis-je, ceci et cela ? Qu'est-ce que vous offrez ? Y a-t-il des possibilités d'apprentissage ? Les gens sont avides de connaissances. Ils le sont vraiment." [IC no15 traduit de l'anglais]
Genre	<ul style="list-style-type: none"> • “Le travail est le travail, et les gens (les membres de l’association de sages-femmes) devraient être payés pour leur travail, et ensuite choisir de s’engager dans la réalisation de cette profession et de cette association parce que vous y croyez, cela pourrait être volontaire, mais - s’assurer que les gens sont rémunérés, en particulier dans le contexte du Sud global, parce qu’ils sont tellement sous rémunérés." [IC no7 traduit de l’anglais] (la citation illustre l’inégalité salariale liée au genre)
Capacité technique	
Expertise professionnelle de la sage-femme	<ul style="list-style-type: none"> • Cela s'applique à tous les domaines - les consultants l'ont constaté lorsqu'ils y sont allés, il a été totalement observé, cela a été rapporté, que parce que l'association se rendait dans les régions rurales et dispensait une formation aux sages-femmes, toute une série de responsables de la santé au niveau du district et de fonctionnaires de la santé au niveau régional et de médecins ont acquis une interprétation de ce qu'était l'association et de ce qu'étaient les sages-femmes et la capacité de l'association à influencer les choses et à soutenir ses membres s'est développée comme un avantage involontaire de ces formations aux compétences cliniques." [IC no19 traduit de l'anglais] • “Une fois que vous avez établi une association robuste, celle-ci va continuer à défendre les intérêts de ses membres. Elle continuera à défendre les intérêts de cette profession. Elle va continuer à défendre les femmes et les enfants et leurs droits." [IC no17 traduit de l’anglais]
Leadership	<ul style="list-style-type: none"> • "Renforcer d’abord le leadership de l’organe de gestion, donc les comités, tout comme national, tout comme provincial, sur le leadership. Et surtout, apprendre à décentraliser. Faire impliquer tout le monde. Faire impliquer tout le monde dans la gestion de l’association. Donc, l’information que ça puisse faire partie de la base jusqu’à la hiérarchie et de la hiérarchie jusqu’à la base.” [IC no2]

Formation de qualité	<ul style="list-style-type: none"> • "Avant c'était le médecin qui entraînait les autres en SONU et maintenant c'est les sages-femmes qui sont appelés par le gouvernement. Les formateurs sages-femmes ont été capables de plaider pour la présence des sages-femmes dans les formations SONU et pour même inclure des matrones dans les zones rurales." [Participant, groupe de discussion]
Activités de sensibilisation de SDSR	<ul style="list-style-type: none"> • "Par exemple, dans le nord, nous avons fait une journée de dépistage pour le cancer du col (...). Et du même coup, on avait fait le traitement pour les femmes qui ont des lésions précancéreuses et à ce moment-là, nous faisons la promotion pour la profession." [IC no7]
Données et preuves	<ul style="list-style-type: none"> • "Mais aussi en développant leurs propres outils de suivi et d'évaluation afin qu'ils puissent s'adapter au contexte. Et avec la durabilité. Ainsi, (l'association) est capable d'appliquer certains outils dans les cinq à dix prochaines années, et c'est pourquoi je pense que le renforcement des capacités de l'association sera nécessaire pour aller de l'avant." [IC no17 traduit de l'anglais]
Research capacity and knowledge translation	<ul style="list-style-type: none"> • "Ils sont constamment, constamment en train de renforcer cette capacité et un autre bon exemple de - et c'est en fait une histoire de succès pour cela - est qu'ils renforcent la capacité à écrire des propositions. Donc, maintenant ils obtiennent des financements directement (...), nous avons un fonds local, et maintenant ils ont des financements." [IC no24 traduit de l'anglais] • "Je pense que c'est très important. Vous avez déjà tellement de capacités, mais si vous pensez à la durabilité, c'est comment aller de l'avant ? Comment obtenir cette capacité de rédaction de propositions, de recherche, de diffusion ?" [IC no23 traduit de l'anglais]
Réseaux	<ul style="list-style-type: none"> • "Parce que lorsque nous voyons ce que font les autres niveaux des autres pays, ça nous aide, nous, pour que nous puissions travailler beaucoup plus au niveau de nos institutions, au niveau du pays pour aider nos femmes dans notre travail." [IC no7]
Plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> • "Au début, ils n'étaient que trois ou quatre, et maintenant ils ont grandi, et ils sont définitivement - ouais, tout ce qu'ils font, et les rapports qu'ils ont. Je pense qu'ils sont super bien placés. Rien qu'aujourd'hui, nous avons discuté de la possibilité d'entrer en contact avec le département du genre et le ministère de la Santé. Ce sont des connexions clés à avoir." [IC no19 traduit de l'anglais] • "Maintenant, nous pouvons aller parler, même au sein du ministère (...) J'ai présenté avec confiance (...) Je peux arriver avec le financement et convaincre les gens que c'est la réalité. C'est aussi le résultat de cette relation." [IC no16 traduit de l'anglais]
Genre	<ul style="list-style-type: none"> • "J'essayais de réfléchir à l'existence d'un cadre ou d'un modèle de genre pour saisir spécifiquement l'impact de l'association sur l'égalité des genres (...) le seul qui me vient à l'esprit, est le cadre du genre au travail (...) et je pense qu'en théorie, il est possible de prendre un cadre, de le concrétiser avec des métriques spécifiques (...) et de l'utiliser pour mesurer si l'association a eu un impact sur l'égalité des genres" [IC no25 traduit de l'anglais]
Valeurs	<ul style="list-style-type: none"> • "Lorsque les sages-femmes sont privées de leur autonomie, les soins ne sont pas de bonne qualité. Ce n'est vraiment pas le cas, et vous n'avez pas la possibilité de contribuer aux programmes nationaux ou locaux parce qu'il n'y a pas de respect pour les sages-femmes qui souhaiteraient faire entendre leur voix à ces tables". [IC no22 traduit de l'anglais]

Discussion

Notre étude est la première à générer une théorie et un cadre pour le renforcement des associations de sages-femmes dans le but d'accroître le pouvoir de ces associations à faire avancer la profession et ultimement améliorer la SDSR. Nous avons aussi créé un outil complémentaire en libre accès, la [Midwifery Association Capacity Building Checklist \(en anglais\) Liste de contrôle du renforcement des capacités de l'Association des sages-femmes](#), un outil pratique pour les associations de sages-femmes qui met en application la théorie présentée. Notre cadre s'applique aux associations de sages-femmes, aux projets et aux partenaires externes, car il décrit et décline la capacité en facteurs techniques et organisationnels, de sorte que ces composantes peuvent s'appliquer aux modèles logiques qui serviront à élaborer les programmes. L'utilisation du cadre peut faire en sorte que les activités s'alignent avec les besoins des associations. Cela peut également augmenter les chances des associations de perdurer au-delà des projets et assurer que les activités de renforcement soient adaptées au contexte, et réalisables avec les capacités actuelles de l'association.

La plupart des recherches concernant le renforcement des associations de sages-femmes se sont concentrées sur les relations de jumelage entre les associations.[8, 30, 37, 61, 62, 66] Les études précédentes suggèrent que le renforcement des associations professionnelles peut améliorer les systèmes de santé et les résultats en matière de santé (par exemple, en garantissant la qualité de l'éducation et de la réglementation).[8, 18] Toutefois, bien que les associations de sages-femmes se battent pour pouvoir participer plus étroitement au processus d'élaboration des politiques ayant trait à la SDSR, leur contribution est mise en échec par un manque de reconnaissance professionnelle ou de compréhension du rôle des sages-femmes dans les systèmes politiques et sanitaires[2, 16, 19], ainsi que par la marginalisation de la profession due aux inégalités de genre et au statut d'infériorité des professions à prédominance féminine.[19, 52, 59, 67, 68] Ces inégalités donnent lieu à d'autres défis structurels tels que le manque de gouvernance ou l'absence de cadres réglementaires, et se traduisent par une mauvaise intégration de la profession dans les systèmes de santé (par exemple, l'absence de mécanismes d'accréditation de la formation des sages-femmes, l'absence ou la faiblesse de la rémunération, les restrictions à l'autonomie des sages-femmes et la capacité limitée à générer de la recherche).[19, 69]

L'importance accordée au rôle du genre dans notre cadre oriente la manière de résoudre les problèmes énumérés ci-haut. L'évaluation des capacités requiert un processus féministe qui tient compte du genre et de l'intersectionnalité des identités (par exemple, l'ethnicité, l'indigénéité et le handicap). Un cadre fortement axé sur l'égalité et l'anticolonialisme cultive la collaboration et le consensus, consolidant le leadership féminin au sein des associations. Le principe d'égalité des genres est une valeur partagée entre ceux qui œuvrent à améliorer la SDSR. Intégrer ces éléments concrètement dès le commencement d'un projet et dans la réalisation des activités afférentes renforce l'hôte du projet (par exemple, les associations de sages-femmes). Nos études ont démontré que l'autonomisation dans les projets transnationaux favorise la durabilité des résultats en matière de capacité technique et organisationnelle des associations de sages-femmes.[37, 61, 70, 71]

La plus grande force de notre recherche est la richesse des données que nous avons compilées à partir de multiples sources et l'esprit de collaboration de notre consortium de recherche transnational. L'utilisation de sources diversifiées nous a permis de ne pas nous limiter au peu de publications pertinentes qui existent pour élaborer notre théorie, et nous a permis de répondre au manque de données scientifiques concernant le rôle des associations de sages-

femmes dans l'amélioration de la SDR et le renforcement des systèmes de santé. Notre approche au cours du processus de recherche a favorisé une collaboration transnationale équitable et l'intégration de perspectives multiples, augmentant ainsi la fiabilité de la recherche.

Malheureusement, nous n'avons pas été en mesure de visiter toutes les associations partenaires de l'ACSF en raison d'obstacles logistiques liés à l'instabilité politique et au déplacement dans des pays fragilisés. Bien que nous ayons recueilli des données qualitatives de ces contextes par des moyens virtuels, nous reconnaissons que le temps passé dans le pays est une source importante de données et de compréhension des associations de sages-femmes qui travaillent dans ces contextes difficiles.

Conclusion

Les associations de sages-femmes sont des acteurs clés du renforcement de leur profession dans les systèmes politiques, sanitaires et éducatifs. La mise en place d'associations fortes est la clé de voûte de la promotion de la profession de sage-femme, de l'amélioration de l'égalité des sexes et de la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales. Notre cadre éclairera des investissements fondés sur des données probantes dans les associations de sages-femmes, afin qu'elles puissent jouer un rôle de premier plan dans les réponses des pays aux impacts sexospécifiques des crises qui affectent la SDR et, plus largement, aux inégalités de genre relié à la SDR.

Références

1. Chamberlain, J., et al., *The role of professional associations in reducing maternal mortality worldwide*. Int J Gynaecol Obstet, 2003. **83**(1): p. 94-102.
2. Lopes, S.C., et al., *The involvement of midwives associations in policy and planning about the midwifery workforce: a global survey*. Midwifery, 2015. **31**(11): p. 1096-1103.
3. Shaw, D., *Advocacy: the role of health professional associations*. Int J Gynaecol Obstet, 2014. **127**(Suppl 1): p. S43-S48.
4. Shamian, J., *Interprofessional collaboration, the only way to Save Every Woman and Every Child*. Lancet, 2014. **384**(9948): p. e41-e42.
5. Taylor, D.J., *Professional leadership in obstetrics and gynecology and its contribution to Millennium Development Goal 5*. Int J Gynaecol Obstet, 2012. **119**: p. S42-S44.
6. Lalonde, A.B., H. Menendez, and L. Perron, *The role of health professional associations in the promotion of global women's health*. J Womens Health, 2010. **19**(11): p. 2133-2137.
7. Andrews, H., et al., *Strengthening the organizational capacity of health professional associations: the FIGO LOGIC toolkit*. Int J Gynaecol Obstet, 2013. **122**(3): p. 190-191.
8. Sandwell, R., et al., *Stronger together: midwifery twinning between Tanzania and Canada*. Global Health, 2018. **14**(1): p. 123.
9. Homer, C.S., et al., *The projected effect of scaling up midwifery*. Lancet, 2014. **384**(9948): p. 1146-1157.
10. Renfrew, M.J., et al., *Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care*. Lancet, 2014. **384**(9948): p. 1129-1145.
11. Starrs, A.M., et al., *Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission*. Lancet, 2018. **391**(10140): p. 2642-2692.
12. ten Hoop-Bender, P., et al., *Improvement of maternal and newborn health through midwifery*. Lancet, 2014. **384**(9949): p. 1226-1235.
13. UNFPA, *The maternal and newborn health thematic fund annual report 2019*. 2019, United Nations Population Fund: New York.
14. WHO, *Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action*. 2019, World Health Organization: Geneva.
15. Nove, A., et al., *Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study*. Lancet Glob Health, 2020. **9**(1): p. E24-E32.
16. Lopes, S.C., et al., *A descriptive analysis of midwifery education, regulation and association in 73 countries: the baseline for a post-2015 pathway*. Hum Resour Health, 2016. **14**(1): p. 37.
17. SOGC, *Strengthening organization capacity of professional health associations*. 2009, The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: Ottawa.

18. Dawson, A., et al., *Collaborative approaches towards building midwifery capacity in low income countries: a review of experiences*. *Midwifery*, 2014. **30**(4): p. 391-402.
19. Mattison, C., et al., *A critical interpretive synthesis of the roles of midwives in health systems*. *Health Res Policy Syst*, 2020. **18**(1): p. 77.
20. Dixon-Woods, M., et al., *How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective*. *Qual Res*, 2006. **6**(1): p. 27-44.
21. Dixon-Woods, M., et al., *Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups*. *BMC Med Res Methodol*, 2006. **6**(1): p. 35.
22. Charmaz, K., *Constructing grounded theory*. 2014, London: Sage.
23. Mertens, D.M., *Transformative research and evaluation*. 2008, New York: Guilford Press.
24. Abimbola, S., *The foreign gaze: authorship in academic global health*. *BMJ Glob Health*, 2019. **4**(5): p. e002068.
25. Hankivsky, O., *Intersectionality 101. The Institute for Intersectionality Research & Policy*. 2014. p. 1-34.
26. Abrams, J., et al., *Considerations for employing intersectionality in qualitative health research*. *Social Science & Medicine*, 2020. **258**: p. 113138.
27. McKenzie, A., E. Sokp, and A. Ager, *Bridging the policy-implementation gap in federal health systems: lessons from the Nigerian experience*. *J Public Health Africa*, 2014. **5**(2): p. 82-87.
28. Lavis, J., *Health systems evidence: taxonomy of governance, financial and delivery arrangements and implementation strategies within health systems*. 2017, McMaster Health Forum: Hamilton.
29. Ajuebor, O., et al., *Are the Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016–2020 being implemented in countries? Findings from a cross-sectional analysis*. *Hum Resour Health*, 2019. **17**(1): p. 54.
30. Bogren, M. and K. Erlandsson, *Opportunities, challenges and strategies when building a midwifery profession. Findings from a qualitative study in Bangladesh and Nepal*. *Sex Reprod Healthc*, 2018. **16**: p. 45-49.
31. Bvumbwe, T. and N. Mtshali, *Nursing education challenges and solutions in Sub Saharan Africa: an integrative review*. *BMC Nurs*, 2018. **17**(3).
32. Dawson, A., et al., *Midwifery capacity building in Papua New Guinea: key achievements and ways forward*. *Women Birth*, 2016. **29**(2): p. 180-188.
33. Speakman, E., et al., *Development of the community midwifery education initiative and its influence on women's health and empowerment in Afghanistan: a case study*. *BMC Womens Health*, 2014. **14**: p. 111.
34. Temmar, F., et al., *Midwives in Morocco: seeking recognition as skilled partners in women-centred maternity care*. *Reprod Health Matters*, 2006. **14**(27): p. 83-90.
35. Maclean, G. and K. Forss, *An evaluation of the Africa Midwives Research Network*. *Midwifery*, 2010. **26**(6): p. e1-8.

36. Sheikh, J., et al., *Capacity building in health care professions within the Gulf cooperation council countries: paving the way forward*. BMC Med Educ, 2019. **19**(1): p. 83.
37. Kemp, J., et al., *Developing a national standard for midwifery mentorship in Uganda*. Int J Health Gov, 2018. **23**: p. 81-94.
38. Krubiner, C.B., et al., *Investing in nursing and midwifery enterprise: empowering women and strengthening health systems—a landscaping study of innovations in low- and middle-income countries*. Nurs Outlook, 2016. **64**(1): p. 17-23.
39. Mudokwenyu-Rawdon, C. and C.N. Chaibva, *Needs assessment and strengthening midwifery association in Zimbabwe*. Afr J Midwifery Womens Health, 2010. **4**(1): p. 38-41.
40. Oliver, K. and Z. Parolin, *Assessing the policy and practice impact of an international policy initiative: the State of the World's Midwifery 2014*. BMC Health Serv Res, 2018. **18**(1): p. 499.
41. Uwizeye, G., et al., *Building nursing and midwifery capacity through Rwanda's Human Resources for Health Program*. J Transult Nurs, 2018. **29**(2): p. 192-201.
42. WHO, *WHO nursing and midwifery progress report 2008-2012*. 2013, World Health Organization: Geneva.
43. American College of Nurse-Midwives, *Professional association strengthening manual*. 2016, American College of Nurse-Midwives: Silver Spring.
44. FIGO, *Strengthening organisational capacity of health professional associations. Toolkit*. 2012, International Federation of Gynecology and Obstetrics: London.
45. McQuide, P., et al., *Technical brief. Strengthening health professional associations*. 2007, The Capacity Project: Chapel Hill.
46. Moyo, N., *ICM assists at a 'rebirth': the Midwives Association of Sierra Leone*. Int Midwifery, 2008. **21**: p. 10-11.
47. Spies, L.A., et al., *A model for upscaling global partnerships and building nurse and midwifery capacity*. Int Nurs Rev, 2017. **64**(3): p. 331-344.
48. Beyeza-Kashesya, J., F. Kaharuza, and D. Murokora, *The advantage of professional organizations as advocates for improved funding of maternal and child health services in Uganda*. Int J Gynaecol Obstet, 2014. **127**: p. S52-S55.
49. Weenink, J.-W., et al., *Prevention of and dealing with poor performance: an interview study about how professional associations aim to support healthcare professionals*. Int J Qual Health Care, 2017. **29**(6): p. 838-844.
50. Waters, K., et al., *Kenya's health workforce information system: a model of impact on strategic human resources policy, planning and management*. Int J Med Inform, 2013. **82**(9): p. 895-902.
51. ten Hoop-Bender, P., et al., *Midwifery 2030: a woman's pathway to health. What does this mean?* Midwifery, 2016. **32**: p. 1-6.
52. UNFPA-ICM, *Investing in midwives and others with midwifery skills to save the lives of mothers and newborns and improve their health*. 2006, United Nations Population Fund: New York.

53. WHO, *Midwives voices, midwives realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care*. 2016, World Health Organization: Geneva.
54. WHO, *Strengthening midwifery toolkit*. 2011, World Health Organization: Geneva.
55. Gualda, D.M.R., N. Zanon Narchi, and E. Antunes de Campos, *Strengthening midwifery in Brazil: education, regulation and professional association of midwives*. *Midwifery*, 2013. **29**(10): p. 1077-1081.
56. McCarthy, C.F., et al., *Nursing and midwifery regulatory reform in east, central, and southern Africa: a survey of key stakeholders*. *Hum Resour Health*, 2013. **11**(1): p. 29.
57. Homer, C.S., et al., *Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda*. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2018. **18**(1): p. 55.
58. Murphy, P.A., *Listening to midwives*. *J Midwifery Womens Health*, 2017. **62**: p. 7-8.
59. Renfrew, M.J., et al., *Midwifery is a vital solution-What is holding back global progress?* *Birth*, 2019. **46**(3): p. 396-399.
60. Zuyderduin, A., J. Obuni, and P. McQuide, *Strengthening the Uganda nurses' and midwives' association for a motivated workforce*. *Int Nurs Rev*, 2010. **57**(4): p. 419-425.
61. Cadée, F., et al., *The state of the art of twinning, a concept analysis of twinning in healthcare*. *Global Health*, 2016. **12**(1): p. 66.
62. Cadée, F., et al., *'Twin2twin' an innovative method of empowering midwives to strengthen their professional midwifery organisations*. *Midwifery*, 2013. **29**(10): p. 1145-1150.
63. Canadian Coalition for Global Health Research, *Partnership Assessment Toolkit*. 2009, Canadian Coalition for Global Health Research: Ottawa.
64. Potter, C. and R. Brough, *Systemic capacity building: a hierarchy of needs*. *Health Policy Plan*, 2004. **19**(5): p. 336-345.
65. Psaltis, C., *International collaboration as construction of knowledge and its constraints*. *Integr Psychol Behav Sci*, 2007. **41**(2): p. 187-197.
66. Ndenga, E., et al., *Assessing the twinning model in the Rwandan Human Resources for Health Program: goal setting, satisfaction and perceived skill transfer*. *Global Health*, 2016. **12**(1): p. 4.
67. Day-Stirk, F., *Capacity development – a midwifery perspective*, in *Maternal and infant deaths: chasing millennium development goals 4 and 5*, S. Kehoe, J. Meilson, and J. Norman, Editors. 2010, RCOG Press: London. p. 219-228.
68. Goodman, S., *Piercing the veil: the marginalization of midwives in the United States*. *Soc Sci Med*, 2007. **65**(3): p. 610-621.
69. Filby, A., F. McConville, and A. Portela, *What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective*. *PloS one*, 2016. **11**(5).
70. Global Health Workforce Alliance. *ICM Global Standards: essential to a universally agreed basic standard of midwifery education*. 2020 [cited 2020 16 December];

Available from:

<https://www.who.int/workforcealliance/media/news/2012/icmstandards/en/>.

71. Upvall, M., *Building transformative global nursing partnerships*. Res Theory Nurs Prac, 2018. **32**(3): p. 247-254.

Renforcement des capacités des associations de sages-femmes

CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE

- La capacité durable de fonctionner en tant qu'association de sages-femmes de manière efficace et efficiente.
- Évaluation des capacités de base pour déterminer les valeurs et les croyances de l'organisation, la complexité de la structure organisationnelle et les besoins de l'organisation.

INFRASTRUCTURE

- L'infrastructure de base nécessaire pour mener à bien le travail de l'association de sages-femmes, qui comprend l'espace physique (bureaux sûrs et sécurisés) et les ressources (accès Internet fiable, matériel, fournitures et équipement).

ADMINISTRATION

- Politiques et procédures et ressources humaines incluant des politiques de genre et d'équité pour assurer une représentation équitable.

GOVERNANCE

- Une structure de gouvernance définie selon les normes locales (par exemple, conseil d'administration, dirigeants, comités, personnel) avec des rôles et des responsabilités clairs, une constitution, des politiques, des règlements et un plan stratégique (mission et vision).
- Enregistrement, autorisation d'exercer, normes de pratique, barèmes d'honoraires
- Comprend les branches en développement, les branches provinciales ou les chapitres d'État de l'association des sages-femmes.

GESTION FINANCIÈRE

- Politiques et procédures financières et calendrier régulier des rapports financiers pouvant être examinés par le conseil d'administration.

PARTICIPATION DÉMOCRATIQUE

- La structure de gouvernance comprend des procédures démocratiques spécifiques au contexte pour des rapports transparents au conseil d'administration et aux membres, et la planification de la succession.

FINANCEMENT

- Soutenir les compétences en matière de développement économique
- Les sources de financement doivent être diverses (c'est-à-dire qu'elles ne peuvent pas reposer uniquement sur les fonds du projet).
- Les sources de financement peuvent inclure une combinaison de fonds opérationnels fournis par les cotisations de base, les dons individuels, les activités génératrices de revenus et la recherche de nouvelles sources de financement.

MEMBERSHIP

- Démonstration claire des avantages à devenir membre, à attirer de nouveaux membres, à soutenir les chapitres étudiants et à améliorer la responsabilité et l'obligation de rendre des comptes à ses membres.
Base de données des membres mise à jour
- Engager les membres en tant que champions ou ambassadeurs de l'association de sages-femmes.

COMMUNICATIONS

- Relations établies avec les médias pour sensibiliser le public et le gouvernement
- Un plan de communication écrit solide
- Impact visuel grâce à des images ou des vidéos convaincantes
- Les communications s'alignent sur les domaines prioritaires du gouvernement, sont non partisans, opportunes et fournies dans un langage accessible (y compris la disponibilité dans les langues officielles).

Citation: Mattison CA, Bourret KM, Hébert E, Leshabari S, Kabeya A, Achiga P, Darling EK. Midwifery association capacity building checklist. Hamilton: McMaster Midwifery Research Centre, 2020.





Liste de contrôle du renforcement des capacités de l'Association des sages-femmes

CAPACITÉ TECHNIQUE

- La capacité de soutenir et de maintenir une programmation et des activités efficaces de l'association de sages-femmes.



EXPERTISE

- Connaissances professionnelles de la profession de sage-femme fondées sur des données probantes
- Code de conduite professionnel
- La crédibilité et visibilité internes et externes



LEADERSHIP

- Rôle de l'association de sages-femmes dans l'éducation publique, la politique et la mise en œuvre des questions liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs.
- Rôle des membres à part entière qui participent désormais à la prise de décision et aux rôles de direction en dehors de l'association de sages-femmes.
- Rôle des membres en interne pour diriger efficacement l'organisation



FORMATION DE QUALITÉ

- Formation préalable et continue des sages-femmes fondée sur des données probantes pour les membres
- Formation sur l'égalité des genres et l'équité pour les membres, le cas échéant



ACTIVITÉS DE SENSIBILISATION

- Activités de proximité menées par l'association des sages-femmes pour améliorer la santé communautaire et sensibiliser aux questions de santé et de droits sexuels et reproductifs.



DONNÉES ET PREUVES

- Souveraineté des données (renforcée par des structures de gouvernance)
- Capacité à s'approprier et à collecter et/ou partager des données pour informer la pratique et les normes locales de la profession de sage-femme.
- Compétences en matière de suivi et d'évaluation des programmes de l'association afin d'informer les activités.
- Capacité à mener ses propres analyses de genre et à faire les adaptations appropriées à sa propre organisation et le suivi continu



CAPACITÉ DE RECHERCHE ET APPLICATION DES CONNAISSANCES

- Améliorer l'application des connaissances en faisant participer les utilisateurs des connaissances et en renforçant les capacités internes en matière de rédaction de demandes de subventions afin d'assurer le financement, le plaidoyer et les réseaux futurs
- Les associations de sages-femmes dirigent et publient, partagent et participent à des recherches afin d'accroître leur crédibilité et leur visibilité pour le regard local et/ou étranger.



RÉSEAUX

- Les activités stratégiques comprennent : l'organisation d'activités et l'invitation de diverses parties prenantes, des réunions régulières avec les décideurs politiques, une présence active dans les médias numériques.



LA PLAIDOYER STRATÉGIQUE (UN RÉSULTAT DES RÉSEAUX)

- Le plaidoyer stratégique est le résultat de réseaux solides et comprend :
 - un message clair et destiné aux décideurs;
 - l'utilisation des membres de l'association comme porte-parole ;
 - apprendre à tirer parti de la position stratégique de l'association de sages-femmes ; et
 - le plaidoyer au niveau individuel (par exemple, le plaidoyer stratégique qui cible d'autres parties du secteur/système afin de plaider)

Citation: Mattison CA, Bourret KM, Hébert E, Leshabari S, Kabeya A, Achiga P, Darling EK. Midwifery association capacity building checklist. Hamilton: McMaster Midwifery Research Centre, 2020.©