Health systems factors impacting the integration of midwifery: an evidence-informed framework on strengthening midwifery associations

Cristina Mattison, Kirsty Bourret, Emmanuelle Hebert, Sebalda Leshabari, Ambroccha Kabeya, Patrick Achiga, Jamie Robinson, Elizabeth Darling

ABSTRACT

Introduction Midwifery associations are organisations that represent midwives and the profession of midwifery. They support midwives to reduce maternal and newborn mortality and morbidity by promoting the overall integration of midwifery in health systems. Our objective was to generate a framework for evidence-informed midwifery association strengthening.

Methods A critical interpretive synthesis complemented by key informant interviews, focus groups, observations, and document review was used to inform the development of concepts and theory. Three electronic bibliographical databases (CINAHL, EMBASE and MEDLINE) were searched through to 2 September 2020. A coding structure was created to guide the synthesis across the five sources of evidence.

Results A total of 1634 records were retrieved through electronic searches and 57 documents were included in the critical interpretive synthesis. Thirty-one (31) key informant interviews and five focus groups were completed including observations (255 pages) and audio recordings. Twenty-four (24) programme documents were reviewed. The resulting theoretical framework outlines the key factors by context, describes the system drivers that impact the sustainability of midwifery associations and identifies the key-enabling elements involved in designing programmes that strengthen midwifery associations.

Conclusion Midwifery associations act as the web that holds the profession together and are key to the integration of the profession in health systems, supporting enabling environments and improving gender inequities. Our findings highlight that in order to strengthen midwifery (education, regulation and services), we have to lead with association strengthening. Building strong associations is the foundation necessary to create formal quality midwifery education systems and to support midwifery regulation and accreditation mechanisms.

INTRODUCTION

Growing attention is being given to civil society organisations, and health professional associations in particular, and their role in improving policy for the delivery of quality health services. Health professional associations increase access to health services through raising public awareness, lobbying governments and coordinating multilateral efforts to inform decision-makers. Midwifery associations specifically are an important example of largely women-led civil society organisations that are key to improving access to sexual and reproductive health and rights (SRHR).
Midwifery makes a vital contribution to the provision of high-quality SRHR care and achieving universal health coverage.\(^{13}^{14}\) It is estimated that universal coverage of midwifery-led care, according to international standards and integrated into health systems, can save up to 4.3 millions lives annually by 2035.\(^{15}\)

Midwifery associations are organisations, most often national, that represent midwives and the profession of midwifery. Importantly, they support midwives to reduce maternal and newborn mortality and morbidity by promoting the overall integration of midwifery services in health systems.\(^{8}^{13}\) They use gender-responsive approaches to create and manage standards of midwifery care, strengthen clinical skills, advocate for appropriate deployment and remuneration, and accreditation mechanisms to support midwifery education programmes.\(^{13}^{16}\) Midwifery associations uphold the human rights of women and girls.\(^{1}\) They are a crucial voice in promoting access to sexual and reproductive health services and championing broader SRHR issues such as gender-based violence.\(^{7}^{13}^{15}\)

The International Confederation of Midwives (ICM) and United Nations Population Fund, among others, have recently focused international programming on strengthening midwifery associations’ capacity, arguing that these efforts are central to building the midwifery workforce and improving SRHR.\(^{18}\) Similarly, the Canadian Association of Midwives (CAM) has engaged in reciprocal capacity-building partnerships with midwifery associations since 2008 and is currently partnered with five associations (Democratic Republic of Congo or DRC, Haiti, Somalia/Somaliland, South Sudan and Tanzania). CAM’s global work originated from twinning relationships initiated through ICM, recognising that professional associations can collaborate for mutual benefit.\(^{8}\)

In health systems in Canada, midwives have struggled for professional recognition and integration.\(^{19}\) CAM’s twinning relationships challenge traditional models for international development, highlighting that support and growth for the profession is bidirectional.\(^{3}\) While association strengthening is becoming a growing focus and area of interest of international programming activities, there is limited scholarship to guide the integration of midwifery through strengthening midwifery associations.

To address this evidence gap, we examined CAM’s capacity-building work with partner associations to develop a theoretical understanding for approaches to civil society strengthening through women-led civil society organisations. Our work is rooted in intersectional feminist, anti-colonial and collaborative lenses. We view the importance of context as central, and purposefully do not dichotomise between World Bank country income group classifications (ie, high-income countries vs low-income and middle-income countries) as we recognise that improving access to quality SRHR is relevant to all health systems.

We had three aims: (1) to synthesise multiple sources of evidence to address the compass question: ‘what are the factors that influence midwifery association strengthening?’; (2) to use the example of CAM’s programming related to supporting civil society organisations to understand the factors associated with midwifery association capacity building; and (3) to develop a theory and concepts for midwifery association strengthening. The overall purpose was to create a framework for evidence-informed midwifery association strengthening to leverage the impacts of midwives to improve SRHR.

METHODS

We conducted a qualitative systematic review using critical interpretive synthesis, complemented by key informant (KI) interviews, focus groups, observations, and document review to inform the development of concepts and theory. Figure 1 illustrates our highly iterative approach to data collection and theory generation and highlights how five types of qualitative data collection informed the processes of triangulation, theory development, testing and generation. These were not discrete processes, but rather overlapped, and were used to create the theoretical framework.

Search strategy and selection criteria

Critical interpretive synthesis is an interpretive analytical approach which examines both empirical and non-empirical literature to generate concepts, and is well-suited to the development of theoretical frameworks.\(^{20}^{21}\) While conventional systematic review methodology is grounded in a tightly formulated research question and study selection criteria at the outset, critical interpretive syntheses are iterative using a compass question that is responsive to the findings generated in the review process and can be modified as gaps in the literature emerge.\(^{20}^{21}\) The searches for the critical interpretive synthesis were completed in two main phases. First, we systematically searched electronic bibliographical databases (CINAHL, EMBASE and MEDLINE), in consultation with a librarian. The MEDLINE searches included: midwifery (MeSH) OR midwi* AND (capacity building (MeSH) OR civil OR (professional adj2 (societ* OR organization* OR affiliation*))) OR partnership*). Minor adjustments were made to optimise search strings for CINAHL and EMBASE. Second, we searched SRHR and civil society websites for relevant documents. We also identified additional relevant literature by hand searching reference lists of key publications.

We included documents that provided insight into the compass question and related specifically to health professional associations. We did not include specific exclusion criteria or search limits.

We used an EndNote database to store and manage the search results. After duplicates were removed, two reviewers (CM and KB) independently reviewed the remaining titles and abstracts and classified records. We retrieved full-text copies of the ‘possibly include’ documents, and each reviewer independently assessed
eligibility for inclusion. Discrepancies were discussed until consensus was reached.

Additional data collection
We used semistructured KI interviews, focus groups, observations and document review as additional qualitative research methods to inform our theoretical framework. Countries of focus for the additional evidence sources included Benin, Canada, DRC, Ethiopia, Haiti, South Sudan and Tanzania (ie, current or past sites of CAM’s global programming). Permission to hold focus groups and interviews in DRC and Tanzania were obtained by in-country midwifery association executives including letters of invitation by associations. Written informed consent was obtained from each participant and data were collected in English or French depending on participant preference.

We used multistage purposive sampling to recruit participants in the following four categories: (1) midwifery professional association staff and members; (2) consultants; (3) policymakers, and (4) partner organisations, including visiting or contributing funders and hosts. We invited participants by email or face-to-face and conducted interviews either face-to-face, by phone or virtually. All interviews were audio recorded.

During data collection in Canada, DRC and Tanzania, we conducted participant observation and focus groups involving the four stakeholder groups outlined. Participant observation was documented through written notes and audio recordings between researchers (CM and KB).

We used the focus groups to gain a deeper understanding of context-specific factors influencing professional association strengthening and to elicit feedback on the theory emerging from the critical interpretive synthesis.

For the document review, we selected all programme documents (including grant proposals, theory of change and logic models, performance management frameworks, and monitoring and evaluation reports) from CAM projects with a professional association strengthening component. These documents were primarily collected during our time at midwifery association offices and during KI interviews.

Data analysis
A common feature of qualitative inquiry is that analysis and interpretation overlap with sampling and data collection (figure 1). Findings from the critical interpretive synthesis informed theory development through the creation of initial core concepts and theory related to professional association strengthening and the initial draft framework. Theory testing was accomplished through additional sources of qualitative data collection by testing iterations of concepts and framework with participants and research consortium in French and English (AK, AP, EH, JR, ED and SL). Rigour was ensured through triangulation of methods and data sources, and to develop convergent evidence. Triangulation was also used as a method of ensuring that we were accurately representing the reality in range of complex settings.

Data were collected until data sufficiency was reached, when insights drawn from the analysis stages answered the research question. The framework and concepts were finalised in French and English and validated by the research consortium in their preferred language, which includes midwifery association representation from
Canada, DRC, South Sudan and Tanzania (AK, AP, EH, JR, ED and SL).

Data extraction for the critical interpretive synthesis was guided by a coding structure. Data were collected on publication year, study design, health professions, jurisdiction(s) of focus based on WHO regions, the processes related to and the characteristics of professional association strengthening. Two researchers (CM and KB) coded a sample of the documents independently and compared results to ensure consistency in interpretation. These findings were used to develop the initial core concepts, theory and draft framework related to professional association strengthening.

We used NVivo to organise and code the additional qualitative data. Coding occurred in the original language of data collection (French or English). Two researchers independently coded a sample of the transcripts to compare results and check for consistency (CM and KB). The remainder of the data was coded by an individual researcher. We applied a constant comparative method such that emerging data were compared with previously collected data to find similarities and differences.22 Completeness of the findings was ensured through ongoing consultation with members of the research team (EH and ED).

CM and KB were awarded an internship grant to conduct the research for CAM. To support researcher reflexivity, CM and KB applied Mertens principles of critical reflection for addressing constructs of power and validity of results.23 In this process, we continuously critically examined dynamics of power and our geosocial positioning of privilege to mitigate its impacts on the research process and relationships with participants in order to avoid replicating historical patterns of oppression. Foremost, we recognise that historically, Western knowledge has dominated the global health sector and drives research inquiry and funding.24 These reflections resulted in our firm commitment to challenge these aforementioned structures, by intentionally incorporating mitigating measures during inception, operationalisation and completion of the research.

We broadened the research team to include experts in midwifery association strengthening in Canada, DRC, Tanzania and South Sudan. These experts formed a collaborative team and worked with CM and KB during the research process (AK, AP, EH, JR, ED and SL). For example, the research inquiry was validated, and initial results were vetted by association members and leadership. The team went on to co-develop the concepts and framework, as well as the manuscript. Finally, there is ongoing collaboration with the research consortium to ensure results are shared with participating associations, which will also include further research to understand the applicability and feasibility of our conceptual elements and checklists. A continuous critical reflection allowed KB and CM to retrospectively reflect on shortcomings to their approach, including how other researchers particularly in DRC, Tanzania and South Sudan were remunerated for their contributions, or if transparent discussions occurred regarding authorship order for example.

While collecting data, we were careful to seek perspectives from inside and outside midwifery associations to ensure a variety of voices were heard. We carefully positioned the research as independent to project evaluations to reassure participants that negative opinions would not impact project funding. Finally, in order to understand the impact of gender and intersects (ie, conflict, race, language and ethnicity) on midwifery associations and midwifery within health and political systems, we applied an intersectional framing.25 According to the intersectional approach, inequities cannot be linked to distinct factors. Rather they are the result of an intersection of a person or group’s social location and the resulting privilege or power causing different forms of domination or exploitation.26 This approach was also applied in the analysis and allowed for implicit themes of various forms of oppression shaped by historical and political concepts within the profession of midwifery itself to be developed.

Patient and public involvement
Due to ethical and feasibility constraints, patients and clients were not involved in the research. However, we recognise that this category is an essential component to understanding the impact and capacity of midwives and midwifery associations in health systems, particularly experiences of care.10 We plan to include this component in further research. As discussed in the analysis, a research consortium of midwives and members of midwifery associations across contexts was established at the outset of the research to collaboratively develop the design, data collection, analysis and knowledge exchange.

RESULTS
Search results
Systematic literature searches for the critical interpretive synthesis were completed by 2 September 2020 and results are shown in figure 2. Fifty-seven documents were eligible for inclusion. Most documents (84%) were published after 2010, and none before 2000. Thirty-seven per cent were primary research (n=21), including: qualitative research (n=13), mixed-methods research (n=5) and descriptive studies (n=3). Within secondary research, 14% were systematic reviews (n=8) and one was a cross-sectional study. The remaining documents were non-research (n=27), including 10 ‘other’ (eg, toolkits, manuals, strategic plans, etc), 6 editorials, 5 theoretical papers and 5 non-systematic reviews. In accordance with WHO regions, the majority (n=28) focused on Africa, 10 on the Americas, 10 on South-East Asia, 6 on the Eastern Mediterranean, 1 on the Western Pacific, 5 on Europe, and 36% (n=17) spanned all of the regions.
Additional evidence sources
We conducted 31 KI interviews (mean length of 43 min) and 5 focus groups with midwifery association members. Twenty-four CAM programme documents were included in the document review. We also analysed observations notes (255 pages) and audio recordings between researchers (CM and KB).

Synthesis
Figure 3 presents the framework that emerged from our review and synthesis. The framework illustrates the drivers and key-enabling elements that impact the sustainability of midwifery associations. These components are organised into three interconnected contexts: outer, organisational and core values of the association. They serve as a road map to support midwifery associations’ navigation of the interconnected contexts. Below we describe the key components for midwifery association strengthening in which facilitators and mitigating barriers are addressed and summarised in table 1. Table 2 aligns with the first and contains illustrative quotations organised by the key components presented in the framework.

Key drivers for midwifery association strengthening
Outer context
Results showed that sustainable midwifery associations are influenced by the role, regulation and integration of midwifery within a given context, which is shaped by the political system (where decisions about midwifery integration will be made), health system arrangements (where midwives provide SRHR services) and the education system (where midwives are educated).

Political structures including international agreements, public policies, and the governmental agendas of dominant political parties shape the development of the midwifery workforce and profession, and influence efforts to strengthen midwifery services. Midwifery associations are agents for the profession, whose capacity to influence policy is determined by surrounding institutions and structures. Interview data showed changes in government created delays in achieving midwifery associations’ goals such as regulation of the profession or involvement in national SRHR decision-making processes.

The overarching categories of health system arrangements are inter-related and include: (1) governance, which is focused on health system structures including policy and professional authority; (2) financial includes health financing and health professional payment mechanisms; and (3) health services delivery including how and where services are provided. Governance arrangements regulate health professions such as midwifery, however, in many countries midwives are inappropriately regulated or there is no legislation recognising midwifery as an autonomous profession. Our findings showed that the lack of understanding of midwifery as an autonomous profession led to the disappearance of midwifery on political agendas by health system decision-makers within governance structures. This disregard resulted in downstream impacts on other health system arrangements. For
example, participants noted a lack of clarity about the definition and role of a midwife within the health system, resulting in inappropriate deployment and remuneration. Lastly, with respect to the context where services are delivered, multiple barriers were raised (lack of personal safety, water, electricity, equipment and materials) which rendered the work of midwives impossible to carry out.

Inadequate remuneration of midwives impacted their ability to pay membership dues and become association members, which negatively impacted midwifery associations’ financial viability and increased their precariousness. In contrast, strong midwifery associations played a key role negotiating appropriate work conditions and salaries for midwives with governments. In our results showed that midwifery associations advocated for effective mechanisms for regulation and for improved service delivery arrangements, including: (1) how midwives are deployed; (2) if midwives are appropriately positioned (e.g., rather than filling in nursing positions); (3) the skill mix (e.g., role performance, expansion and working in interprofessional teams); (4) the availability of and timely access to midwifery care (e.g., workforce supply and distribution); (5) how midwifery care is provided and (6) where care is provided (e.g., site of health service delivery, physical structure and equipment).

Six key areas in which midwifery associations enhanced the quality of midwifery education to enhance credibility and facilitate integration into health systems included: (1) advocating for accredited education programmes; (2) advising on quality standards for clinical learning; (3) providing continuing professional development; (4) creating student chapters within associations hereby attracting quality students and young leaders to the profession; (5) participating in national policy SRHR dialogues and (6) establishing professional competency assessments. Access to continuing education through midwifery associations was strongly linked with empowerment, increased sense of professional belonging, and respect and status of the profession, thereby influencing the status of the association.
### Table 1: Key components for midwifery association strengthening

| Context and element            | Description of components to strengthen midwifery associations including facilitators and mitigating barriers                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| **Outer context**             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Political system              | ◆ The 3i framework helps to understand the political system factors that constrain or enable midwifery within health systems and consists of three main components: (1) institutions; (2) interests and (3) ideas.  
  - Institutions—midwifery associations can face structural barriers to integration as a result of government structures (eg, the political arrangement in a given context and mandates that influence SRHR policies) and policy legacies (eg, policies shape the way midwifery care is organised in the health system).  
  - Interests—collaboration across professional associations can come together and play a strong role in political lobbying (facilitator) or mitigating competing interests from other professional associations (eg, nursing), or discrimination (eg, some physician interest groups that seek to limit establishing midwifery as an autonomous profession).  
  - Ideas—societal values regarding the medical model (eg, medicalisation of the birth process and associated valuing of physician and hospital-based care) and gender equity. |
| Health system arrangements    | ◆ Health systems factors include: (1) governance; (2) financial and (3) delivery.  
  - Governance arrangements that recognise midwifery as an autonomous profession and acknowledge the role of midwifery associations advocating for legislation that codifies self-regulation and autonomous practice.  
  - Financial arrangements that include mechanisms to raise revenue to finance the health system and remuneration for sexual and reproductive health services by midwives, which by extension impacts the financial viability of midwifery associations.  
  - Delivery arrangements that focus on how midwives are delivering health services within the health system, and acknowledged expertise of midwifery associations to inform appropriate scope and role of the profession. |
| Education system              | ◆ Established accreditation systems to support quality of midwifery education programmes.  
  ◆ Adoption of ICM’s Global Standards for Midwifery Education and Essential Competencies for Midwifery Practice.  
  ◆ Education and enhanced knowledge are linked with empowerment of the profession and midwifery associations. |
| Role of gender in society     | ◆ Recognise that the social construction of gender influences the relationship that midwifery associations have with authority and leadership. |
| **External factors**          | ◆ Mitigation of forces and events that can influence the sustainability of midwifery associations (eg, role of gender in society, pandemics, climate change, global economic crises, and natural disasters eroding women and girls’ stability and safety). |
| **Organisational context**    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Administrative infrastructure | ◆ Establish a base-level administrative infrastructure to support technical capacity.  
  ◆ Includes the necessary space and tools in order to be able to carry out the organisational mission. |
| Governance                    | ◆ Establish best practice governance systems to manage the work of the association.  
  ◆ The capacity of the midwifery association will determine the complexity of the governance structure. |
| Financial management          | ◆ Develop a concrete plan and system for financial oversight of the association.  
  ◆ Develop yearly budgets to align with the association’s priorities and strategic plan. |
| Democratic participation       | ◆ Understand and address the two main factors that influence democratic participation:  
  ◆ the broader sociopolitical conceptualisations of democracy and historical impacts within a given context; and  
  ◆ the shared values and beliefs of the midwifery association and creating contextually relevant equitable democratic procedures. |
| Funding                       | ◆ The organisational capacity of the midwifery association to generate its own funds.  
  ◆ Support diversity of funding sources (ie, cannot be completely reliant on project funds). |
| Membership                    | ◆ Create membership recruitment activities to increase the visibility and traceability of the association.  
  ◆ Create and maintain a membership database and track how membership needs are being met.  
  ◆ Promote the recruitment of diverse membership (eg, attracting youth members and fostering student chapters). |
| Communications                | ◆ Develop a communications strategy to support advocacy (technical capacity).  
  ◆ Four levels of communication:  
  ◆ internal communications, which includes from board members communicating to each other (eg, meeting minutes), as well as communications from board to staff;  
  ◆ with members regarding what is happening at the board level (eg, social media, website, WhatsApp groups and newsletter);  
  ◆ to networks (eg, government and international community); and  
  ◆ to the public through a range of media (public education). |

Continued
### Context and element: Description of components to strengthen midwifery associations including facilitators and mitigating barriers

| Context and element | Description of components to strengthen midwifery associations including facilitators and mitigating barriers |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gender              | Establish an equitable governance structure that ensures inclusivity and diversity of representation, particularly in terms of the gender and ethnicity of the board  
                     | Equitable governance structure reinforces equitable representation within membership |
| Technical capacity   | Establish a strong body of professional knowledge within midwifery (fostered by quality continuing education), and credibility and external recognition of the expertise held within the midwifery association |
| Leadership          | Advance leadership within midwifery associations, which consists of:  
                     | 1. membership’s ability to influence and contribute to leadership within the broader system (political, health and/or social) through outreach activities;  
                     | 2. an organisational leader to advocate to push forward the aims of the association externally in public and political spheres; and  
                     | 3. the internal capacity of the association’s leadership to manage the organisation appropriately (eg, democratic processes, accountability, transparency and succession planning) |
| Quality midwifery training | Ensure the midwifery association is working with midwifery education programmes to support quality preservice and in-service education opportunities for members |
| SRHR outreach activities | Develop association-led SRHR community outreach activities  
                          | Assist in improving overall health and legitimising the organisation’s role in the delivery of sexual and reproductive health services |
| Data and evidence    | The midwifery associations’ ability to own, collect and/or share data to inform local midwifery practice and standards (includes monitoring and evaluation and gender analyses) |
| Research capacity and knowledge translation | Build research capacity of the midwifery association to develop methodological and analytical writing skills  
                                                  | Ability to access local research evidence in order to support continuing education and research  
                                                  | Publications and knowledge translation activities raise the national and international profile of the midwifery association  
                                                  | Develop grant writing skills to support the midwifery association’s ability to secure future funding |
| Networks             | Create strong alliances and networks at all levels (local, provincial, national and international) through strategic activities  
                          | Twinning, particularly partnerships of similar contexts are a powerful alliance tool |
| Strategic advocacy    | Strong leadership from midwifery associations to engage in policy dialogue and decision-making to advance agendas related to achieving universal health coverage and meeting the Sustainable Development Goals by 2030  
                          | Advocacy involves individual dedication to effectively influence the midwifery association’s own membership, policy and governmental services |
| Values               | Values are embedded and at the core of midwifery as a profession and the association by extension  
                          | Midwifery associations can build core values centred on principles of:  
                          |  - social justice;  
                          |  - gender equity; and  
                          |  - anti-oppression |

ICM, International Confederation of Midwives; SRHR, sexual and reproductive health and rights.

Forces and events outside of the political and health system can influence midwifery associations’ capacity-building efforts or reorient their strategic planning. Specifically, external shocks to the system, such as pandemics, climate change, global economic crises, and natural disasters can erode women and girls’ stability and safety (eg, by increasing gender-based violence). Shifts in resource allocation away from SRHR services delivery further impact the viability and power of midwifery associations. Conversely, our observations identified that some external shocks (eg, COVID-19 pandemic) presented a window of opportunity for midwifery associations to support quality clinical care through training, providing personal protective equipment to frontline midwives and creating practice guidelines.

**Organisational context**

Within the organisational context, we defined the capacity of midwifery associations as two reciprocal concepts, organisational and technical, which are further divided into key subcomponents outlined. Organisational capacity is the ability of the association to operate sustainably as an organisation. A base-level organisational capacity is needed to grow technical capacity and thus increase the organisation’s sustainability and impact in strengthening the profession. We identified eight
| Context and element | Illustrative quotations |
|---------------------|-------------------------|
| **Outer context**   |                         |
| Political system    | ► 'The situation in the country, it really prevents the profession and the activities of the SRHR from progressing. For example, as soon as there is instability, we see changes in government. For example, the government that was there may be well, well, well involved in the midwifery project, well involved in the midwifery strategy. But when you take that from the government, from we're going to come with another government, we're back to zero. You could say that there's not really any continuity in the things of the state.' (KI #1, translated from French) |
| Health system       | ► 'They have to do this in an environment where those midwives and those nurses are not getting paid, and when and if they get paid, they get paid probably like $15.00 per month. So, even the salary they do receive it, it's not enough for them to survive.' (KI #24) |
|                     | ► 'This is a really important point, and above all, with the number of midwives in the country, there are many midwives so far who don’t have a job yet. That is to say, there are midwives who are qualified and who are in the country, but who are not working. So, this is a really negative problem for the reduction of maternal mortality.' (KI #7, translated from French) |
| **Education system** |                         |
|                     | ► 'I could also say in terms of policies, if we had something to do for the association, we should have an accreditation for the profession. Without accreditation, you can’t have a strong profession. You have to have terms of renewal of licence, up-to-date training diplomas, continuing education.' (KI #1, translated from French) |
| **Role of gender in society** | ► 'I think the involvement of doctors themselves in designing and implementing development across the world in global health and outside of it, because a contextual piece is just that a lot of the development practitioners that I met in Uganda or South Sudan too, they’re medical doctors who actually in some better paid positions. They’re in humanitarian relief. They’re in this. They’re in government. They’re medical doctors.' (KI #13) (quote relates to authority and leadership being primarily medical model and male-dominated) |
| **External factors** |                         |
| **Organisational context** |                         |
| Administrative infrastructure | ► 'They had an office space, a small office space that was paid through CAM with other funds, but they didn’t actually have staff. This is what we’ve been working on basically for the past year, so now we have - there's a team, a project officer, a finance person, a secretary, an administrative assistant, security guards, and they moved into a bigger space. That was all at the beginning of last year basically where we had hired the team, and then when you hire a team, you have to put in place all the procedures, like admin, human resources.' (KI #21) |
| Governance | ► 'And above all, learn to decentralise. Get everyone involved. Get everyone involved in the management of the association. So that everyone can feel concerned in their own corner. You are a sectionalist, but you should feel that you are... it concerns you. And also to organise elections from time to time. Organise elections. Organising elections like this allows people to improve. It allows people to improve things and it allows everyone to make a contribution to the organisation.' (KI #2, translated from French) |
| Financial management | ► 'The mentoring I liked, first of all, is how to manage a professional association. Another thing, we didn’t have a plan. We were working, but we didn’t have an annual plan that showed the midwife’s activities. We were shown how to make a plan of activities and how to manage projects as well. It was a reinforcement.' (KI #2, translated from French) |
| Democratic participation | ► 'People with association-strengthening expertise in Canada have an assumption of a democratic landscape and is not applicable for our partners in non-democratic situations.' (KI #31) |
|                     | ► 'Before the training, the association was authoritarian, a hierarchy. Now, the dynamics have changed, and the leaders are now also the care providers.' (Focus group participant, translated from French) |
| Funding | ► 'The association has not yet reached the level of financial autonomy. They depend on partners; they have no sources of income. The contributions are lower and that’s it. They are not yet free enough. We need to support them, but by targeting the area of support that is really essential for their maturity.' (KI #4, translated from French) |
| Membership | ► 'So now we are trained to make sure that we bring up young, young, young midwives to love the association, to work for the association. When we are stepping down, there are young midwives who can take over, who knows they are succession, and so on.' (KI #6) |
| Communications | ► 'I manage the social media accounts [for the association], so I see how - midwives reach out constantly to me every day asking for. ‘Hey, how do I join? How do I, this, and this? What do you guys offer? Are there learning opportunities?’ People are eager for knowledge. They really are.' (KI #15) |
Table 2 Continued

| Context and element | Illustrative quotations |
|---------------------|-------------------------|
| **Gender**          | ‘Work is work, and people (midwife association members) should be paid for work, and then choosing to engage yourself in building your profession and building your association because you believe in it, that could be voluntary, but - making sure the people are compensated, especially in global south context, because they’re so under compensated.’ (KI #7) (quote captures pay inequity related to gender) |

**Technical capacity**

| Midwifery professional expertise | ‘This is across the board - consultants found this when they went, that it was totally observed, it’s been reported, that because [the association] was going out in the regions in the rural areas and delivering training to midwives, a whole bunch of district health officers and regional health bureaucrat and doctors gained understanding of what [the association] was and what midwives were and [the association’s] own kind of capacity to influence things and capacity to support their members grew as an unintended benefit of those clinical skills trainings.’ (KI #19) |
|                                 | ‘Once you build a strong association, then that association is going to keep advocating for its members. It’s going to keep advocating for the profession. It’s going to keep advocating for women and children and their rights.’ (KI #17) |

**Leadership**

| Leadership | ‘First of all, to strengthen the leadership of management - the executive leadership committees, as well as the national and provincial leadership committees. And above all, learn to decentralize. Get everyone involved. Involve everyone in the management of the association. So that everyone can feel concerned in his or her own corner.’ (KI #2, translated from French) |

**Quality midwifery training**

| Quality midwifery training | ‘It used to be the doctor who trained others in EmONC and now it is the midwives who are called by the government. Midwifery trainers have been able to advocate for the presence of midwives in EmONC trainings and even to include traditional birth attendants in rural areas.’ (Focus group participant, translated from French) |

**SRHR outreach activities**

| SRHR outreach activities | ‘For example, in the north, we had a screening day for cervical cancer. And at the same time, we did the treatment for women who have precancerous lesions and at that time, we promoted the profession.’ (KI #7) |

**Data and evidence**

| Data and evidence | ‘But also developing their own monitoring and evaluation tools so that it may fit within (the) context. And with the sustainability. So, (the association) is able to apply certain tools in the next five to ten years, so that’s what I think capacity building for the association will be necessary to move forward.’ (KI #7) |

**Research capacity and knowledge translation**

| Research capacity and knowledge translation | ‘They are constantly, constantly building that capacity and another good example of - and this is actually a success story for that - is that they are building the capacity to write proposals. So, now they get funding directly (…), we have a local fund, and now they have funding.’ (KI #24) |
|                                              | ‘I think it’s very important. You have so much capacity already, but if you’re thinking of sustainability, it’s how do you move on? How do you get that proposal writing capacity, research, dissemination?’ (KI #23) |

**Networks**

| Networks | ‘Because when we see what others in other countries are doing, it helps us, so that we can work much more at the level of our institutions, at the level of the country to help women in our work.’ (KI #7, translated from French) |

**Strategic advocacy**

| Strategic advocacy | ‘It started off as just the three of them - three or four, and now they’ve grown, and they’re definitely - yeah, everything that they do, and the connections that they have. I think they’re super well placed. Just today, talking about, let’s reach out to the Department of Gender and the Ministry of Health. Those are key connections to have.’ (KI #19) |
|                   | ‘Now we can go and talk, even within the Ministry (…) I presented with confidence (…) I can come up with the funding and convincing people this is the reality. This is also the result of this relationship.’ (KI #16) |

**Gender**

| Gender | ‘I was trying to think whether there is a gender framework or model to capture specifically the impact of the [midwifery] association on gender equality (…) the only one that comes to mind is the gender at work framework (…) and I think in theory it is possible to take a framework, operationalize it with specific metrics (…) and use it to measure if the association has impacted gender equality.’ (KI #25) (quote captures how midwifery associations can measure gender equity with relation to programme activities) |

| Values | ‘When you have disempowered midwives, you don’t have good quality care. You really just don’t, and you don’t have any opportunity to input into national programs or local programs because there is not a respect for the midwives who would like to have their voices heard at those tables.’ (KI #22) |

CAM, Canadian Association of Midwives; EmONC, emergency obstetric and newborn care; KI, key informant; SRHR, sexual and reproductive health and rights.

Elements within organisational capacity: (1) administrative infrastructure; (2) governance; (3) financial management; (4) democratic participation; (5) funding; (6) membership; (7) communication; and (8) gender.

External factors can also impact associations at an organisational capacity level (eg, sudden illness, death or disability of a key association member, loss of significant funder, allegations of malpractice of a high-profile member or misappropriation of funds). While...
organisational crises cannot be anticipated, midwifery associations can reduce their impacts through strong administrative infrastructure, governance, financial management and communications strategies.

Technical capacity is conceptualised as the association’s ‘core business,’ and refers to the ability to support and maintain effective programming and activities to strengthen the profession within political, health and education systems. We identified nine elements within technical capacity: (1) midwifery professional expertise, (2) leadership; (3) quality midwifery training; (4) SRHR outreach activities; (5) data and evidence; (6) research capacity and knowledge translation; (7) networks; (8) strategic advocacy (an outcome of networks); and (9) gender.

The reciprocal relationship of organisational and technical capacity was revealed in our qualitative evidence. When midwifery associations housed programmes to increase in-service midwifery capacity, such as emergency skills training (emergency obstetric and newborn care (EmONC)), both the organisational and technical capacity of the association was increased. To effectively deliver EmONC training, associations were trained in programmatic and administrative skills and team building. These skills were generalisable and transferable to efficiently running the association. Furthermore, when midwifery associations trained their executive members to be EmONC facilitators, evaluators, mentors and supervisors, these midwives continued to provide training after project completion. Embedding skills in the executive membership built external recognition for the association’s capacity to train midwives to global standards.

In-service training was also identified as a way to raise associations’ profiles within facilities, hospitals and health networks. Increased visibility and credibility assisted the association to effectively carry out other activities (eg, overseeing accreditation of midwifery education programmes and lobbying governments for midwifery inclusive policies). Additionally, midwives themselves were more likely to understand the role of their association and become members. Associations were then able to better advocate for their members at the institutional and governmental levels for appropriate remuneration mechanisms. Finally, increases in membership and EmONC training became vital sources of income for the association, that then supported and sustained organisational capacity.

Gender
Gender and its intersections (ie, race, ethnicity, religion) are a unique and cross-cutting consideration impacting each context. The role of gender within society is an inseparable component of the outer context. The social construction of gender impacts the value placed on women in a given country, and in turn the value placed on predominately women-led midwifery associations within that society. Gender norms influenced the relationships that associations had with decision-makers resulting in a lack of visibility and credibility of the organisation. For example, our results showed that decision-makers within health sectors tended to be male physicians. This gender dichotomy influenced midwifery associations’ relationships with authority and leadership due to an overall lack of societal respect for women. Finally, strains on health systems caused by long-term events, such as conflict, political coups or market inflation, impact gender disproportionately and thus threatened associations’ sustainability.

Within the organisational context, gender considerations for organisational capacity include creating equitable governance structures within the association that support women in leadership and enhance diversity in the board and general membership. Technical capacity consisted of the association’s ability to conduct their own gender analysis and have the resources to appropriately respond to recommendations, including applying a gender lens to the association’s external environment, organisational structure, and how they provide clinical support and training for members. Our data showed that often gender analyses were an afterthought and were completed by often costly external international consultants, thereby limiting the timeliness, relevance and local applicability of findings.

Core values of midwifery associations
Midwifery associations’ core values underpin their organisational activities and outputs; align closely with the organisation’s mission, vision and strategic plan; and shape the organisation’s role in the community and the key programming/services offered. Within midwifery associations, we identified social justice, equity and anti-oppression as the most common core espoused organisational values. A universal implicit value of midwifery associations is that they are working towards a common goal of improving SRHR. Importantly, each association has its own perception of the benefits that it brings to the community, and its values are highly context specific.

Despite outward organisational values, our results revealed that midwifery associations’ internal culture can be positively or negatively influenced by personal privileges and power, such as sexism, ethnicism or classism. One challenge that participants identified was the lack of transparency of an association’s board to its members and a tendency to disregard procedures for democratic succession planning. Some participants described being excluded from opportunities for leadership based on their age or social position. Members needed to have open discussions that encourage equitable distribution of leadership roles and perceived this as important to sustaining participation in the association over time.

Empowerment emerged as an important outcome of midwifery association strengthening and is identified in the literature as the ‘powerful catalyst for positive change’. It is founded on the sense of value and credibility association members felt as a direct product of
success, both internal and external, to the organisation. For example, feeling empowered was described as having impact, being autonomous, participating in institutional decision-making and policymaking, economic opportunity, access to education and professional self-worth. In circumstances where midwifery associations improved their capacity via the collaboration with other midwifery associations, trust and reciprocity lead to overall mutual empowerment. Participants described their empowerment motivated them to advocate for SRHR, and for the inclusion of midwives in decision-making, leading to improved capacity of the associations. Empowerment is a positive feedback loop, and as the capacity of the association is built, individuals are empowered, and the organisational capacity improves, and so on.

**DISCUSSION**

Our study is the first to generate theory and a framework for sustainable midwifery association strengthening in order to increase the impact of midwifery associations to advance the profession and ultimately improve SRHR. We have also created an open-access companion to the framework, Midwifery Association Capacity Building Checklist, that operationalises the theory presented and is a practical tool for midwifery associations. Our framework is applicable to midwifery associations and external partners or projects as it details and categorises capacity into technical and organisational factors so that these components can be applied to inform logic models for programme development. Use of the framework can ensure that activities align with associations’ needs, reinforce the likelihood of long-term sustainability past project closure, and ensure that the planned capacity-building activities are context specific and achievable within the association’s current capacity.

Most research about midwifery association strengthening has focused on winning relationships between associations. Prior scholarship suggests that strengthening professional associations may improve health systems and health outcomes (eg, through ensuring the quality of education and regulation). However, while midwifery associations globally strive for stronger involvement in the SRHR policymaking process, their contributions are hindered by lack of professional recognition or understanding of the role of midwifery in health and political systems, and marginalisation of the profession driven by gender inequality and the substandard status of women-dominated health professions. These inequities give rise to other structural challenges such as lack of governance or absence of regulatory frameworks, and result in poor integration of the profession into health systems (eg, lack of midwifery education accreditation mechanisms, absent or poor remuneration, restrictions on midwives’ autonomy and limited ability to generate research).

Our framework’s attention to the role of gender provides direction to addressing the challenges outlined above. Capacity assessments require a feminist process, using a gender lens which also accounts for intersecting identities (eg, ethnicity, indigeneity and disability). Strong equity and anti-colonial frameworks foster collaboration and consensus thereby empowering women’s leadership within associations. Principles of gender equity are shared values when working to improve SRHR. Integrating these elements concretely into project inception and operationalisation of activities empowers project hosts (ie, midwifery associations). Our findings demonstrate that empowerment in transnational projects supports sustainable outcomes within midwifery associations with regard to both technical and organisational capacity.

The main strength of our research is the richness of the data we compiled through multiple sources and the collaborative spirit of our transnational research consortium. The use of multiple sources of evidence obviated the need to rely on the very limited relevant published literature as the only input to theory generation and allowed us to address the lack of research evidence regarding the role of midwifery associations in improving SRHR and strengthening health systems. Our approach during the research process promoted an equitable transnational collaboration and the integration of multiple perspectives thus increasing the research’s trustworthiness.

A limitation was that we were unable to visit all of CAM’s current partner midwifery associations due to logistical challenges specific to political instability and travel to fragile states. While we collected qualitative data from these contexts through virtual means, we recognise that time spent in-country is an important source of evidence and important to understanding midwifery associations working in challenging contexts.

**CONCLUSION**

Midwifery associations are key enablers to strengthening their profession across political, health and education systems. Building strong associations is the lynchpin in furthering the status of midwifery, improving gender equity, and reducing maternal and newborn mortality and morbidity. Our framework will support evidence-informed investments in midwifery associations so that they can play a leadership role in country’s responses to the gendered impacts of crises on SRHR and in more broadly addressing gender-related inequities related to SRHR.

Twitter Cristina Mattison @MattisonPhD and Elizabeth Darling @LizDarlingRM

Acknowledgements Since the drafting of this manuscript, we have lost Dr. Sebalda Leshabari, a global leader in midwifery research. We are grateful for the opportunity to have learned from Dr. Sebalda and her many contributions to this research.

Contributors CM, KB, JR and ED initiated the project. CM and KB designed the research, collected and analysed the data, interpreted the results, and wrote the text in collaboration with AK, AP, EH, JR, ED and SL.

Funding This study was funded by Mitacs (grant number: IT1531).

Competing interests None declared.
REFERENCES

1 Chamberlain J, McDonagh R, Lalonde A, et al. The role of professional associations in reducing maternal mortality worldwide. Int J Gynaecol Obstet 2003;83:94–102.
2 Lopes SC, Titulaer P, Bokosi M, et al. The involvement of midwives’ associations in policy and planning about the midwifery workforce: a global survey. Midwifery 2015;31:1096–103.
3 Shaw D. Advocacy: the role of health professional associations. Int J Gynaecol Obstet 2014;127 Suppl 1:S43–8.
4 Shamian J. Interprofessional collaboration, the only way to save every woman and every child. Lancet 2014;384:e41–2.
5 Taylor DJ. Professional leadership in obstetrics and gynecology and its contribution to millennium development goal 5. Int J Gynaecol Obstet 2012;119 Suppl 1:S42–4.
6 Lalonde AB, Menendez H, Perron L. The role of health professional associations in the promotion of global women’s health. J Womens Health 2010;19:2153–7.
7 Andrews H, Perron L, Vander Plaetse L, et al. Strengthening the organizational capacity of health professional associations: the FIGO logic toolkit. Int J Gynaecol Obstet 2013;122:190–1.
8 Sandwell R, Bonser D, Hebert E, et al. Stronger together: midwifery twinning between Tanzania and Canada. Global Health 2018;14:123.
9 Homer CSE, Friberg IK, Dias MAB, et al. The projected effect of scaling up midwifery. Lancet 2014;384:1146–57.
10 Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet 2014;384:1129–42.
11 Starrs AM, Ezez AC, Barker G, et al. Accelerate progress-sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. Lancet 2018;391:2642–92.
12 ten Hoope-BENDER P, de BERNIS L, Campbell J, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. Lancet 2014;384:1226–35.
13 UNFPA. The maternal and newborn health thematic fund annual report 2019. New York: United Nations Population Fund, 2019.
14 WHO. Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization, 2019.
15 Nove A, Friberg IK, de BERNIS L, 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 2021;9:e24–32.
16 Castro Lopes S, Nove A, Ten Hoope-Bender P, 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;14:37.
17 SOGG. Strengthening organization capacity of professional health associations. Ottawa: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2009.
18 Dawson A, Brodie P, Copeland F, et al. Collaborative approaches towards building midwifery capacity in low income countries: a review of experiences. Midwifery 2014;30:391–402.
19 Mattison CA, Lavis JN, Wilson MG, et al. A critical interpretive synthesis of the roles of midwives in health systems. Health Res Policy Syst 2020;18:77.
20 Dixon-Woods M, Bonas S, Booth A, et al. How can systematic reviews incorporate qualitative research? A critical perspective. Qualitative Research 2008;8:27–44.
21 Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. BMC Med Res Methodol 2006;6:35.
22 Charmaz K. Constructing grounded theory. London: Sage, 2014.
23 Mertens DM. Transformative research and evaluation. New York: Guilford Press, 2008.
24 Abimbola S. The foreign gaze: authorship in academic global health. BMJ Glob Health 2019;4:e002068.
25 Hankivsky O. Intersectionality 101. The Institute for Intersectionality Research & Policy, 2014.
26 Abrams JA, Tabaa J, Jung S, et al. Considerations for employing intersectionality in qualitative health research. Soc Sci Med 2020;258:113138.
27 McKenzie A, Sokpo E, Ager B. Bridging the policy-implementation gap in federal health systems: lessons from the Nigerian experience. J Public Health Afr 2014;5:82–7.
28 Lavis J. Health systems evidence: taxonomy of governance, financial and delivery arrangements and implementation strategies within health systems. Hamilton: McMaster Health Forum, 2017.
29 Aujero B, McCarthy C, Li Y, 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;17:54.
30 Bogren M, Erlandsson K. Opportunities, challenges and strategies when building a midwifery profession. findings from a qualitative study in Bangladesh and Nepal. Sex Reprod Healthc. 2018;16:45–9.
31 Bvumbwe T, Mtshali N. Nursing education challenges and solutions in sub Saharan Africa: an integrative review. BMC Nurs 2018;17:3.
32 Dawson A, Killo M, Geita L, et al. Midwifery capacity building in Papua New Guinea: key achievements and ways forward. Women Birth 2016;29:180–8.
33 Spekman EM, Shafi A, Sondorp 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;14:111.
34 Temmar F, Vissandjée B, Hatem M, et al. Midwives in Morocco: seeking recognition as skilled partners in women-centred maternity care. Reprod Health Matters 2006;14:83–90.
35 Maclean GD, Forss K. An evaluation of the Africa midwives research network. Midwifery 2010;26:61–8.
36 Sheikh JL, Cheema S, Chabana K, et al. Capacity building in health care professions within the Gulf cooperation Council countries: paving the way forward. BMC Med Educ 2019;19:83.
37 Kemp J, Bannon EM, Mwanja MM, et al. Developing a new national standard for midwifery mentorship in Uganda. LJHG 2018;23:81–94.
38 Krubiner CB, Salmon M, Synowiec C, et al. Investing in nursing and midwifery enterprise: empowering women and strengthening health systems—A landscape study of innovations in low- and middle-income countries. Nurse Outlook 2016;64:17–23.
39 Mudokwewu-Rawdon C, Chaibva CN. Needs assessment and strengthening midwifery association in Zimbabwe. Afr J Midwifery Womens Health 2010;4:38–41.
40 Okoth K, Parolin Z. Assessing the policy and practice impact of an international policy initiative: the state of the world’s midwifery 2014. BMC Health Serv Res 2018;18:499.
41 Uwizeye G, Mukamana D, Reiff M, et al. Building nursing and midwifery capacity through Rwanda’s human resources for health program. J Transcult Nurs 2018;29:192–201.
42 WHO. Who nursing and midwifery progress report 2008-2012. Geneva: World Health Organization, 2013.
43 American College of Nurse-Midwives. Professional association strengthening manual. Silver Spring: American College of Nurse-Midwives, 2016.
44 FIGO. Strengthening organisational capacity of health professional associations. toolkit. London: International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2012.
45 McQuide P, Milonzki Z, Farrell C. Strengthening health professional associations. Chapel Hill: The Capacity Project, 2007.
46 Moyo N. ICM assists at a ‘rebirth’: the Midwives Association of Sierra Leone. Int Midwifery 2008;21:10–11.
47 Spies LA, Garner SL, Faucher MA, et al. A model for scaling global partnerships and building nurse and midwifery capacity. Int Nurs Rev 2017;64:331–4.
48 Beyea-Kashesya J, Kharuzfa F, Murokora D. The advantage of professional organizations as Advocates for improved funding of
maternal and child health services in Uganda. *Int J Gynaecol Obstet* 2014;127 Suppl 1:S52–5.

49 Weenink J-W, Kool RB, Hesselink G, 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;29:838–44.

50 Waters KP, Zuber A, Willy RM, 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;82:895–902.

51 ten Hoope-Bender P, Lopes STC, Nove A, et al. Midwifery 2030: a woman’s pathway to health. What does this mean? *Midwifery* 2016;32:1–6.

52 UNFPA-ICM. *Investing in midwives and others with midwifery skills to save the lives of mothers and newborns and improve their health.* New York: United Nations Population Fund, 2006.

53 WHO. Midwives voices, midwives realities. Findings from a global consultation on providing quality midwifery care. Geneva: World Health Organization, 2016.

54 WHO. *Strengthening midwifery toolkit.* Geneva: World Health Organization, 2011.

55 Gualda DMR, Narchi NZ, de Campos EA. Strengthening midwifery in Brazil: education, regulation and professional association of midwives. *Midwifery* 2013;29:1077–81.

56 McCarthy CF, Voss J, Salmon ME, et al. Nursing and midwifery regulatory reform in East, central, and southern Africa: a survey of key stakeholders. *Hum Resour Health* 2013;11:29.

57 Homer CSE, Castro Lopes S, Nove A, 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;18:55.

58 Murphy PA. Listening to midwives. *J Midwifery Womens Health* 2017;62:7–8.

59 Cadée F, Nieuwenhuijsen MJ, Lagro-Janssen ALM, et al. The state of the art of twinning, a concept analysis of twinning in healthcare. *Global Health* 2016;12:66.

60 Renfrew MJ, Ateva E, Dennis-Antwi JA, et al. Midwifery is a vital solution—What is holding back global progress? *Birth* 2019;46:396–9.

61 Zuyderduin A, Obuni JD, McQuide PA. Strengthening the Uganda nurses’ and midwives’ association for a motivated workforce. *Int Nurs Rev* 2010;57:419–25.

62 Cadée F, Perdok H, Sam B, et al. ‘Twin2twin’ an innovative method of empowering midwives to strengthen their professional midwifery organisations. *Midwifery* 2013;29:1145–50.

63 Canadian Coalition for Global Health Research. *Partnership assessment toolkit.* Ottawa: Canadian Coalition for Global Health Research, 2009.

64 Potter C, Brough R. Systemic capacity building: a hierarchy of needs. *Health Policy Plan* 2004;19:336–45.

65 Psaltis C. International collaboration as construction of knowledge and its constraints. *Integr Psychol Behav Sci* 2007;41:187–97.

66 Ndenga E, Uwizeye G, Thomson DR, et al. Assessing the twinning model in the Rwandan human resources for health program: goal setting, satisfaction and perceived skill transfer. *Global Health* 2016;12:4.

67 Day-Stirk F. Capacity development – a midwifery perspective. In: Kehoe S, Melsen J, Norman J, eds. *Maternal and infant deaths: chasing millennium development goals 4 and 5.* London: RCOG Press, 2010: 219–28.

68 Goodman S. Piercing the veil: the marginalization of midwives in the United States. *Soc Sci Med* 2007;65:610–21.

69 Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? A systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. *PLoS One* 2016;11:e0153391.

70 Global Health Workforce Alliance. ICM global standards: essential to a universally agreed basic standard of midwifery education, 2020. Available: https://www.who.int/workforcealliance/media/news/2012/icmstandards/en/ [Accessed 16 Dec 2020].

71 Upvall MJ. Building transformative global nursing partnerships. *Res Theory Nurs Pract* 2018;32:247–54.

72 Lazar H, Lavis JN, Forest P-G. *Paradigm freeze: why it is so hard to reform health care in Canada.* Montreal and Kingston: McGill-Queen’s University Press, 2013.
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 à 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. Les associations professionnelles de la santé facilitent l’accès aux services de santé en conscientisant le public, en faisant du lobbyisme auprès des gouvernements et en coordonnant des efforts multilatéraux en vue d’informer les preneurs de décision. 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. Les sages-femmes contribuent de manière essentielle à la prestation de services de SDSR de qualité et à l’accessibilité à la couverture universelle en santé. 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.

Les associations de sages-femmes sont des organisations - nationales la plupart du temps - qui représentent les sages-femmes et leur profession. 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’accreditation en soutien aux programmes de formation des sages-femmes. Les associations de sages-femmes défendent les droits des femmes et des filles. 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.

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. 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 présentement 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. Les sages-femmes se sont battues pour la reconnaissance et l’intégration professionnelles au sein des systèmes de santé du Canada. 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. 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 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 SDSR de qualité est pertinente pour tous les systèmes de santé.

Nous avions 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 SDSR.

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. Hélix du processus de collecte de données qualitatives et de construction théorique

- **LA SYNTHÈSE INTERPRÉTATIVE CRITIQUE**
  1. Revue de la littérature
     - Conception et élaboration des recherches dans les bases de données bibliographiques numériques (CINAHL, EMBASE, et MEDLINE)
     - Recherches de la littérature grise
     - Recherche manuelle dans les listes de références des publications clés
  2. Sélection de la littérature
     - Élaboration de critères d’inclusion et d’exclusion
     - Sélection de la littérature par deux examinateurs indépendants
  3. Extraction des données
     - Développement du modèle d’extraction des données et réalisation de l’extraction des données

- **ENTREVUES D’INFORMATEURS CLÉS**
  - Entrevues semi-dirigées (en face à face, par téléphone, WhatsApp ou Zoom)
  - Catégories des participants : le personnel et les membres des associations de sages-femmes, les consultants, les responsables des politiques et les organisations partenaires, y compris les donateurs occasionnels ou récurrents, et les hôtes

- **OBSERVATIONS**
  - Observations au sein des pays des associations de sages-femmes et des activités des projets

- **MISE À L’ÉPREUVE DE LA THÉORIE**
  - Développement de la théorie en vérifiant les concepts et le cadre initiaux par le biais d’entrevues avec des informateurs clés et de groupes de discussion

- **TRIANGULATION**
  - Des comptes rendus quotidiens entre les chercheurs (CM et KB) pendant qu’elles étaient dans le pays afin de comparer et d’infirmer la collecte de données suivantes.
  - Triangulation des données à partir de sources multiples de preuves qualitatives afin de développer des résultats convergents

- **GROUPES DE DISCUSSION**
  - 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

- **GÉNÉRATION DE LA THÉORIE**
  - Développer et finaliser le cadre pour le renforcement des associations de sages-femmes

- **REVUE DE DOCUMENTATION**
  - Sélection de tous les documents de programme des projets de l’ACSF ayant une composante de renforcement des associations professionnelles (ex.: 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)

**PROCESSUS ITÉRATIF**
- La zone grise de l’hélice indique l’approche hautement itérative de la génération de théories
- La collecte de données qualitatives s’est chevauchée et a été éloignée par le développement de la théorie, la vérification de la théorie, la triangulation et la génération de la théorie

BMJ Publishing Group Limited (BMJ) disclaims all liability and responsibility arising from any reliance placed on this supplemental material which has been supplied by the author(s).
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’avions 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’élaboration 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 permet aussi de dégager des preuves convergentes. La triangulation a également été utilisée comme une méthode permettant de s'assurer que nous représentions 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 reconnaissions 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 travailé 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’aureraient 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 reconnaissions 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. 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 trousses 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

PHASE I
Bases de données bibliographiques numériques: CIHArl, EMBASE et MEDLINE

PHASE II
 Sélection initiale basée sur les titres et les résumés

PHASE III
Documents en texte intégral dont l’éligibilité a été évaluée par deux examinateurs

PHASE IV
L’extraction et l’analyse des documents

Documents identifiés dans les bases de données bibliographiques 
(n = 1,534)

Documents examinés - titre et résumé 
(n = 1,350)

Documents inclus dans la synthèse interprétative critique 
(n = 57)

Littérature grise et recherches manuelles

Documents identifiés par d’autres sources 
(n = 30)

Documents exclus 
(n = 36)

Documents exclus 
(n = 30)

Documents exclus 
(n = 6)

Documents exclus 
(n = 279)

Documents exclus 
(n = 1,271)
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
textes 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 SDSR)\(^{[19,27]}\) 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 agents 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 SDSR.

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) plaidoyer pour des programmes de formation initiale accrédités ; 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 évaluation des compétences professionnelles. 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.

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. La capacité organisationnelle, c’est l’habileté de l’association de façon pérenne comme organisation. 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 ; 2) la gouvernance ; 3) la gestion financière ; 4) la participation démocratique ; 5) le financement ; 6) l’adhésion des membres ; 7) les communications ; et 8) 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). 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 référence 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. Nous avons identifié neuf éléments constitutifs de la capacité technique : 1) l’expertise professionnelle des sages-femmes ; 2) le leadership ; 3) la formation de qualité en pratique sage-femme ; 4) les activités de sensibilisation à la SDSR ; 5) les données probantes et preuves ; 6) la capacité de recherche et transmission de savoirs ; 7) les réseaux ; 8) le plaidoyer stratégique (un résultat des réseaux) ; 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 supervisatrices 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. 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. 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. 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. 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’applabilité 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 SDSR. 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’ethnocentrisme 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 SDSR 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.\textsuperscript{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** | - *Cadre de 3i* - 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)  
- *Institutions* - 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)  
- *Intérêts* – 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)  
- *Idées* - croyances en ce qui concerne le modèle médical (ex., la médicalisation du processus de naissance et la valorisation des soins médicaux) et l'égalité des genres |
| **Organisation des systèmes de santé** | - *Organisation des systèmes de santé* comprennent : 1) gouvernance; 2) financières; 3) ressources humaines  
- *Gouvernance* – 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.  
- *Gestion financière* – 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.  
- *Ressources humaines* – l’accent est mis sur la façon dont 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** | - 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** | - 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** | - 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** | • 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** | • 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** | • 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** | • Deux facteurs principaux influencent la participation démocratique:  
• 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** | • 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** | • 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** | • Développe une stratégie de communication pour soutenir le plaidoyer (capacité technique)  
• Il y a quatre niveaux de communication:  
• 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) |
| **Capacité technique** |  |
| **Expertise professionnelle** | • 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** | • Faire progresser le leadership au sein des associations de sages-femmes, qui consiste en:  
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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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.  
| | Comprend les ressources appropriées pour mettre en œuvre les recommandations de l'analyse. |
| Valeurs | 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 :  
| | 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

| Facteurs externes       | Contexte et élément          | Citations explicatives                                                                                                                                 |
|-------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Facteurs externes       | Système politique           | “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            | “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] |
|                         | systèmes de santé            | “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          | “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       | “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    | “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                 | “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

- “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 sage-femme. On nous a montré comment faire un plan des activités et comment gérer les projets aussi. C’était un renforcement.” [IC no2]

Participation démocratique

- “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

- “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

- “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

- “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

- “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

- 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]

Leadeurship

- “Renforcer d’abord le leadeurship de l’organe de gestion, donc les comités, tout comme national, tout comme provincial, sur le leadeurship. 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
- "Avant c’était le médecin qui entraînait les autres en SONU et maintenant c’est les sages-femmes qui sont appelé par le gouvernement. Les formateurs sages-femmes ont été capable de plaidoyer pour la présence des sages-femmes dans les formation SONU et pour même inclure des matrones dans les zones rurales.” [Participant, groupe de discussion]

### Activités de sensibilisation de SDSR
- "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
- "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
- "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
- "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
- "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
- "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
- "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 feminine.[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’indigénité 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 SDSR 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 reliés 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 SDSR et, plus largement, aux inégalités de genre relié à la SDSR.
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 Hoope-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 Hoope-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];
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.

PARTICIPEATION 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 partisanes, opportunes et fournies dans un langage accessible (y compris la disponibilité dans les langues officielles).

Citation: Mattison CA, Bournet KM, Hebert E, Leshabari S, Kebaye A, Achiqg 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 de 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 manier ses propres analyses de genres et à faire les adaptations appropriées à sa propre organisation et le suivre 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 aide d’autres parties du secteur/système afin de plaidoyer)

Citation: Mattison C, Bourne KJ, Habibi E, Lushubari S, Kuboya A, Ashiga P, Darling EK. Midwifery association capacity building checklist. Hamilton: McMaster Midwifery Research Centre, 2020.6
Midwifery Association Capacity Building Checklist

ORGANIZATIONAL CAPACITY

- The sustained capacity to operate as a midwifery association effectively and efficiently
- Baseline capacity assessment to determine organizational values and beliefs, the complexity of organizational structure and organizational needs

INFRASTRUCTURE

- Core infrastructure needed to conduct the work of the midwifery association, which includes physical space (safe and secure office space) and resources (reliable internet access, materials, supplies, and equipment)

ADMINISTRATION

- Policies and procedures and human resources that include gender and equity policies to ensure equitable representation

GOVERNANCE

- An outlined governance structure according to local standards (e.g., board of directors, officers, committees, staff) with clear roles and responsibilities, constitution, policies, by-laws and strategic plan (mission and vision)
- Registration, licensure, practice standards, fee schedules
- Includes developing branches, provincial arms or state chapters of the midwifery association

FINANCIAL MANAGEMENT

- Financial policies, procedures and regular schedule of financial reporting that are open for review by board of directors

DEMOCRATIC PARTICIPATION

- Governance structure includes contextually specific democratic procedures for transparent reporting to board and membership, and succession planning

FUNDING

- Supporting business development skills
- Funding sources must be diverse (i.e., cannot rely solely on project funds)
- Funding sources can include a mix of operational funds provided by baseline membership fees, individual donations, income generating activities, and securing new sources of funding

MEMBERSHIP

- Clear demonstration of benefits to becoming a member, attracting new members, supporting student chapters, and improving the responsibility and accountability to its members
- Up-to-date membership database
- Engage members as champions or ambassadors of the midwifery association

COMMUNICATIONS

- Established connections with media to raise public and governmental awareness
- Strong written communications plan
- Visual impact through compelling images or videos
- Communications align with government priority areas, are non-partisan, timely and provided in accessible language (includes availability in official languages)

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.
Midwifery Association Capacity Building Checklist

TECHNICAL CAPACITY

- The ability to support and maintain effective programming and activities of the midwifery association

EXPERTISE

- Evidence-informed professional midwifery knowledge
- Professional code of conduct
- Internal and external credibility and visibility

LEADERSHIP

- Role of the midwifery association in public education, policy and implementation of SRHR issues
- Role of members at large now involved in decision-making and leadership roles external to the midwifery association
- Role of members internally to effectively lead the organization

QUALITY TRAINING

- Evidence-informed pre- and in-service midwifery training for members
- Gender inclusive and equity training for members as appropriate

OUTREACH ACTIVITIES

- Midwifery association-led outreach activities to improve community health and raise awareness of SRHR issues

DATA & EVIDENCE

- Data sovereignty (reinforced by governance structures)
- Ability to own and collect and/or share data to inform local midwifery practice and standards
- Skilled in monitoring and evaluation of the association's programs to inform activities
- Capacity to conduct own gender analyses and make appropriate adaptations to their own organization and continuing monitoring

RESEARCH CAPACITY & KNOWLEDGE TRANSLATION

- Enhancing knowledge translation by engaging knowledge users and building internal capacity in grant writing skills to secure future funding, advocacy and networks
- Midwifery associations leading and publishing, sharing and participating in research to increase credibility and visibility for local and/or foreign gaze

NETWORKS

- Strategic activities include: hosting activities and inviting range of stakeholders, regular meetings with policy makers, active digital media presence

STRATEGIC ADVOCACY (AN OUTCOME OF NETWORKS)

- Strategic advocacy is an outcome of strong networks and includes:
  - clear and succinct messaging to decision makers;
  - training association members as spokespeople;
  - learning how to strategically leverage the position of the midwifery association; and
  - individual level advocacy (e.g., strategic advocacy that targets other parts of the sector/system in order to advocate)

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.©