

Université de Montréal

**Analyse de l'implantation d'un plan d'action pour le
renforcement du rôle professionnel de la sage-femme dans le
Royaume du Maroc**

par

Sabina Abou-Malham

Département de médecine sociale et préventive

École de santé publique

Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D)
en Santé Publique

Option Organisation des soins de santé

Mars 2014

© Sabina Abou-Malham, 2014

Université de Montréal
Faculté des Études Supérieures

Cette thèse intitulée :

**Analyse de l'implantation d'un plan d'action pour le
renforcement du rôle professionnel de la sage-femme dans le
Royaume du Maroc**

Présentée par :
Sabina Abou-Malham

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Carl-Ardy DUBOIS, Président-rapporteur
Marie HATEM, Directrice de recherche
Nicole LEDUC, Co-directrice
Marie ALDERSON, Membre du jury
Vincent DE BROUWERE, Examineur externe
Line LEDUC, Représentant du doyen de la FES

Mars 2014

Résumé

Dans le cadre d'une stratégie nationale visant les objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5 au Maroc - réduire la mortalité maternelle et infantile -, un plan d'action a été développé au sein des trois systèmes (socioculturel, éducationnel, disciplinaire) dans lesquels évolue un rôle professionnel de la santé et ce, pour renforcer le rôle professionnel de la sage-femme. La présente thèse vise à évaluer le niveau d'implantation du plan d'action et à comprendre les facteurs contextuels ayant affecté son implantation et susceptibles d'empêcher l'atteinte de ses effets. Le cadre conceptuel adopté dérive du modèle de Hatem-Asmar (1997) concernant l'interaction entre les systèmes éducationnel, disciplinaire et socioculturel pour changer un rôle professionnel de la santé; et le cadre de Damschroder et al. (2009) pour l'analyse de l'implantation d'une intervention en santé.

Le devis est une étude de cas unique à trois niveaux d'analyse. Les données sont recueillies à partir de multiples sources de données : 11 entrevues individuelles semi-structurées, 20 groupes de discussion, observations d'activités de formation, analyse de documents.

Les résultats ont montré des déficits notables au niveau de l'implantation. Seize barrières et sept facilitateurs ont été catégorisés sous les construits du cadre de Damschroder et al. (2009) et sous les dimensions des trois systèmes. Un alignement inadéquat entre les dimensions (valeurs, méthodes, acteurs et finalités) du système socioculturel et celles (valeurs, méthodes, acteurs) des systèmes éducationnel et disciplinaire d'une part, avec le plan d'action d'autre part empêche son implantation globale. La structure bureaucratique et le manque de préparation du système socioculturel ont constitué les barrières les plus influentes sur: la diffusion de l'information; l'implication des acteurs du terrain dans le processus; et l'état de préparation du système éducationnel. Les principaux facilitateurs étaient : les valeurs promues à l'égard des droits humains et le mouvement politique pour renforcer le rôle professionnel de la sage-femme et réduire la mortalité maternelle. Quant au plan, il a été perçu comme étant bénéfique mais complexe et émanant d'une source externe. Les résultats mettent l'accent sur la nécessité de

contourner les barrières identifiées dans les trois systèmes afin d'obtenir des contextes propices à la production des effets.

Par ailleurs, les résultats ont soulevé aussi sept barrières qui risquent de compromettre l'atteinte des effets désirés. Elles concernent: le cadre légal, les représentations sociales et le support médiatique au niveau du système socioculturel; le réseautage et les mécanismes de communication, les caractéristiques liées au rôle, à l'environnement de pratique, et le niveau de préparation du système disciplinaire.

Notre recherche confirme qu'un changement visant le système éducationnel isolément représente une vision réductrice pour le renforcement du rôle des sages-femmes. Une combinaison des conditions contextuelles favorables au niveau des dimensions des trois systèmes est requise pour atteindre le but de la stratégie gouvernementale, soit fournir des sages-femmes qualifiées selon les normes globales de la Confédération Internationale des sages-femmes, capables d'offrir des soins de qualité en santé de la reproduction qui permettront de contribuer à réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Mots-clés : Changement du rôle professionnel; renforcement du rôle professionnel; transfert des compétences; analyse d'implantation; évaluation d'interventions; niveau d'implantation des interventions; sage-femme; professionnels de la santé; mortalité maternelle; santé maternelle.

Abstract

As part of a national strategy for reaching the Millennium Development Goals 4 and 5 in Morocco – to reduce maternal and infant mortality - an action plan covering the three systems (socio-cultural, educational, disciplinary) in which evolves a health professional role was developed in order to strengthen the midwifery professional role. This thesis aims to assess the level of implementation of the action plan and to understand the contextual factors affecting its implementation and that may prevent reaching the targeted outcomes. We used a conceptual framework that builds on Hatem-Asmar's model regarding the interaction between the socio-cultural, educational and disciplinary systems to change a health professional role; and on the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) for the implementation analysis of a health intervention.

A single case study design with three levels of analysis was chosen for this thesis. The data were collected through multiple data sources: 11 individual semi-structured interviews, 20 focus groups, observations of training activities, analysis of documents.

The results showed a significant deficit in the implementation. Sixteen barriers and seven facilitators encountered during the implementation were categorized into the four system's dimensions. Misalignment between the dimensions (*values, methods, actors and targets*) of the socio-cultural system and those (*values, methods, actors*) of the educational and disciplinary systems on the one hand, and with the action plan on the other hand, prevent its global implementation. The bureaucratic structure and lack of readiness of the socio-cultural system were among the most influential barriers on: diffusion of information; involvement of key actors in the process, readiness of the educational system. The main facilitators were the values promoted with respect to human rights, and the political movement to strengthen midwives' professional role and to reduce maternal mortality. The plan was perceived as beneficial but complex and externally driven. The results emphasize the need to overcome the barriers identified in the three systems in order to obtain contextual conditions favorable to achieve outcomes.

In addition, seven barriers were identified in the analysis that may compromise the achievement of the targeted outcomes. They relate to the: legal framework, social representations and media support at the socio-cultural system; and the practice environment, networks and communication mechanisms, characteristics related to the role and the readiness of the disciplinary system.

Our research confirms that conducting a change in the educational system represents a partially focused view for strengthening the midwives' role. A combination of favorable contextual conditions at the dimensions of the three systems is required to achieve the goal of the government's strategy which is to provide qualified midwives according to the International Confederation of Midwives global standards for midwifery, able to provide quality reproductive health care, and to contribute to reducing maternal and neonatal mortality.

Keywords : Professional role change; strengthening, enhancement of a professional role; task shifting; implementation analysis; intervention's evaluation; level of program implementation; midwife; health professionals; maternal mortality; maternal health.

Table des matières

RÉSUMÉ	III
ABSTRACT	V
TABLE DES MATIÈRES.....	VII
LISTE DES TABLEAUX	XII
LISTE DES FIGURES	XIII
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	XIV
REMERCIEMENTS	XVII
CHAPITRE 1 – INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
1.1 PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE.....	1
1.2 PERTINENCE DE L'ÉTUDE	7
1.3 STRUCTURE DE LA THÈSE.....	7
CHAPITRE 2 – ÉTAT DES CONNAISSANCES	10
2.1 INTRODUCTION AU RÔLE PROFESSIONNEL.....	11
2.1.1 <i>Définition et catégories du rôle social.....</i>	<i>11</i>
2.1.2 <i>Définition du rôle professionnel.....</i>	<i>12</i>
2.1.3 <i>Définition du rôle professionnel de la sage-femme</i>	<i>14</i>
2.2 CHANGEMENT D'UN RÔLE PROFESSIONNEL.....	16
2.2.1 <i>Que signifie le changement lié au rôle?</i>	<i>16</i>
2.2.2 <i>Types de changement d'un rôle professionnel de la santé</i>	<i>18</i>
2.2.3 <i>Synthèse des types de changement d'un rôle professionnel</i>	<i>26</i>
2.2.4 <i>Éléments de preuve étayant l'impact des stratégies de renforcement du rôle de la sage-femme</i>	<i>27</i>
2.3 RÔLE PROFESSIONNEL DE LA SAGE-FEMME DANS LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE	33
2.3.1 <i>Stratégie globale de réduction de la mortalité maternelle</i>	<i>33</i>

2.3.2	<i>Historique des actions internationales pour renforcer le rôle professionnel de la sage-femme</i>	35
2.3.3	<i>Les preuves justifiant le recours à l'assistance qualifiée</i>	36
2.3.4	<i>Barrières à l'exercice du rôle de la sage-femme</i>	45
2.4	L'ANALYSE DE L'IMPLANTATION DANS LE DOMAINE DU RÔLE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ	54
2.4.1	<i>Rappel théorique sur la recherche évaluative et l'analyse de l'implantation des interventions</i>	54
2.4.2	<i>Revue des études empiriques portant sur l'analyse de l'implantation dans le domaine du rôle professionnel de la santé</i>	59
2.4.3	<i>Leçons tirées à partir des études évaluatives</i>	82
2.4.4	<i>Synthèse de la section</i>	84
CHAPITRE 3 – CONTEXTE DE L'ÉTUDE ET DESCRIPTION DU PLAN D'ACTION		87
3.1	APERÇU GÉNÉRAL SUR LE MAROC	87
3.1.1	<i>Situation géographique et caractéristiques sociodémographiques et économiques</i> ..	87
3.1.2	<i>Organisation administrative et sanitaire du Maroc</i>	89
3.2	ANALYSE DE LA SITUATION DE LA SANTÉ MATERNELLE ET DES SOINS OBSTÉTRICAUX AU MAROC	92
3.2.1	<i>Évolution des indicateurs de l'objectif du Millénaire pour le développement cinq (OMD 5) à travers l'histoire au Maroc</i>	92
3.2.2	<i>La formation des sages-femmes à travers l'histoire</i>	95
3.2.3	<i>Principales stratégies de réduction de la MM au Maroc à travers l'histoire</i>	97
3.3	CADRE D'ÉMERGENCE DU PROJET DE RECHERCHE ET DESCRIPTION DU PLAN D'ACTION POUR LE RENFORCEMENT DU RÔLE PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES AU MAROC	98
3.3.1	<i>Historique d'élaboration du Plan d'Action</i>	98
3.3.2	<i>Caractéristiques du Plan d'Action</i>	104
3.3.3	<i>Élaboration du modèle logique du Plan d'Action</i>	107
CHAPITRE 4 – CADRE CONCEPTUEL ET QUESTIONS DE RECHERCHE		117
4.1	CADRE CONCEPTUEL	117

ARTICLE 1.....	119
UNDERSTANDING THE IMPLEMENTATION OF A COMPLEX INTERVENTION AIMING TO CHANGE A HEALTH PROFESSIONAL ROLE : A CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION EVALUATION.....	119
4.2 QUESTIONS DE RECHERCHE.....	150
CHAPITRE 5 – MÉTHODE DE RECHERCHE.....	152
5.1 STRATÉGIE GÉNÉRALE ET DEVIS DE RECHERCHE.....	152
5.2 LA POPULATION À L'ÉTUDE ET STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE	154
5.3 COLLECTE DES DONNÉES	160
5.3.1 Méthodes et instruments de collecte des données.....	161
5.4 VALIDITÉ DE LA STRATÉGIE DE RECHERCHE	170
5.4.1 Le critère de crédibilité	171
5.4.2 Le critère de transférabilité.....	173
5.4.3 Le critère de fiabilité, d'imputabilité procédurale	173
5.4.4 Le critère de confirmabilité, de neutralité.....	174
5.5 ANALYSE DES DONNÉES.....	175
5.5.1 La condensation des données	176
5.5.2 La présentation des données.....	181
5.5.3 L'élaboration et la vérification des conclusions	183
5.6 CONSIDERATIONS ETHIQUES	183
CHAPITRE 6 – RÉSULTATS	185
6.1 ARTICLE 2.....	186
ANALYZING BARRIERS AND FACILITATORS TO THE IMPLEMENTATION OF AN ACTION PLAN TO STRENGTHEN THE MIDWIFERY PROFESSIONAL ROLE: A MOROCCAN CASE STUDY.....	186
6.2 RÉSULTATS COMPLÉMENTAIRES À L'ARTICLE 2 RELATIFS AUX BARRIÈRES ET AUX FACILITATEURS À L'IMPLANTATION DU PLAN D'ACTION	237
6.3 ARTICLE 3.....	268
A CASE STUDY EVALUATION OF AN INTERVENTION AIMING TO STRENGTHEN THE MIDWIFERY PROFESSIONAL ROLE IN MOROCCO: ANTICIPATED BARRIERS TO REACHING OUTCOMES	268

CHAPITRE 7 – DISCUSSION GÉNÉRALE	307
7.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS PAR RAPPORT AU BUT DE LA THÈSE	307
7.1.1 <i>Discussion des résultats relatifs à l'objectif général 1 : évaluer le niveau de mise en œuvre du Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la SF au Maroc et comprendre les facteurs contextuels affectant son implantation (articles 1, 2).....</i>	307
7.1.2 <i>Discussion des résultats relatifs à l'objectif général 2 : comprendre les facteurs contextuels susceptibles d'empêcher l'atteinte des effets du Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la SF au Maroc (articles 1, 3).....</i>	321
7.1.3 <i>Synthèse globale</i>	324
7.2 CONTRIBUTIONS DE LA THÈSE.....	325
7.2.1 <i>Contributions théoriques</i>	325
7.2.2 <i>Contributions méthodologiques.....</i>	327
7.2.3 <i>Contributions pratiques.....</i>	328
7.3 LIMITES DE LA RECHERCHE.....	333
ARTICLE 4	334
DÉFIS ASSOCIÉS À LA PRATIQUE DE LA RECHERCHE ÉVALUATIVE EN SANTÉ MONDIALE : LE CAS DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME AU MAROC	334
LIMITES SUPPLÉMENTAIRES.....	355
7.4 PISTES DE RECHERCHE	356
CHAPITRE 8 – CONCLUSION	358
BIBLIOGRAPHIE	360
ANNEXES	XX
ANNEXE I : RAPPORT DE FIN DE MISSION : ASSISTANCE TECHNIQUE POUR LA RÉVISION DU PROGRAMME DE FORMATION DES SAGES-FEMMES DANS LE ROYAUME DU MAROC	XXI
ANNEXE II : LETTRE D'INFORMATION CONCERNANT LE PROJET	XXV
ANNEXE III : AFFICHE DE RECRUTEMENT	XXVII
ANNEXE IV : GUIDE D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE	XXVIII
ANNEXE V : DESCRIPTION DES MÉGA-CODES ET DES CONSTRUITS DU CFIR	XXX
ANNEXE VI : CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	XXXIII

ANNEXE VII: AUTORISATION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU ROYAUME
DU MAROC.....XXXV
ANNEXE VIII: FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT...XXXVII

Liste des tableaux

Chapitre 5 – Méthode de recherche

Tableau 1 : Distribution des répondants en fonction des trois systèmes à l'étude à travers les deux sites de recherche	160
Tableau 2 : Composition et nombre des entretiens de groupe et individuels en fonction des trois systèmes à l'étude.....	163

Article 2

Tableau 3 (Table 1) : The designed Action Plan to strengthen the midwife's professional role in Morocco.....	222
Tableau 4 (Table 2) : Characteristics of the participants in the study (n=107).....	224
Tableau 5 (Table 3) : Facilitators to implementing the Action Plan to strengthen the midwifery role in Morocco	226
Tableau 6 (Table 4) : Barriers to implementing the Action Plan to strengthen the midwifery role in Morocco	228
Tableau 7 (Table 5) : Facilitators/Barriers related to the characteristics of the Action Plan	233

Article 3

Tableau 8 (Table 1) : Key informants belonging to the three systems from both selected sites	299
Tableau 9 (Table 2) : Characteristics of the participants in the study (n=107).....	300
Tableau 10 (Table 3) : Summary of results.....	302

Liste des figures

Chapitre 3 – Contexte de l'étude et description du Plan d'Action

Figure 1 : Carte géographique du Royaume du Maroc	88
Figure 2 : Carte administrative du Royaume du Maroc	89
Figure 3 : Organigramme du ministère de la Santé au Maroc.....	91
Figure 4 : Évolution des ratios de mortalité maternelle.....	94
Figure 5 : Plan national d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle	99
Figure 6 : Logique de l'intervention pour renforcer le rôle professionnel de la sage-femme	113
Figure 7 : Modèle logique du Plan d'Action	116
Figure 8 : Facteurs contextuels influençant le processus du changement du rôle professionnel de la sage-femme.....	315

Article 1

Figure 1-1 : Proposed conceptual framework to evaluate the implementation of a complex intervention aiming to change a health professional role	149
--	-----

Article 2

Figure 2-1 : Proposed conceptual framework to evaluate the implementation of a complex intervention aiming to change a health professional role	234
Figure 2-2 : Level of knowledge concerning the Action Plan and type of responses	235
Figure 2-3 : Structure of the interview	236

Article 3

Figure 3-1 : Advanced version of the conceptual framework to evaluate the implementation of a complex intervention aiming to change a health professional role.....	306
--	-----

Liste des sigles et abréviations

ACFAS	Association Francophone pour le Savoir
AMPS	Alliance Mondiale pour les Personnels de Santé
ANP	Advanced nursing practice
APC	Approche par compétence
ASFM	Association des Sages-femmes Marocaines
CBA	Competency based approach
CBE	Competency based education
CFIR	Consolidated Framework for Implementation Research
DOMINO	Domiciliary Care In and Out of Hospital
EPSF	Enquête sur la population et la santé familiale
ESS	Entrevue semi structurée
FG	Focus group
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
GESTA	Gestion du travail et de l'accouchement
ICM	International Confederation of Midwives Confédération Internationale des sages-femmes
IDH	Indice de développement humain
IFCS	Institut de Formation aux Carrières de Santé
ISPITS	Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé
IPA	Infirmière en pratique avancée
MM	Mortalité maternelle
MMR	Maternal mortality ratio
MOH	Ministry of Health
MS	Ministère de la Santé
NV	Naissances vivantes
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PIA	Pratique infirmière avancée

PED	Pays en développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
QDA	Qualitative data analysis
SF	Sages-femmes
SOGC	Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada
TBA	Traditional birth attendant
UNFPA	United Nations Population Fund Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	United Nations Children's Fund Fonds des Nations Unies pour l'enfance

À Mon père

À Ma famille :

Ma mère,

Mes sœurs Nayla, Nahida,

Mon beau-frère Mohamed

Mes nièces Mira et Lynn

Remerciements

Arrivée au terme de ce projet de thèse qui m'habite depuis sept ans, je tiens à adresser mes vifs remerciements à plusieurs personnes qui m'ont accompagnée sur les plans professionnel et personnel.

J'adresse mes sincères remerciements à la professeure Marie Hatem. Votre bienveillance et vos commentaires constructifs m'ont permis d'avancer dans ma réflexion et aidée à progresser et à arriver vers la fin de mon parcours d'études doctorales. Le support, le temps et la patience que vous m'avez accordés tout au long de mon expérience d'apprentissage sont très appréciés. Je ne saurais oublier votre disponibilité et votre assistance continue qui sont remarquables et qui méritent d'être soulignées.

Mes remerciements vont également à ma codirectrice la professeure Nicole Leduc. Vos réflexions m'ont enrichie sur le plan scientifique et m'ont aidée à développer ma pensée dans le domaine de l'évaluation. Votre support et vos encouragements durant les moments difficiles m'ont alimentée d'une énergie positive qui m'a aidée à surmonter les difficultés rencontrées, à progresser et à arriver vers la fin de mon parcours d'études doctorales.

Au Maroc, mes remerciements s'adressent au ministère de la Santé et ses différentes directions qui m'ont autorisée à mener le travail empirique. Je tiens à adresser des remerciements spéciaux à plusieurs personnes qui ont facilité mon travail. Un remerciement spécial aux directeurs responsables de la Division de la formation dont l'intervention a facilité l'accès au terrain marocain afin de pouvoir produire un corpus de connaissances dans le domaine du changement du rôle professionnel de la santé. Un merci particulier à Mlle Hanane Mesbah et au Docteur Benazzouz qui ont été d'une aide précieuse pour me fournir les informations nécessaires à distance. Je tiens à remercier particulièrement les personnes interviewées au Maroc, dans les différents contextes éducationnels, cliniques et au ministère de la Santé, qui ont accepté de partager avec moi leur expérience relative à la mise en œuvre des activités du Plan d'Action.

Au Liban, je dois un remerciement particulier à ma collègue Jamilé Khoury pour son accompagnement et pour ses conseils judicieux qui m’ont éclairée au sujet de l’analyse qualitative. Aussi, un remerciement spécial à ma collègue Hana Nassif pour son soutien moral et ses encouragements.

Je souhaite adresser des remerciements aux institutions, organismes et à ma directrice qui ont contribué au financement des différentes étapes de mon parcours doctoral. Un merci à l’Université Saint-Joseph de Beyrouth, au programme *CIHR-Quebec Training Network in Perinatal Research* (QTNPR), au programme de bourse d’études supérieures de l’Université de Montréal, et à l’Institut de recherche en santé publique de l’Université de Montréal (IRSPUM) qui m’ont accordé des bourses, et des subventions pour financer mes études doctorales et les activités de transfert des connaissances. Je tiens à remercier la professeure Marie Hatem pour le financement qu’elle m’a attribué pour pouvoir mener le travail empirique dans le Royaume du Maroc. Au niveau du programme QTNPR, je remercie spécialement Mlle Isabelle Krauss pour son support et son ouverture qui m’ont beaucoup aidée à cheminer à travers le programme d’études.

Je ne saurais oublier le personnel de soutien de l’Institut de recherche en santé publique et du programme de Doctorat en santé publique de l’Université de Montréal, entre autres, Jean-Guy Bouchard, Louise Dubuc, Linette Cohen qui m’ont apporté le soutien adéquat aux moments opportuns.

Ce travail n’aurait jamais pu être réalisé sans le soutien des membres les plus chers de ma famille à qui je dois la réalisation de cette thèse. J’exprime toute ma gratitude envers ma mère Cécilia, ma sœur Nahida, mes nièces Mira et Lynn et mon beau-frère Dr Doughane. Votre présence dans ma vie et votre support inconditionnel sont l’énergie positive qui m’a poussée et continue à me pousser pour progresser sur les plans professionnel et personnel. Une gratitude spéciale et énorme envers ma sœur Nayla – Directrice honoraire de l’école de sages-femmes de l’Université Saint-Joseph de Beyrouth – qui a toujours cru en moi, en mes capacités, qui a su semer en moi la persévérance et l’espoir durant les moments les plus difficiles, et m’a aidée à

prendre des décisions éclairées. Merci pour ton précieux et inconditionnel soutien qui a été à l'origine de ma force et m'a aidée à ne jamais fléchir.

Un merci à mes collègues et ami (e) s du programme de doctorat Roxana Behruzi, Ola Haidar, Lara Maillet, Moussa Sanogo, Yassen Yordanov pour leur soutien et leurs encouragements. Un merci plus particulier à mon collègue José-Carlos Suárez-Herrera qui m'a encouragée et m'a toujours incitée à foncer dans les publications.

Je tiens aussi à remercier mes amies qui m'ont accompagnée tout au long de mon cursus universitaire. Je vous remercie pour votre soutien moral et écoute. Je tiens à remercier Rania Khayat pour sa présence à mes côtés, pour son écoute au quotidien et Arlette Niedoba qui a su me transmettre son énergie et dynamisme et m'a accompagnée dans l'étape finale de la réalisation de cette thèse.

Enfin, et surtout, je remercie le Bon Dieu pour la patience et la puissance qu'il m'a données pour confronter les différents événements auxquels j'ai dû faire face durant mon parcours d'études doctorales.

Chapitre 1 – Introduction générale

1.1 Problématique de recherche

La mortalité maternelle (MM) représente jusqu'à ce jour une problématique centrale pour la santé des femmes dans le monde et une violation de leur droit à la vie (United Nations Population Fund, 2004). Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établies en 2013, 289 000 décès maternels dus à des problèmes - souvent évitables - reliés à la grossesse, ou à l'accouchement, sont chaque année enregistrés dans le monde, dont 99 % sont le lot des pays en développement (PED) (World World Health Organization, 2014). Inscrite au cœur de l'agenda international du développement, la réduction de la MM dans le monde, de 75 % jusqu'en 2015, est un défi de santé publique et un des indices clés des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) (Geller, Adams, Kelly, Kodkany, & Derman, 2006; Organisation Mondiale de la Santé, 2011; Ronsmans & Graham, 2006).

Le décès d'une mère constitue non seulement un problème majeur de santé publique mais surtout un drame humain et social dans les pays concernés vu qu'il a des conséquences sur la famille, sur la communauté et sur la société dans son ensemble. Toutefois, les répercussions les plus graves pèsent sur les nouveau-nés et les jeunes enfants. Un risque plus élevé de mourir avant l'âge de deux ans est rapporté chez les enfants ayant perdu leur mère au cours des six premières semaines de vie par rapport à d'autres enfants (United Nations Children's Fund, 2008).

La majorité de ces décès sont la conséquence d'une prise en charge tardive ou inadéquate des complications obstétricales qui seraient évitables si des soins obstétricaux appropriés et de qualité étaient assurés (Fauveau, Sherratt, & de Bernis, 2008; Saizonou et al., 2006). Ainsi, la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale fait présentement partie des priorités d'action en santé par la communauté scientifique internationale et par l'ensemble des organismes internationaux notamment l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour la population

(UNFPA) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Parmi les stratégies clés promues par ces derniers figurent les interventions focalisées sur l'amélioration de la qualité des soins et de l'accessibilité à des soins qualifiés notamment à l'assistance qualifiée (*skilled attendance*) lors de l'accouchement. Cette assistance qualifiée inclut la prise en charge des accouchements normaux dans des structures sanitaires appropriées; et la fourniture des soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base et complets en cas de complications et ce, par des professionnels qualifiés - ayant effectivement les compétences de la sage-femme (SF) selon les normes définies par la Confédération Internationale des sages-femmes (ICM)- et œuvrant dans un environnement de soins favorable (Campbell & Graham, 2006; de Bernis, 2003; Hofmeyr et al., 2009; Paxton, Maine, Freedman, Fry, & Lobis, 2005; Prual, 2004; United Nations Population Fund, 2011).

La Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants, lancée en 2010, met aussi l'accent sur la nécessité de constituer des systèmes de santé efficaces, comportant un ensemble complet et intégré d'interventions essentielles y compris les soins qualifiés et les soins obstétricaux d'urgence, et dotés d'un nombre suffisant de professionnels de santé qualifiés (World Health Organization, 2010a,b). Il existe un consensus international indéniable sur l'importance du rôle des professionnels de santé qualifiés, particulièrement les SF et les autres professionnels compétents dans la pratique SF (ex. infirmières, obstétriciens) œuvrant dans un environnement favorable, dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales, et dans la promotion de la santé reproductive (Adegoke, Hofman, Kongnyuy, & van den Broek, 2011; Campbell & Graham, 2006; Fauveau et al., 2008; United Nations Population Fund, 2011; World Health Organization, 2011b).

Ainsi, investir dans le développement des ressources humaines pour la santé - soit des professionnels de santé qualifiés spécifiquement la profession SF - s'avère une condition déterminante pour la performance des systèmes de soins de santé et la réalisation des OMD liés à la santé maternelle (OMD 5) et infantile (OMD 4) (Campbell & Graham, 2006; Filippi et al., 2006; Koblinsky et al., 2006; World Health Organization, 2008, 2011b). Selon Dussault (2001),

le déterminant le plus important de la performance d'un système de soins de santé est la performance de ses agents de santé, qui elle-même dépend du processus de développement des compétences (*skill development*). En effet, la capacité des systèmes de soins à fournir des services efficaces, efficients et de qualité dépend de la disponibilité des professionnels de santé en nombre adéquat, suffisamment motivés, et dotés d'un éventail de compétences (connaissances, habiletés, attitudes) appropriées et compatibles avec les objectifs des services de santé à atteindre (Dubois & Singh, 2009; Dussault, 2001; Koblinsky et al., 2006). Le développement des compétences des professionnels de la santé est un processus essentiel et critique en vue de : s'adapter et répondre à l'évolution des besoins de santé de la population, aux différents changements survenant au niveau de l'environnement sociodémographique, épidémiologique; favoriser la réussite de la mise en œuvre des réformes sanitaires; et obtenir l'amélioration requise des résultats sur le plan sanitaire (Dubois & Dussault, 2002/3; Dubois & Singh, 2009; United Nations Population Fund, 2011).

À l'heure où les besoins d'améliorer la santé maternelle, néonatale et infantile dans les PED sont les plus criants, et où les stratégies de développement des ressources humaines en santé se trouvent au cœur des solutions estimées durables pour la performance des systèmes de soins de santé (Dubois & Singh, 2009; World Health Organization, 2008), un type de développement particulier soit le renforcement du rôle des SF prend tout son essor. Reconnaissant le rôle capital que jouent les SF dans la fourniture et l'amélioration de la qualité des soins, tous les organismes internationaux en concertation avec les ministères de la Santé des PED touchés par la problématique de MM ont préconisé la mise en œuvre des interventions pour renforcer le rôle des SF; et ce, parmi l'éventail des actions prioritaires visant la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales (United Nations Population Fund, 2010; World Health Organization, 2011d).

Tel est le cas du Maroc qui s'est inscrit dans la dynamique actuelle de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et de renforcement des compétences des ressources humaines en santé. Depuis 2008, le gouvernement marocain est fortement engagé dans une stratégie

nationale comportant plusieurs plans de prévention et de lutte contre les maladies, entre autres un plan d'action national 2008-2012 pour l'accélération de la réduction de la MM à 50 pour 100 000 naissances vivantes (NV). Effectivement, en 2004, les résultats de l'enquête sur la population et la santé familiale (EPSF) 2003-2004 ont montré qu'avec un ratio de MM établi à des niveaux inacceptables (227 décès maternels pour 100 000 NV), le problème de MM demeurait préoccupant malgré tous les efforts consentis; il nécessitait de ce fait une action urgente de la part des autorités sanitaires (Maroc. Ministère de la Santé, 2008a, 2010b). Cette situation a enclenché le développement d'un plan reposant sur neuf leviers d'action incluant, entre autres, celles visant à renforcer les compétences des professionnels de la santé et améliorer la disponibilité d'un personnel qualifié (Maroc. Ministère de la Santé, 2008a). Dans le cadre du renforcement des compétences, un Plan d'Action ciblant spécifiquement le renforcement du rôle des SF a été développé en 2008 et implanté à partir de l'année 2009. L'objectif étant de fournir un professionnel de santé qualifié - la SF -, ayant acquis les compétences essentielles de la pratique de SF définies par l'ICM (United Nations Population Fund, 2011) et capables de contribuer activement à l'atteinte du but de la stratégie nationale. Ainsi, le Plan d'Action qui fait l'objet de la présente thèse s'inscrivait dans l'actualisation des orientations ministérielles du plan d'action en santé maternelle et infantile pour 2008-2012.

Ce Plan d'Action consiste en l'introduction d'un changement dans les systèmes socioculturel, éducationnel, et disciplinaire, conçus comme un système global dans lequel se développe et évolue un rôle professionnel de la santé (Hatem-Asmar, 1997; Hatem-Asmar, Fraser, & Blais, 2002); soit *un ajustement des responsabilités de la SF en regard de la prestation des services maternels et néonataux (voire infantiles)*. L'introduction d'un tel changement est un processus sensible à beaucoup de facteurs qui risquent d'être peu propices à sa réussite. Il en résulte que le Plan d'Action pour le renforcement du rôle professionnel de la SF n'est pas implanté dans un champ neutre mais bien dans un contexte réel auquel il fait face et subit son influence. Ainsi, son succès dépend largement des facteurs contextuels qui peuvent faciliter ou compromettre le processus de sa mise en œuvre et par conséquent l'atteinte de ses

effets (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, & Denis, 2011; Damschroder et al., 2009; Love, 2004 ; Stetler et al., 2006).

Plusieurs rapports d'évaluation produits par les organismes internationaux couvrant différents pays et plusieurs études existent à l'heure actuelle sur les principaux défis à relever pour renforcer le rôle de la SF et sauver la vie des mères et des enfants. En fait, cette dimension semble être bien étayée dans la littérature, contrairement à celle concernant l'analyse de l'implantation des interventions visant le renforcement du rôle de la SF, qui demeure lacunaire. Une toute récente revue systématique (Colvin et al., 2013) s'est intéressée à analyser les barrières et les facilitateurs à l'implantation des programmes de transfert des tâches « *task shifting* » ciblant spécifiquement les SF. Le transfert des tâches, tel que considéré dans cette revue, a couvert trois types de changement : substitution, délégation et expansion verticale ou renforcement du rôle et ce, sans aucune différenciation entre ces derniers. De plus, les barrières et les facilitateurs rapportés ont concerné les études ayant porté sur le transfert des tâches non seulement aux SF, mais aussi des SF à d'autres catégories des professionnels de la santé. Quoiqu'un certain éclairage sur les facteurs affectant l'expansion verticale ou « *up-skilling* » des SF a été apporté, il a concerné des interventions ciblant l'amélioration des compétences dans un domaine particulier des soins (ex. soins néonataux, dépistage génétique, soins d'avortement) et les modèles de pratique SF. À notre connaissance, aucune étude jusqu'à ce jour n'a analysé l'implantation d'une intervention adoptant une approche systémique, fondée sur une base conceptuelle soit l'interaction des trois systèmes pour renforcer le rôle professionnel de la SF (Hatem-Asmar et al., 2002; Hatem, 2008) et ce, conformément aux recommandations émanant de plusieurs écrits scientifiques au sujet de l'utilisation maximale du rôle de la SF et de sa contribution effective à l'amélioration de la santé maternelle et infantile (Homer et al., 2009; Shaban, Barclay, Lock, & Homer, 2012; World Health Organization, 2008, 2010a). Des interrogations persistent dans la littérature quant aux conditions optimales de l'implantation de telles interventions fondées sur des bases conceptuelles et visant un type de changement particulier soit le renforcement du rôle.

La compréhension des conditions de l'implantation du changement, de type renforcement du rôle professionnel de la SF, devient alors cruciale. Elle permet de vérifier si l'implantation est adéquate et par conséquent si elle est favorable à produire les effets escomptés soit fournir un professionnel de santé qualifié, capable d'exercer le plein potentiel de son rôle et de contribuer activement à réduire la mortalité maternelle et infantile au Maroc.

Cette thèse doctorale s'inscrit dans le cadre des recherches d'évaluation des interventions, concernant le développement des ressources humaines pour la santé, considérées comme prometteuses dans la lutte contre la MM. Elle répond à un questionnement pertinent, et d'actualité ayant trait au renforcement des services fournis par les SF. De même, elle s'avère en conformité avec les orientations stratégiques de l'OMS 2011-2015 (World Health Organization, 2010a) et avec « l'appel mondial à l'action » lancé en 2010 (United Nations Population Fund, 2010) à tous les gouvernements aux prises avec le fléau de la MM en vue : i) d'accroître leurs investissements dans les services de pratique SF; ii) de soutenir la mise en œuvre des plans nationaux pour renforcer le rôle professionnel des SF; et finalement iii) d'évaluer l'implantation de ces plans, afin d'accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5 - réduire la mortalité infantile et améliorer la santé maternelle (United Nations Population Fund, 2010; World Health Organization, 2008).

Le but de la présente thèse est d'analyser l'implantation du Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la SF au Maroc. Plus précisément, elle vise à répondre à deux objectifs généraux :

- 1) évaluer le niveau de mise en œuvre de ce Plan et comprendre les enjeux liés à son implantation soit les facteurs contextuels affectant son implantation; et
- 2) identifier les facteurs susceptibles d'empêcher l'atteinte de ses effets.

Les questions de recherche seront abordées après avoir présenté l'article approfondissant notre cadre conceptuel d'évaluation.

1.2 Pertinence de l'étude

La présente recherche permet de circonscrire les principaux facteurs favorables à l'implantation du Plan d'Action afin d'en faciliter l'expansion et les facteurs non favorables qui se dressent en cours afin de les contrôler. Ainsi, les résultats émergeant de cette thèse permettent d'identifier les éléments clés sur lesquels les planificateurs de la santé pourront intervenir; de suggérer des recommandations quant aux ajustements à effectuer en cours de route pour améliorer l'implantation et les chances d'atteinte des effets escomptés dans le Royaume du Maroc, à court terme, et dans d'autres pays présentant des caractéristiques similaires et poursuivant la même initiative de renforcement du rôle des SF, à long terme. Ces résultats sont d'une grande utilité pour les différents acteurs (décideurs politiques, agences internationales, gestionnaires, associations professionnelles) qui auront à suivre le même processus de renforcement du rôle d'autres professionnels de la santé dans d'autres contextes africains confrontés à des problématiques de MM similaires; et ce, dans le cadre des stratégies d'optimisation de l'utilisation de leurs ressources humaines en santé en vue d'accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5.

Enfin, la présente étude permet de développer la base de connaissances sur les mécanismes de mise en œuvre et de production des effets des interventions adoptant une approche systémique pour renforcer le rôle professionnel d'un groupe clé - les SF -, considéré comme l'un des principaux piliers de la prestation des services de santé maternels, néonataux et infantiles.

1.3 Structure de la thèse

La présente thèse comporte trois volets : un volet de développement conceptuel, un volet méthodologique et un volet empirique. Elle est organisée en fonction de huit chapitres incluant quatre articles de recherche théorique et empirique. Les trois premiers articles abordent les différentes phases du processus de recherche et retracent le processus de l'implantation dans sa

totalité. Le quatrième article porte un regard réflexif sur la recherche évaluative en santé mondiale.

Le chapitre premier consiste en une introduction générale situant la problématique à l'étude, et mettant en exergue sa pertinence.

Le chapitre deuxième présente le champ de connaissances relatives au changement d'un rôle professionnel de la santé. Il résume les connaissances sur les types d'un tel changement, l'implantation des stratégies visant le changement du rôle professionnel en général, et celui de la SF et de la pratique avancée infirmière en particulier.

Le chapitre troisième vise à expliciter le cadre conceptuel d'évaluation ayant servi comme assise conceptuelle pour investiguer l'implantation du Plan d'Action et générer les nouvelles connaissances. Il est approfondi dans le premier article de cet ouvrage, qui aborde le changement d'un rôle professionnel de la santé selon une approche systémique basée sur l'interaction des trois systèmes, justifie le développement de l'intervention (Plan d'Action) et finalement présente les fondements conceptuels du cadre d'évaluation. Les questions de recherche découlant du cadre sont ensuite exposées.

Le chapitre quatrième décrit le contexte de l'étude et le cadre d'émergence du Plan d'Action. Des données générales sur le Maroc, sur le système de santé et sur l'évolution des indicateurs de la santé maternelle et des stratégies mises en place à travers l'histoire sont présentées. Ce chapitre met aussi en lumière la situation de la profession de SF au Maroc justifiant les dimensions stratégiques sur lesquelles repose le Plan d'action à l'étude ainsi que ses différentes composantes. Il expose les fondements théoriques du modèle logique de l'intervention.

Le chapitre cinq fournit une description détaillée de la méthodologie. Le devis, la population à l'étude et l'échantillon sont décrits ainsi que les méthodes et les outils de collecte

et l'analyse des données. Les critères de rigueur scientifique ainsi que les considérations éthiques sont aussi présentés.

Les résultats de la présente recherche sont consignés au chapitre six sous forme de deux articles (2 et 3). L'article deux, présente les résultats portant sur le niveau de mise en œuvre et sur les barrières et facilitateurs répertoriés au niveau de l'interaction des dimensions des trois systèmes avec le Plan d'Action. L'article trois présente les facteurs susceptibles d'empêcher l'atteinte des effets du Plan d'Action tels que dégagés de l'analyse; il justifie la pertinence du Plan d'Action.

Dans le chapitre sept, nous exposons notre discussion générale des résultats. Les résultats des articles (2 et 3) sont mis en relief par rapport aux objectifs de la thèse et discutés en fonction de notre cadre conceptuel d'évaluation novateur. Les contributions de l'étude sont rapportées ainsi que les avenues de recherche. Les limites de la pratique évaluative sont présentées dans une dimension globale embrassant la santé mondiale; elles font l'objet d'un article distinct.

La thèse se termine par le chapitre huit qui consiste en une conclusion qui rappelle la pertinence de l'étude par rapport aux orientations mondiales.

Chapitre 2 – État des connaissances

Le chapitre deux présente la recension des écrits pour bien définir le problème de recherche, justifier le but de l'étude et comprendre la contribution de notre recherche portant sur l'analyse de l'implantation du Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la sage-femme (SF) et ce, au développement des connaissances scientifiques (Fortin, Côté, & Filion, 2006).

Dans la première section, la définition du rôle en général, du rôle professionnel et celui de la SF sont présentés.

La deuxième section porte sur le changement du rôle. Les différents types du changement du rôle professionnel de la santé sont explorés et leur impact est revu tant sur les soins prodigués que sur les professionnels eux-mêmes et sur les femmes.

Dans la troisième section, la contribution de la SF à la réduction de la MM est revue permettant de rappeler la stratégie globale de réduction de la MM, l'historique des actions internationales pour renforcer le rôle de la SF et les preuves justifiant le recours à l'assistance qualifiée. Cette section est complétée par une présentation des études empiriques portant sur les barrières qui empêchent les SF de remplir le potentiel de leur rôle.

Dans la quatrième section, nous faisons un rappel des fondements de l'approche évaluative et du processus d'implantation d'une intervention étant donné que cette approche d'évaluation représente la base théorique soutenant la démarche conceptuelle de la présente recherche. Les études empiriques portant sur les facteurs influençant l'implantation d'interventions ou de stratégies relatives au changement d'un rôle professionnel en général, dans le champ de pratique avancée infirmière et de SF en particulier, permettent de faire le point sur l'influence du contexte sur l'implantation d'une innovation dans le domaine du rôle d'un

professionnel de la santé. À la fin de cette section, nous faisons une synthèse afin de mettre en exergue les lacunes de connaissances que notre thèse tente de combler.

2.1 Introduction au rôle professionnel

Préalablement à tous développements, il convient de définir le rôle en général et le rôle professionnel en particulier afin de clarifier la signification qu'engendrent ces termes.

2.1.1 Définition et catégories du rôle social

En se référant aux dictionnaires, la définition du rôle gravite autour d'un thème central qu'est le comportement. Selon le dictionnaire Larousse, le rôle est « une fonction exercée par quelqu'un ». Il s'agit d'un « type d'action ou de comportement, à la place qu'on occupe » (Larousse, 1993). Le dictionnaire (Merriam-Webster, s.d.)¹ le définit en fonction des attentes, ainsi un rôle correspond à « un comportement socialement attendu généralement déterminé par le statut d'une personne dans une société donnée » [traduction libre].

À travers les écrits scientifiques, il existe différentes définitions découlant de diverses théories du rôle énoncées par les chercheurs et les théoriciens et ce, en fonction de leurs perspectives fonctionnaliste, interactionniste symbolique, structuraliste, cognitive ou organisationnelle (Lemay, 1999). Parmi ces diverses perspectives, Biddle (1986) a tenté d'intégrer les divers travaux de la théorie des rôles dans une perspective unique afin de fournir un cadre conceptuel global pour conceptualiser le rôle. Sa définition semble intégrer celle de Turner (1990) tout en mettant plus l'accent sur le contexte. Les deux auteurs adoptent une définition qui met l'accent sur le processus d'interaction dans l'existence et l'évolution du rôle. Turner (1990, p. 214) définit un rôle comme « les caractéristiques du comportement d'un type d'acteurs » et suggère que « le rôle est toujours une manière globale d'interagir avec un ou un ensemble d'autres rôles pertinents et ne peut être considéré en dehors de cette relation » [traduction libre]. Biddle définit le rôle en intégrant la composante contexte. Selon sa perspective, le rôle consiste en « des comportements caractéristiques d'une ou de plusieurs

¹ Repéré le 10 janvier 2014 à <http://www.merriam-webster.com/dictionary/rol>

personnes dans un contexte » [traduction libre] (Biddle, 1979, p. 58). Ainsi, les rôles concernent un ensemble limité de comportements qui sont caractéristiques d'un ensemble de personnes et d'un contexte (Masolo et al., 2004). D'une manière globale, Biddle (1979) stipule que la notion du rôle s'articule autour des attentes réciproques relatives aux activités et comportements relationnels, exercés par une personne dans un contexte donné.

En ce qui a trait aux catégories sociales du rôle, Turner (1990) en distingue quatre :

- 1) Un rôle principal (*basic roles*) ancré dans la société comme le rôle lié au genre;
- 2) Un rôle structurel lié au statut (*structural status roles*) : il s'agit d'un rôle lié à une position, à un statut dans un contexte organisationnel particulier (ex. rôle professionnel, rôle lié à la division du travail, la famille);
- 3) Un rôle de groupe fonctionnel (*functional group roles*) qui n'est pas formellement désigné ou rattaché à une position particulière mais plutôt qui résulte d'une classification (nomenclature) culturelle reconnue tel que le rôle du médiateur; et finalement,
- 4) Un rôle lié à une valeur (*value roles*) comme le héros ou le criminel.

Une autre catégorisation plus synthétique est adoptée par Hillman and Chapparo (1995). Ainsi, les différents rôles dans la vie se résument en trois catégories qui présentent des chevauchements considérables : des rôles sociaux, culturels et professionnels. Ce chevauchement est illustré par le fait que les rôles professionnels peuvent être considérés comme ayant des aspects sociaux et culturels.

Dans le cadre de la présente recherche, le point focal est le rôle professionnel qui est abordé dans le prochain paragraphe.

2.1.2 Définition du rôle professionnel

Selon la définition de la librairie nationale de médecine, un rôle professionnel est « la fonction attendue d'un membre d'un groupe professionnel donné » [Traduction libre] (professional role, s.d.).

Le rôle professionnel peut être conceptualisé comme des actions visant la réalisation d'un ensemble donné de rôles attendus. La profession est considérée parmi les rôles sociaux clés selon Kopec and Esdaile (1998).

Ayant défini le rôle professionnel, il serait pertinent de présenter la définition d'une profession qui sert comme base étymologique aux concepts utilisés tels que "professionnel" et "professionnalisme" (Saks, 2012) et aussi pour comprendre ce que les professions sont et comment elles opèrent. Plusieurs courants de pensée (ex. fonctionnaliste, interactionniste) ont animé le champ des professions en sociologie. Parmi les différents approches, nous citons l'approche dynamique d'Abbott de la notion de profession.

Abbott (1988) développe une approche écologique de l'analyse des professions. Il conçoit la profession selon une approche systémique; ainsi une profession existe et évolue au sein d'une structure reliant les professions. En d'autres termes, l'évolution des professions ne peut pas se faire indépendamment les unes des autres. La profession se constitue par la conservation de son territoire professionnel et l'acquisition d'un monopole juridiquement établi sur certaines compétences, soit de juridictions légales. Il stipule qu'il ne faut pas s'enfermer dans une définition restrictive et opte pour une définition large « *exclusive occupational groups applying somewhat abstract knowledge to particular cases* » (Abbott, 1988, p. 8). Abbott souligne qu'une profession se distingue par : i) la maîtrise des connaissances abstraites qui dépassent la technique et vont jusqu'à définir les problèmes; ii) un code d'éthique qui lui est propre; et, iii) des modèles de conduite qui permettent de distinguer les caractéristiques des professionnels.

Aussi, dans le domaine des professions de la santé, Cruess, Johnston, and Cruess (2004) ont élaboré une définition qui amasse des éléments en lien avec la littérature antérieure et aussi avec les travaux les plus récents qui ont documenté l'évolution des rapports de pouvoir entre les professionnels et la société. La définition proposée a été élaborée en se basant sur le dictionnaire anglais d'Oxford et en incluant des éléments provenant de la littérature des sciences sociales

ayant émergé avec l'évolution des rapports entre les professions et la société. Il s'agit d'une définition concise englobant des dimensions centrales se rapportant à la maîtrise des connaissances et des compétences, à la réglementation par un code éthique et à un contrat social basé sur l'engagement et la redevabilité (imputabilité).

Selon Cruess et al. (2004, p. 75), la profession est :

« Une occupation dont le principal élément consiste en un travail basé sur la maîtrise d'un ensemble complexe de connaissances et de compétences. C'est une vocation dans laquelle la connaissance relative à la science ou l'apprentissage ou la pratique d'un art, est utilisée au service des autres. Ses membres sont régis par des codes d'éthique et déclarent un engagement aux compétences, à l'intégrité et à la moralité, à l'altruisme et à la promotion de l'intérêt public dans leur domaine. Ces engagements constituent la base d'un contrat social entre la profession et la société, qui en contrepartie confère à la profession un monopole sur l'utilisation de sa base de connaissances, le droit à une autonomie considérable dans la pratique et le privilège de l'autoréglementation. Les professions et leurs membres doivent rendre compte aux personnes servies et à la société de leurs actions et de leurs services » [Traduction libre].

En dépit des différentes approches qui ne s'avèrent pas homogènes, une certaine unanimité semble exister quant à la nécessité de posséder une connaissance spécifique et démontrer son efficacité pour légitimer un statut de profession. Il en résulte que dans tout processus de professionnalisation, la production d'un savoir, le contrôle scientifique de la formation des membres d'un groupe occupationnel et un contrôle éthique de la pratique constituent des enjeux majeurs (Martineau, 1999).

2.1.3 Définition du rôle professionnel de la sage-femme

Dans la majorité des documents élaborés par les organismes de réglementation des professionnels de la santé, le rôle figure parmi les composantes du champ de la pratique professionnelle. Citons l'exemple d'une définition, élaborée par deux organismes de réglementation de la profession infirmière et SF, et qui identifie le champ de pratique comme :

« L'éventail des rôles, des fonctions, des responsabilités et des activités, pour lesquels une infirmière et/ou une SF ont été formées, et qu'elles ont les compétences, et l'autorisation d'exercer » [Traduction libre]. (An Bord Altranais, 2000; College of Registered Nurses of Nova Scotia, 2009).

Ces définitions sont similaires à celle énoncée par la confédération internationale représentant les SF (*International Confederation of Midwives ou ICM*) concernant le champ d'activité de la pratique SF, soit l'ensemble des activités pour lesquelles les SF ont été formées et qu'elles ont les compétences et l'autorisation d'exercer. Le champ d'activité doit être conforme à la définition et aux attributions de la SF établies par l'ICM (*International Confederation of Midwives, 2011c*). Ainsi, la SF est définie comme :

« Une personne qui a réussi un programme de formation des sages-femmes dûment reconnu dans le pays où il est enseigné et qui est basé sur les compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme de l'ICM et le cadre des normes globales pour la formation des sages-femmes de l'ICM; qui a obtenu les diplômes requis pour être enregistrée et/ou avoir le droit d'exercer légalement la profession de sage-femme et d'utiliser le titre de "sage-femme"; et démontre la maîtrise des compétences du métier de sage-femme » (*International Confederation of Midwives, 2011b*).

Les différentes composantes de son rôle sont bien formulées à travers le champ de pratique défini par l'ICM².

En résumé, le rôle de la SF est clairement énoncé par l'ICM à travers une définition internationalement reconnue, un champ de pratique, des compétences, et un code de déontologie et de conduite bien identifiés. Toutefois, en dépit d'une définition internationale, le profil de la SF varie d'un pays à un autre et même d'une culture à une autre. Conséquemment, cette situation laisse présager un mode de pratique et d'organisation disciplinaire ainsi qu'un cursus de formation variés. Cet état de fait impose le recours au changement du rôle professionnel afin que le champ de pratique de la SF soit conforme aux normes mondiales de l'OMS et de l'ICM et puisse répondre aux attentes des femmes et de leur famille.

² Le champ de pratique couvre les soins et le support aux femmes durant les périodes prénatale, per (de l'accouchement) et postnatale ainsi qu'aux nouveau-né et nourrisson. Il s'agit de soins incluant la prévention, la promotion de l'accouchement normal, le dépistage des complications et la prise en charge adéquate par la mise en place des mesures d'urgence et le recours à une aide médicale au moment opportun. Son rôle englobe aussi l'éducation prénatale et la préparation des parents à leur nouveau rôle. Il couvre aussi la santé reproductive des femmes et les soins aux enfants. Quant au lieu de pratique, la sage-femme doit être habilitée à exercer dans différents lieux, soit à domicile, dans la communauté, les centres de naissances, les cliniques et les maternités hospitalières (*International Confederation of Midwives, 2011a, p. 2*).

2.2 Changement d'un rôle professionnel

Dans la recension des écrits qui suit, la définition du changement en général et celle liée au rôle sont présentées. Les différents types de changement d'un rôle professionnel sont aussi décrits, en fonction de la classification adoptée par les auteurs experts dans le domaine, à partir desquels il est possible de cadrer le type de changement envisagé dans la présente thèse.

2.2.1 Que signifie le changement lié au rôle?

Selon le dictionnaire Larousse, le changement est « une action, un fait de modifier quelque chose; c'est le passage d'un état à un autre ». C'est aussi « une modification profonde, une transformation et une rupture de rythme » (Larousse, 1993).

Dans les écrits portant sur le changement du rôle, différents auteurs ont utilisé plusieurs termes pour désigner ce phénomène tels que la discontinuité du rôle (*role discontinuity*), l'évolution du rôle (*role changing*), le passage à un statut (*status passage*), les transitions (*transitions*) ou simplement les passages (*passages*) (Allen & Van de Vliert, 1984; Nicholson, 1984).

Selon Turner (1990, p. 88), le changement d'un rôle est défini comme « un changement dans la conception et l'exécution de la performance typique d'un rôle ainsi que de ses limites » [Traduction libre]. Allen and Van de Vliert (1984) adoptent le concept de transition de rôle pour désigner le processus de changement d'un ensemble de comportements attendus reliés à une position, à un autre dans un système social.

Dans le champ de la gestion des ressources humaines, d'autres auteurs ont essayé de définir et d'examiner la complexité des changements du rôle à travers l'élaboration de modèles. En effet, améliorer l'efficacité de la fonction ressources humaines exige souvent de réviser son rôle. Ulrich (1997) a élaboré un cadre prescriptif systématique pour saisir l'émergence de nouveaux rôles professionnels en ressources humaines. Le changement est considéré pour cet

auteur comme un processus de reconfiguration et de restructuration des rôles. Son modèle est une vision qui décrit comment la fonction ressources humaines peut devenir un levier de compétitivité et créer une valeur pour l'entreprise. Il s'agit d'une tentative de réinvention de la fonction ressources humaines à travers la description d'un nouvel ensemble de rôles proactifs pour les professionnels en ressources humaines (Ulrich, 1998).

Le modèle d'Ulrich, largement diffusé au Royaume-Uni, est considéré comme le paradigme des professionnels vers lequel la profession devrait aspirer selon Caldwell (2003). Ulrich (1997, 1998) offre une image du partenariat concerté à travers la description de quatre rôles principaux que les professionnels peuvent jouer en tant que partenaires :

1) Le partenaire stratégique (*strategic partners*) dont la fonction est d'accompagner la mise en œuvre de la stratégie d'entreprise et de satisfaire les besoins des clients; 2) L'expert administratif (*administrative experts*) qui s'implique dans la réingénierie de la fonction ressources humaines poursuivant constamment un objectif d'amélioration de l'efficacité organisationnelle; 3) Le champion des employés (*employee champions*) qui maximise l'engagement, la compétence des employés et favorise leur motivation; et 4) Les agents de changement (*change agents*) qui assurent la transformation organisationnelle et le changement de culture, donc le déploiement du changement.

Dans le domaine de la santé, divers termes sont utilisés d'une manière interchangeable pour désigner le changement du rôle. Ainsi, différentes appellations ont pu être colligées à travers la recension des écrits : i) révision d'un rôle professionnel (*revision of professional role*) (Laurant et al., 2010), ii) changement au niveau de l'éventail des compétences ou des qualifications, nommé parfois comme changement de la répartition des compétences (*skill mix change*) (Bourgeault, Kuhlmann, Neiterman, & Wrede, 2008; Buchan & Calman, 2005; Dubois & Singh, 2009; Sibbald, Shen, & McBride, 2004), iii) réorganisation de la main d'œuvre (*workforce remodelling*) (Tuohy, Reilly, & Hayday, 2006) et finalement, iv) restructuration du rôle (*workforce redesign, role or job redesign*) (Kislov, Nelson, de Normanville, Kelly, & Payne, 2012; Sibbald et al., 2004). En plus de ces termes, vient s'ajouter la notion de : v)

transfert des tâches (*task shifting*) entre les différentes professions de santé, considérée par certains auteurs pour dénoter cette même réalité (Colvin et al., 2013; Laurant et al., 2010).

Selon Tuohy et al. (2006, p. 1), tous ces termes font référence à la « modification de la composante compétence d'un rôle au sein d'une organisation et au transfert des tâches entre les différentes catégories des professionnels » [Traduction libre].

Au-delà de ces concepts et définitions vagues, une distinction plus raffinée a été établie en mettant l'accent sur le niveau et les différents types de changement. À cet effet, le cadre de Sibbald et al. (2004) a été adopté par les promoteurs du changement du rôle professionnel de la santé comme une assise conceptuelle pour catégoriser les types de changement.

2.2.2 Types de changement d'un rôle professionnel de la santé

Plusieurs chercheurs identifient ce concept comme un processus complexe qui implique des changements pouvant être effectués à deux niveaux (Bourgeault et al., 2008; Buchan & Calman, 2005; Krupp & Madhivanan, 2009; Laurant et al., 2010; Sibbald et al., 2004) :

- au niveau du type de professionnel de la santé; et
- au niveau de la prestation des services de la santé.

Bourgeault et al. (2008) adoptent la même catégorisation mais caractérisent le premier niveau de changement comme étant une initiative directe et considèrent le second comme un changement indirect. Certains chercheurs se focalisent exclusivement sur le premier niveau ayant trait au type de professionnel de la santé et ne prennent pas en compte le niveau ayant trait à la prestation des services de santé (Dubois & Singh, 2009; Kislov et al., 2012). Chaque niveau de changement sera examiné et ce, en fournissant une description du changement, illustrée par des exemples concrets dans le domaine de la santé maternelle ou dans d'autres domaines.

2.2.2.1 Changement concernant le type de professionnel de la santé

Le cadre de Sibbald et al. (2004) constitue la référence adoptée par la plupart des chercheurs ayant investigué ce type de changement tels que Buchan and Calman (2005), Laurant et al. (2010), Bourgeault et al. (2008) et Krupp and Madhivanan (2009). Il vise à décrire les changements en fonction du type des professionnels de santé. Selon ce cadre, les quatre types de changement suivants peuvent être mis en pratique :

i) le renforcement (*enhancement*); ii) la substitution ou le remplacement (*substitution*); iii) la délégation (*delegation*); et finalement, iv) l'innovation (*innovation*).

Dubois and Singh (2009) abordent ces types mais en les intégrant dans le concept de gestion des compétences (*skills management*) qui lui-même se décline en deux dimensions principales : i) le développement des compétences (*skill development*) qui regroupe le renforcement et l'expansion du rôle; et, ii) la flexibilité des compétences (*skill flexibility*) qui porte sur la substitution et la délégation du rôle. Pour ces auteurs, l'innovation en tant que tel n'existe pas mais fait partie intégrante du renforcement. Cette catégorisation a été adoptée par certains auteurs tels que Kislov et al. (2012) dans leur revue de la littérature sur la restructuration du rôle dans le domaine de la promotion de la santé. Dubois and Singh (2009) considèrent ces changements comme étant des outils de gestion du personnel qui reflètent une approche dynamique de l'optimisation des ressources humaines et mettent l'accent sur la réactivité aux besoins des patients tout en permettant aux professionnels de la santé d'exercer l'ensemble des tâches auxquelles ils ont été formés. Krupp and Madhivanan (2009) les qualifient simplement de stratégies d'amélioration des ressources humaines, tandis que Laurant et al. (2010) et Chopra, Munro, Lavis, Vist, and Bennett (2008) les classent parmi l'éventail des interventions conçues pour améliorer la qualité des soins de santé et précisément les interventions organisationnelles visant des changements au niveau du comportement professionnel.

En quoi consistent ces différents changements relatifs au type de professionnel de la santé?

a. Renforcement du rôle

Il est considéré comme une augmentation de l'intensité des tâches à accomplir en effectuant une expansion du rôle et des compétences d'un groupe professionnel donné (Buchan & Calman, 2005; Laurant et al., 2010; Sibbald et al., 2004). Il s'agit d'un relèvement ou d'un rehaussement de qualifications au sein d'un groupe professionnel donné soit une expansion verticale et d'ordre croissant du travail étant donné qu'il engendre une modification de l'autorité, des responsabilités, du niveau de complexité et de l'attribution spécifique des tâches (Dubois & Singh, 2009). Ce changement survient au sein d'un champ de pratique propre à une discipline sans avoir à rajouter des fonctions qui appartiennent à d'autres disciplines et ce, par l'intégration des connaissances théoriques et pratiques nécessaires au développement de la profession (Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne, & Pinelli, 2004; The Evidence Centre For Skills For Health, 2011). Il peut également résulter d'une activité professionnelle innovante, de nouveaux modèles de prestation des soins de santé et des changements organisationnels qui nécessitent le développement de nouvelles connaissances et suscitent une demande accrue de nouvelles compétences (The Evidence Centre For Skills For Health, 2011).

Dans le domaine de la santé maternelle, citons l'exemple de l'Inde du Sud précisément l'état Tamil Nadu où le gouvernement a intensivement adopté une stratégie de ressources humaines soit celle de renforcement des compétences des infirmières et des SF concernant l'utilisation du misoprostol³ (pour prévenir l'hémorragie du post-partum) et l'administration maternelle du sulfate de magnésium et ce, afin de réduire les ratios de mortalité maternelle et néonatale en Inde (Krupp & Madhivanan, 2009). Aussi, un des domaines de renforcement sur lequel l'OMS (World Health organization, 2012a) met l'accent se rapporte au renforcement des compétences des SF dans la prévention, le traitement et la gestion des maladies non transmissibles; citons des exemples tels que la prévention du tabagisme chez les femmes enceintes, la promotion de l'activité physique et de l'hygiène diététique, la prévention et le traitement de l'alcoolisme, le dépistage régulier du cancer du col et du sein, etc.

³ Misoprostol : C'est un analogue synthétique de la prostaglandine E1 pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum (International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2012).

Les modèles de pratique SF adoptant une approche centrée sur les femmes sont considérés aussi comme des stratégies de renforcement du rôle à travers l'instauration de nouvelles modalités d'organisation et de prestation de soins pour les femmes ayant une grossesse à bas risque dans certains pays comme l'Irlande, l'Écosse, le Canada, la Suède, l'Australie, etc. Ces modèles nécessitent un changement au niveau des responsabilités des SF afin de couvrir toute l'étendue de leur pratique (Collins, Fereday, Pincombe, Oster, & Turnbull, 2010). En effet, le rôle qu'occupe la SF dans le cadre de ces modèles reflète bien une expansion de l'autorité puisqu'elle est la professionnelle de santé qui assume la responsabilité de la planification, de l'organisation et de la dispensation des soins offerts à la femme depuis la grossesse jusqu'à la période postnatale (Hatem, Sandall, Devane, Soltani, & Gates, 2008). Ces modèles comprennent par exemple : le modèle d'approche d'équipe et les unités de maternité SF (*midwife-led clinics and units*); le modèle DOMINO⁴ géré par les SF (*DOMINO midwife schemes*); le modèle de charge de dossier ou de gestion du cas (*caseload midwifery*); et, le modèle de pratique de groupe (*midwife groupe practice*); ces deux derniers étant considérés comme variantes de l'approche d'équipe conférant à la SF plus d'autonomie et de reconnaissance (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2008). En effet, les changements spécifiques dans la prestation des services de maternité tels que la mise en place des unités gérées par les SF et l'expansion des services SF fournissent de nouvelles opportunités pour renforcer le rôle des SF au sein des services de santé (Health Service Executive, 2004). À titre d'exemple, le modèle de pratique SF type « gestion de cas » (*caseload midwifery*) permet l'expansion du rôle de la SF dans les domaines des soins de santé primaires et de la promotion de l'accouchement normal (Brown, 2013).

⁴ Le terme DOMINO est un acronyme de «*Domiciliary Care In and Out of Hospital*»: ce modèle prédominant dans les centres hospitaliers de courte durée consiste à assurer l'ensemble du suivi des femmes présentant une grossesse normale par une équipe de SF. Une partie du suivi (pré et postnatal) s'effectue à domicile; Pour le suivi perinatal et l'accouchement, ils se déroulent à l'hôpital sous la responsabilité de la SF de garde. Ceci étant suivi par un congé rapide de l'hôpital.

D'autres exemples concernent les infirmières qui développent des compétences dans le domaine du « *counselling* » relatif au mode de vie (Kislov et al., 2012) et du suivi à domicile (The Evidence Centre For Skills For Health, 2011).

b. Substitution du rôle

Elle implique l'expansion du champ de pratique par l'accomplissement des tâches qui dépassent les frontières professionnelles et disciplinaires traditionnelles. Aussi, elle est définie comme le fait de remplacer une catégorie de professionnel par une autre (Laurant et al., 2010; Sibbald et al., 2004) dans un contexte de pénurie de ressources humaines et de problèmes d'accessibilité ou dans le cadre d'initiatives de maîtrise des coûts. Dans le même ordre d'idées, Dubois and Singh (2009) la différencient de la dimension développement du rôle en mettant l'accent sur le fait que les compétences requises afin d'exécuter les tâches dans ce cadre sont considérées comme des compétences situées à l'extérieur du champ de pratique disciplinaire habituel. Bien que les écrits démontrent un certain degré de distinction entre les deux types de changement - substitution et délégation -, certains auteurs les utilisent d'une manière interchangeable. À titre d'exemple, Dovlo (2004) considère quatre types de substitution référant à différentes formes de délégation soit : i) la substitution indirecte ou délégation de certaines tâches professionnelles; ii) la substitution directe ou délégation de la majorité des compétences professionnelles; iii) la délégation de compétences intra-cadre ou la délégation de tâches non professionnelles; et, iv) la substitution informelle ou délégation des tâches à un cadre de niveau inférieur surtout dans les régions rurales.

Dans le domaine de la santé maternelle, la substitution des médecins, obstétriciens et gynécologues par des infirmières et des SF est un exemple qui illustre ce concept. Dans la république du Ghana, le projet de formation relatif aux compétences « *life saving skills* » a consisté à former des SF dans les zones rurales pour mener à bien les tâches normalement effectuées par les médecins. Aussi, en Afrique du Sud et en Zambie, les infirmières et les SF ont été autorisées à accomplir des tâches normalement exécutées par des médecins suite à des changements de la loi sur l'avortement (Dovlo, 2004).

c. Délégation du rôle

Plusieurs chercheurs considèrent la délégation comme étant le transfert de certaines tâches vers le haut ou vers le bas au sein d'une échelle hiérarchique unidisciplinaire (d'une même discipline) (Buchan & Calman, 2005; Laurant et al., 2010; Sibbald et al., 2004). En revanche, Dubois and Singh (2009) évoquent le transfert de tâches d'un groupe professionnel donné à un autre soit le fait de déléguer certaines tâches traditionnellement accomplies par un médecin aux infirmières telles que les visites à domicile (The Evidence Centre For Skills For Health, 2011). La délégation confère aux professionnels hautement qualifiés la possibilité de se dégager de certaines activités et de les confier à d'autres professionnels moins qualifiés qui ont les compétences de les effectuer à moindre coût; ceci étant fait afin de consacrer plus de temps aux interventions qui relèvent uniquement de leur champ d'action et qui ne peuvent être effectués que par eux-mêmes (The Evidence Centre For Skills For Health, 2011). Il est à noter qu'à travers les écrits, les auteurs abordent souvent d'une manière interchangeable la délégation et la substitution et souvent la délégation fait partie intégrante du concept substitution (The Evidence Centre For Skills For Health, 2011). Nous avons déjà évoqué la classification de Dovlo (2004) qui envisage différentes formes de délégation des tâches pour désigner quatre types de substitution.

Le recours aux accoucheuses traditionnelles (*Traditional Birth Attendants-TBA*) en Tanzanie pour prendre en charge les hémorragies du post-partum lors des accouchements ayant lieu à domicile (dépistage des symptômes et traitement approprié) représente un type de délégation étant donné que cette tâche a été déplacée de la SF à l'accoucheuse traditionnelle soit à un niveau plus bas de l'échelle hiérarchique des rôles (Prata, Mbaruku, Campbell, Potts, & Vahidnia, 2005). Dans le domaine de la santé mentale communautaire, un autre exemple cité concerne la délégation, aux infirmières praticiennes, des tâches relatives au traitement des troubles dépressifs et anxieux ainsi qu'à l'évaluation clinique des personnes recevant une thérapie antipsychotique ; ces tâches étaient autrefois effectuées par les médecins (The Evidence Centre For Skills For Health, 2011).

d. Innovation du rôle

Il s'agit de la création d'un nouveau rôle par l'introduction d'un nouveau type de travailleur ou de professionnel remplissant un rôle différent. À notre connaissance, quatre auteurs (Bourgeault et al., 2008; Buchan & Calman, 2005; Laurant et al., 2010; Sibbald et al., 2004) en ont fait état alors que les autres auteurs recensés n'en ont pas fait mention (Dubois & Singh, 2009; Kislov et al., 2012; The Evidence Centre For Skills For Health, 2011). Des exemples de rôles innovateurs instaurés dans différents pays (ex. Canada, États-Unis, Royaume-Uni) peuvent être cités tels que la pratique infirmière avancée (PIA), l'infirmière clinicienne spécialiste, l'infirmière consultante, la pratique SF avancée (ex. prise en charge globale du diabète gestationnel), la SF spécialisée (ex. en lactation, en échographie obstétricale, en promotion de la santé et en diagnostic fœtal), et la SF consultante (Booth, Hutchison, Beech, & Robertson, 2006; Masterson, 2010; McKenna et al., 2008). L'introduction d'un nouveau rôle de SF consultante au sein de tous les établissements des soins de maternité, pour remplir le rôle de leaders cliniques et pour améliorer la qualité des services, est un exemple d'innovation de rôle fréquemment cité en Irlande et en Écosse (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2008).

Cependant, la pratique infirmière avancée reste un sujet à controverse. Il s'agit d'un changement qui est sujet à diverses interprétations. Sa classification ne fait pas consensus dans la littérature et une difficulté de le cerner semble perdurer à travers la littérature recensée. Ainsi, certains écrits énoncent que les types d'activités attribués aux infirmières en pratique avancée (IPA) englobent la substitution des tâches antérieurement réalisées par les médecins (Delamaire & Lafortune, 2010), alors que d'autres tels que le rapport élaboré par le « *National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery* » en Irlande (Begley et al., 2010) et la revue effectuée par Dubois and Singh (2009) abordent les pratiques infirmière et SF avancées et spécialisées en ayant recours aux termes expansion verticale/renforcement du rôle. Par ailleurs, dans la majorité des écrits empiriques, ce changement est considéré sous la catégorie *introduction d'un rôle innovateur* au sein du système et des organisations des soins de santé (Booth et al., 2006; Cummings, Fraser, & Tarlier, 2003; Ketefian, Redman, Hanucharunkul,

Masterson, & Neves, 2001; McKenna et al., 2008; Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wamboldt, & DiCenso, 2011; van Soeren & Micevski, 2001). Par exemple, Smith (2011), dans une recension des écrits sur les meilleures pratiques, a identifié la pratique infirmière spécialisée comme étant une stratégie de changement qui revêt les attributs d'une innovation engendrant des changements dans les structures des services de soins de santé.

En somme, un débat est lancé au sujet du type de changement auquel la pratique avancée doit être affectée. Effectivement, bien que Buchan and Dal Poz (2002), Sibbald et al. (2004) et Bourgeault et al. (2008) mentionnent ce changement dans la catégorie innovation, ils attirent l'attention sur la difficulté à différencier entre l'expansion verticale (renforcement), la substitution et l'introduction d'un rôle totalement innovateur. Sibbald et al. (2004) ont même argumenté dans leur revue la catégorie du changement à laquelle doit être assignée la PIA.

En plus de ces types de changement, certains écrits (Dubois & Singh, 2009; The Evidence Centre For Skills For Health, 2011) évoquent au niveau de la dimension *développement du rôle*, un type de changement (*enlargement*) qui implique *l'expansion horizontale du rôle* et la diversification des compétences des professionnels. Selon Dubois and Singh (2009), ce type de changement fait partie des efforts déployés en matière de prestation de soins afin de répondre aux besoins multiples et complexes des patients et ce, en remplaçant l'approche de *prestation de soins orientée sur les tâches* adoptée par les professionnels de santé par une approche de *soins intégrés*. Ce type d'expansion horizontale a concerné les psychiatres aux États-Unis exerçant dans les centres de santé mentale communautaires qui ont été appelés à diversifier leurs tâches et à s'impliquer dans l'élaboration des politiques et dans la formation d'autres intervenants (The Evidence Centre For Skills For Health, 2011).

2.2.2.2 Changement concernant la prestation des services de la santé

Les changements peuvent également être apportés au niveau de la dispensation des services classés selon Bourgeault (2008) comme un niveau de changement indirect. À ce niveau, trois types de changements sont relatés (Bourgeault et al., 2008; Krupp & Madhivanan, 2009; Laurant et al., 2010; Sibbald et al., 2004) : i) le transfert (*transfer*) ; ii) le déplacement

(*relocation*) ; et, iii) la liaison (*liaison*). Un quatrième type est soulevé uniquement par Laurant et al. (2010) soit iv) la supplémentation (*supplementation*).

a. Transfert

Il implique le transfert de la prestation d'un service de soins d'un secteur de soins à un autre. Un exemple cité par Krupp and Madhivanan (2009) serait le transfert des fonctions des soins de santé primaires aux organisations non gouvernementales; ou bien le transfert des soins hospitaliers au niveau communautaire ou même aux soins à domicile (Bourgeault et al., 2008; Sibbald et al., 2004).

b. Déplacement

Ce type signifie le déplacement du lieu de prestation, d'un service à un autre, sans changer le professionnel de la santé prodiguant le service. Un exemple consisterait à déplacer une clinique hospitalière vers une structure de soins primaires (Sibbald et al., 2004).

c. Liaison

Il s'agit de faire appel à des spécialistes du corps médical et à des cliniciens afin de former et soutenir les autres professionnels dans la prise en charge des patients. Une stratégie de liaison selon Sibbald et al. (2004) concerne le recours à des professionnels de la santé du secteur public en Afrique et en Asie pour former et soutenir ceux œuvrant dans le secteur privé.

d. Le quatrième type cité par Laurant et al. (2010) est la **supplémentation**. Il porte sur l'expansion de l'ensemble des prestations de services au sein d'un système de soins.

2.2.3 Synthèse des types de changement d'un rôle professionnel

À travers la revue des écrits, nous relevons un élément essentiel qui ressort nettement et qui mérite d'être souligné. Il s'agit d'être conscient que la distinction entre les différents types de changement est souvent ambiguë et même faible. Souvent, les stratégies de renforcement, de

substitution/délégation et de création d'un nouveau rôle sont entremêlées et définies selon les critères de chaque auteur. Par exemple, des changements au niveau du rôle au Royaume-Uni ont parfois été identifiés comme l'introduction d'un nouveau rôle dans les hôpitaux sans que ce soit le cas réellement. Un manque de précision à ce sujet suscite un questionnement quant au type de changement réellement mis en place. À travers les écrits recensés, il est souvent difficile de discerner si les stratégies de changement du rôle débouchent sur la création de nouveaux rôles (innovation du rôle) ou sur le développement de nouvelles tâches ou le relèvement de qualifications (expansion verticale/renforcement d'un rôle existant) au sein d'un rôle professionnel préexistant (Bourgeault et al., 2008; Buchan & Dal Poz, 2002). Aussi, certains auteurs regroupent tous les types de changement sous la catégorie « transfert des tâches ».

Nous concluons que parmi les différents types de changement envisagés, c'est le premier type, le renforcement du rôle professionnel, qui retient le plus notre attention étant donné qu'il cadre bien avec le changement faisant l'objet de notre analyse de l'implantation dans la présente thèse. Considérant ce fait, il semble important d'aborder dans l'état des connaissances l'impact d'une stratégie de renforcement du rôle professionnel de la SF dans le domaine de la santé maternelle et reproductive.

2.2.4 Éléments de preuve étayant l'impact des stratégies de renforcement du rôle de la sage-femme

La base de données existante dans la littérature porte essentiellement sur les modèles de pratique SF. Elle permet de révéler des effets positifs à différents niveaux, soit sur : les soins fournis aux femmes, la santé des femmes et des nouveau-nés et leur expérience à l'égard des soins reçus, et finalement les professionnels de la santé. Les données recensées sont basées sur des revues systématiques et sur de nombreuses études menées dans différents pays. Toutefois, les variations dans les modèles de soins peuvent engendrer des difficultés de comparaison des données et conséquemment limiter la possibilité de généraliser les résultats d'un pays à un autre (Health Service Executive, 2004).

2.2.4.1 Effets des stratégies sur les soins fournis aux femmes

À travers les écrits recensés, divers effets sont mis en évidence en regard des interventions obstétricales (ex. échographie, épisiotomie, césarienne) et des soins fournis aux femmes.

L'augmentation des chances de réussir l'allaitement maternel semble être évidente à travers plusieurs études et revues portant sur les modèles de pratique SF. Hatem et al. (2008) ont rapporté, à travers leur revue systématique, que les femmes suivies par les modèles de pratique SF comprenant les modèles d'équipes de soins ou de gestion de cas étaient plus enclines à initier l'allaitement au sein (RR 1,35; 95 % IC 1.03-1.76) par rapport à celles bénéficiant des autres modèles de soins obstétricaux. Parmi les avantages décrits par Hodnett, Downe, and Walsh (2012) lors de la comparaison des milieux institutionnels alternatifs de naissance gérés par les SF par rapport aux milieux institutionnels classiques, figure une augmentation de la probabilité de poursuivre l'allaitement six à huit semaines après l'accouchement (RR 1.04, 95 % IC 1.02-1.06). Les taux d'initiation d'allaitement maternel ont été relativement élevés dans les projets où les modèles DOMINO et les services de naissance à domicile gérés par les SF ont été adoptés, par rapport aux taux dans les milieux hospitaliers standards (82 % versus 54 %) sans toutefois documenter la signification statistique (Brenner, 2004). Au Canada, les femmes suivies par les modèles SF étaient plus susceptibles d'initier l'allaitement à trois mois (74,4 % ; 95 % IC 68,8-80) et de le maintenir à six mois du post-partum (30,1 %; 95 % IC 23,7-36,5) par rapport à celles suivies par des modèles gérés par d'autres catégories de professionnels de la santé (à trois mois : 51,7 % ; 95 % IC 50,4-53) (à 6 mois : 14,4 %; 95 % IC 13,5-15,4) (O'Brien et al., 2011).

D'autres effets positifs ont été rapportés en termes de diminution du recours à des interventions médicales durant le travail et l'accouchement tels que le recours à l'hospitalisation en prénatal, à l'analgésie régionale et à l'anesthésie intra-partum, à l'épisiotomie, et à l'accouchement instrumental par voie vaginale (ex. ventouse, forceps) à travers les revues systématiques et études examinées (Hatem et al., 2008; Hodnett et al., 2012). De plus, la

probabilité réduite de l'augmentation du travail par l'ocytocine, de la césarienne, a été mise en évidence par Hodnett et al. (2012). Begley et al. (2011) ont aussi montré que les modèles de pratique SF, étaient aussi sécuritaires que les modèles de soins dirigés par les consultants et étaient associés à une diminution des interventions pendant l'accouchement comme le monitoring fœtal continu (RR 0,64; 95 % IC 0,57-0,71) et l'augmentation du travail par l'ocytocine (RR 0,50; 95 % IC 0,40-0,61). O'Brien et al. (2011) ont montré que les femmes suivies par ces modèles au Canada étaient moins susceptibles d'être surveillées par des échographies, presque deux fois moins susceptibles de subir une induction du travail et 7,33 fois plus susceptibles d'avoir un accouchement sans avoir recours aux médicaments et aussi plus susceptibles d'assister à des cours prénataux et d'être surveillées par cinq ou plusieurs visites prénatales. Les différences rapportées par Brenner (2004) comprenaient les taux d'intervention réduits dans les modèles DOMINO et accouchement à domicile comparés aux naissances en milieu hospitalier. Par exemple, le taux d'induction dans les cas DOMINO/accouchement à domicile était de 13 % comparativement à 28 % pour les naissances à faible risque en milieu hospitalier; et le taux d'épisiotomie de 9 % pour les modèles DOMINO/accouchements à domicile contre 29 % pour les naissances en milieu hospitalier, tandis qu'un périnée intact a été noté dans 51 % (Domino/naissances à domicile) contre 21 % pour les naissances à l'hôpital. Cependant, des faiblesses méthodologiques sont à signaler étant donné l'absence de confirmation par l'auteur d'une différence statistiquement significative. Aussi, la revue systématique de Devane et al. (2010) résumant 17 études et portant sur plus de 20 000 femmes a montré que les femmes randomisées aux modèles de pratique SF étaient moins susceptibles par rapport à celles randomisées à d'autres modèles de soins de subir une amniotomie, une induction du travail, une analgésie régionale et aux opiacés, un accouchement vaginal instrumental et une épisiotomie. Ces femmes étaient plus susceptibles de ne pas avoir d'analgésie/anesthésie pendant le travail, d'être assistées à la naissance par une SF connue, d'avoir un accouchement vaginal spontané, et d'avoir des perceptions élevées de contrôle au cours du travail et de l'accouchement ; elles ont cependant un travail d'une durée plus longue. Quant aux nourrissons de mères randomisées aux modèles de pratique SF, ils avaient des séjours plus courts à l'hôpital comparés à ceux suivis par d'autres modèles. À noter qu'aucune différence significative entre

les deux groupes n'a été retrouvée pour d'autres issues (visites prénatales, déchirures périnéales, accouchement par césarienne, décès néonataux).

2.2.4.2 Effets des stratégies sur la santé des femmes et des nouveau-nés

Les effets de l'expansion de la pratique SF et des interventions associées fournies par le biais des services de SF ont été démontrés récemment par Homer et al. (2014) dans la deuxième série de « *The Lancet* » sur la pratique de SF. En ayant recours à l'instrument « *Lives Saved Tool* » afin d'estimer les décès maternels qui pourraient être évités suite au renforcement ou à l'expansion de la pratique de SF dans 78 pays classés selon l'indice de développement humain (IDH), la couverture universelle en soins de SF semble entraîner une réduction de la MM, des mortinaissances et des décès néonataux dans ces pays précités. Dans les pays du tertile inférieur de l'IDH, la MM diminuerait de 27% suite à une légère augmentation (10%) au niveau de la couverture des interventions fournies par les SF, y compris le planning familial, sur une période de 15 ans ; de 50% suite à une augmentation substantielle de la couverture (25%) ; et de 82% suite à une couverture universelle (95%). Des réductions similaires au niveau des mortinaissances et des décès néonataux ont été aussi rapportés.

Quant à la satisfaction des femmes, des niveaux élevés de satisfaction à l'égard des soins fournis par les SF sont mis en évidence dans plusieurs revues et études investiguant les effets des différents modèles de soins favorisant l'expansion et le renforcement du rôle de la SF. Brenner (2004) a rapporté un niveau de satisfaction élevé des femmes suivies par des modèles DOMINO et par des services de naissance à domicile gérés par les SF par rapport aux modèles traditionnels. Les thèmes récurrents exprimant la satisfaction se rapportaient au choix et à la continuité des soins, aux soins personnalisés, à la réduction du temps passé à l'hôpital, au soutien et à la convivialité. Hatem et al. (2008) et Devane et al. (2010) ont trouvé des résultats concordants dans leur revue systématique comparant les modèles de pratique SF à d'autres modèles de soins. Ainsi, ils ont démontré que les femmes suivies par les modèles de pratique SF avaient plus de contrôle durant l'accouchement et étaient assistées par une SF familière. De même, les milieux institutionnels alternatifs de naissance gérés par les SF ont été associés à des

niveaux très élevés de satisfaction selon Hodnett et al. (2012). L'expérience relative à la naissance et la satisfaction envers les soins ont été trouvées plus positives - à un niveau statistiquement significatif - par les femmes suivies dans des unités gérées d'une manière autonome par les SF par rapport à celles suivies dans des unités d'obstétrique. En effet, les soins fournis dans les unités SF ont été décrits comme des soins centrés sur la femme favorisant : le soutien, la participation au processus décisionnel, l'attention aux besoins psychologiques et relatifs à la naissance, un très bon niveau d'information, et finalement le sentiment d'être bien écoutées (Overgaard, Fenger-Grøn, & Sandall, 2012). La satisfaction des femmes à l'égard des modèles de pratique SF a été aussi identifiée par une étude menée en Australie surtout par rapport à la continuité des soins, l'accessibilité des services et aux attributs personnels et professionnels des SF exerçant dans ces modèles. Les soins fournis ont été qualifiés comme des soins personnalisés, professionnels, centrés sur la famille et globaux (Fereday, Collins, Turnbull, Pincombe, & Oster, 2009). L'étude de Williams, Lago, Lainchbury, and Eagar (2010) a de même montré que les modèles de type « gestion de cas » sont associés à des niveaux élevés de satisfaction maternelle attribuée surtout aux relations de support fournies par les SF identifiées comme une source de réassurance et de confort durant la période périnatale.

2.2.4.3 Effets au niveau des professionnels de la santé

L'augmentation de la satisfaction personnelle et professionnelle et de l'autonomie des SF a été soulevée dans différentes études portant sur plusieurs modèles de pratique SF tels que les modèles DOMINO, les services de naissance à domicile gérés par les SF, les modèles de gestion des cas et aussi dans le cas de création du nouveau rôle de SF consultante (Brenner, 2004; Collins et al., 2010; Guest et al., 2004; Walsh & Devane, 2012; Watson, Turnbull, & Mills, 2002). En effet, l'expansion des tâches liées au travail telle que l'opportunité d'acquérir et d'utiliser les compétences, conduit à la satisfaction et à la motivation parce qu'elle permet aux professionnels d'avoir un meilleur contrôle, plus de responsabilités et un pouvoir discrétionnaire sur la façon dont ils exercent leur rôle (Dubois & Singh, 2009). Les résultats de l'étude évaluative menée dans des établissements de soins aigus en Australie par Watson et al. (2002) suggèrent que l'expansion du rôle a le potentiel d'accroître la satisfaction des SF au travail, leur

autonomie et leur responsabilité professionnelle en milieu de travail. Collins et al. (2010) ont montré des niveaux élevés de satisfaction des SF au niveau de trois domaines (satisfaction professionnelle, support professionnel et interaction avec le client) suite à l'introduction du modèle de pratique SF de type « gestion de cas ». La satisfaction était particulièrement élevée au regard de la continuité des soins fournis, de l'établissement des relations avec les femmes et leurs familles, et de la capacité de pratiquer de façon autonome et flexible. Le développement des relations collégiales avec les autres SF travaillant dans ce modèle et la capacité de pratiquer à travers toute l'étendue de leurs compétences ont aussi été jugés comme des aspects positifs de ce modèle par les SF. La méta synthèse de Walsh and Devane (2012) a aussi montré qu'une augmentation de l'autonomie organisationnelle et clinique à travers des méthodes de travail moins prescriptives pour évaluer la phase du travail des femmes était parmi les effets positifs les plus évidents pour les SF travaillant dans des centres de naissance et dans les unités gérées par ces dernières. La satisfaction résultant de l'expansion du rôle de la SF est expliquée en partie selon Lindberg, Christensson, and Öhring (2005) par la redéfinition de l'identité professionnelle et le fait de retrouver un nouveau sens au rôle professionnel engendré par le changement.

En somme, malgré les avantages associés aux stratégies de renforcement du rôle, précisément les modèles de pratique SF, et la qualité des données fournies par les revues systématiques, il convient de prendre en compte les précautions et de respecter les conditions sur lesquelles plusieurs chercheurs attirent l'attention en évoquant les stratégies de renforcement du rôle toutes catégories de professionnels de la santé confondues (Dubois & Singh, 2009; Sibbald et al., 2004; The Evidence Centre For Skills For Health, 2011). Il s'agit de prendre des précautions nécessaires pour contrer les conséquences inattendues telles que la confusion et les désaccords qui peuvent en résulter, remettre en question les identités des professionnels et créer des relations conflictuelles chez les groupes professionnels. L'expansion des tâches peut exposer à de lourdes charges de travail, à des pressions accrues pour développer de nouvelles compétences qui peuvent être contre-productives et mener à leur tour à la démotivation si non accompagnées d'avantages évidents pour le développement de la profession. Ainsi, une gestion

adéquate des ressources humaines, l'établissement des programmes de formation, des systèmes de récompense, des salaires appropriés et compatibles avec les responsabilités assumées, constitue une condition nécessaire pour réussir toute initiative d'évolution du rôle y compris son renforcement (Dubois & Singh, 2009; Sibbald et al., 2004; The Evidence Centre For Skills For Health, 2011).

2.3 Rôle professionnel de la sage-femme dans la réduction de la mortalité maternelle

Cette section présente un bref rappel sur le rôle de la SF dans le domaine de la santé maternelle et sa contribution à la réduction de la MM. Nous présentons la stratégie globale pour réduire les décès maternels, l'historique des principales actions internationales pour renforcer le rôle professionnel de la SF, la définition de l'assistance qualifiée et les preuves justifiant le recours à cette forme d'assistance.

La MM, identifiée comme l'une des plus grandes causes d'inégalité de genre et de santé dans le monde, est considérée non seulement comme un problème urgent de santé publique mais également comme une atteinte aux droits de l'être humain (Adegoke, Utz, Msuya, & van den Broek, 2012; United Nations Population Fund, 2004, 2010). Réduire la MM, première cible de l'ODD 5 (améliorer la santé maternelle), est un objectif hautement prioritaire adopté en 2000 et faisant l'objet au fil des années de lancement, de réajustement et de réinventions de plusieurs stratégies et plans d'action pour améliorer la santé des femmes et des enfants (United Nations Population Fund, 2011).

2.3.1 Stratégie globale de réduction de la mortalité maternelle

Plus de 80 % de décès maternels - dus à des hémorragies, des infections, un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, un travail dystocique ou des problèmes d'hypertension et autres - pourraient être évités par la mise en œuvre de stratégies englobant (Fauveau et al., 2008; Lule et al., 2005; United Nations Population Fund, 2011; World Health Organization, 2010b) :

- L'amélioration de l'accès financier, social et culturel aux services de santé génésique;
- L'amélioration de l'accès à un personnel de santé qualifié et compétent;
- Un leadership et un environnement politique favorables, un engagement et une mobilisation communautaires;
- Un investissement dans le développement économique et social tel que l'éducation des femmes, la réduction de la pauvreté et l'amélioration du statut de la femme;
- Un ensemble intégré et complet d'interventions de haute qualité s'inscrivant dans un continuum de soins : soins de qualité de base et complets dispensés par du personnel qualifié durant les périodes pré, per et postnatales; soins obstétricaux et néonataux d'urgence; services d'avortement respectant les bonnes conditions de sécurité; services de planification familiale; et, prise en charge intégrée et prévention de la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant;
- Le renforcement des systèmes de santé en termes de mise en place d'un système de santé performant;
- Le renforcement de la main-d'œuvre ou des ressources humaines (en quantité et en qualité).

Ainsi, le renforcement des ressources humaines constitue une composante majeure et figure parmi les interventions clés de la stratégie d'amélioration de la santé maternelle et reproductive en particulier le renforcement du rôle professionnel de la SF ou de la pratique SF. En effet, il existe un consensus international quant à l'importance du rôle des professionnels de santé qualifiés, notamment les SF et autres professionnels compétents dans la pratique obstétricale (ex. infirmières, obstétriciens) œuvrant dans un environnement favorable, dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales et dans la promotion de la santé reproductive (Adegoke et al., 2011; Adegoke & van den Broek, 2009; Burchett & Mayhew, 2009; Campbell & Graham, 2006; Fauveau et al., 2008; United Nations Population Fund, 2010, 2011; World Health Organization, 2002, 2005, 2011b). De même, les écrits démontrent qu'un niveau de densité élevé de deux catégories de ressources humaines en santé, soit les médecins et le personnel paramédical regroupant les infirmiers et les SF, est porteur

d'un impact positif sur la réduction des ratios de MM (Anand & Bärnighausen, 2004; Koblinsky et al., 2006).

2.3.2 Historique des actions internationales pour renforcer le rôle professionnel de la sage-femme

La volonté d'agir des différents organismes internationaux - principalement l'OMS, l'UNFPA et l'ICM - est évidente à travers une longue série de résolutions lancées et de plusieurs initiatives mises en œuvre, depuis des décennies, pour renforcer la pratique SF:

2.3.2.1 Les résolutions et les orientations stratégiques concernant les sages-femmes

Sept résolutions appelant à renforcer les effectifs d'infirmières et de SF et à revaloriser les ressources humaines ont été adoptées au cours des deux dernières décennies. En 2011, deux nouvelles résolutions élaborées par l'OMS ciblant la quantité et la qualité des ressources humaines se sont ajoutées cumulant ainsi un total de neuf résolutions. Ces deux dernières résolutions portent sur le renforcement des effectifs des professionnels de la santé (EB128.R9) et des compétences des infirmières et des SF (EB128.R11) démontrant ainsi la volonté tenace de la communauté internationale à atteindre les OMD 4 et 5 (United Nations Population Fund, 2011). De plus, citons les orientations stratégiques élaborées en vue de renforcer les services fournis par les infirmières et les SF pour la période 2011-2015 (World Health Organization, 2010a).

2.3.2.2 Les initiatives pour renforcer les sages-femmes

Plusieurs initiatives, sous formes de forums, de déclaration conjointe et d'appel mondial, d'ateliers régionaux et de programmes conjoints entre différents organismes, ont été instaurées dans différents pays pour renforcer le rôle professionnel des SF. Une énumération chronologique permet de retracer à travers l'histoire les principaux efforts déployés dans ce domaine :

2004 : Déclaration conjointe « Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié » (2004) élaborée par l'OMS, l'ICM et la FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique);

2006 : Forums internationaux sur la pratique de SF dans la communauté tenus aux États-Unis et à Hammamet en Tunisie (UNFPA, ICM, & OMS, 2006);

2008 : Programme conjoint des SF élaboré par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et de l'ICM ;

2009 : Ateliers régionaux sur la pratique de SF tenus en Afrique, en Asie du Sud, dans les Caraïbes et les États arabes (World Health Organization, 2011a);

2010 : Appel mondial à l'action bénéficiant du soutien de huit agences (ex. le UNFPA, l'ICM, l'OMS, l'UNICEF, la Banque mondiale, le Global Health Workforce Alliance et la FIGO) :

« Renforcer la pratique de sage-femme pour sauver des vies et promouvoir la santé des femmes et des nouveau-nés » (United Nations Population Fund, 2010);

Depuis 2011 : Initiative Muskoka des Fonds Français attribués aux quatre organismes onusiens (OMS, UNICEF, UNFPA, ONUFemmes) couvrant entre autres les ressources humaines de la pratique sage-femme dans une dizaine de pays francophones de l'Afrique subsaharienne et Haïti;

2013 : Forums, ateliers, annonces d'engagements publics dans le cadre du troisième forum mondial sur les ressources humaines en santé, tenu à Recife-Brésil, pour relever les défis de la crise des ressources humaines pour la santé (Alliance Mondiale pour les personnels de santé, AMPS-OMS).

2.3.3 Les preuves justifiant le recours à l'assistance qualifiée

La SF est considérée comme un professionnel de santé qualifié ayant un rôle clé dans la réduction de la MM. C'est une composante essentielle du concept « assistance qualifiée », promu à l'unanimité par la communauté scientifique, comme une stratégie primordiale pour atteindre les OMD 4 et 5.

2.3.3.1 Définition de l'assistance qualifiée

L'assistance qualifiée est explicitement définie comme « le processus par lequel une femme reçoit des soins adéquats durant le travail, l'accouchement et le post-partum précoce » (Graham, Bell, & Bullough, 2001b, p. 108). Il s'agit d'un concept incorporant deux composantes essentielles et interdépendantes : professionnel de santé qualifié (*skilled attendant*) exerçant dans un environnement favorable (*enabling environment*) soit un environnement direct et même plus large (Adegoke et al., 2011; Graham et al., 2001b).

En quoi consistent ces deux composantes ?

Un professionnel de santé qualifié

Une déclaration conjointe par l'OMS, l'ICM et la FIGO en 2004 a défini un personnel qualifié comme :

« Un professionnel de santé accrédité (une sage-femme, ou un médecin ou un/une infirmier(ère) autorisé à pratiquer) qui a été formé et a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat normaux (sans complications) et sait identifier, traiter ou, si besoin, prendre la décision de transférer les femmes et les nouveau-nés présentant des complications » (Organisation Mondiale de la Santé, 2005, p. 1).

Dans cette déclaration, il a été identifié que les aptitudes et les compétences attendues d'un accoucheur qualifié peuvent être fournies par un large éventail de professionnels de santé, avec des titres spécifiques variant selon le pays. À cet effet, pour éviter toute confusion, il a été convenu d'appeler le dispensateur de soins « accoucheur qualifié ». Les compétences⁵ essentielles en soins obstétricaux requises pour qu'un professionnel de santé puisse être déclaré comme étant qualifié ont été définies dans une liste élaborée par la déclaration ci-haut mentionnée. Ces compétences devraient servir comme fondement de base pour le développement des programmes de formation des professionnels qualifiés. D'autres compétences supplémentaires peuvent être requises en fonction des besoins (ex. pénurie d'une

⁵ Compétences : Ce terme fait référence à un ensemble de connaissances, capacités et comportements requis de la sage-femme pour une pratique sans risque de son métier, ou pour effectuer des tâches spécifiques en vue d'atteindre les résultats voulus (International Confederation of Midwives, 2011a; World Health Organization, 2011d)

certaines catégories de ressources humaines), du contexte, du cadre législatif réglementaire et de la politique de santé.

La SF, formée et autorisée à pratiquer, conformément à la définition internationale de l'ICM est reconnue être un accoucheur ou un professionnel qualifié (World Health Organization, 2011d). Le modèle de compétences élaboré par l'ICM est actuellement considéré comme la norme internationale en matière de fourniture de soins professionnels de qualité pour les femmes enceintes et leurs familles. Il constitue le cadre conceptuel sur lequel les compétences essentielles d'un professionnel qualifié sont basées, et reflète les connaissances, les aptitudes (ou capacités techniques) et les comportements attendus lors de la période couvrant les soins pré, per, postnatals et néonataux et requis pour une pratique sans risque (Adegoke & van den Broek, 2009; International Confederation of Midwives, 2011a; World Health Organization, 2011d). Ces compétences essentielles sont identifiées comme des conditions préalables afin de garantir une bonne pratique.

Les compétences essentielles sont majoritairement considérées comme étant *de base* ou *fondamentales* requises pour toute SF ayant suivi une formation en pratique de SF. D'autres compétences appelées *complémentaires* peuvent être apprises ou réalisées par des SF, en fonction des besoins de leur communauté et de leur pays (International Confederation of Midwives, 2011a). Ces compétences essentielles sont regroupées en sept catégories couvrant la période périnatale et élaborées par l'ICM à travers un processus de recherche rigoureux justifiant leur choix et pertinence :

- 1) Compétences en matière de contexte social, épidémiologique et culturel des soins maternels et du nouveau-né;
- 2) Compétences en matière de soins prodigués avant la grossesse et de contraception;
- 3) Compétences relatives à l'offre de soins pendant la grossesse;
- 4) Compétences relatives à l'offre de soins pendant le travail et l'accouchement;
- 5) Compétences en matière d'offre de soins aux femmes pendant la période postnatale;
- 6) Compétences relatives aux soins postnataux du nouveau-né;

7) Compétences pour prodiguer les soins liés aux avortements.

L'environnement favorable

Présentement, il est conceptualisé sous un angle large pour inclure toute une gamme de facteurs qui semblent être indispensables pour assurer une assistance qualifiée. Selon le cadre conceptuel de Graham & Bell (Graham, Bell, & Bullough, 2001a), qui décrit exhaustivement les composantes de l'assistance qualifiée, l'environnement favorable comprend l'environnement immédiat de l'accoucheur (ou des éléments directs) ainsi que l'environnement externe. Les éléments directs concernent :

- Un système de soins de santé fonctionnel et performant englobant une infrastructure efficace notamment en termes d'accès au matériel et aux médicaments essentiels et d'adéquation de fournitures et d'équipements suffisants, ainsi que des systèmes d'orientation-recours (aiguillage), de communication et de transport efficaces et efficients et un financement adéquat;
- Un système d'éducation de qualité offrant une formation de base et une formation continue afin de maîtriser les compétences et prodiguer aux femmes des soins qui répondent à leurs besoins (World Health Organization, 2002, 2011e);
- Une gestion active des ressources humaines en termes de déploiement, de supervision du personnel.

À un niveau plus large, ce cadre considère le contexte politique, le cadre législatif et réglementaire à l'appui pour soutenir la pratique SF et évidemment des facteurs socioculturels.

2.3.3.2 Les preuves

Au regard de la reconnaissance du rôle central d'un professionnel de santé qualifié qu'est la SF, il semble logique de se questionner sur les preuves qui justifient le caractère prioritaire de ces directives. Bien qu'il soit difficile d'avoir recours à des preuves scientifiques solides de niveau I (des essais randomisés) vu les considérations éthiques en question, les écrits fournissent trois types de preuves (historiques, épidémiologiques, basées sur les modèles) pour

explorer l'association entre l'assistance qualifiée et le risque de décès maternels sans toutefois pouvoir établir une relation de cause à effet (Burchett & Mayhew, 2009; Campbell & Graham, 2006; Graham et al., 2001b).

Les données historiques

Les données historiques en provenance de nombreux pays industrialisés démontrent qu'une combinaison de facteurs techniques et politiques a permis une réduction significative de la MM dans certains pays notamment en Suède, au Japon, au Danemark, en Norvège et aux Pays-Bas, même sans avoir recours à la technologie hospitalière. Il s'agit d'une combinaison de : i) l'information : disponibilité et analyse des statistiques de l'état civil fiables pour reconnaître l'ampleur du problème; ii) des politiques : mobilisation publique, engagement politique et volonté de réagir aux décès maternels et mise en place d'une législation relative aux soins qualifiés lors de l'accouchement; et, iii) de stratégies : professionnalisation de la pratique obstétricale des SF et amélioration de la couverture par des soins professionnels obstétricaux (De Brouwere, 2007; Van Lerberghe & De Brouwere, 2001).

Dans les pays en développement, les expériences de la Malaisie, du Sri Lanka, de la Thaïlande et bien d'autres pays (la Chine, le Costa Rica, l'Égypte, la Tunisie, la Malaisie l'Indonésie, la Jamaïque, la Jordanie, etc.) quant à la réduction de la MM au cours des 30 à 40 dernières années, confirment que le respect des conditions précitées et l'adoption de stratégies, entre autres la professionnalisation des soins obstétricaux, étaient des facteurs clés des succès enregistrés dans le domaine de la santé maternelle. Citons par exemple, les stratégies adoptées au Sri Lanka et en Malaisie (Adegoke et al., 2011; Pathmanathan et al., 2003) qui ont porté essentiellement sur *le fondement d'un système de santé opérationnel et accessible* en termes d'amélioration :

- i) de l'accès aux soins maternels efficaces surtout en milieu rural et ce, par le déploiement des professionnels de santé majoritairement des SF qualifiées dans les structures de santé communautaires, par l'établissement des services de soins de santé

dans les communautés rurales, par l'amélioration du système de transfert en cas de complications et en assurant la gratuité des soins de maternité aux femmes; et,
ii) de la qualité des services disponibles grâce à une meilleure habilitation de la communauté (Family Care International, 2003; United Nations Population Fund, 2004).

D'autres exemples de pays qui ont adopté comme intervention clé *la professionnalisation des soins obstétricaux* fournis par les SF peuvent être aussi cités. Il s'agit de la Malaisie et de la Tunisie, qui ont investi considérablement dans le déploiement des SF communautaires formées et légalement autorisées à exercer un ensemble défini de compétences pour fournir des services de santé en milieu rural (Family Care International, 2002). Dans le même sens, la Thaïlande a réussi à réduire les décès maternels en adoptant une stratégie qui a visé l'augmentation du nombre de personnels qualifiés et l'amélioration du système de transfert pour prendre en charge les cas compliqués (Adegoke et al., 2011; United Nations Population Fund, 2004).

En résumé, la liste des pays qui ont enregistré des progrès en matière de réduction de la MM est très longue pour être citée. Cependant, un élément clé et commun à toutes ces différentes stratégies mises en œuvre consiste en la professionnalisation des soins fournis par les SF qui demeure un fait sans équivoque.

Les données épidémiologiques

Les résultats à ce niveau ne sont pas consistants. Scott and Ronsmans (2009) ont montré à travers une revue de la littérature, réalisée sur des études observationnelles, la complexité de l'association entre la MM et l'assistance qualifiée. Au niveau des études écologiques, une tendance à la baisse de la MM associée à une proportion croissante des accouchements assistés par un professionnel de la santé qualifié semble exister, malgré que la force de cette association ne soit pas explicite. Quant aux études menées à un niveau individuel, les preuves sont très peu nombreuses sur l'effet de l'assistance qualifiée sur la réduction du risque des décès maternels. Ces résultats convergent dans le même sens que la conclusion de la revue systématique de

Pyone, Sorensen, and Tellier (2012) qui a aussi révélé l'absence de preuve cohérente quant à l'efficacité de l'assistance qualifiée sur les décès maternels en tant que composante de la stratégie globale d'amélioration de la qualité des soins.

De plus, les écrits (Family Care International, 2003) qui documentent une relation inversement proportionnelle entre le ratio de MM et le nombre d'accouchements assistés par du personnel qualifié, mettent l'accent sur la nécessité d'interpréter cette association avec prudence étant donné les limites inhérentes à :

i) La nature de l'association : Les différents devis utilisés dans les études menées jusque là (études descriptives et quasi expérimentales) ne permettent pas de démontrer un lien de causalité ni de contrôler les facteurs confondants qui peuvent eux-aussi avoir un effet sur les ratios de MM; ceci signifie qu'une corrélation ne peut pas démontrer qu'une augmentation de la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié réduit la MM;

ii) La fiabilité de la mesure des indicateurs et la difficulté d'interprétation : il existe une difficulté à estimer la MM, et un manque de fiabilité quant au calcul de la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié. L'indicateur brut "le pourcentage d'accouchements assistés par un personnel qualifié" regroupe toutes catégories d'accoucheurs qualifiés (médecins, SF et infirmiers). La désagrégation des données a déjà montré des résultats de corrélation différents selon le type de prestataires soit une corrélation toujours forte pour la catégorie des médecins et une corrélation pas assez solide pour les infirmières et les SF. Ces différences observées seraient probablement dues à des variations du niveau de compétences selon la catégorie du prestataire ou à d'autres facteurs tels que la présence ou non d'un contexte favorable soit par exemple l'accès aux soins à temps.

À l'heure actuelle, les recommandations émises par Campbell and Graham (2006) quant à l'adoption d'une approche holistique regroupant plusieurs éléments favorables pour assurer une assistance qualifiée sont fortement adoptées par la communauté internationale. Il s'agit de promouvoir la stratégie de soins intrapartum au sein d'une structure de santé fonctionnelle ou la stratégie du centre de santé en période intrapartum considérée la référence absolue pour réduire

les ratios élevés de MM. Cette stratégie comporte l'assistance qualifiée lors du travail, de l'accouchement et de la période postnatale immédiate incluant la prise en charge par un personnel qualifié, de préférence les SF ainsi que la disponibilité des soins obstétricaux d'urgence et d'un environnement de soins favorable. Le rôle de quatre autres stratégies complémentaires est également important à considérer : les soins prénatals et du post-partum, la planification familiale et la pratique de l'avortement dans des conditions de sécurité. Aussi, des stratégies globales ayant trait à la santé et au développement des femmes seraient à envisager. Cependant, les données sur lesquelles se basent les recommandations des auteurs présentent des limites comme le faible niveau de preuve scientifique étant donné l'incapacité de mener des études expérimentales, la nature de l'intervention qui est spécifique au contexte et les difficultés de généralisation.

Ainsi, en l'absence d'études établissant un lien causal et sur la base de l'état actuel des connaissances, la stratégie de l'assistance qualifiée doit être considérée comme la stratégie ultime à adopter et à prioriser vu que son adoption, dans les pays ayant été examinés, a permis de diminuer les chiffres des ratios de MM à une valeur inférieure à 200 décès pour 100 000 NV et que des baisses substantielles sont peu probables en son absence (Campbell & Graham, 2006)

Les estimations basées sur des modèles

L'assistance qualifiée semble avoir un impact sur la réduction de la MM en se fiant aux résultats des estimations basées sur les modèles.

Un modèle élaboré par Graham et al. (2001b) met en évidence l'effet potentiel que pourrait avoir l'accoucheur qualifié sur la mortalité et la morbidité maternelles. La justification d'accorder la priorité à une assistance qualifiée durant le travail, l'accouchement et la période postnatale immédiate se base sur le fait que les deux tiers des décès maternels surviennent durant cette période (Adegoke & van den Broek, 2009). Ainsi, en se basant sur la chaîne causale des décès maternels et sur les éléments principaux sur lesquels un professionnel qualifié peut intervenir, ce modèle fondé sur une analyse de sensibilité suggère qu'entre 13 % et 33 % des

décès maternels pourraient être évités grâce à la prévention primaire ou secondaire des quatre complications liées à la grossesse (dystocie, éclampsie, infection puerpérale et hémorragie) par une assistance qualifiée. Ce modèle souligne le rôle potentiel de l'accoucheur qualifié dans la prévention des complications par la prise en charge adéquate du travail, de l'accouchement et de la période critique du post-partum (Family Care International, 2003).

À un niveau national, précisément en Inde, Goldie, Sweet, Carvalho, Natchu, and Hu (2010) ont identifié à partir d'un modèle économique informatisé (modèle de politique globale de santé maternelle) plusieurs options stratégiques qui permettraient de réduire la MM d'une manière efficiente dans les différentes régions rurales et urbaines du pays. Les principaux résultats trouvés démontrent que la MM pourrait être réduite de 75 % grâce à des efforts intensifs précoces effectués à deux niveaux. Le premier niveau vise l'amélioration des services de planification familiale et la pratique de l'avortement dans des conditions de sécurité. Ces services sont accompagnés par un effort systématique, de deuxième niveau, soit l'implantation progressive ou par étapes de stratégies portant sur l'expansion des soins intrapartum de haute qualité - y compris l'amélioration de l'accès à l'assistance qualifiée et des moyens de transfert - et les soins obstétricaux d'urgence.

En conclusion, une combinaison de données historiques, épidémiologiques et basées sur les modèles montre la contribution de l'assistance qualifiée à réduire la MM. Ces données constituent l'assise du consensus international quant à la considération de l'augmentation de la proportion d'accouchements assistés par un personnel qualifié notamment la SF œuvrant dans un environnement favorable comme une stratégie d'intervention cruciale pour combattre la mortalité maternelle et néonatale.

Cependant, à travers les différents écrits et les rapports des organismes, il est reconnu que les SF se heurtent à différents obstacles imputables à différents facteurs pour remplir le potentiel de leur rôle et assurer l'exercice effectif de leur pratique notamment dans le champ de la santé maternelle et reproductive. Ceci justifie la vague des appels internationaux et les efforts

entrepris depuis plusieurs années qui font l'objet d'une attention croissante afin de renforcer le rôle professionnel des SF.

2.3.4 Barrières à l'exercice du rôle de la sage-femme

La présente section montre les résultats d'un bon nombre d'études et d'écrits (rapport et livre) qui ont fait ressortir les facteurs contraignants au rôle de la SF à travers différents contextes australien, nord-américain, européen, et dans les pays arabes; et aussi à travers plusieurs pays en développement, et francophones affichant des chiffres élevés de mortalité maternelle et néonatale. Elle met l'accent sur les recommandations qui s'avèrent être consensuelles quant au renforcement du rôle de la SF.

En Australie, plusieurs études retracent les obstacles que confrontent les SF dans leur pratique. Selon Brodie (2002), des barrières complexes relevant de plusieurs niveaux interagissent afin de contraindre le rôle de la SF. Le manque de reconnaissance professionnelle de la SF et de son rôle ainsi que le manque de sa visibilité au sein de la société s'avèrent être des barrières à la capacité des SF à contribuer significativement à l'amélioration de la santé des femmes. Des barrières structurelles ont également été identifiées telles que l'organisation des soins périnataux et la philosophie des soins qui favorisent la domination des modèles médicaux de soins encourageant d'une part la subordination de la profession SF à l'autorité médicale et d'autre part le contrôle de la profession par les infirmières. Ainsi, la culture organisationnelle d'un management médical « *high-tech* » qui met l'emphase sur la primauté de la responsabilité médicale de ces soins aboutit à un champ de pratique de SF limité et à un manque d'autonomie dans les processus de prise de décisions. Les autres barrières identifiées comme étant significatives et contribuant à la diminution de la capacité des SF à fournir des services efficaces résident en une pénurie de SF et en un environnement de pratique stressant caractérisé par une charge de travail lourde. La formation initiale des SF basée sur un modèle de prise en charge biomédicale et le manque d'accès à une formation continue pour certaines SF ont été rapportés comme étant des obstacles à la pratique. À un niveau environnemental plus large, les facteurs légaux ont été impliqués dans le manque de visibilité de

la SF par la société. En résumé, cette crise caractérisant la profession de SF a plusieurs origines selon la perception des SF elles-mêmes : les structures organisationnelles existantes incluant un système de dispensation des soins et une culture organisationnelle qui empêchent les SF de remplir leur rôle et contribuent à leur manque de confiance en elles-mêmes. Le système d'éducation et la régulation sont des facteurs contribuant aussi au maintien de la subordination et au manque de visibilité de la SF dans la communauté et au sein du système de soins. Afin de remédier à cette situation, les stratégies identifiées par les SF ont trait à des changements systémiques qui s'imposent au niveau de l'organisation des soins de santé maternelle, à des réformes radicales au niveau du système d'éducation et de régulation et finalement à des activités de plaider pour promouvoir les soins fournis par les SF.

Une autre étude menée par Homer et al. (2009) a rapporté les mêmes barrières à l'accomplissement du rôle de la SF en Australie tout en soulignant celles ayant trait aux caractéristiques individuelles des SF. Les obstacles identifiés par les SF et par les femmes comme ayant inéluctablement un impact sur la pratique des SF et sur l'offre d'un modèle de soins continus se situent à deux niveaux : i) individuel : il s'agit des connaissances, des compétences et des attitudes des SF; et, ii) organisationnel : il s'agit de la rigidité des systèmes de santé, du style de management et finalement de la domination médicale. Quant aux barrières à l'accomplissement du rôle de la SF en général, celles-ci incluaient : un manque d'opportunité de pratiquer dans le champ complet des soins obstétricaux; le manque de visibilité dans la pratique et la régulation; la domination de la profession médicale; les pénuries de la force de travail; le système institutionnel des soins de périnatalité; et, le manque d'une image claire de la SF au sein de la communauté plus large. L'importance d'éliminer ces barrières afin de permettre aux SF de remplir leur rôle et de fournir des soins centrés sur la femme en Australie consiste à porter une attention particulière à la régulation, à l'éducation, au développement professionnel continu, et à la conscientisation communautaire au rôle de la SF.

Aux États-Unis, Goodman (2007) a examiné les facteurs sous-jacents à la marginalisation et à la sous-utilisation des SF en dépit des preuves documentaires quant à la

rentabilité (l'efficience), la sécurité et la satisfaction des patientes à l'égard de leurs services. Ces facteurs incluaient l'hégémonie biomédicale - soit la domination des médecins dans le système de santé - ainsi que des facteurs politiques et économiques. Aussi, les politiques de santé à travers les législations et les règlements protègent les intérêts économiques des médecins et favorisent le contrôle institutionnel des services médicaux et ce, en minimisant la compétition par les SF. En somme, un système de santé basé sur un paradigme favorisant l'intérêt économique des institutions et des médecins plutôt que la satisfaction des besoins des femmes par des soins de santé efficaces et de haute qualité, est considéré comme un grand obstacle à la pratique de SF aux États-Unis.

En Belgique, les barrières à remplir le rôle des SF et à fournir une approche centrée sur la femme (Van kelst, Spitz, Sermeus, & Thomson, 2013) ont été identifiées comme étant : i) le modèle médical (modèles de soins gérés par les obstétriciens) qui prévaut actuellement dans le domaine des soins de santé maternelle; ii) le manque de visibilité des SF dans la société; et iii) des facteurs environnementaux. Dans cette dernière catégorie, l'environnement éducationnel et précisément la formation de base des SF dans un milieu de pratique hautement médicalisé ne semble pas être propice pour les préparer à remplir leur futur rôle selon une approche centrée sur la femme; et en dernier, la culture des femmes et leur passivité à l'égard du processus décisionnel relatif à leurs soins aide à perpétuer le recours à l'approche médicalisée de la naissance par les médecins.

En Italie, les SF semblent être soumises à la domination médicale hiérarchique et fonctionnelle qui les empêche de gagner leur autonomie professionnelle et de renforcer leur identité. Elles subissent aussi une fragmentation au sein de leur profession et éprouvent un manque de confiance envers leur association professionnelle qui ne détient pas le pouvoir pour faire le plaidoyer pour la profession. Ces facteurs sont à l'origine de leur frustration et de leur mécontentement et semblent limiter la possibilité des SF italiennes de devenir une profession indépendante (Spina, 2013). Les recommandations de l'auteur ont concerné surtout le

renforcement de leurs capacités et la délimitation de leurs frontières juridictionnelles de manière à devenir indépendantes de la tutelle de la profession médicale.

Dans la région arabe (Jordanie, Liban, territoire palestinien occupé), les barrières que confrontent les SF pour remplir leur rôle ne diffèrent pas de celles identifiées dans les pays précités.

En Jordanie, Shaban et al. (2012) ont identifié six catégories de barrières qui peuvent empêcher les SF de fournir des soins de santé primaires efficaces : i) un manque de reconnaissance professionnelle des SF; ii) un manque de reconnaissance du statut de SF et une mauvaise image au sein de la société; iii) un environnement de travail défavorable marqué par des niveaux de stress élevés au travail et une trop lourde charge de travail; iv) la prédominance du modèle médical au niveau des services de santé; v) des problèmes relatifs à la qualité de la formation SF en termes de compétences des enseignantes pour encadrer les étudiantes SF; et finalement, vi) un manque d'opportunités d'avoir accès à une formation continue durant la pratique. Les stratégies recommandées ont porté sur : le développement de la formation; la nécessité d'une régulation forte et efficace; la nécessité de fournir un support aux SF lors de leur pratique et une description claire de leurs tâches; la création d'un réseau national de consommateurs; et finalement, la promotion de leaders SF pour plaider en faveur de la profession.

Dans le territoire palestinien occupé, les SF confrontent aussi de grandes difficultés à remplir leur rôle et à fournir des services des soins de santé maternelle de qualité (Hassan-Bitar & Narrainen, 2011). Les difficultés majeures étaient relatives à un environnement de travail caractérisé par des contraintes liées aux ressources. D'autres barrières portaient également sur une charge de travail élevée, des attitudes humiliantes envers les SF dans le lieu de travail, un manque de supervision et une absence de support professionnel. Les SF sont considérées comme étant les professionnels de la santé occupant la position la plus inférieure dans le système hiérarchique des professionnels de la santé. Les recommandations émises ont porté sur

la nécessité de développer les connaissances relatives au domaine professionnel SF, et de fonder leurs pratiques sur les données probantes. Aussi, une priorité à respecter serait de créer un groupe professionnel capable de fournir le support nécessaire aux SF et de défendre leurs droits.

Au Liban, des facteurs contextuels exerçant une influence négative sur la pratique des SF ont été rapportés dans deux études. DeJong, Akik, El Kak, Osman, and El-Jardali (2010) dans leur étude portant sur la distribution et la nature de la fourniture des soins de santé maternelle ont attiré l'attention sur le fait que les politiques et les règlements des hôpitaux au Liban constituent une barrière à l'autonomie de la pratique SF en les privant de l'autorité reliée au rôle comme l'accès aux privilèges hospitaliers. La prédominance du modèle de soins obstétricaux gérés par les médecins au Liban contribue à la marginalisation des SF et à la transformation de leur rôle en une infirmière obstétricale limitant de ce fait leur contribution à l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

De même, Kabakian-Khasholian, Kaddour, DeJong, Shayboub, and Nassar (2007) en analysant les facteurs environnementaux responsables des taux élevés de césarienne au Liban ont classé les SF comme un groupe ayant un faible pouvoir parmi les différents groupes d'acteurs impliqués dans la résolution de cette problématique au Liban. Parmi les barrières influençant les politiques de réduction de césarienne, ils ont identifié la minimisation du rôle de la SF assimilé à celui d'une infirmière obstétricale surtout dans les régions urbaines. Aussi, le manque de support professionnel en termes d'inexistence d'ordre professionnel constitue un obstacle à défendre le rôle des SF libanaises et à pouvoir exercer leur profession en adoptant la pratique autonome.

Le rapport de l'UNFPA sur « L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2011 » (*The State of the World's Midwifery 2011*) met aussi en lumière un éventail de problèmes concernant la situation des SF et le renforcement de cette main-d'œuvre. Le rapport repose sur des enquêtes effectuées dans 58 PED caractérisés par une mortalité maternelle et néonatale élevée. L'analyse des données ainsi colligées a montré de nombreux obstacles qui affectent les

SF en termes d'effectifs, d'évolution de la profession et d'efficacité. Principalement, un déficit au niveau de trois éléments a été rapporté soit de compétences, de couverture et d'accès. Ce déficit s'est avéré relevant majoritairement des problèmes liés à la formation, aux cadres réglementaire et politique, aux associations professionnelles et à l'aide extérieure. En effet, le rapport met en exergue une insuffisance soulevée à plusieurs niveaux, soit au niveau de: i) la quantité et de la qualité des SF soit des effectifs et des compétences essentielles des SF et autres personnels ayant les compétences de la SF; ii) la capacité de la réglementation d'assurer l'autonomie professionnelle des SF et de protéger le public; iii) la capacité des filières éducatives de s'aligner aux directives internationales et normes optimales en matière de programmes d'enseignement, de ressources humaines et éducatives et de supervision; iv) la force des associations professionnelles et de leur capacité à soutenir les SF vu leur fragilité, leur développement récent ou leur intégration avec d'autres associations infirmières; et, v) l'application des politiques de santé maternelle et néonatale pour améliorer les compétences et les effectifs des SF. Afin d'accroître l'accès des femmes à des services de SF de qualité et de garantir leur droit aux meilleurs soins de santé reproductive, les recommandations du rapport touchent à différents acteurs (gouvernements, organismes de réglementation, établissements d'enseignement, associations professionnelles des SF, organisations internationales et bailleurs de fonds). Elles portent essentiellement sur la nécessité de : i) promouvoir l'autonomie de la profession SF et d'investir dans la gestion des ressources humaines pour attirer et fidéliser les personnels de santé maternelle et gérer les carrières, par les gouvernements; ii) établir un cadre réglementaire délimitant les modalités de la formation et des soins; iii) renforcer les capacités des établissements d'enseignement pour assurer un perfectionnement professionnel et la maîtrise des compétences conformes aux normes mondiales; iv) renforcer le rôle des associations professionnelles pour améliorer les conditions et le statut des SF et protéger la population; et finalement, v) soutenir les programmes d'amélioration des soins de maternité et de renforcement de la pratique SF et ce par les différents organismes donateurs internationaux.

Quant au dernier rapport mondial sur « L'État de la pratique de sage-femme dans le monde 2014 » (*The State of the World's Midwifery 2014*), récemment publié en Juin 2014, par

l'UNFPA, l'OMS et la Confédération internationale des sages-femmes (ICM) (2014), lors du 30e Congrès triennal, il met de nouveau l'emphase sur ces barrières dans les pays de l'Afrique francophone, en recommandant de mettre en place une politique visant l'augmentation de la production des professionnels compétents en soins de SF, entre autres les SF elles-mêmes, ainsi que l'amélioration de leur déploiement et de leur fidélisation. Les mêmes suggestions sont émises et concernent essentiellement les efforts à entamer pour : une meilleure reconnaissance de la profession SF, un renforcement de la formation et un encadrement adéquat, une amélioration de l'environnement de pratique, de la régulation; et finalement pour implanter des mesures d'accompagnement et des stratégies efficaces de déploiement et de fidélisation, et ce afin d'améliorer la qualité des soins fournis.

En 2013 est paru un ouvrage rédigé principalement par des SF francophones (Afrique subsaharienne et du Nord, Moyen-Orient, Europe, Haïti) (Hatem, 2013) décrivant leurs propres expériences quant aux obstacles auxquels elles font face dans leur pratique les empêchant de remplir leur rôle en tant que personnel qualifié possédant les compétences essentielles pour contribuer à l'atteinte des OMDs 4 et 5. Ces obstacles concernent la formation, le cadre et le champ de pratique. Selon la plupart des auteurs des chapitres de l'ouvrage, la formation des SF francophones est marquée par une insuffisance et un manque de préparation à avoir une approche réflexive sur leur pratique et sur le bien-fondé de leurs interventions et à émettre des recommandations quant aux meilleures pratiques. En ce qui a trait au cadre de leur pratique, celui-ci souffrirait d'une réglementation inadéquate qui contribue au manque de : leur visibilité sociale, leur reconnaissance et la valorisation de la profession. Finalement, une insuffisance de délimitation de leur champ de pratique engendrerait un certain nombre de difficultés telles que les conflits de rôles avec d'autres professionnels de la santé, l'insécurité et l'indécision dans l'accomplissement de leurs tâches. Majoritairement, en raison de l'absence d'organisation professionnelle reconnue, l'implication des SF dans l'élaboration des politiques en matière de santé maternelle et infantile est quasi absente dans la plupart des pays représentés. De plus, leur environnement de travail est marqué par un manque de ressources matérielles, et un manque de la mise à jour de leurs connaissances par des formations continues.

Les stratégies recommandées par les auteures, pour atteindre l'objectif de fournir un professionnel qualifié, dispensant des soins de qualité dans une approche humaniste, et capable de faire face à la mortalité maternelle et infantile, incluent plusieurs dimensions, essentiellement : i) une réglementation de la profession et une législation pour acquérir une autonomie professionnelle; ii) une formation adéquate pour permettre à la SF de développer des compétences adaptées aux tâches à accomplir ; et, iii) une organisation de la pratique pour favoriser la reconnaissance, la visibilité et améliorer la motivation à remplir le rôle (ex. des conditions d'exercice et un environnement de pratique satisfaisants).

En guise de conclusion, les écrits scientifiques recensés, empiriques, biographiques et historiques montrent que la réalité actuelle de la profession de SF semble être analogue à travers des contextes bien disparates. Les résultats traitent des barrières à différents niveaux quant au rôle de la SF. Celles considérées principales et évoquées consensuellement dans ces écrits concernent : i) l'éducation et la formation en termes de manque d'alignement aux directives internationales et normes optimales en matière de programmes d'enseignement, de ressources humaines et éducatives; ii) un cadre législatif et une réglementation de la profession non favorables à l'autonomie de la SF; iii) un environnement de travail défavorable en termes d'infrastructures, de ressources matérielles, de support managérial et de collaboration interprofessionnelle; et, iv) finalement un contexte social qui porte un regard dévalorisant sur le statut de la SF et témoigne un manque de reconnaissance publique à son égard. À cet effet, en se fiant à ces résultats qui sont devenus édifiants, les recommandations mettent majoritairement l'accent sur la nécessité de considérer, au-delà de l'éducation et de la formation des SF, différents facteurs intervenant au niveau de l'organisation de la profession, de son environnement de pratique, de la place de la SF dans le système de soins et les différentes politiques de santé et de sa visibilité dans la société au plus large. Ces recommandations sont pleinement consolidées par la série spéciale de « *The Lancet* » sur la pratique de SF lancée en Juin 2014 qui recommande d'investir dans la pratique de SF en agissant sur leur éducation, leur réglementation, leur environnement de travail et la gestion des ressources humaines en santé, au

niveau du système de soins des pays ravagés par la mortalité maternelle et néonatale, afin d'améliorer la qualité des soins fournis aux femmes et aux nouveau-nés (The Lancet, 2014).

La nécessité d'adopter un changement à ces niveaux est consolidée par ces écrits qui mettent l'emphase sur la nécessité de dépasser simultanément l'ensemble de ces barrières si le rôle de la SF doit être amplement et clairement rempli conformément au champ de pratique défini par l'ICM. Ainsi, les données découlant de la littérature recensée sont concordantes. Les objectifs d'une intervention pour renforcer le rôle de la SF ne se limiteraient donc pas strictement au développement des compétences professionnelles à travers l'éducation et la formation. Ils dépassent largement le champ éducationnel et visent à remplir le rôle de la SF conformément à celui défini par l'ICM afin d'assurer des soins de qualité. Les droits et le champ de pratique - conformément à ceux reconnus par l'ICM - et la place de la SF dans la société relèvent des systèmes socioculturel et disciplinaire qui s'avèrent être selon Hatem-Asmar (1997) en interaction avec le système éducationnel dans lequel évolue la SF et tout autre professionnel de la santé.

2.4 L'analyse de l'implantation dans le domaine du rôle professionnel de la santé

Cette section se rapporte à l'évaluation de l'implantation dans le domaine du rôle professionnel de la santé. La première partie présente un rappel théorique sur les types de recherche évaluative et les différentes approches de l'analyse de l'implantation. La deuxième partie présente les résultats des études empiriques portant sur l'évaluation touchant à l'implantation des stratégies de changement d'un rôle professionnel en général et celui de la SF en particulier. Une synthèse de la littérature permet de mettre l'accent sur les lacunes de connaissances à combler par la présente recherche.

2.4.1 Rappel théorique sur la recherche évaluative et l'analyse de l'implantation des interventions

Différentes définitions caractérisant l'évaluation ont été suggérées par les principaux auteurs du champ spécialisé de l'Évaluation. Une définition englobante proposée par Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz, and Denis (2011, p. 52) a tenté de regrouper les éléments-clés des différentes définitions. Ainsi, selon ces auteurs, évaluer est défini comme :

« Porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes en mettant en œuvre un dispositif capable de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes [...], l'objectif étant de faire en sorte que les différents acteurs concernés, dont les champs de jugement sont parfois différents, soient en mesure de prendre position sur l'intervention pour qu'ils puissent construire, individuellement ou collectivement, un jugement susceptible de se traduire en actions ».

Il n'existe pas de classification convenue des types de recherche évaluative. De nombreuses variations quant aux types d'évaluations servant à diverses fins sont retrouvées dans la littérature. Champagne, Contandriopoulos, et al. (2011) décomposent la recherche évaluative en six types d'analyse portant sur la pertinence, la logique, la productivité, **l'implantation**, les effets et l'efficacité d'une intervention faisant appel à diverses stratégies de

recherche. Alors que d'autres la classent sous trois types ayant trait à l'évaluation des besoins connue aussi sous le nom d'analyse diagnostique, de l'implantation (ou des processus), et à l'évaluation des effets (Mendel, Meredith, Schoenbaum, Sherbourne, & Wells, 2008; Paquette & Chagnon, 2000; Stetler et al., 2006).

Ces différents types sont considérés sous deux catégories de finalités à l'évaluation soit: i) formative effectuée lors du déroulement de l'intervention afin de l'ajuster et d'améliorer sa mise en œuvre; et, ii) sommative réalisée afin de vérifier l'atteinte des résultats visés par l'intervention, et rendre des comptes (Ridde & Dagenais, 2009).

Parmi ces différents types, nous centrons notre intérêt sur l'analyse de l'implantation, objet de notre thèse. Dans l'état actuel des connaissances, l'analyse de l'implantation ne dispose pas de définition consensuelle (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011). Néanmoins, il existe un consensus évident quant à la finalité de cette démarche, connue aussi sous le nom de l'analyse des conditions de la production des effets ou aussi l'évaluation des processus, qui consiste à révéler le contenu de la « boîte noire » que constitue l'intervention, soit rendre explicite l'influence du contexte sur sa mise en œuvre et sur l'atteinte des résultats (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011; Damschroder et al., 2009; Love, 2004). La pertinence d'effectuer une telle analyse étant de mieux comprendre la dynamique de l'implantation, de réduire les risques d'échec du changement visé par une intervention et de ne pas commettre l'erreur de type III, soit tirer des conclusions erronées sur l'efficacité de l'intervention (Barry, Domitrovich, & Lara, 2005; Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011). Plusieurs auteurs soutiennent cette approche étant donné qu'elle permet de surveiller l'évolution du processus, d'anticiper les problèmes, de tenir compte des enjeux qui risquent de compromettre la viabilité de l'intervention et conséquemment d'effectuer les réajustements nécessaires et de réorienter la démarche en cours de route (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011; Damschroder et al., 2009; Patton, 1997). L'analyse de l'implantation représente une forme d'évaluation formative dans la mesure où elle permet de produire des informations utiles pour améliorer la manière dont les activités d'une

intervention sont mises en œuvre (Champagne, Contandriopoulos, et al., 2011; Ridde & Dagenais, 2009).

L'analyse de l'implantation est considérée sous plusieurs angles. Un modèle universel adopté à l'unanimité par les différents tenants de la recherche évaluative ne semble pas exister. Nous présentons en résumé cinq approches qui permettent d'appréhender le processus d'implantation d'une intervention : l'approche élaborée par Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al. (2011), l'approche de Love (2004), l'approche de Patton (1997), l'analyse selon Stetler et al. (2006) et en définitive l'évaluation réaliste de Pawson and Tilley (2004).

Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al. (2011) adoptent une typologie de l'analyse de l'implantation comportant quatre composantes : les types 1-a, 1-b, 2 et 3. Ces différents types couvrent les « relations entre l'intervention, ses composantes et le contexte, en regard de la production des effets » (Champagne, Contandriopoulos, et al., 2011, p. 69) :

- Type 1-a : Ce type consiste en l'analyse de la transformation de l'intervention; il consiste à expliquer l'adaptation de l'intervention au contexte dans lequel elle est implantée en retraçant dans le temps le changement qu'elle subit de forme, d'envergure, et de nature;
- Type 1-b : Il s'agit de l'analyse des déterminants contextuels du degré de mise en œuvre de l'intervention; elle vise à identifier l'écart entre l'intervention planifiée et celle mise en œuvre et à expliquer l'influence des caractéristiques contextuelles du milieu d'implantation à l'origine des variations observées dans le degré de mise en œuvre;
- Type 2 : Analyse de l'influence des variations dans le processus d'implantation sur les effets observés : elle correspond à l'étude de l'influence du degré de mise en œuvre de l'intervention sur les effets observés; elle permet d'identifier les composantes de l'intervention incriminées dans l'atteinte des résultats escomptés;
- Type 3 : Analyse de l'influence de l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention elle-même sur les effets observés. Elle consiste à expliquer l'interaction du contexte d'implantation, sous forme synergique ou antagonique, avec l'intervention dans la

production des effets. Elle permet d'identifier les principaux enjeux à prendre en considération afin de réduire les risques d'échec de l'intervention.

Love (2004) utilise le terme évaluation de l'implantation au sens large pour répondre à des questions que ce soit au niveau de l'évaluation des besoins et de la faisabilité, de la planification et de la conception, de l'opérationnalisation et finalement de l'amélioration de l'intervention. A ces différentes phases de l'intervention considérées par l'auteur, l'accent est mis sur une composante essentielle qui consiste à comprendre les barrières et les facteurs facilitateurs à l'implantation, les forces et les faiblesses de l'intervention.

De sa part, Patton (1997) propose cinq dimensions dans l'analyse de l'implantation : l'évaluation de l'effort, le monitoring du programme, l'évaluation du processus, l'évaluation des composantes et la spécification du traitement. Sa typologie est empreinte de limites tel que souligné par Champagne and Denis (1992), entres autres l'absence d'explication de l'écart observé entre l'intervention planifiée et celle implantée.

- Les deux premières dimensions (l'évaluation de l'effort, le monitoring du programme) consistent à documenter et à suivre la quantité et la qualité des activités mises en place par rapport à celles planifiées soit le niveau d'opérationnalisation d'une intervention;
- L'évaluation du processus : Elle cherche à trouver des explications et à saisir comment les caractéristiques contextuelles influencent les effets observés suite à l'introduction d'une intervention;
- L'évaluation des composantes : Elle fait référence à l'évaluation des différentes composantes d'une intervention. Elle englobe des questions d'évaluation relatives au fonctionnement d'une composante particulière de l'intervention soit son influence sur les effets observés et ce, afin de reconnaître les éléments de réussite de l'intervention et pouvoir la reproduire dans d'autres contextes ; et
- La spécification du traitement : Il s'agit d'identifier les éléments d'une intervention qui sont censés influencer les résultats soit de comprendre comment les variations dans le degré de

mise en œuvre peuvent influencer les résultats obtenus; elle vise à valider la théorie d'action d'une intervention.

S'intéressant aux apports de l'évaluation et des améliorations générées en cours de route, Stetler et al. (2006) soutiennent qu'il convient d'adopter deux types d'analyse de l'implantation dans le cadre d'une approche principale qu'est l'évaluation formative. Ces types sont : l'évaluation axée sur l'implantation (*implementation-focused evaluation*), et l'évaluation des progrès (*progress-focused evaluation*) :

- L'évaluation axée sur l'implantation : Elle a lieu tout au long de l'étape de mise en œuvre de l'intervention. Elle sert à analyser les écarts entre l'intervention planifiée et celle opérationnalisée et à identifier les facteurs d'influence qui n'ont pas été anticipés par des activités lors de l'étape de développement. Les données résultant de ce type d'évaluation servent à optimiser la possibilité d'affecter le changement en réglant les obstacles en cours, et à renforcer les leviers de changement repérés, et finalement à raffiner les composantes de l'intervention;
- L'évaluation des progrès : Ce type d'évaluation se produit au cours de la mise en œuvre de l'intervention, mais porte essentiellement sur les impacts et sur les indicateurs de progression vers les résultats.

Pawson and Tilley (2004) proposent une approche d'évaluation basée sur la théorie connue sous le nom d'évaluation réaliste (*realistic evaluation*). Leur apport principal consiste en l'énonciation du complexe contexte-mécanisme-effet pour expliquer le fonctionnement des interventions. Le but étant d'expliquer et de comprendre comment le mécanisme d'une intervention produit un résultat donné dans un type de contexte donné. Les trois éléments clés du complexe englobent :

- Le contexte qui fait référence aux conditions sociales et culturelles dans lesquelles une intervention est mise en œuvre et à leur influence sur les mécanismes de production des effets. Il dépend de la nature de l'intervention en question et peut englober aussi les relations

interpersonnelles et les conditions économiques et technologiques. Le contexte peut améliorer ou nuire au fonctionnement d'une intervention;

- Les mécanismes qui décrivent une ou plusieurs composantes de l'intervention ou même une série d'étapes qui déclenchent le changement. Ils expliquent aussi la logique d'une intervention;
- Les effets qui portent sur les résultats d'une intervention produits suite aux mécanismes mis en place dans des contextes spécifiques. Ils comprennent les conséquences prévues et imprévues des interventions, résultant de l'activation des divers mécanismes dans différents contextes.

En guise de conclusion, quelles que soient les nuances notées au regard des différentes approches d'analyse de l'implantation présentées et le manque de langage commun dans la littérature, les auteurs s'accordent à stipuler que ce type d'analyse s'avère comme une analyse incontournable pour comprendre les raisons de succès ou d'échec d'une intervention. En effet, la qualité de l'implantation d'une intervention semble affecter son efficacité (Barry et al., 2005; Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011; Love, 2004).

2.4.2 Revue des études empiriques portant sur l'analyse de l'implantation dans le domaine du rôle professionnel de la santé

La présente recension des écrits donne un aperçu des principaux facteurs impliqués dans le processus d'implantation des différentes stratégies de changement du rôle professionnel ou de gestion des compétences « *skill management* » selon la terminologie adoptée par Dubois and Singh (2009). Nous ne prétendons pas avoir inclus toutes les études relatives à l'analyse de l'implantation de ces différentes stratégies. Cependant, nous avons tenté d'être le plus exhaustif possible afin de dresser un portrait complet de l'objet à l'étude.

Dans un premier temps, nous abordons les facteurs influençant l'implantation des stratégies de changement ayant porté sur le rôle professionnel de la SF. Trois types de changement ciblés par les écrits sont présentés, soit le renforcement, l'innovation et le « *task shifting* ». Au niveau de l'innovation, la majorité des études répertoriées se sont focalisées sur

l'implantation d'un rôle innovateur en pratique infirmière avancée (PIA) considérant la SF comme partie intégrante de ce type de changement. Concernant l'implantation des stratégies de renforcement, la revue de la littérature a ciblé principalement les modèles de pratique SF; et finalement, en ce qui a trait au « *task shifting* », nous présentons une revue systématique récente qui s'est intéressée à analyser les barrières et les facilitateurs à l'implantation des interventions ciblant spécifiquement les SF.

La 2^{ème} partie de la recension porte sur l'identification des conditions contextuelles affectant l'implantation des stratégies de changement d'un rôle professionnel d'une manière générale, sans spécifier la catégorie de professionnels, et sans creuser la manière dont chaque type de changement s'est implanté.

2.4.2.1 Facteurs affectant l'implantation d'une stratégie de changement dans le champ de pratique sage-femme

Changement de type renforcement du rôle

Les écrits à ce sujet se sont intéressés majoritairement aux facteurs influençant l'implantation des modèles de pratique SF. Un bon nombre de publications fait référence aux facilitateurs et aux barrières à l'implantation des modèles de gestion du cas et à d'autres modèles (modèle chambre de naissance, modèle d'approche d'équipe, unités de maternité SF) dans différents pays tels que l'Australie, l'Angleterre, etc. Les facteurs jouant un rôle sur l'implantation et proposés empiriquement se regroupent en facteurs contextuels et individuels.

Facteurs liés au contexte

Ces facteurs sont dispersés sous les catégories contexte organisationnel et politique; ils regroupent :

- *La volonté politique* : Le manque de volonté politique est souligné parmi les nombreux facteurs empêchant l'expansion des modèles de pratique SF (Boxall & Flitcroft, 2007; DeMaria, Campero, Vidler, & Walker, 2012). Par contre, des politiques de réforme des services de santé

permettent de revitaliser le domaine de santé maternelle et de mettre en œuvre les modèles de continuité de soins (Tracy, Hartz, Nicholl, McCann, & Latta, 2005).

- *La tension entre le modèle médical et la philosophie de soins centrée sur la femme* : Ce facteur est d'une importance vitale influençant l'expansion des modèles. Les philosophies de soins divergentes soit les différences d'approches entre les médecins et les SF et le manque de vision partagée quant à la promotion de l'accouchement physiologique et l'approche de soins centrée sur la femme au sein d'une unité obstétricale sont à l'origine de la résistance à l'expansion des modèles et au manque de support du corps médical à l'égard de leur implantation (DeMaria et al., 2012; Walton, Yiannousiz, & Gatsby, 2005).

- *Le support des médecins et des gestionnaires* : Il s'agit d'un facteur récurrent dans la quasi-totalité des études investiguées (Boxall & Flitcroft, 2007; Brown & Dietsch, 2013; DeMaria et al., 2012; Hartz, Foureur, & Tracy, 2012; Keleher, Round, & Wilson, 2002; Reiger, 2008; Scherman, Smith, & Davidson, 2008; Tracy et al., 2005; Walton et al., 2005). Un support solide de la part des médecins (ex. obstétriciens, anesthésistes) se présente comme un facilitateur de premier plan et d'une importance indiscutable pour mettre en œuvre des modèles favorisant l'autonomie de la pratique SF (Hartz, White, et al., 2012; Keleher et al., 2002; Scherman et al., 2008). Un des obstacles empêchant l'expansion des modèles de pratique SF en Angleterre et en Australie, réside en la résistance du groupe médical puissant qui cherche à protéger ses propres intérêts (Boxall & Flitcroft, 2007) et qui détient une position dominante au niveau des services de maternité (Brown & Dietsch, 2013; Tracy et al., 2005; Walton et al., 2005). Cette vive opposition du groupe représentatif des médecins à l'expansion de ces modèles en Australie - sous prétexte d'exposer les femmes à un risque maternel et néonatal - exerce une influence sur les décideurs politiques susceptibles d'adopter une approche extrêmement prudente quant à la réorganisation des services de santé maternelle.

À travers les différentes études, les principaux motifs de cette résistance se sont avérés en lien avec : i) un manque de familiarité, une exposition limitée des médecins à ces modèles, une confusion quant à la signification et à l'importance de ces modèles (Walton et al., 2005) et une méconnaissance de leurs avantages pour les femmes (Brown & Dietsch, 2013); ii) un

manque de reconnaissance, de confiance et de respect des SF (Reiger, 2008) et une remise en question de leurs capacités à gérer les complications de la période périnatale, et la concurrence potentielle pour obtenir un emploi avec les médecins (DeMaria et al., 2012).

Pour ce qui concerne les gestionnaires et les responsables des unités, leur support est rapporté comme une condition facilitant l'implantation des modèles de pratique SF (Keleher et al., 2002).

- *Les ressources* : La disponibilité des ressources est également un facteur influent du contexte. Le financement pour instaurer les modèles de pratique SF en dehors des hôpitaux demeure limité retardant par conséquent l'expansion des modèles communautaires (Boxall & Flitcroft, 2007). La réallocation des ressources à différents niveaux (local et national) afin d'assurer les besoins éducatifs et le développement professionnel des SF envisageant d'exercer dans un modèle de gestion de cas est documentée comme condition nécessaire pour réussir l'implantation du changement (Brown & Dietsch, 2013; Fahy, 2012). En effet, les modes de financement de ces modèles doivent permettre de conférer aux SF un certain degré de flexibilité au niveau de leurs méthodes de travail, de leurs pratiques et de la répartition de leurs charges de travail. Un financement adéquat pour réformer les services de maternité, entre autres, pour implanter des modèles de pratique SF en Angleterre, a été jugé favorable à l'implantation étant donné qu'il permettrait l'embauche des gestionnaires de projets ayant les capacités de fournir des directives et d'instaurer une bonne dynamique du changement relatif aux programmes des services de maternité (Keleher et al., 2002).

D'autres ressources faisant obstacle à la mise en œuvre des modèles de gestion du cas ont été identifiées comme la pénurie de la main-d'œuvre médicale et obstétricale (Brown & Dietsch, 2013). De fait, lors de l'implantation de ces modèles, la dotation en personnel se révèle une condition inéluctable pour réussir le processus. Une pénurie globale en SF rendrait difficile d'assumer de nouvelles responsabilités et d'effectuer des tâches supplémentaires aux tâches habituelles et conséquemment restreindrait le potentiel de réussite de l'implantation (Keleher et al., 2002). Outre les ressources financières et humaines, le manque de ressources matérielles

telles que les équipements pour faciliter le travail et l'accouchement normaux ont été soulignés par Walton et al. (2005) lors de l'implantation d'un modèle de pratique SF sous forme de chambre de naissance au sein d'une unité obstétricale.

- *La collaboration* : La réussite de la mise en œuvre des modèles de pratique SF est attribuable aux relations de collaboration et de coopération entre les SF et les obstétriciens et ce, à tous les niveaux des services de maternité (Brown & Dietsch, 2013; Hartz, Foureur, et al., 2012).

Facteurs individuels

- *Attitudes des SF* : Une nouvelle configuration des tâches des SF exigeant une disponibilité continue est à l'origine d'une crainte d'un épuisement professionnel et d'un déséquilibre de la vie personnelle et professionnelle et conséquemment d'un manque ou du refus d'implication dans l'implantation des modèles de gestion du cas (Hartz, White, et al., 2012). Des attitudes de refus d'exercer à travers tout le continuum de soins sont documentées. À titre d'exemple, les attitudes des SF qui préfèrent travailler dans un seul secteur (par exemple, salle de travail ou post-partum) ont été fréquemment citées comme un obstacle au changement (Keleher et al., 2002). En revanche, une équipe de SF dévouée et expérimentée engagée à mettre en œuvre un nouveau modèle de continuité de soins est un facilitateur (Scherman et al., 2008; Tracy et al., 2005).

- *Compétences des SF* : Le manque de compétences des SF pour gérer un travail normal ainsi que l'expertise limitée pour fournir un support aux femmes sans avoir recours à des moyens analgésiques, et pour effectuer une auscultation intermittente de l'état fœtal sont des facteurs à prendre en considération (Walton et al., 2005). Un déficit au niveau de l'implantation des modèles de pratique SF tel que prévu est attribuable au manque de connaissances, de compétences et de confiance des SF en elles-mêmes; souvent, ces dernières sont appelées à virer d'un modèle médical obstétrical à un modèle de soins continus en l'absence de formation et de préparation en raison des restrictions financières imposées au domaine de la formation et l'évaluation des SF (Fahy, 2012).

Changement de type innovation

Avant d'aborder l'évaluation de l'implantation de type nouveau rôle avancé infirmier et SF, il convient de justifier le choix de ce type de stratégie et l'importance qui lui a été accordée en présentant les divers éléments qui nous ont poussés à approfondir ce thème :

1. Les IPA (infirmières en pratique avancée) ont un profil similaire aux SF et leur introduction requiert la mise en œuvre d'un champ de pratique autonome et distinctif du champ médical en termes de responsabilité. Elles possèdent les compétences essentielles de la pratique avancée et peuvent donc être considérées comme exerçant à un niveau avancé (Begley et al., 2010);
2. La PIA couvre une vaste gamme de pratiques et abrite différentes catégories de rôles avancés (les infirmières praticiennes avancées, les infirmières cliniciennes spécialisées, les infirmières consultantes), entre autres figure la catégorie infirmière-SF considérée dans bon nombre de pays (ex. États-Unis, Royaume-Uni) comme un rôle infirmier avancé (Delamaire & Lafortune, 2010). Par exemple, aux États-Unis, parmi les quatre rôles d'infirmier(e) possibles autorisés à exercer en PIA, figure l'infirmière-SF certifiée « *certified nurse-midwife* » (Chang, Gardner, Duffield, & Ramis, 2012; Ketefian et al., 2001). Aussi, en Irlande, la PIA comprend la pratique infirmière et SF avancée définie comme une pratique effectuée par des praticiennes ayant un degré d'expertise pratique, autonomes et possédant les compétences requises, aussi bien redevables et assumant la responsabilité de leur propre pratique (Begley et al., 2010; Furlong & Smith, 2005). La PIA englobe aussi le rôle d'infirmière et de SF consultante (Humphreys, Johnson, Richardson, Stenhouse, & Watkins, 2007);
3. Plusieurs études et rapports recensés relatifs à l'implantation du rôle professionnel de PIA ont porté simultanément sur les infirmières et les SF (Adrian & Chiarella, 2008; Booth et al., 2006; Furlong & Smith, 2005; Lathlean, 2007; Lockwood & Fealy, 2008; McKenna, Keeney, & Hasson, 2009; McKenna et al., 2006; McKenna et al., 2008)

La pratique infirmière avancée (PIA), reconnue comme une stratégie de changement de type *rôle innovateur*, est implantée afin d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité, efficaces permettant ultimement de répondre aux besoins de santé de la population (Cummings et al., 2003; Delamaire & Lafortune, 2010; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; McNamara, Giguère, St-Louis, & Boileau, 2009). Les résultats des études empiriques démontrent de principaux enjeux soulevés par une variété d'études au sujet de différents types de rôles avancés. Les articles revus couvrent les sphères d'activité en pratique avancée infirmière, celle de l'infirmière praticienne, de l'infirmière clinicienne spécialisée et aussi de l'infirmière-SF consultante. Malgré les différentes preuves empiriques à l'égard des effets positifs du rôle des IPA sur les résultats de soins, sur la qualité des soins, la satisfaction du patient et même des professionnels, la pleine mise en œuvre du rôle dans la plupart des contextes reste problématique (Bryant-Lukosius et al., 2004; Delamaire & Lafortune, 2010; McKenna et al., 2008). Des facteurs affectant l'implantation d'un nouveau rôle professionnel de PIA, ont pu être recensés à travers un nombre croissant d'études et de revues menées dans plusieurs contextes (nord-américains, européens, et australiens) et couvrant plusieurs domaines de soins incluant le champ de santé maternelle.

Notre analyse documentaire montre que l'implantation d'un rôle novateur est un processus complexe soumis à l'influence de facteurs classés sous trois catégories : i) contextuels dénotant l'environnement au sens le plus large; ii) organisationnels; et iii) liés aux individus. Les facteurs de ces différentes catégories pouvaient soit être des facilitateurs ou par contre devenir des barrières à la mise en œuvre et à la pérennité (viabilité) du rôle lorsqu'ils n'étaient pas pris en considération dans le contexte investigué (Delamaire & Lafortune, 2010; Sangster-Gormley, Martin-Misener, & Burge, 2013; Sangster-Gormley et al., 2011).

Les facteurs contextuels

Différents facteurs contextuels ayant un impact crucial sur l'implantation du rôle sont relevés par les chercheurs. Un manque de support politique et d'un cadre légal et règlementaire constituent des barrières à l'introduction du rôle (Furlong & Smith, 2005; Sangster-Gormley et

al., 2011). L'engagement et le support du gouvernement se manifestent d'une part à travers les politiques de santé nationale et régionale visant le réalignement du rôle, du pouvoir des infirmières-SF et la valorisation de leur contribution à la prise de décision et d'autre part à travers l'établissement des mécanismes de financement (ex. pour les programmes éducatifs), de réallocation des ressources et des méthodes de rémunération et de remboursement des services infirmiers-SF qui influencent fortement l'implantation du rôle innovateur (Bryant-Lukosius et al., 2004; Delamaire & Lafortune, 2010; Ketefian et al., 2001; McKenna et al., 2006; Plager & Razaonandrianina, 2009; Woodward, Webb, & Prowse, 2006).

L'absence de politiques gouvernementales et un financement stable pour soutenir la PIA a contribué à une incohérence dans l'introduction du rôle, à limiter la possibilité de réussir le changement et d'avoir des impacts sur la qualité des soins fournis aux patients (Bryant-Lukosius et al., 2004). Les modalités de rémunération des médecins ont été identifiées comme des facteurs influençant la mise en œuvre. Par exemple, le paiement à l'acte sur une base individuelle pour les médecins peut agir comme un obstacle à l'implantation de la PIA et à accepter le transfert des tâches aux infirmières qui supposément entraîne une perte de revenu pour les médecins. Une compensation adéquate et équitable des médecins collaborant avec les infirmières praticiennes serait un facteur facilitateur à l'implantation et un incitatif à vouloir collaborer avec les infirmières praticiennes (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). La littérature traite abondamment de l'insuffisance du financement de la PIA, de l'absence de financement stable ou de modèles de remboursement pour les IPA. La disponibilité et la durabilité de fonds seraient un critère important favorisant l'introduction du rôle selon plusieurs auteurs (Bryant-Lukosius et al., 2004; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; McKenna et al., 2009).

Quant au cadre légal, des structures législatives et des mécanismes règlementaires sont requis afin de soutenir l'introduction du rôle et son autonomie. Ils sont souvent identifiés comme des facteurs qui méritent une attention particulière au cours de la phase de planification du processus d'implantation du rôle (Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; Bryant-Lukosius et al., 2004; Lockwood & Fealy, 2008; Marsden, Dolan, & Holt, 2003). L'absence de législation et de

réglementation contribuent à la restriction de l'expansion des domaines liés au rôle, de la viabilité du rôle et par conséquent, affectent l'efficacité des soins dispensés (DiCenso et al., 2010). En effet, le cadre légal et règlementaire susceptible d'appuyer l'autonomie du rôle et légitimer l'expansion de la pratique liée à l'autorité diagnostique et prescriptive, au transfert des patients, aux privilèges hospitaliers et au remboursement ne sont pas souvent des changements pris en considération parallèlement à l'introduction de nouveaux rôles de la PIA (Bryant-Lukosius et al., 2004; Guest et al., 2004; Marsden et al., 2003). Collin et al. (2000) ont souligné qu'un cadre légal déficient relatif au partage des responsabilités contribue au manque d'introduction et d'intégration des SF au système de santé québécois.

Enfin, des facteurs socioculturels tels que l'ouverture au rôle novateur, la compréhension et l'acceptation du nouveau rôle, la reconnaissance de la profession par le public sont autant de conducteurs qui influencent l'implantation du rôle (Adrian & Chiarella, 2008; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). Une faible sensibilisation du public à l'égard du rôle et un manque de compréhension du rôle de PAI contribuent aussi à freiner les demandes pour introduire cette nouvelle catégorie de rôle (Sangster-Gormley et al., 2011) et être même à l'origine de fermeture des programmes éducatifs de PIA (Worster, Sarco, Thrasher, Fernandes, & Chemeris, 2005). Informer le public à propos du rôle, des responsabilités et des contributions positives de la PIA, est une stratégie qui facilite l'implantation (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). Les campagnes d'informations et de communication à travers les médias sont suggérées en vue de vaincre certaines croyances du public qui entravent la réussite de la mise en œuvre et de l'utilisation appropriée des compétences apportées par le nouveau rôle (Adrian & Chiarella, 2008).

Les facteurs organisationnels

Dans cette catégorie, intervient un certain nombre de caractéristiques jugées importantes à l'implantation d'un nouveau rôle professionnel. Elles sont réparties d'après les écrits entre : i) celles liées au support organisationnel et professionnel; ii) celles liées aux relations intra et interprofessionnelles; iii) celles relatives à la participation au processus de changement; iv)

celles concernant la formation et le développement professionnel continu ; et finalement v) celles liées au rôle.

- *Le support ou leadership organisationnel* : Le soutien organisationnel au plein exercice du champ de la PIA comprend un support administratif et managérial perçu sous forme d'adéquation d'infrastructure et de ressources (Guest et al., 2004; McKenna et al., 2009; McSherry, Mudd, & Campbell, 2007; Woodward et al., 2006) et aussi en termes de support adéquat des « *health care managers* » pour implanter un nouveau rôle de PIA et préservation de son autonomie (Booth et al., 2006; Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; D'Amour et al., 2007; Marsden et al., 2003; McKenna et al., 2009; McKenna et al., 2006; McKenna et al., 2008; Sangster-Gormley et al., 2011; Woodward et al., 2006).

Ainsi, un manque de support organisationnel - en termes d'insuffisance de ressources comme les espaces physiques de travail, l'assistance logistique de nature secrétariale, les équipements audiovisuels et de technologie de l'information - a été souvent désigné comme barrière pour la PIA (Adrian & Chiarella, 2008; Booth et al., 2006; Bryant-Lukosius & DiCenso, 2004; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; McKenna et al., 2008). Des déficiences au niveau des ressources financières et du budget prévisionnel d'équipement pour assurer un développement professionnel continu constituent aussi des barrières au rôle (Booth et al., 2006). Tous ces éléments sont souvent considérés comme des barrières à la mise en œuvre des aspects multidimensionnels du rôle incluant les activités cliniques, de formation, de recherche et d'encadrement (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). Un manque de considération à l'égard de ces différentes ressources affaiblit la légitimité des rôles selon Bryant-Lukosius et al. (2004).

Le support fourni par les gestionnaires des soins est un élément capital pour faciliter l'implantation (Cummings et al., 2003; McKenna et al., 2009; Sangster-Gormley et al., 2011; van Soeren & Micevski, 2001). Il sert à faciliter la compréhension des raisons sous-jacentes à l'introduction du rôle, à gérer l'expérience de stress engendrée par le nouveau rôle et finalement à aider l'intégration au sein de l'équipe (Sangster-Gormley et al., 2013).

La présence de mécanismes formels de support tels que la préparation pour l'introduction du rôle au sein de l'organisation, la supervision, l'évaluation de la performance ont également été mentionnés comme des facteurs facilitant l'introduction d'un nouveau rôle professionnel infirmier-SF consultante au sein des organisations affiliées au système de santé national de l'Écosse (Booth et al., 2006). Bryant-Lukosius and DiCenso (2004) décrivent les stratégies à adopter par les gestionnaires afin de soutenir l'introduction et l'intégration du nouveau professionnel dans le système tels que : faciliter l'insertion au sein de l'équipe, déléguer des responsabilités de leadership à l'IPA, encourager la participation de l'IPA dans les activités de formation et de recherche, et s'engager dans des politiques appuyant la PIA. En l'absence d'un tel soutien, les nouveaux détenteurs de rôle peuvent subir un isolement professionnel un stress accru et même une surcharge de travail (Irvine et al., 2000; McKenna et al., 2009).

Le support professionnel : En ce qui a trait au support professionnel, la littérature semble être consensuelle quant à l'influence de l'opposition des groupes professionnels sur l'introduction d'une nouvelle profession telle que la PIA. Le manque de support des infirmières et de la profession médicale est fréquemment rapporté comme une barrière à l'implantation de tous les types de PIA (Delamaire & Lafortune, 2010; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010) dans la plupart des pays couverts par la revue de la littérature. Les principales raisons de cette résistance sont liées à des questions relatives : à la responsabilité juridique dans le contexte d'un travail en équipe engendrant une prise en charge conjointe, aux compétences des infirmières en pratique avancée, aux enjeux liés à l'étendue du champ de la pratique, au chevauchement potentiel des activités, au degré d'autonomie, à un manque de clarté des rôles, et finalement aux mécanismes de remboursement (Delamaire & Lafortune, 2010; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Donald et al., 2010). À ce sujet, DiCenso and Bryant-Lukosius (2010) évoquent les tensions en lien avec les questions concernant le degré d'autonomie notamment l'autorisation pour prescrire les médicaments, pour admettre les patients.

L'introduction du rôle est associée à une perception d'une prise de contrôle externe sur la profession médicale. Elle est considérée comme une menace à la sécurité financière du corps

médical étant donné qu'elle entraîne des modifications des frontières professionnelles et un chevauchement des champs de pratique des divers prestataires de services de santé (Delamaire & Lafortune, 2010; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Wilson, Pearson, & Hassey, 2002). Ainsi, la résistance des professionnels de la santé et un manque de leur support, de leur reconnaissance semblent entraver l'implantation du rôle (Bryant-Lukosius et al., 2004; Sangster-Gormley et al., 2013; Sangster-Gormley et al., 2011) et limiter l'utilisation des compétences de la nouvelle catégorie du professionnel (Bryant-Lukosius et al., 2004). Cette nouvelle catégorie est perçue comme une intrusion à leur champ de pratique et une forme d'envahissement (D'Amour, Tremblay, & Proulx, 2009) entraînant subséquemment un conflit de rôle, des jalousies et des rivalités professionnelles (Cummings et al., 2003; D'Amour et al., 2009; Ketefian et al., 2001; Lloyd Jones, 2005; McKenna et al., 2009; McKenna et al., 2006; McKenna et al., 2008; Watson et al., 2002; Woodward et al., 2006). Par exemple, D'Amour et al. (2009) ont montré l'influence du pouvoir détenu par les médecins à tous les échelons décisionnels du système de santé sur l'implantation de trois nouveaux rôles infirmiers au sein du réseau québécois de la santé. Le contrôle de la profession médicale exercé à trois niveaux légal, politique et organisationnel s'est avéré être un facteur de grande importance. Il est médiatisé par les structures de santé soutenant et autorisant cette dominance. Les postes de gestionnaires détenus par les médecins ont influencé énormément l'organisation et le travail des infirmières induisant chez ces dernières la perception d'être sous-utilisées.

L'opposition du personnel infirmier et médical à l'implantation des rôles de PIA fait suite à un manque de compréhension des nouveaux rôles, et à une perception de menace au rôle engendrant des conflits entre les différents membres de l'équipe selon Lloyd Jones (2005) et Woodward et al. (2006). En effet, le support du groupe médical et multidisciplinaire sont classés comme les facteurs les plus facilitateurs pour implanter un rôle novateur selon plusieurs auteurs (Bryant-Lukosius et al., 2004; Marsden et al., 2003; McKenna et al., 2008; Sangster-Gormley et al., 2013). Par contre, un manque de support du corps médical figure parmi les principales barrières perçues lors de l'analyse de l'implantation d'un rôle novateur de la profession SF et infirmière en Irlande du Nord (McKenna et al., 2008). Ce support est souvent

décrit en termes de support pour la pratique autonome, d'une supervision clinique par le corps médical et d'un mentorat (Cummings et al., 2003; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; McKenna et al., 2006; Sangster-Gormley et al., 2013). Le support des médecins et des infirmières est important à considérer étant donné qu'il est associé à la satisfaction du rôle et à l'étendue de l'implantation du rôle de la PIA (Bryant-Lukosius et al., 2004; Irvine et al., 2000).

- *Les relations intra et inter professionnelles* : Les relations de collaboration intra et inter professionnelles et les mécanismes de communication sont considérés indispensables afin de réussir l'introduction du rôle de PIA (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Furlong & Smith, 2005; Ketefian et al., 2001; Leap, Barclay, & Sheehan, 2003; Lloyd Jones, 2005; McSherry et al., 2007). Dans la revue systématique de Lloyd Jones (2005), les relations avec les autres catégories de personnel ont été identifiées parmi les facteurs les plus importants qui entravent ou facilitent la mise en œuvre du rôle des infirmières spécialisées et de PIA. Développer des collaborations efficaces entre les différents membres de l'équipe particulièrement avec le corps médical, est considéré essentiel pour exercer toute l'étendue du champ de pratique. Dans leur revue, DiCenso and Bryant-Lukosius (2010) mettent l'emphase sur les relations interprofessionnelles comme catalyseurs de l'implantation de la PIA sur lesquelles il faut agir. Ainsi, l'établissement des relations positives, marquées par le respect et la confiance entre le corps médical et les infirmières ainsi que de bons mécanismes de communication et la volonté de régler les conflits appuient la mise en œuvre du rôle. De même, remplacer l'autorité hiérarchique par des relations égalitaires et un processus de prise de décision partagée est soulevée dans les écrits (Adrian & Chiarella, 2008; Marsden et al., 2003; Reiger, 2008). Dans le même sens, l'importance de l'attitude des associations médicales en termes d'esprit de collaboration et d'ouverture ou d'opposition a été rapportée par Vadeboncoeur, Maheux, and Blais (1996) comme un facteur influençant l'introduction de la pratique SF dans deux provinces canadiennes. En effet, la nécessité d'établir des collaborations entre les associations médicales et infirmières pour clarifier les questions de champ de pratique et de responsabilité dans le cadre des modèles de soins conjoints et réduire l'opposition de la profession médicale constituent des

recommandations soulignées par plusieurs auteurs (Delamaire & Lafortune, 2010; Ketefian et al., 2001).

- *La participation au processus de changement* : L'implication des acteurs dès le début de la planification du changement favorise leur engagement au processus et permet d'atténuer la résistance. L'absence de participation a surtout un impact négatif sur la clarté et l'acceptation du rôle (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010). D'Amour et al. (2009) évoquent la participation au processus de changement sous forme de négociation des frontières juridictionnelles et des espaces d'autorité entre la profession médicale et la profession infirmière et la considèrent comme une condition nécessaire à remplir avant l'introduction de nouveaux rôles pour réussir un travail en collaboration. Sangster-Gormley et al. (2011) soulignent que la participation des parties prenantes (médecins et autres professionnels) dans le processus de mise en œuvre permet une compréhension commune et une vision partagée des activités à entreprendre facilitant ainsi l'émergence du rôle. Begley et al. (2010) ont stipulé que la préparation à l'implantation de la pratique SF avancée en Irlande, en faisant participer tous les médecins cliniciens dans le processus de changement, a permis d'améliorer la clarté du rôle et de réduire les barrières à son introduction. Selon ces auteurs, le support fourni à l'unanimité, pour introduire ces postes dans les structures hospitalières, de la part des médecins chefs qui ont accueilli favorablement le travail en équipe avec la nouvelle catégorie de SF, pourrait être attribuable à leur implication dans le processus.

Un manque d'implication des professionnels et des gestionnaires dans le processus de planification pour implanter le changement peut nécessiter des efforts considérables de la part des nouveaux professionnels pour surmonter les conflits et faire accepter leur rôle (Bryant-Lukosius et al., 2004). Selon les écrits recensés, un critère important pour réussir l'implantation et éviter les conflits de rôle est d'impliquer les intervenants clés (ex. patients, prestataires de soins, associations professionnelles, gestionnaires, représentants gouvernementaux jouant un rôle dans les politiques de santé et le financement) au processus de changement et dans

l'élaboration des protocoles délimitant les frontières du rôle (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; McKenna et al., 2008).

- *La formation et le développement professionnel continu* : Une formation adéquate revient fréquemment dans les écrits comme un facilitateur à l'implantation du rôle. Les facteurs les plus largement considérés dans la méta-synthèse de Lloyd Jones (2005) pour réussir l'implantation des rôles infirmiers avancés concernent la formation et la préparation pour remplir le rôle. Selon ces auteurs, la formation améliore le niveau de confiance, les compétences et les relations de travail avec la profession médicale (Lloyd Jones, 2005). Dans le même sens, les formations initiale et continue sont considérées comme un facteur essentiel de succès parmi les quatre facteurs principaux pouvant entraver ou faciliter la mise en œuvre des rôles infirmiers avancés dans la revue, menée par Delamaire and Lafortune (2010), ayant analysé les expériences de PIA au niveau des soins primaires dans 12 pays développés (européens, australiens, américains, Japon). La nécessité d'aligner le contenu et la durée des programmes de formation initiale et continue aux compétences requises pour remplir le rôle est révélée comme condition nécessaire pour réussir l'implantation et répondre aux besoins des patients (Delamaire & Lafortune, 2010; Furlong & Smith, 2005; McKenna et al., 2009). De plus, une formation adéquate, facilite l'acceptation du rôle et promeut le respect professionnel. Le développement professionnel continu est non seulement nécessaire pour maintenir les compétences à jour mais aussi pour gagner la confiance du public et des gestionnaires des services de santé (Delamaire & Lafortune, 2010; McKenna et al., 2009) et pour favoriser l'autonomie du rôle (Marsden et al., 2003). Les obstacles à la formation continue doivent être éliminés par la mise en œuvre des initiatives telles que le financement de la formation, des congés compensatoires pour poursuivre les études et l'accès à des bibliothèques en ligne et à des ressources d'apprentissage (Adrian & Chiarella, 2008).

- *Les caractéristiques liées au rôle* : Concernant les caractéristiques qui ont trait au rôle, la formalisation en termes de définition claire du rôle et du champ de pratique semblent éliminer toute confusion relative au rôle, réduire les attitudes négatives et influencer positivement

l'implantation du rôle infirmier-SF selon plusieurs auteurs (D'Amour et al., 2007; Irvine et al., 2000; Lloyd Jones, 2005; McKenna et al., 2008). En effet, deux revues (méta-synthèse et revue synthèse) d'aide à la décision, menées en Angleterre et au Canada respectivement, ont trouvé des résultats similaires montrant que la confusion terminologique associée au rôle, le manque de clarté quant à la définition du rôle ressortent comme des obstacles majeurs à l'implantation de la PIA (DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Lloyd Jones, 2005). Ces obstacles découlent de l'emploi d'une variété de titres de rôle, d'une mauvaise planification de l'introduction du rôle, du manque de participation des membres de l'équipe de soins et d'autres parties intéressées à la définition des dimensions du rôle, et de l'incapacité de gérer la dynamique de l'équipe interprofessionnelle lors de l'introduction de ces nouveaux rôles.

Le manque de clarté des rôles a des répercussions négatives. Il contribue à la confusion et à l'ignorance du rôle de la part de l'équipe de soins de santé (Sangster-Gormley et al., 2011). De même, il influence négativement l'acceptation des rôles, déclenche une résistance au rôle et subséquemment affecte le succès de l'implantation et l'intégration du rôle (Irvine et al., 2000; Lloyd Jones, 2005; McNamara et al., 2009). En effet, Lloyd Jones (2005) évoque que les modifications des frontières du rôle engendrent de l'incertitude par rapport à l'identité professionnelle, et entraînent un stress accru et des problèmes de communication. Plusieurs auteurs (Cummings et al., 2003; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Turner, Keyzer, & Rudge, 2007) énoncent qu'un manque de clarté du rôle entraîne une sous-utilisation ou une utilisation inappropriée du rôle et une adaptation limitée au rôle. La réceptivité au rôle ou l'acceptation par les groupes professionnels d'un rôle novateur peut aussi faire obstacle à l'implantation du rôle selon les écrits (Irvine et al., 2000). Elle est obtenue suite à l'acquisition des connaissances relatives au rôle et à la compréhension des différentes compétences, fonctions et responsabilités à assumer (Cummings et al., 2003; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Sangster-Gormley et al., 2013; Sangster-Gormley et al., 2011).

Un autre obstacle faisant partie des caractéristiques liées au rôle est la surcharge de travail liée au rôle qui est souvent identifiée comme un problème fréquent associé à

l'implantation de toutes les composantes du rôle telles que l'implication et l'engagement dans des activités non cliniques liées au rôle (aspects liés au leadership, à la recherche) (Bryant-Lukosius et al., 2004; DiCenso & Bryant-Lukosius, 2010; Irvine et al., 2000; Lathlean, 2007; McKenna et al., 2008).

De même, un manque d'autorité reliée au rôle tel qu'un manque d'autorité prescriptive légale et d'accès aux privilèges liés à l'admission et même des difficultés de référer des patients constitue une barrière à l'implantation du rôle professionnel soit à l'autonomie de la pratique SF et de la pratique avancée infirmière (Irvine et al., 2000; Ketefian et al., 2001; Marsden et al., 2003).

Les facteurs liés aux individus

Selon la littérature, les caractéristiques individuelles qui auraient un effet sur l'implantation d'un rôle novateur sont d'ordre professionnel ou psychosocial. Les caractéristiques d'ordre professionnel incluent le niveau de formation, le domaine de spécialité et les années d'expérience. Quant à la catégorie psychosociale, elle porte sur le niveau de confiance, la compétence perçue du rôle qui sont identifiés comme étant des facteurs clés pour la réussite de l'implantation d'un nouveau rôle de PIA (D'Amour et al., 2007; Lloyd Jones, 2005; McKenna et al., 2008; Sangster-Gormley et al., 2013; Sidani & Irvine, 1999; Wilson et al., 2002; Woodward et al., 2006). À titre d'exemple, les caractéristiques personnelles des praticiens telles que le niveau de confiance et l'expérience précédente ont été identifiés comme des facteurs importants à la réussite du processus d'implantation des nouveaux rôles dans la revue systématique de Lloyd Jones (2005). D'autres attributs personnels ont été signalés comme essentiels pour réussir l'introduction du rôle soit l'engagement et les aptitudes à résoudre les problèmes. Dans le même ordre d'idées, des qualités individuelles de l'IPA identifiées comme facilitant la mise en œuvre comprenaient la capacité à communiquer efficacement avec les patients et le personnel, les compétences interpersonnelles, l'aptitude à gérer les services de soins et à négocier le changement (Adrian & Chiarella, 2008).

Changement de types substitution et délégation

Se référant aux écrits, le « *task shifting* » concerne la délégation et la substitution des tâches. En effet, il est décrit comme la délégation/le transfert des tâches ou des responsabilités relatives aux services de santé d'un cadre à un autre (Lehmann, Van Damme, Barten, & Sanders, 2009) soit d'un niveau supérieur à un niveau inférieur de cadres de santé existants (De Brouwere, Dieng, Diadhio, Witter, & Denerville, 2009) ; ou à de nouveaux cadres dont la formation est strictement limitée à certains actes (Dawson, Buchan, Duffield, Homer, & Wijewardena, 2013; Fulton et al., 2011; Zachariah et al., 2009).

Nous avons repéré à ce niveau une récente revue sur l'implantation des programmes « *task shifting* » concernant précisément les SF. Cependant, il est à noter que dans la revue de Colvin et al. (2013), le concept de « *task shifting* » a concerné tout transfert de tâches aux SF, et des SF à d'autres catégories de professionnels et ce, sans se conformer à la catégorisation adoptée dans le cadre de Sibbald et al. (2004). Conséquemment, il a englobé tout type de changement (substitution, délégation et renforcement du rôle des SF) sans aucune différenciation entre ces catégories. Ceci témoigne d'un manque de consensus au sein de la communauté scientifique quant à la classification des différents types de changement du rôle professionnel engendrant conséquemment un manque de clarté et une confusion à ce sujet.

De ce fait, la revue de Colvin et al. (2013), ayant porté sur 37 études menées dans des pays à revenus faible, moyen et élevé apporte un éclairage sur l'implantation des programmes ayant concerné tout type de changement. Trois catégories de facteurs ayant une influence sont ainsi mises en exergue :

- 1- Les facteurs qui affectent l'acceptabilité des programmes, leur pertinence et leur crédibilité;
- 2- Les facteurs qui exercent un effet sur les composantes : formation, supervision et support au niveau de ces programmes;
- 3- Les facteurs qui influencent le travail d'équipe et la délégation des tâches.

Concernant la 1^{ère} catégorie de facteurs : Facteurs qui affectent l'acceptabilité des programmes, leur pertinence et leur crédibilité

La tension entre le modèle biomédical et le modèle de pratique SF a constitué une barrière rapportée fréquemment dans les études et a eu un effet significatif sur l'acceptabilité et la réussite des initiatives de délégation des tâches. L'implication des SF dans des programmes (ex. examens et soins néonataux) perçus comme une expansion naturelle de la relation globale des SF avec les mères ont été généralement bien accueillis par cette dyade. Cependant, une augmentation de la charge de travail, une incertitude quant à la responsabilité assumée et la peur de manquer de détecter certaines anomalies rares ont été relatées. L'implication et la participation active des médecins dans les programmes d'expansion du rôle des SF en matière de soins obstétricaux ont favorisé de meilleures attitudes et relations avec les SF. En résumé, bon nombre d'enjeux ont émergé au niveau des différences idéologiques à l'égard des formes les plus appropriées de soins pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi qu'au niveau des différents rôles professionnels, des responsabilités et de l'organisation des pratiques et ce, dans la plupart des études.

Concernant la 2^{ème} catégorie de facteurs : Facteurs qui exercent un effet sur les composantes : formation, supervision et support au niveau de ces programmes

Les programmes ayant porté sur l'amélioration des compétences dans certains domaines tels que le dépistage du cancer du col, la génétique, etc., ont apporté un certain nombre d'avantages, y compris une amélioration du statut professionnel et social, un sentiment d'accomplissement et de confiance clinique, une satisfaction accrue au travail, l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins pour les mères. Cependant, cette amélioration était sujette à plusieurs contraintes : un faible support clinique et une supervision insuffisante, une formation inadéquate, et la mise en œuvre hasardeuse (irréfléchie) de l'implantation qui ne permettent pas de soutenir des changements efficaces au niveau de la pratique. La crainte de la responsabilité et un cadre réglementaire incertain ont aussi été une menace pour ces programmes. Les initiatives compatibles avec les modèles de pratique globale SF comme les examens et d'autres formes de soins néonataux pourraient s'avérer difficiles à maintenir dans la pratique, vu l'augmentation de

la charge de travail et les soins potentiellement fragmentés qui en résultaient. Les études ont rapporté quelques problèmes dans l'acquisition initiale de nouvelles connaissances et des compétences complexes lors de leur transfert des médecins aux SF. De plus, une mauvaise planification, un manque de soutien et de suivi de la formation, et une mauvaise intégration des nouvelles compétences et des tâches individuelles dans l'organisation plus large de la prestation des soins ont été soulignés.

En ce qui a trait à la 3^{ème} catégorie de facteurs : Facteurs qui influencent le travail d'équipe et la délégation des tâches.

Les différences de statut social et du pouvoir entre le personnel médical et les SF ainsi que l'incertitude à l'égard des nouvelles formes de responsabilités ont constitué des obstacles à la délégation des tâches. Les mécanismes de communication et de coordination entre les membres du personnel ont été identifiés comme des obstacles communs rapportés dans les études. Ils ont été liés à des faiblesses plus générales au niveau du système de santé, mais aussi aux tensions entre les valeurs des modèles de pratique SF et celles des modèles biomédicaux de soins obstétricaux. Un manque de précision au niveau des descriptions de poste, des formulaires d'évaluation de la performance et les contextes politique et juridique du travail des SF étaient une préoccupation majeure pour celles impliquées dans ces initiatives.

Les recommandations des auteurs ont porté essentiellement sur le renforcement du système de santé et sur l'amélioration du développement et de la gestion des ressources humaines afin de soutenir l'implantation des stratégies de délégation des tâches et ultimement d'améliorer la santé maternelle et infantile.

2.4.2.2 Facteurs affectant l'implantation d'une stratégie visant un changement du rôle professionnel en général

La littérature recensée sous cet aspect a couvert les écrits qui se sont focalisés sur l'analyse du contexte affectant l'implantation des stratégies de changement d'un rôle professionnel en général, indépendamment de la catégorie de professionnels, et sans creuser la

manière dont chaque type de changement s'est implanté. Bien que notre recension n'ait pas couvert tout le champ de connaissances à ce sujet, nous pensons que les études revues apportent un très bon éclairage sur le contexte en tant que facteur d'influence.

Les écrits recensés soulignent que l'influence du contexte sur la mise en œuvre de ces stratégies a fait l'objet de classifications et de catégorisation diverses par les chercheurs. Majoritairement, les auteurs se sont intéressés à analyser les facteurs à plusieurs niveaux (Bourgeault et al., 2008; Buchan, Ball, & O'May, 2001; Kislov et al., 2012; Macfarlane et al., 2011). Il est fortement notable que la façon de circonscrire le contexte diffère d'un auteur à un autre mais se recoupe en plusieurs points. Essentiellement des facteurs ayant trait en particulier aux cadres politique, législatif, règlementaire du champ de pratique, au système éducationnel (la formation), au système de financement et aux mesures de paiement, au contexte organisationnel ; et des facteurs relatifs aux milieux de pratique et aux relations professionnelles ont été ciblés dans les études. Quelle que soit la classification adoptée, l'analyse critique de la littérature évoque la nécessité d'adopter une perspective systémique permettant d'appréhender le contexte dans sa globalité.

Ainsi, dans le cadre d'une évaluation réaliste des initiatives de gestion des ressources humaines telles que la restructuration des rôles en Angleterre, Macfarlane et al. (2011) ont identifié majoritairement deux groupes de barrières, structurelles et culturelles, affectant l'implantation de ces dernières. Les barrières structurelles systémiques étaient nombreuses en particulier les politiques nationales « *top-down* » rigides imposées de l'extérieur perçues comme un changement non désiré, et les pratiques de bureaucratie locale qui ont causé des retards à initier les rôles restructurés. Aussi, des pénuries importantes au niveau de la disponibilité du personnel, et des pressions financières dans un contexte d'économie de la santé de plus en plus contraignant constituaient des contraintes à la mise en œuvre. En ce qui concerne la résistance culturelle, malgré un climat général d'acceptation de l'expérimentation de nouveaux modèles de services, certains départements ont manifesté une culture profondément traditionnelle fortement résistante au changement engendrée par l'initiative de modernisation. Par exemple, dans le

projet relatif au domaine de l'accident vasculaire cérébral, une bonne partie du personnel adhéraient fortement à leurs formes actuelles de travail et était résistante à l'introduction d'un modèle organisationnel de soins qui affectait les fonctions traditionnelles.

À travers leur analyse du contexte européen, Bourgeault et al. (2008) ont proposé un cadre multi-niveaux, permettant de saisir trois niveaux de facteurs contextuels (macro, méso, micro) susceptibles d'influencer l'implantation des initiatives de changement du rôle (*skill mix change*). Au niveau macro, les facteurs contextuels portaient sur l'influence de la réglementation sur le champ de pratique (comme la reconnaissance légale du statut, la professionnalisation, et le système éducatif), sur des facteurs économiques tels que la couverture des services (publics ou privés) fournis par les différents professionnels de la santé et les modèles de paiement (ex. paiement par salaire ou à l'acte). L'influence sur les domaines relatifs aux responsabilités a aussi été documentée. Au niveau méso, l'influence de quatre facteurs a été rapportée : les dispositifs institutionnels qui affectent la mise en œuvre de ces initiatives dans les établissements de soins de santé et dans les milieux communautaires, les programmes de formation et la pratique interdisciplinaire. D'une manière plus opérationnelle, ces facteurs englobaient le support des groupes professionnels et la disponibilité des différents professionnels de la santé pour répondre aux besoins de la population. Quant aux facteurs au niveau micro, ils concernaient essentiellement les facteurs liés à la pratique quotidienne, notamment les relations interpersonnelles et les mécanismes de communication entre les différents professionnels de la santé et leur expérience antérieure dans ce domaine, les cultures professionnelles et les modes de pratique.

Buchan et al. (2001) ont dressé une série de facteurs contextuels ayant un effet soit direct ou indirect sur la capacité des gestionnaires des services de santé à mettre en œuvre des stratégies de changement du rôle. À partir des études de cas relatifs à quatre pays (États-Unis, Royaume-Uni, Finlande, Costa Rica, Mexique), ces auteurs ont expliqué comment ces facteurs peuvent avoir un effet contraignant ou facilitant dépendamment de deux éléments. Le premier étant la mesure selon laquelle ces facteurs reflètent la rigidité ou la flexibilité des différents

systemes de soins de santé dans lesquels fonctionnent les professionnels de la santé ; et le deuxième concerne l'étendue du contrôle national, régional ou local des ressources humaines. Par exemple, au Mexique, un manque de décentralisation du budget et des processus décisionnels attribue un pouvoir limité aux gestionnaires des services pour mettre en œuvre un changement à un niveau local. Quant aux États-Unis, une décentralisation des décisions quant à la composition du personnel de santé, semble être un facteur facilitant le changement et conférant un haut degré de flexibilité au sujet des ressources humaines. En bref, les facteurs contextuels englobent des facteurs financiers, législatifs, réglementaires et les ressources découlant du contexte dans lequel une organisation fonctionne. Ainsi, ces facteurs englobent les structures de paiement nationales, les normes de dotation en personnel, la réglementation de l'emploi, la législation encadrant le changement de rôle, la réglementation en termes d'identification des compétences des professionnels de la santé, le contrôle externe du budget des établissements et les valeurs sociétales et culturelles.

Les défis contextuels à l'implantation des stratégies de restructuration du rôle ont été catégorisés par Kislov et al. (2012) selon quatre niveaux : les facteurs individuels, de groupe, organisationnels et ceux relatifs au plus large contexte. Des facteurs individuels tels que des sentiments d'ambivalence, d'anxiété et de colère à l'égard du changement conçu par les supérieurs hiérarchiques, une charge de travail excessive pouvant nuire à la qualité de vie au travail et un manque de motivation à ce type d'innovation, sont des facteurs qui affectent forcément la mise en œuvre des stratégies de restructuration du rôle. Au niveau du groupe, de telles initiatives peuvent menacer le pouvoir, le statut et l'autonomie de certaines professions et être à l'origine de conflits entre les groupes professionnels et mener ainsi à une résistance au changement. Une confusion des rôles et une menace des identités professionnelles avec des sentiments de déqualification sont des facteurs de groupe importants qui entravent la réussite de l'implantation. Quant au niveau organisationnel, un manque de ressources organisationnelles (financières, matérielles, etc.), ainsi que tout manque d'investissement dans les activités de formation qui doivent soutenir le changement, sont rapportés comme des barrières majeures à toute initiative de changement.

Et finalement en ce qui concerne le contexte politique au plus large, les auteurs mettent l'accent sur l'absence d'une infrastructure adéquate pour la promotion du développement du milieu de travail. De même, un système centralisé de détermination des salaires qui empêche les gestionnaires de modifier les conditions de travail locales au niveau des organisations, constitue une contrainte à l'implantation.

2.4.3 Leçons tirées à partir des études évaluatives

Les résultats des études au regard des facteurs contextuels et de leurs effets sur l'implantation des stratégies de changement d'un rôle professionnel, amènent les auteurs à émettre des recommandations afin de mettre en place certaines conditions gagnantes et de favoriser la réussite de la mise en œuvre de telles initiatives (Bourgeault et al., 2008; Dubois & Singh, 2009; Macfarlane et al., 2011). Une perspective systémique semble être la règle optimale à adopter. En effet, les différentes recommandations touchent à différents systèmes : le système politique, légal et réglementaire, le financement, le système éducationnel (la formation) et le système relié à la discipline incluant par exemple les différentes formes de relations et de collaborations professionnelles. Cette perspective rejoint celle qui a été soulignée dans les écrits empiriques portant sur les barrières à l'accomplissement du rôle de la SF et sur les suggestions émises afin de permettre à la SF d'exercer le plein potentiel de son rôle.

La liste d'éléments clés dressée par Macfarlane et al. (2011) pour maximiser la réussite d'une telle démarche comporte les éléments suivants à prendre en considération :

- Un bassin suffisant de personnes qualifiées et possédant les compétences requises;
- Un bon support de ressources humaines et une culture qui encourage le développement des nouveaux rôles;
- L'amélioration et le renforcement des rôles et des identités du personnel par les changements de rôle proposés en termes d'acceptation des nouveaux rôles et de prédisposition propice au changement;

- Un contexte politique favorable à la négociation des objectifs locaux de développement et n'imposant pas d'une manière rigide un ensemble de conditions politiques selon une ligne hiérarchique « *top-down* »;
- Une intégration des compétences requises et des responsabilités nécessaires pour atteindre les objectifs de modernisation.

Pour soutenir la mise en œuvre efficace de ces initiatives soit renforcer ou introduire de nouveaux rôles professionnels, Bourgeault et al. (2008) ont suggéré des moyens d'action tels que:

- Le développement des différentes modalités d'organisation et de réglementation, y compris la régulation des champs de pratique professionnelle et l'élimination des obstacles institutionnels;
- Un financement collectif et une modification des incitatifs financiers; et,
- Un support éducatif.

De leur part, Dubois and Singh (2009), se basant sur une revue exhaustive de la littérature dans le domaine de la gestion stratégique des ressources humaines, ont proposé un cadre global à perspective systémique. Ils ont conceptualisé l'optimisation des ressources humaines comme le résultat de plusieurs interventions interactives intégrées au niveau de la gestion des compétences ainsi qu'au niveau des milieux de pratique et de l'environnement politique, légal et social. Selon cette perspective, les stratégies de changement du rôle impliquent une tentative de parvenir à plusieurs ajustements :

- horizontal : entre les différentes activités des ressources humaines, y compris la planification et les politiques de dotation, les activités d'éducation et de formation, les conditions de travail et la gestion de la performance;
- vertical : avec le contexte organisationnel en termes de structures, de processus organisationnels formels et informels, de technologies et de ressources humaines et matérielles; et,

- externe : avec un contexte institutionnel plus large soit les systèmes social, politique, législatif, règlementaire, culturel, éducationnel et professionnel auxquels une organisation est soumise.

En résumé, sur le plan vertical, l'optimisation des ressources humaines dépend de la congruence entre le contexte stratégique de l'organisation et les pratiques fonctionnelles de ses membres. Au niveau externe, cette optimisation dépend de la capacité d'ajuster les pratiques des ressources humaines à l'évolution de l'ensemble des règles et des exigences imposées aux organisations par leur contexte plus large social, juridique et politique, etc..

2.4.4 Synthèse de la section

Le bilan des connaissances effectué au sujet de l'analyse d'implantation des stratégies de changement d'un rôle professionnel en général, de la SF en particulier, nous a permis de constater que, quel que soit le type de changement, l'implantation s'avère un défi. À la lumière des résultats produits par la recension des écrits, quelques constats se dégagent :

En premier lieu, les données concernant le changement du rôle professionnel continuent à faire l'objet de plusieurs controverses tant au regard de la définition et de la classification des différents types de changement qu'au niveau des critères de leur différenciation. Bien qu'un certain nombre d'auteurs adoptent la même classification, majoritairement la recension semble être imprégnée d'un manque de consensus et de confusion. Les frontières entre les divers types sont souvent floues et plusieurs auteurs font des combinaisons classant différents types sous une seule catégorie. Ainsi, souvent des stratégies de renforcement, d'innovation et même de délégation et de substitution des tâches sont entremêlées et considérées au même rang; elles sont définies en fonction des lentilles conceptuelles propres à chaque chercheur.

Il est aussi à noter que la littérature, sur l'implantation des stratégies du changement du rôle professionnel de la SF, apporte des éclairages à certains types de changement tels que

l'innovation, le renforcement portant sur les modèles de pratique SF, mais par contre laisse d'autres types insuffisamment investigués (ex. renforcement à l'aide d'une intervention conçue en fonction des besoins du terrain et adoptant une approche systémique). De plus, les études recensées souffrent d'un bon nombre de faiblesses. Par exemple, au niveau de l'innovation, la plupart des chercheurs attirent l'attention sur la difficulté de différencier entre une stratégie de changement de type innovation et celle concernant le renforcement du rôle de la SF. Nous constatons aussi à ce niveau que la plupart des études relatives à l'analyse de l'implantation ont concerné à la fois le rôle de l'infirmière et de la SF. Ceci suscite un questionnement quant aux facteurs pouvant affectant l'implantation d'une stratégie concernant spécifiquement les SF. Par ailleurs, certains auteurs ont adopté une conception large du changement et ont analysé l'implantation des interventions tout en incorporant plusieurs types de changement sous la catégorie transfert des tâches le « *task shifting* » tel que démontré à travers la revue systématique de Colvin et al. (2013). Les barrières et les facilitateurs rapportés dans cette revue ont concerné les études ayant porté sur le transfert des tâches non seulement aux SF, mais aussi des SF à d'autres catégories des professionnels de la santé. En dépit de ce regroupement large, des difficultés de classification ont été rapportées. En effet, ces auteurs eux-mêmes ont documenté la difficulté rencontrée à décider de ce qui constituait une stratégie de transfert des tâches étant donné l'absence de critères communément admis pour identifier si les nouvelles tâches élargissaient ou non considérablement la portée du travail des SF. Ainsi, vu la difficulté de distinguer entre ces différentes stratégies et la confusion existante dans les données empiriques, nous considérons que ce manque de connaissances, quant aux questions relatives à la mise en œuvre des stratégies de changement du rôle de type renforcement, doit être comblé.

En deuxième lieu, les interventions visant à renforcer le rôle de la SF ont ciblé majoritairement les modèles de pratique SF ou concerné un relèvement de qualifications limitées à certains actes de soins ou aux examens néonataux comme démontré à travers les écrits recensés et la revue de Colvin et al. (2013). Malgré les différentes recommandations émanant des écrits quant à la nécessité de considérer le contexte dans sa globalité pour développer de telles interventions et analyser leur implantation, aucune des études ne s'est

conformée à ces dernières. À notre connaissance, aucune étude n'a porté sur l'analyse de l'implantation d'une intervention complexe, développée en réponse à une analyse diagnostique, adaptée aux besoins du terrain et basée sur un modèle conceptuel visant à renforcer un rôle existant de la SF.

En troisième lieu, les résultats de la recension des écrits démontrent que la plupart des études ont analysé les barrières et les facilitateurs sans avoir recours à un cadre conceptuel d'évaluation, à l'exception de Colvin et al. (2013) qui ont adopté le cadre SURE (*Supporting the Use of Research Evidence*) pour classer les différents facteurs repérés à travers les études. Majoritairement, les études se sont contentées d'identifier les facteurs contextuels (barrières et facilitateurs) et de les citer sans analyser ou comprendre leur influence sur le niveau de mise en œuvre et la dynamique d'interaction sous-jacente.

Nous considérons que le champ des études d'évaluation a besoin d'être clarifié et étendu surtout dans le domaine des interventions visant le renforcement du rôle d'un acteur clé qu'est la SF afin de répondre à une problématique centrale qui touche aux vies des mères, de leurs enfants et de la famille en entier et dont les conséquences touchent à la société au complet. La présente recherche s'intéresse à un domaine nécessitant d'être investigué scientifiquement soit l'analyse de l'implantation d'une intervention adoptant une approche systémique afin de renforcer le rôle professionnel des SF dans le contexte nord-africain et précisément au Maroc. Elle se situe au cœur d'un enjeu important soit la « gestion des compétences » des ressources humaines afin de contribuer à réduire la MM et à promouvoir la santé maternelle et infantile. Notre recherche confère un double avantage au champ de connaissances scientifiques ayant trait aux interventions de renforcement du rôle professionnel de la santé. Elle permet de renseigner sur : i) comment développer une intervention en se basant sur les recommandations des données empiriques émanant du terrain et sur une approche conceptuelle; et ii) comment analyser son implantation : comprendre l'influence du contexte sur la mise en œuvre et sur l'atteinte des effets désirés.

Chapitre 3 – Contexte de l'étude et description du Plan d'Action

Ce chapitre concerne le contexte de l'étude rappelant l'origine et le cadre d'émergence du Plan d'Action à l'étude.

Afin de comprendre le contexte global dans lequel est ancré notre projet de recherche, il est important de donner un aperçu général sur le Royaume du Maroc (sa situation géographique, ses caractéristiques sociodémographiques et économiques), y compris l'organisation de son système de santé. Aussi, une analyse de la situation de la santé maternelle, des soins obstétricaux eu égard la formation des sages-femmes (SF) à travers l'histoire et les différentes stratégies mises en œuvre en faveur de la santé maternelle seront passées en revue; et ce, afin d'expliquer le développement du Plan d'Action à l'étude, objet de l'analyse d'implantation de la présente recherche.

3.1 Aperçu général sur le Maroc

3.1.1 Situation géographique et caractéristiques sociodémographiques et économiques

Le Royaume du Maroc, dont la superficie est d'environ 710 850 kilomètres carrés, est un pays de l'Afrique du Nord, limité au nord par la mer Méditerranée et le détroit de Gibraltar, à l'ouest par l'océan Atlantique, à l'est par l'Algérie et au sud par la Mauritanie (Maroc. Ministère de la Santé, 2012a) (figure 1). Il fait partie du Grand Maghreb arabe. Sa population est estimée pour l'année 2010 à 32 millions d'habitants, dont 58 % vivent en milieu urbain et 42 % dans les zones rurales. La population vivant au Maroc est composée essentiellement de Berbères, et d'Arabes. Concernant la structure par âge, 66,9 % de la population se retrouvent dans la tranche d'âge de 15-64 ans, 48 % sont âgés de moins de 25 ans et 28 % âgés de moins de 15 ans (United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division, 2013). Le taux de natalité au Maroc était de 18,8 ‰ en 2009-2010 et l'indice synthétique de fécondité s'élevait à

2,6 enfants par femme pour l'ensemble du pays en 2011 (Maroc. Ministère de la Santé, 2012a); quant au taux de croissance annuel moyen, il est de 1,20 % en 2012. L'espérance de vie à la naissance est passée à 72,4 années en 2012. Le Maroc est classé 130 sur 187 pays selon l'Indice de développement humain du PNUD, avec 2,5 % de la population vivant sous le seuil de pauvreté internationale de 1,25 \$ USD (en termes de parité de pouvoir d'achat) par jour (Programme des Nations Unies pour le développement, 2013). La proportion d'analphabétisme des adultes⁶ pour la période 2005-2010 se situe à 44 %.



Figure 1 : Carte géographique du Royaume du Maroc

Source : http://commons.wikimedia.org/wiki/Atlas_of_Morocco

⁶ Pourcentage des personnes âgées de 15 ans et plus sachant lire et écrire une phrase simple de leur vie quotidienne et la comprenant

3.1.2 Organisation administrative et sanitaire du Maroc

3.1.2.1 Organisation administrative

Le territoire du Maroc est divisé en 16 régions administratives ou Wilayas subdivisées elles-mêmes en 82 provinces (figure 2) :



Figure 2 : Carte administrative du Royaume du Maroc

Source : (Maroc. Ministère de la Santé, 2005)

Chaque province est divisée en communes, arrondissements, cercles totalisant 215 communes urbaines et 1 280 communes rurales.

3.1.2.2 Organisation du système de santé au Maroc

Le système de santé marocain est structuré autour de deux secteurs : un secteur public et un secteur privé (à buts non lucratif ou lucratif). Il subit actuellement un vaste remaniement à travers l'instauration de plusieurs réformes (financière, hospitalière et institutionnelle) (Campagne Environnements favorables à la pratique, 2010; Maroc. Ministère de la Santé, 2012a).

Le ministère de la Santé est chargé de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique gouvernementale en matière de santé de la population. Organisé selon le modèle hiérarchique, il comprend outre le cabinet du ministre, une administration centrale et des services extérieurs dirigés par le ministre de la Santé qui détient la responsabilité d'exécuter la politique sanitaire du gouvernement :

- *L'administration centrale* englobe l'inspection générale, le secrétariat général, et les directions centrales. L'administration sanitaire ainsi que la coordination des différentes structures (délégations, directions, divisions) sont sous la responsabilité du secrétaire général considéré comme le second responsable après le ministre. Les directions et divisions assurent les grandes tâches du département (élaboration des politiques de santé, des plans nationaux sanitaires, réglementation du développement du personnel incluant la formation, allocation des ressources, etc.);

- *Les services extérieurs de la santé* sont constitués des délégations régionales et provinciales. Chaque région est sous la responsabilité d'un délégué ou directeur régional qui représente le ministère de la Santé et qui est mandaté pour coordonner le développement sanitaire de la région. Quant à la responsabilité d'appliquer la politique sanitaire au niveau de la province, elle est assumée par un délégué qui fonctionne sous l'autorité du directeur régional. Chacune de ces

délégations est chargée de l'animation, du contrôle et de la coordination des activités des services qui composent son périmètre territorial.

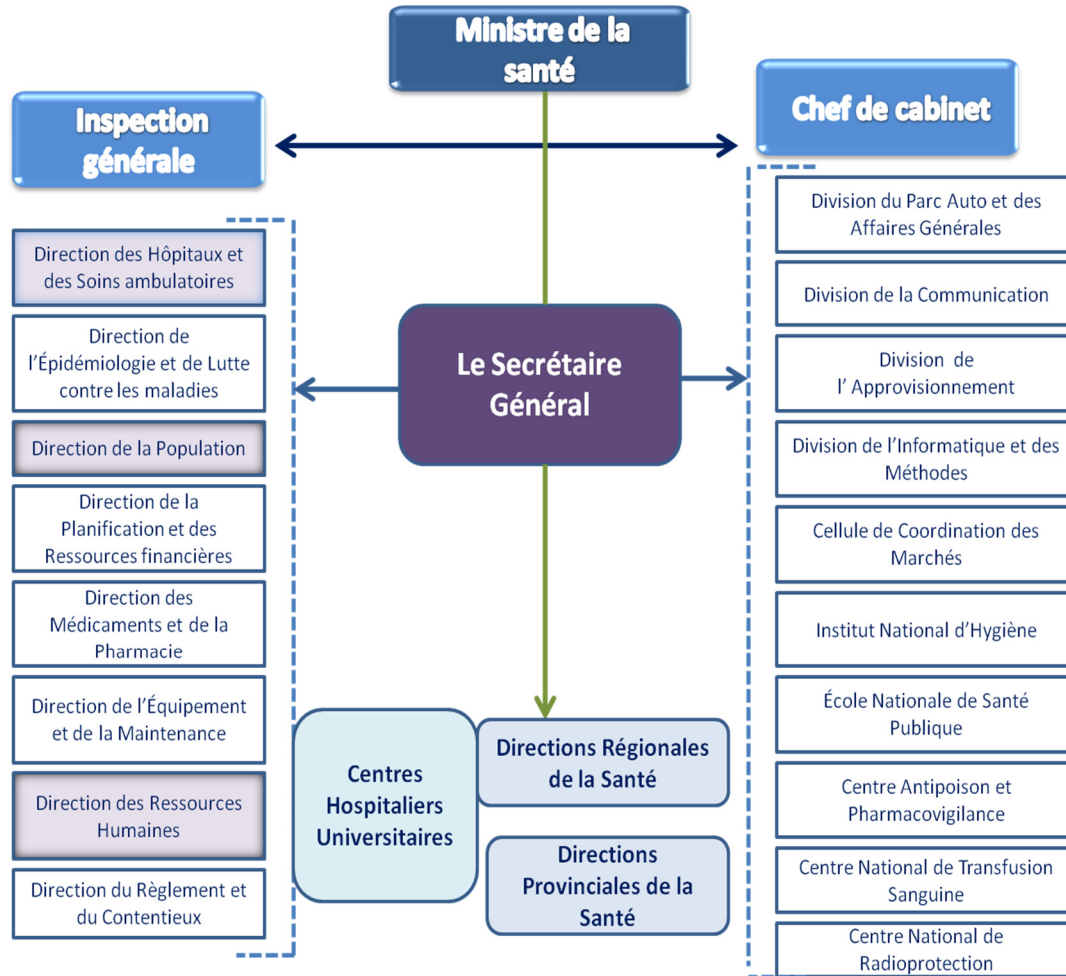


Figure 3 : Organigramme du ministère de la Santé au Maroc

Source : Adapté de <http://srvweb.sante.gov.ma/Pages/Minist%C3%A8re-de-la-sant%C3%A9.aspx>

Le secteur public du système de santé est constitué de deux types de réseaux d'action sanitaire (Maroc. Ministère de la Santé , 2012a; 2005) : celui de l'action ambulatoire et celui de l'action hospitalière :

- *Réseau d'action ambulatoire* : Il comporte les établissements de soins de santé de base destinés à assurer les soins de santé primaires (dispensaire, centre de santé communal, centre de santé communal avec unités d'accouchements) en milieu rural et urbain. Leur champ d'action couvre essentiellement les services préventifs, curatifs et de promotion de la santé.
- *Réseau d'action hospitalière* : Il est organisé en quatre catégories d'hôpitaux et hiérarchisé en trois niveaux d'intervention :
 - 1) L'hôpital local : il constitue le premier 1^{er} niveau de référence. Il assure les soins hospitaliers de proximité;
 - 1) Le centre hospitalier provincial or préfectoral : il fait partie aussi du premier 1^{er} niveau de référence du réseau d'action hospitalière. Il dessert la population de toute la province, surtout pour les services de spécialité inexistant dans les hôpitaux locaux. Il comprend un ou plusieurs hôpitaux généraux et/ou spécialisés;
 - 2) Le centre hospitalier régional : il constitue le second niveau de référence et comprend un ou plusieurs hôpitaux généraux et/ou spécialisés. Il dispose de huit spécialités en plus de celles de l'hôpital provincial, et dessert la population de toute la région concernée (4 à 6 provinces);
 - 3) Les centres hospitaliers universitaires : ils constituent le 3^{ème} niveau de référence et sont au nombre de cinq établissements publics (Rabat, Casablanca, Fès, Marrakech, Oujda). Ils desservent toute la population et offrent une gamme complète de services et de soins hautement spécialisés.

3.2 Analyse de la situation de la santé maternelle et des soins obstétricaux au Maroc

3.2.1 Évolution des indicateurs de l'objectif du Millénaire pour le développement cinq (OMD 5) à travers l'histoire au Maroc

Quatre périodes semblent bien marquer le pays en termes d'évolution des principaux indicateurs liés à la santé maternelle. Ces périodes sont réparties comme suit:

Les périodes couvrant les années 1985-1991 ; 1992-1996 ; 1994-2003

La mortalité maternelle (MM) a connu une baisse relativement importante passant d'un ratio de 332 pour 100 000 naissances vivantes (NV) (ENPS⁷ II de 1992 : période 1985-1991) à 228 selon l'enquête ENSME⁸ de 1997 couvrant la période 1992-1996. Ce rythme de régression a favorisé le milieu urbain par rapport au rural. Ainsi, la baisse a été plus accentuée en milieu urbain (de 284 à 125 pour 100 000 NV) par rapport au milieu rural où la baisse a été timide (de 362 à 307 pour 100 000 NV) (Maroc. Ministère de la Santé, 1997). Malgré tous les efforts consentis par le ministère de la Santé, la courbe n'avait pas tendance à fléchir au fil des années. En effet, la période 1994-2003 a été marquée par un manque de régression de ce fléau. Les résultats de l'EPSF⁹ 2003-2004 (couvrant la période 1994-2003), ont montré que le ratio de MM estimé à 227 pour 100 000 NV, est demeuré presque inchangé et n'a baissé que d'un point par rapport à celui révélé par l'ENSME de 1997 (228 pour 100 000 NV) (Maroc. Ministère de la Santé, 2005).

En matière de couverture par les consultations prénatales et l'assistance à l'accouchement par du personnel qualifié, une amélioration a été constatée depuis 1997. En effet, la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié a augmenté passant de 31 % en 1997 à 63 % en 2003-2004. En dépit de l'amélioration, ces chiffres ont démontré une persistance des disparités régionales étant donné que 85 % des femmes ont été assistées durant leur accouchement en milieu urbain contre seulement 40 % en milieu rural (Maroc. Ministère de la Santé, 1997; 2005). Concernant la couverture par les consultations prénatales, une nette augmentation de la proportion des femmes ayant été suivies par des soins prénatals, a été mise en évidence; celle-ci étant passée de 58 % en 1997 à 68 % en 2004 à l'échelle nationale. Cependant, par milieu de résidence, le rural a affiché un retard par rapport à l'urbain. Cet écart de couverture entre les régions (85% de couverture en milieu urbain contre seulement 48 % en

⁷ ENPS : Enquête Nationale sur la Population et la Santé;

⁸ ENSME : Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant

⁹ EPSF : Enquête sur la Population et la Santé Familiale

milieu rural en 2004) a mis l’emphase sur la nécessité de poursuivre les efforts notamment en milieu rural afin de subvenir aux besoins des femmes enceintes.

La période 2004-2010

Il s’agit d’une période ayant marqué un virage important dans le champ de la santé maternelle. La cinquième enquête nationale EPSF 2011 a révélé que la MM a connu une diminution particulièrement remarquable, passant de 227 décès pour 100.000 NV en 2004 à un ratio de 112 en 2010 (148 en milieu rural contre 73 en milieu urbain). La MM aurait reculé approximativement de 66 % en vingt ans (1990-2010) (Maroc. Ministère de la Santé , 2012a) (figure 4).

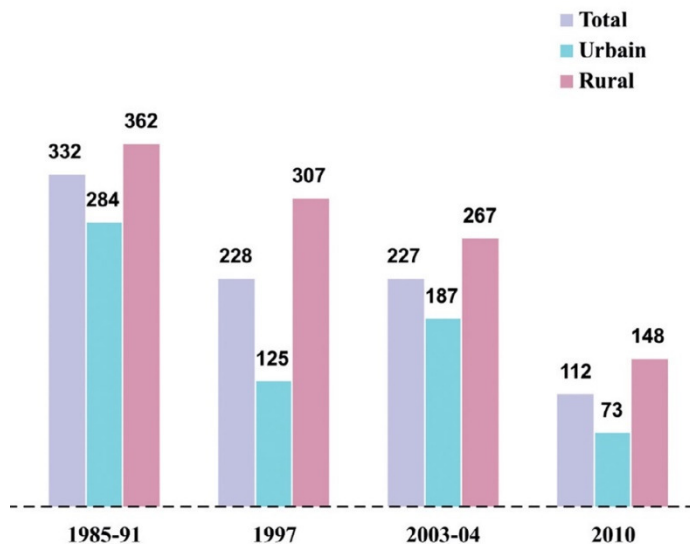


Figure 4 : Évolution des ratios de mortalité maternelle

Source : (Morocco. Ministry of Health 2011)

Cette baisse semble être corrélée à un éventail de facteurs tels qu’une réduction de l’indice synthétique de fécondité ainsi que les progrès enregistrés à travers le Royaume en termes d’utilisation des services de santé maternelle. La couverture au niveau national des consultations prénatales ayant passé de 68 % en 2004 à 77,1 % en 2010 illustre ces progrès. Toutefois, les disparités par milieu de résidence se sont maintenues (91,6 % de consultations prénatales en milieu urbain contre 62,7 % en milieu rural). Quant à l’assistance à

l'accouchement, les progrès se sont aussi traduits par une augmentation de la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié, soit un passage de 63 % en 2004 à 74 % en 2010 (Maroc. Ministère de la Santé , 2012a). Les femmes résidant en milieu urbain ont bénéficié le plus de cette assistance (92,1 % en milieu urbain contre seulement 55 % en milieu rural). Pour ce qui concerne la période postnatale, la proportion des consultations postnatales qualifiées ont été documentées durant cette période marquant une couverture assez faible de 22 % et une différence significative par milieu (30,5 % en milieu urbain contre 13,2 % en milieu rural) (Maroc. Ministère de la Santé , 2012a).

En guise de conclusion, malgré les avancées réalisées, les progrès restent mal équilibrés entre les différents milieux; la situation au Maroc reste toujours marquée par des iniquités d'accès aux soins obstétricaux et la disparité urbaine/rurale est énorme (Maroc. Ministère de la Santé , 2012b).

3.2.2 La formation des sages-femmes à travers l'histoire

La formation des sages-femmes (SF) au Maroc a connu de profondes évolutions à travers l'histoire. Avant l'instauration du protectorat (Reverso, s.d.)¹⁰, la formation de SF n'existait pas. Deux catégories de personnel exerçaient sur le terrain soit les accoucheuses traditionnelles nommées « Kablas » ou des SF étrangères. À la veille de l'indépendance en 1951, une formation de durée de deux ans a été mise en œuvre pour produire un personnel de santé intitulé les accoucheuses ou « Moualidates » (Temmar, 2005a). Par la suite, la formation a connu une évolution et plusieurs profils se sont succédés et ce, afin de répondre à des besoins conjoncturels du ministère de la Santé. Ainsi, les programmes de formation ont donné lieu successivement à des infirmières ayant un certificat d'aptitude professionnelle en obstétrique, puis des infirmières diplômées d'État à programme renforcé en obstétrique suivies par les infirmières accoucheuses. À savoir que parallèlement à la formation de ces différents profils, le ministère de la Santé formait des SF au niveau de l'École de Cadres durant la période s'étalant

¹⁰ Protectorat : Il s'agit d'un régime de dépendance d'un État protégé par un État plus puissant, institué par un traité. Repéré le 29 Juillet 2014 à <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/protectorat>

de 1964 jusqu'en 1997. Ces SF connues comme des infirmières diplômées d'État spécialistes en obstétrique étaient surtout formées pour acquérir des compétences prioritairement dans les domaines de la gestion, de l'enseignement, et de l'encadrement (Temmar, 2005a).

En 1993, une principale réforme fut mise en place marquant ainsi un tournant dans l'histoire de la formation des SF au Maroc (Temmar, Vissandjiée, Hatem, Apale, & Kobluk, 2006). En vue de doter le système de santé en personnel qualifié capable de répondre aux exigences de qualité et d'accessibilité de la population aux soins de santé reproductive, les efforts ont visé à renforcer la capacité de formation des SF diplômées d'État, et ce à travers : i) l'implantation de huit Instituts de Formation aux Carrières de Santé (IFCS) dans les différentes régions du Royaume; ii) l'augmentation de la durée de formation en obstétrique qui est devenue spécifique aux SF et d'une durée de trois ans; et, finalement, iii) l'augmentation du nombre des recrues.

En 2002, un neuvième institut fut mis en place et le cursus de formation des SF devint axé sur les compétences. Une nouvelle révision selon l'approche par compétences fut entamée en 2009, et ce, dans le cadre d'un processus établi par le Ministère de la Santé appuyé par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelles au Royaume du Maroc (Temmar, 2005b).

À partir de l'année 2013, dans le cadre de la réforme de l'enseignement supérieur et avec le support politique du gouvernement Marocain pour renforcer les compétences des professionnels de la santé considérés comme pilier important des soins de la santé reproductive, notamment les SF, le système de formation du personnel SF, infirmier et technicien de santé fait l'objet d'une réforme globale. Cette dernière a consisté à adopter le système Licence au niveau des instituts qui ont été renommés Instituts Supérieurs des Professions Infirmières et Techniques de Santé (ISPITS) à partir de l'année universitaire 2013-2014. Cette nouvelle vision de la formation des SF marocaines met l'accent sur la recherche-innovation, l'assurance qualité et la

gouvernance du système de formation à travers l'instauration des principes de la participation et de l'interdisciplinarité au niveau de ces instituts (Temmar, 2005b; Masbah, 2014).

3.2.3 Principales stratégies de réduction de la MM au Maroc à travers l'histoire

Le ministère de la Santé a beaucoup investi dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et a lancé une panoplie d'interventions au fil des années pour réduire ce fléau. Jusqu'aux années 1970, l'accent prioritaire avait été mis sur les programmes de protection de la santé de l'enfant à partir desquels les femmes pouvaient bénéficier d'un certain nombre de services (planification familiale, introduction de visites pré et postnatales) en vue d'améliorer leur santé. Au cours des années 1980, l'accent avait été réorienté sur la santé maternelle et précisément sur la prévention des risques liés à la maternité. Ainsi, en 1987, le programme de surveillance de la grossesse et de l'accouchement introduit a mis en avant la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles. Des efforts ont été déployés afin d'améliorer la couverture des soins, les consultations pré et postnatales, et d'aménager les centres de santé pour augmenter le nombre d'accouchements en milieu surveillé. Ces efforts ont contribué à une certaine amélioration, mais l'impact de cette approche s'est avéré restreint. Conséquemment, en 1995 une nouvelle stratégie axée sur la prise en charge des urgences obstétricales au niveau des structures d'accouchement a été adoptée à travers l'instauration d'une approche basée sur le modèle des trois délais et à travers le lancement des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) avec amélioration de l'offre de soins de qualité (Maroc. Ministère de la Santé , 2011). Toutefois, les résultats de l'enquête sur la population et la santé familiale 2003-2004 ont montré qu'avec 227 décès pour 100 000 NV, la MM restait un problème obstinément insoluble et constituait une situation imminente en santé publique.

Cette situation problématique s'expliquait par quatre types de contraintes qui freinaient l'atteinte des résultats et retarder la réduction de la MM selon les données émanant du diagnostic posé par le ministère de la Santé : i) des difficultés d'accès aux soins obstétricaux

(d'ordre financier, physique et culturel) surtout en milieu rural; ii) une insuffisance en quantité et en qualité des ressources humaines et une mobilisation insuffisante des compétences; iii) une faible qualité des soins, et précisément de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement; et, iv) une défaillance dans la coordination et dans le pilotage des actions (Maroc. Ministère de la Santé , 2008b, 2010a). Au vu de cette situation très alarmante, le gouvernement marocain a placé la lutte contre la MM en 2008 au plus haut rang de ses priorités et l'a inscrite en tant que composante urgente et prioritaire dans la stratégie sectorielle de santé 2008-2012 (Maroc. Ministère de la Santé , 2008b) à travers le développement d'un plan national d'accélération de la réduction de la MM.

À l'heure actuelle, les efforts se poursuivent incessamment et ce, par la mise en œuvre d'un nouveau plan d'accélération 2012-2016 qui a pour objectifs de consolider les acquis, de renforcer la gestion de proximité, et de cibler les actions surtout pour les régions sous couvertes notamment en milieu rural (Maroc. Ministère de la Santé , 2012b).

3.3 Cadre d'émergence du projet de recherche et description du Plan d'Action pour le renforcement du rôle professionnel des sages-femmes au Maroc

Notre projet de recherche s'inscrit dans le cadre des activités du plan national 2008-2012 visant l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile (Maroc. Ministère de la Santé , 2008b).

3.3.1 Historique d'élaboration du Plan d'Action

L'engagement du ministère de la Santé pour la lutte contre la MM s'est traduit par la mobilisation d'un comité national d'experts nationaux et internationaux afin d'élaborer un plan national visant à accélérer la réduction de la MM à 50 pour 100 000 NV à l'horizon de 2012. Ce plan d'accélération reposait sur trois axes stratégiques composés de neuf leviers d'action dont le premier axe portait sur la réduction des barrières d'accès aux soins obstétricaux et néonataux et

sur l'amélioration de la disponibilité d'un personnel qualifié dans les structures d'accouchement. Ainsi, le présent projet se situe dans le cadre du premier axe, et fait partie des 3^{ème} et 4^{ème} leviers d'action qui ont été concrétisés dans les actions 86 et 87 visant respectivement à assurer la disponibilité d'un personnel qualifié et à renforcer les compétences des professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des femmes au Maroc, y compris les SF (Maroc. Ministère de la Santé , 2008a, 2010a).

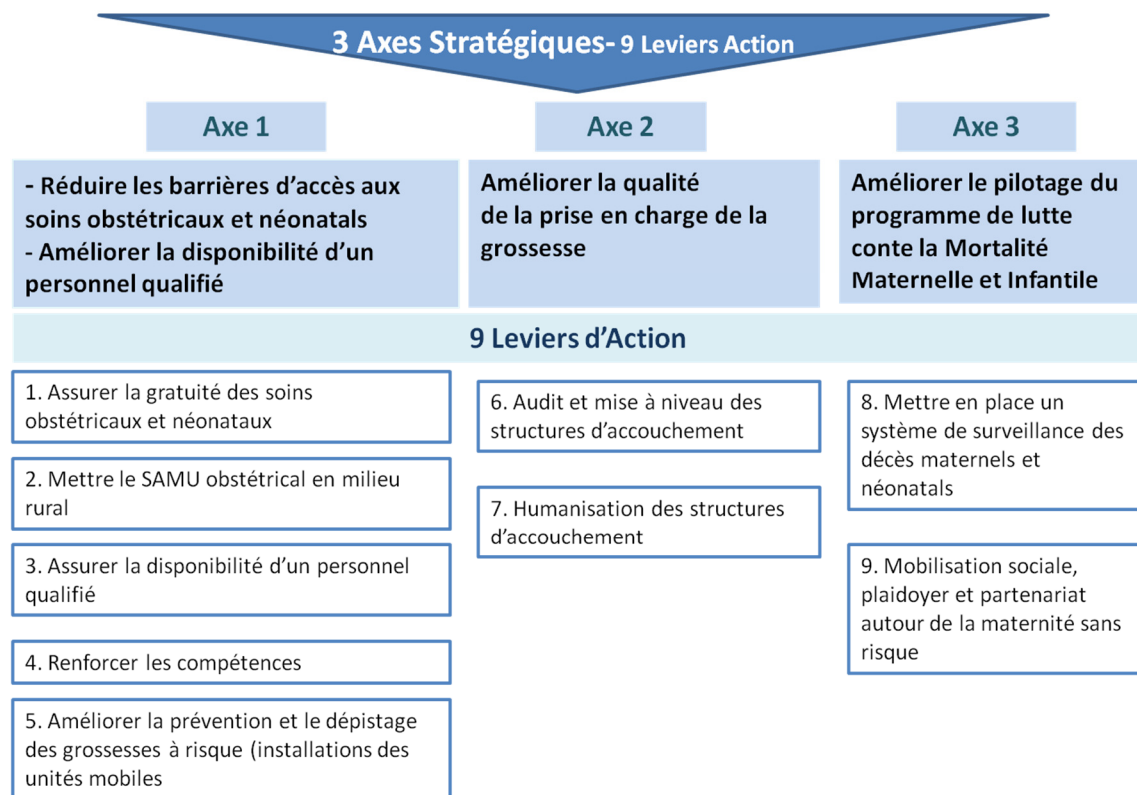


Figure 5 : Plan national d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle

Source : Adapté de (Maroc. Ministère de la Santé , 2010b)

Dans ce contexte, le ministère de la Santé a reconnu la place des SF dans la production des soins de qualité et la nécessité de développer leurs compétences. Pour y arriver, les actions ciblées par ce plan s'articulaient autour des résultats suivants :

- Développement des compétences essentielles en obstétrique chez les SF selon des normes universelles et scientifiquement reconnues soit de l’OMS et de l’ICM;
- Adaptation du curriculum de formation des SF selon les nouveautés relatives aux bonnes pratiques (Hatem, 2009).

Ainsi, dans le cadre de l’implication Nord-Sud pour l’atteinte des objectifs du Millénaire, une consultation¹¹ a été effectuée, en Février 2008, dans le cadre du processus établi par le ministère de la Santé du Royaume du Maroc appuyé par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelles (Hatem, 2008). Il s’agissait d’une mission d’« assistance technique pour la révision du programme de formation des SF » dont les objectifs globaux consistaient à :

- Réviser le programme de formation des SF du Maroc et introduire de nouvelles habiletés et compétences dans le contexte de la prise en charge globale de la femme;
- Contribuer au développement de la formation continue et améliorer la pratique de SF au Maroc.

La consultation effectuée dans le cadre du processus précité a englobé trois activités essentielles qui ont guidé les choix des composantes de l’intervention justifiant aussi ses caractéristiques. Ces activités ont été menées en impliquant différents groupes d’acteurs regroupant de nombreux comités et organismes appartenant aux systèmes socioculturel, éducationnel et disciplinaire dans lesquels évolue la SF marocaine (Hatem, 2008). Les trois activités sont décrites comme suit :

1) La phase de diagnostic : Cette phase a permis d’évaluer la situation problématique de la profession de SF. Une approche constructiviste ethnographique a été adoptée et ce, en consultant une variété d’informateurs clés au niveau de deux régions marocaines (Rabat, Fès) qui ont été ciblées pour collecter les données. Pour ce qui concerne la collecte des données, plusieurs sources d’informations ont été utilisées. Ainsi, les données provenaient d’entrevues

¹¹ Le rapport de consultation réalisée par le professeur-chercheur Marie Hatem (École de santé publique, Université de Montréal) est présenté en *Annexe I*.

semi-dirigées, d'entretiens de groupes qui ont été conduits auprès des : cadres chefs des directions de la planification des ressources, et de la population, au ministère de la Santé, du représentant de l'UNFPA, de l'association des SF du Maroc, de l'équipe de direction des enseignements et des enseignantes de deux Instituts de Formation aux Carrières de Santé (IFCS) de Rabat et de Fès, de la direction des hôpitaux, des corps enseignant et étudiantin SF des IFCS, des SF cliniciennes exerçant en milieux hospitalier et extrahospitalier et finalement des associations féministes. Aussi, des observations de l'environnement éducationnel, et clinique dans lequel pratiquent les SF et les différents professionnels de la santé avec qui elle collabore, ont été réalisées; ainsi qu'une analyse des documents pertinents tels que le document du programme de formation des instituts de formation, le texte de la loi (Dahir n0 1-59-367) et le document du journal officiel sur le statut infirmier au Maroc et d'autres rapports et résultats d'études concernant la profession de SF au Maroc (Hatem, 2008). L'analyse des données a permis d'identifier les obstacles et les facilitateurs à l'accomplissement du rôle professionnel de la SF (objectif de changement) et à dresser le bilan des forces et des faiblesses du contexte d'évolution de la SF marocaine afin de guider le choix des composantes de l'intervention soit le Plan d'Action visé par la démarche. Les éléments du diagnostic relatifs au contexte socioculturel dans lequel évolue la SF marocaine, à sa pratique et à son profil éducationnel ont permis de conclure que la SF est formée dans un « système éducationnel technique », qui la prépare à une pratique selon un « système disciplinaire médical » et ce, dans un système socioculturel systémique (Hatem, 2008). Selon ce rapport diagnostique, la situation problématique de la SF, dans chacun des systèmes investigués, est présenté comme suit :

Le contexte socioculturel : Dans le contexte socioculturel marocain au moment où le diagnostic a été réalisé, la SF marocaine :

- n'a pas d'identité propre; elle l'a perdue à travers les années;
- sa situation de « femme » dans un contexte socioculturel caractérisé par des inégalités de genre et contribuant à maintenir un bas statut de la femme n'est pas un bon atout à son développement; sa place dans la société n'est pas ainsi favorisée par une image et une réputation négatives qu'elle s'est forgée; et
- son champ de pratique n'est pas défini et est régi par une loi ou une réglementation ancienne; ceci ne lui donne pas de reconnaissance professionnelle proprement dite; son rôle est confondu avec de multiples professions ou métiers en santé reproductive; elle est caractérisée par un manque de visibilité à l'égard de ses services et par son absence sur les tables de négociation et de planification des services de santé reproductive.

Le contexte disciplinaire : Au niveau de la pratique professionnelle, les éléments suivants ont été soulignés :

- sa pratique est morcelée et caractérisée par un manque de continuité, d'autonomie professionnelle et par la dominance du corps médical;
- son intégration est limitée dans le système et ne dispose pas d'une collaboration favorable à sa pratique autonome; De plus, elle n'est pas considérée comme un partenaire compétent de l'équipe de santé de reproduction;
- sa relation est limitée et de mauvaise qualité avec la femme et la communauté;
- les milieux de pratique ne sont pas toujours favorables ni à son épanouissement professionnel ou personnel;

Le contexte éducationnel : Au plan éducationnel et du programme de formation, la formation offerte présentement à la SF marocaine est caractérisée par :

- un modèle de formation académique différent de celui de la réalité du terrain; le terrain ne permet pas de développer l'image de la SF professionnelle inculquée par les enseignantes notamment en ce qui a trait au sens de la responsabilité, à l'autonomie, à la collaboration, et à l'éthique;
- un programme par module et des objectifs d'apprentissage préparant la SF à une pratique morcelée visant plus la technicité que la prise en charge globale de la femme et de sa communauté ainsi que des problématiques de santé reproductive;
- un bagage théorique suffisant pour lui permettre de répondre aux exigences de certains milieux de sa pratique professionnelle mais lacunaire pour une éventuelle pratique en milieu rural;
- des méthodes d'enseignement pas toujours adaptées au contenu;
- une planification de l'enseignement non conforme avec les réalités du terrain donc de la pratique professionnelle; et,
- une évaluation ciblée sur la performance en général, sur la technique en particulier.

2) La phase d'élaboration du Plan d'Action : Suite au diagnostic ainsi établi, il s'est avéré crucial d'élaborer un Plan d'Action global comportant des activités ciblant les dimensions des trois systèmes dans lesquels évolue la SF et ce, en vue de renforcer son rôle. Le choix des activités a été effectué en se basant sur la liste des barrières et des facilitateurs identifiés lors de la phase du diagnostic et même en se référant aux propositions faites par les informateurs clés

du terrain marocain afin de corriger la situation problématique de la SF. Ainsi, la résultante des activités accomplies à l'occasion de cette consultation s'est concrétisée en l'élaboration d'un Plan d'Action pour le renforcement non seulement de la formation des SF et son adaptation aux besoins du contexte socioculturel marocain mais du rôle professionnel dans un cadre plus global ciblant les trois systèmes dysfonctionnels dans lesquels évolue ce personnel de la santé maternelle et infantile. En effet, le processus de changement d'un rôle professionnel se distingue par la théorie sur laquelle il se base, soit l'interaction de trois systèmes dans lesquels évoluent les professionnels de la santé en général et dans notre cas les SF au Maroc : les systèmes socioculturel, éducationnel et disciplinaire à prendre en considération pour fournir un professionnel de la santé qualifié capable de répondre aux besoins de la santé de la population (Hatem-Asmar et al., 2002).

3) La phase de validation : Cette phase a consisté à valider le Plan d'Action élaboré à travers la mise en place d'un atelier de validation impliquant plusieurs personnes représentant différents niveaux hiérarchiques et appartenant à des domaines variés (éducatif, politique et clinique). L'objectif de l'atelier de validation a consisté à expliquer les fondements conceptuels du changement proposé, et de les consolider par des données empiriques et ce, en présentant les résultats de l'étude diagnostique faite. Le but de l'atelier était de proposer l'intervention, de vérifier sa pertinence, et de recueillir les propos et les recommandations des participants au sujet du Plan d'Action et de sa mise en place. Des représentants des organismes internationaux tels que le représentant de l'UNFPA et des responsables de différentes directions affiliées au ministère de la Santé étaient présents, soit le directeur de la division de la formation associé à la direction des ressources humaines, les directeurs et responsables des directions de la planification et de la population du ministère de la Santé. L'accueil était favorable et aucune contestation ni rejet n'a été manifesté durant l'atelier. Par la suite, il a été formalisé dans un rapport bien détaillé soumis au bureau de l'UNFPA et à la division de la formation. En somme, le Plan d'Action a été développé à partir des données émanant du terrain et reflétant les besoins des acteurs marocains.

3.3.2 Caractéristiques du Plan d'Action

Cinq dimensions stratégiques constituaient les assises du Plan d'Action proposé pour le renforcement du rôle des SF marocaines dans le contexte de la santé de la reproduction. Elles devraient être considérées de façon parallèle afin de pouvoir réussir le changement : renforcer le rôle de la SF pour lui permettre de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ces dimensions portaient sur : la formation, la mise en place de comités, la dimension socioculturelle et légale, la dimension évaluative et finalement la dimension organisationnelle (Hatem, 2008) :

3.3.2.1 La dimension formation

Elle consiste à organiser et mettre en place des programmes de formation adressés aux formateurs, aux encadrantes, aux SF du milieu clinique et aux membres de l'équipe multidisciplinaire regroupant les médecins et autres acteurs.

3.3.2.2 La mise en place de comités

Il s'agit de créer des comités pertinents à la réalisation des différentes activités indispensables à la mise en œuvre de ce Plan. Trois comités sont nécessaires afin d'atteindre le but ultime de ce Plan d'Action : un comité du programme de formation regroupant les personnes et les entités pertinentes pour ajuster la formation de base des SF selon l'approche par compétences, un comité du profil des SF pour la vérification des fonctions, activités et tâches de la SF marocaine et un comité du travail sur la réglementation et le lobbying gouvernemental.

3.3.2.3 La dimension socioculturelle et légale

Elle porte sur l'élaboration des activités socioculturelles et légales afin de donner la visibilité à la SF en vue de la revaloriser, touchant différents acteurs appartenant aux corps enseignant et étudiantin, aux associations féministes, aux associations des obstétriciens-gynécologues et autres. Cette dimension englobe une variété d'activités telles que des activités de marketing de la profession, de lobbying interdisciplinaire et institutionnel, de dynamisation

des associations des SF marocaines, d'ajustement des ressources (humaines et matérielles) des entités offrant des services de santé reproductive.

3.3.2.4 La dimension évaluative

Deux types d'évaluation sont considérés au niveau de cette dimension : une analyse de l'implantation du Plan et une évaluation de l'impact à différents termes afin de vérifier le processus de son implantation et l'atteinte de ses objectifs.

3.3.2.5 La dimension organisationnelle

Il s'agit de la considération des aspects organisationnels du projet afin de garantir sa réussite et sa pérennité tels que : maintenir le support du UNFPA et du ministère de la Santé du Maroc; et assumer la responsabilité de son organisation et de la mise en œuvre de ses activités par une personne bénéficiant d'un support logistique.

Ces cinq dimensions sont couvertes par le Plan qui comprend onze objectifs opérationnalisés, déclinés en objectifs mesurables et en indicateurs (*tableau 1, article 2*). Ces objectifs visent à :

- 1) Organiser et mettre en place un programme de formation continue adressé aux formateurs : programme de formation international planifié avec la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) en Gestion du travail et de l'accouchement (GESTA);
- 2) Organiser et mettre en place un programme de formation adressé aux encadrantes, aux SF du terrain et aux membres de l'équipe multidisciplinaire;
- 3) Développer et implanter un nouveau programme de formation axé sur l'approche par compétences. À cet effet, il s'agit de créer et mobiliser le comité du programme regroupant les personnes et les entités pertinentes et de suivre les huit étapes du cadre de référence de Guilbert pour établir et implanter le nouveau programme de formation axé sur l'approche par compétences;

- 4) Créer et mobiliser le comité du profil des SF pour vérifier les fonctions, les activités et les tâches de la SF marocaine et élaborer par la suite le texte décrivant le nouveau profil de la SF;
- 5) Créer et mobiliser le comité de travail sur la réglementation et le lobbying gouvernemental pour promulguer un nouveau texte de loi régissant la profession;
- 6) Dynamiser les associations des SF Marocaines (ASFM) centrale et locale pour créer un Ordre professionnel afin de renforcer l'identité de la SF, développer son autonomie et promouvoir sa reconnaissance professionnelle et sociale;
- 7) Créer un comité et mener un lobbying interdisciplinaire et institutionnel pour réorganiser la pratique SF et planifier de nouveaux modèles organisationnels de pratique;
- 8) Mettre en place des activités de marketing sur la profession pour valoriser la SF dans la société;
- 9) Mobiliser les responsables de la planification et de l'attribution des ressources dans le système marocain pour ajuster la distribution des ressources humaines et matérielles pour aider les SF à mener à bien leur rôle et offrir des services de santé reproductive de qualité;
- 10) Mettre en place un processus d'évaluation de l'implantation et de l'impact; et
- 11) Assurer la mise en place et la pérennité du projet en comptant sur le support de l'UNFPA et du ministère de la Santé du Maroc et en confiant la responsabilité de l'organisation à une personne disposant d'un support logistique pour assurer la pérennité du projet et son succès.

En somme, nous pouvons énoncer que le Plan d'Action possède plusieurs attributs qui permettent de le caractériser en tant qu'intervention complexe étant donné qu'il comporte un nombre élevé d'activités (ex. lobbying, formation, marketing, etc.) nécessitant la mobilisation et l'intervention de plusieurs acteurs de différents niveaux et catégories, et appartenant à trois systèmes; que sa forme est fortement dépendante du contexte dans lequel il est inséré et avec lequel il interagit; et que sa logique repose sur plusieurs relations (illustrées dans le modèle logique du Plan d'Action) qui interagissent et même rétroagissent entre elles (Champagne, Contandriopoulos, et al., 2011; Craig et al., 2008).

3.3.3 Élaboration du modèle logique du Plan d'Action

Selon la littérature, il semble y avoir un consensus quant à la nécessité d'élaborer un modèle logique qui définit l'intervention à évaluer et qui explicite les liens entre cette dernière et ses effets. Ceci s'avère une étape essentielle à différents types d'évaluation (Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2011; McLaughlin & Jordan, 1999). Pour outiller les chercheurs dans la réalisation d'une telle évaluation, plusieurs auteurs suggèrent une description à priori des composantes de l'intervention connue aussi sous le nom de la théorie du programme (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, & Denis, 2009a; Lipsey, 1993). Il s'agit de présenter les assises théoriques qui justifient la logique du choix des activités de l'intervention et d'établir les liens entre une intervention (*ses ressources, ses activités et ses produits*) et les effets potentiels (*résultats intermédiaires, d'intervention et ultimes*) soit de préciser le raisonnement qui sous-tend la logique de l'intervention et la production de ses effets (Renger & Titcomb, 2002; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004).

Le modèle logique du Plan d'Action à l'étude repose sur les fondements qui justifient les modèles logiques opérationnel et théorique de toute intervention. Ainsi, il se base sur les fondements suivants :

- 1) sur le modèle conceptuel de Hatem-Asmar (Hatem-Asmar, 1997; Hatem-Asmar et al., 2002) et sur le concept de l'assistance qualifiée en se référant au cadre conceptuel de Graham & Bell (Graham et al., 2001a);
- 2) sur les données empiriques collectées lors de la phase de diagnostic qui ont permis de dresser un bilan des forces et des faiblesses des différentes dimensions des trois systèmes quant à l'accomplissement du plein potentiel du rôle de la SF marocaine, de recueillir les propositions quant aux différentes activités essentielles et cruciales à mettre en place afin d'atteindre les résultats escomptés;
- 3) sur un consensus des écrits scientifiques et sur les orientations stratégiques de la communauté internationale qui préconisent le renforcement du rôle professionnel de la SF comme une stratégie clé pour améliorer la qualité de soins et contribuer à améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés et à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales.

En effet, une analyse de 461 revues systématiques a montré que 56 résultats, incluant la survie, la santé et le bien-être des mères et des enfants, peuvent être améliorés par les interventions qui relèvent du champ de pratique de la SF (Renfrew et al., 2014). Ceci est aussi consolidé par l'étude de la série deux de « *The Lancet* » sur la pratique de SF concernant les effets projetés de l'amélioration ou de l'expansion de la pratique de SF. Selon les résultats, la pratique de SF, associée au planning familial et aux interventions en matière de santé maternelle et néonatale, permettraient d'éviter un total de 83% de tous les décès maternels, des mortinaissances et des décès néonataux, si elle est exercée au sein d'un système de santé fonctionnel comportant des mécanismes de transfert adéquats (Homer et al., 2014);

4) sur plusieurs cadres conceptuels qui établissent les liens évidents entre l'amélioration de la performance de la main d'œuvre et l'amélioration de la performance des services de soins et de l'état de santé de la population (Dieleman, Gerretsen, & van der Wilt, 2009; Dussault, 2001; Huicho et al., 2010). En effet, la performance des ressources humaines en santé est considérée comme un facteur déterminant ayant une influence directe sur la prestation des services de santé et sur la santé de la population. À savoir que, parmi les quatre aspects de la performance du personnel considérés par le rapport de l'OMS de 2006 portant sur les ressources humaines en santé, figure la compétence, résultat intermédiaire visé par notre modèle logique (Organisation Mondiale de la Santé, 2006).

Notre modèle est théoriquement justifié et incorpore des composantes qui reflètent des données et des suggestions enracinées empiriquement. Toutefois, la cartographie conceptuelle de l'intervention n'a pas fait l'objet d'un travail collectif, en d'autres termes n'a pas été construite en interaction avec les acteurs du terrain.

Le sens théorique du Plan d'Action est explicité dans la section suivante : s'appuyant sur les propos de Champagne, Brousselle, Hartz, and Contandriopoulos (2011), toute intervention est mise en œuvre pour corriger une situation problématique en agissant sur un certain nombre de ses déterminants. Ainsi, sur la base du modèle conceptuel de Hatem-Asmar, le Plan d'Action propose d'agir sur les trois systèmes dans lesquels se développe et évolue un rôle professionnel

de la santé; de ce fait, il propose de mettre en œuvre des activités qui ciblent les dimensions des trois systèmes en interaction pour développer et améliorer les compétences des SF et agir sur l'environnement dans lequel elles exercent et évoluent (ex. cadre législatif, environnement de pratique et social) (*résultats intermédiaires*) afin de pouvoir renforcer leur rôle, en d'autres termes afin d'améliorer la performance des professionnels de la santé en termes de compétences, d'environnement favorable et de disponibilité; soit fournir des professionnels compétents en soins de SF et disponibles pouvant remplir leur rôle dans un environnement favorable (l'équivalent de l'assistance qualifiée) et aussi améliorer leur satisfaction au travail (*résultats d'intervention*). Ceci devrait évidemment améliorer la qualité des services fournis, la satisfaction des femmes, et ultimement contribuer à améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés et à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales (*résultats ultimes*).

Ce raisonnement logique est aussi consolidé par la littérature. Il existe un consensus au niveau mondial quant à la nécessité d'élaborer des interventions pour renforcer le rôle des SF et fournir un professionnel compétent en soins de SF pouvant fournir des services de santé reproductive, maternelle et néonatale de qualité afin de réduire les ratios élevés de mortalité maternelle et néonatale (World Health Organization, 2002). En effet, la nouvelle série « *The Lancet* » sur la pratique de SF démontre, à partir d'une analyse des revues systématiques, des études de cas, de la modélisation de prévention des décès, que l'augmentation de la production de professionnels compétents dans la pratique de SF, ainsi que l'amélioration de leur déploiement et de leur fidélisation, sont considérées parmi les meilleures stratégies à adopter pour améliorer la santé reproductive, maternelle et néonatale (Renfrew et al., 2014; ten Hoopen-Bender et al., 2014).

Nous avons déjà évoqué dans la recension des écrits que la plupart des décès maternels (dus à une prise en charge tardive ou inappropriée des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement telles que l'hémorragie, les infections, la dystocie, l'éclampsie et l'avortement) sont évitables si des services de santé maternelle appropriés, complets, et de qualité sont assurés

(Graham et al., 2001a; United Nations Population Fund, 2004; World Health Organization, 2005, 2011c). La prestation de soins qualifiés à toutes les femmes est actuellement reconnue comme une stratégie clé dans la réduction de la MM et conséquemment la mortalité néonatale (Campbell & Graham, 2006; de Bernis, Sherratt, AbouZahr, & Van Lerberghe, 2003; Koblinsky et al., 2006; World Health Organization, 2005, 2011d). La communauté scientifique internationale et l'ensemble des organismes internationaux (UNFPA, OMS, UNICEF) accordent la priorité à la prise en charge professionnalisée de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat par un personnel qualifié dans le cadre d'une stratégie visant à améliorer la qualité des soins à dispenser (Paxton et al., 2005). La déclaration conjointe de l'OMS/ l'ICM/ la FIGO met l'emphase sur le rôle central de la SF en tant que groupe clé possédant les compétences essentielles en soins obstétricaux dans la réduction de cette tragédie (Organisation Mondiale de la Santé, 2005). Ceci est justifié par une variété de preuves (historiques, épidémiologiques, basées sur les modèles) qui ont été abordées dans l'état de connaissances au chapitre 2, et est récemment consolidé par deux nouvelles publications qui sont concluantes à l'égard de l'importance du rôle et de la pratique de la SF dans la fourniture des soins aux femmes et aux nouveau-nés et subséquemment dans leur survie :

- La série « *The Lancet* » sur la pratique de SF lancée en Juin 2014, qui apporte des évidences, à l'égard de la contribution des SF à la survie, à la santé et au bien-être des femmes enceintes et des nouveau-nés (ten Hoop-Bender et al., 2014; Renfrew et al., 2014);
- Le nouveau rapport publié par l'UNFPA (2014), de concert avec l'ICM, l'OMS et leurs partenaires qui stipulent l'importance du rôle des SF à jouer dans l'atteinte des OMD 4 (Réduire la mortalité infantile) et 5 (Améliorer la santé maternelle). Selon les recommandations de ce rapport, développer et renforcer le rôle et les services de SF est considérée une modalité d'intervention essentielle pour sauver la vie des femmes et des nouveau-nés. En effet, les SF sont capables de dispenser environ 87% des soins essentiels aux femmes et aux nouveau-nés et peuvent contribuer à réduire des deux tiers le nombre de décès maternels et néonataux si leur formation et leur réglementation sont conformes aux normes internationales et si elles pratiquent dans le cadre d'un système de santé fonctionnel et favorable.

Cependant, pour dispenser des soins efficaces et de bonne qualité pendant la période périnatale, le professionnel qualifié (SF, infirmiers(ères) ou médecins) doit : i) posséder une gamme complète de compétences clés (telles que définies par les compétences essentielles de la pratique SF de l'ICM); ii) être redevable et en mesure de fonctionner au sein d'un environnement favorable pour pouvoir appliquer l'ensemble de ses compétences et assumer son rôle avec professionnalisme. Ceci réfère à l'assistance qualifiée qui est définie comme étant un processus composé de deux éléments essentiels, un professionnel qualifié, compétent dans la pratique de SF, et un environnement favorable (Graham et al., 2001a, p. 108) dans lequel ce dernier doit opérer pour prendre en charge adéquatement les cas normaux et/ou compliqués.

Selon le cadre conceptuel de Graham & Bell (Graham et al., 2001a) qui ont décrit l'assistance qualifiée et plusieurs autres organismes (OMS, UNFPA) (United Nations Population Fund, 2014; World Health Organization, 2002, 2011d, e), et écrits (*The Lancet Series*) qui ont développé un cadre pragmatique d'action (intervention) afin d'améliorer la qualité des soins maternels et néonataux par le biais de la pratique de SF (ten Hoope-Bender et al., 2014), l'environnement favorable comprend l'environnement immédiat de l'accoucheur (ou des éléments directs) ainsi que l'environnement externe soit un niveau plus large d'ordre politique et réglementaire, socioculturel :

- Les éléments directs concernent :

- un système de soins de santé fonctionnel et performant (en termes d'accès au matériel et aux médicaments essentiels et d'adéquation de fournitures et d'équipements), ainsi que des systèmes d'orientation-recours, de communication et de transport efficaces et efficients et un financement adéquat (ten Hoope-Bender et al., 2014; United Nations Population Fund, 2014; World Health Organization, 2011e);
- un système d'éducation de qualité offrant une formation de base et une formation continue afin de maîtriser et mettre à jour les compétences et prodiguer aux femmes des soins qui répondent à leurs besoins une gestion active des ressources humaines en termes de déploiement, de supervision du personnel (ten Hoope-Bender et al., 2014; United Nations Population Fund, 2014; World Health Organization, 2011e).

- À un niveau plus large, ce cadre considère :
 - les cadres législatif et réglementaire à l'appui pour soutenir la pratique SF : permettre aux SF d'exercer l'intégralité de leurs compétences, les autoriser à choisir et effectuer toutes les interventions obstétricales essentielles susceptibles de sauver la vie pour lesquelles elles sont compétentes. Ceci permet d'améliorer leur statut et d'assurer la visibilité et la reconnaissance légale et professionnelle de leur rôle au sein du système de soins (Family Care International, 2003; (ten Hoope-Bender al., 2014; United Nations Population Fund, 2014; World Health Organization, 2011c);
 - des politiques nécessaires à des soins de pratique SF de qualité pour soutenir la maternité sans risques en tant que priorité (United Nations Population Fund, 2014);
 - des associations professionnelles actives et dynamiques pour œuvrer pour la création de l'ordre afin de : promouvoir la profession, renforcer l'identité professionnelle SF et contribuer à sa valorisation en influençant les politiques, en fixant des normes de pratique et des compétences (aptitudes, connaissances et attitudes) essentielles nécessaires pour s'acquitter avec succès d'une tâche précise; et en facilitant la communication et la collaboration avec d'autres partenaires (Family Care International, 2003; United Nations Population Fund, 2006a, 2006b);

Dans la même ligne, la quatrième série de « *The Lancet* » sur la pratique de SF recommande fortement d'investir dans les SF au niveau national, et ce, à travers des efforts à déployer sur leur environnement de pratique, leur éducation, leur réglementation et la gestion des ressources humaines en général et des SF en particulier, afin d'améliorer la qualité des soins. Selon les résultats de cette série, les SF sont essentielles afin de pouvoir atteindre les buts et les objectifs nationaux et internationaux en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile à l'heure actuelle et même au-delà des années 2015 (ten Hoope-Bender et al., 2014).

En guise de conclusion, la logique de notre intervention (Plan d'Action) est basée sur la nécessité d'agir conjointement sur les trois systèmes (socioculturel, éducationnel, disciplinaire) dans lesquels évolue un rôle professionnel de la santé en mettant en œuvre différentes activités

afin de pouvoir cibler ce déterminant « l'assistance qualifiée » (les compétences des SF et l'environnement dans lequel elles opèrent) et améliorer la performance du professionnel qualifié (compétences, disponibilité), et sa satisfaction au travail. Cette dernière pourra jouer par la suite un rôle clé dans l'amélioration de la qualité des soins et augmenter la satisfaction des femmes. Ces effets pourront contribuer à long terme à améliorer la santé maternelle et néonatale et à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. La logique de l'intervention basée sur le modèle des trois systèmes pour cibler l'assistance qualifiée est illustrée par la figure suivante :

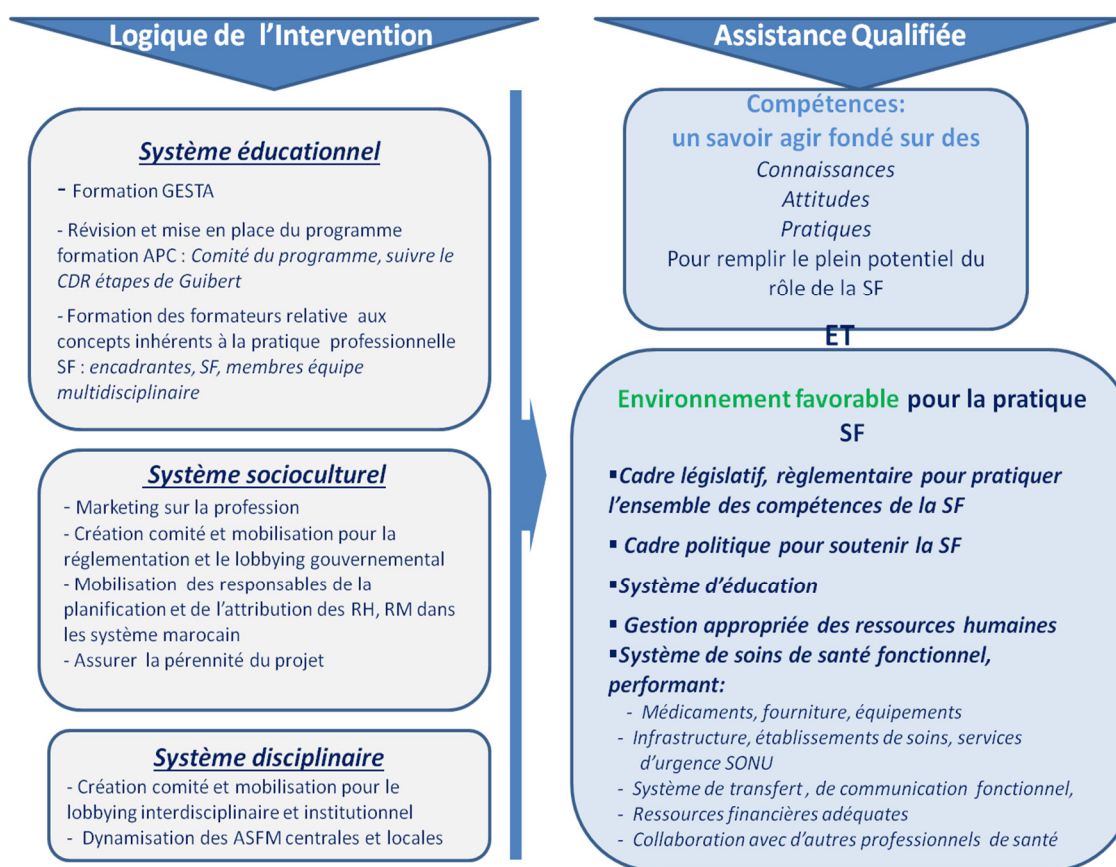


Figure 6 : Logique de l'intervention pour renforcer le rôle professionnel de la sage-femme

En se basant sur tous les arguments présentés, nous brossons le tableau de notre modèle logique du Plan d'Action exposant ainsi la structure (ressources requises pour mettre en place le Plan d'Action), les processus (activités à réaliser et services à produire) pour faire fonctionner le Plan d'Action et atteindre les résultats intermédiaires, d'intervention et ultimes attendus (Anderson et al., 2011; Champagne, Brousselle, Hartz et Contandriopoulos, 2011). Étant donné que le Plan d'Action a été formulé en termes d'objectifs sans avoir défini et précisé les ressources requises, le modèle identifie les ressources d'une manière représentative en s'appuyant sur les rapports relatifs au Plan d'Action :

- **La structure** : Elle réfère à l'ensemble des ressources humaines, financières, matérielles, informationnelles, et symboliques. Dans le cas du Plan d'Action à l'étude, elle comporte: i) l'appui financier fourni par l'organisme UNFPA (promoteur du projet) et mobilisé par le ministère de la Santé pour mettre en œuvre les différentes activités principalement celles ayant trait à la formation; ii) les ressources humaines de différents contextes marocains (éducatifs, cliniques, gouvernementaux) et internationaux (ex. Canada) sollicitées et mobilisées afin de mettre en place les activités, entre autres les intervenants responsables des activités de formation, les enseignantes des différents IFCS, les professionnels de la santé œuvrant en milieu hospitalier et extrahospitalier à rejoindre pour participer aux activités, et les représentants de certaines directions du ministère de la Santé (ex. division de la formation, direction de la population) à impliquer dans la mise en œuvre; iii) des ressources matérielles (ex. matériel pédagogique de démonstration, didactique, informatique) à attribuer et attribuées aux instituts de formation afin d'appuyer la formation axée sur les compétences et le programme de formation GESTA; iv) des ressources symboliques soit essentiellement le plan national d'accélération de la réduction de la MM 2008-2012;

- **Les processus** : représentés par les relations entre la structure et les activités afin de produire des services en vue d'atteindre les effets attendus. Il s'agit des moyens d'action prévus dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'Action (activités éducatives, sociales et légales, et professionnelles). Les processus comprennent aussi l'élaboration de produits (ex. sessions de formation réalisées, instructeurs formés, programme SF révisé, texte de profil rédigé, colloques organisés, texte de loi modifié, etc.);

- **Les résultats attendus** : Ils comprennent les différents résultats/effets à atteindre, soit ceux : intermédiaires qui fourniront les premiers indicateurs de l'efficacité (Weiss, 1998), d'intervention, et ultimes sur le problème. Ainsi, le Plan d'action devrait produire plusieurs premiers **effets intermédiaires** (amélioration des compétences essentielles, du profil de la SF et de son statut, revalorisation de la SF, amélioration de la collaboration interdisciplinaire, des conditions du travail et augmentation du déploiement des ressources humaines en santé incluant les SF). Ces effets devraient déclencher d'autres **effets d'intervention** (fournir une SF qualifiée oeuvrant dans un environnement favorable). Ceci devrait évidemment améliorer la qualité des services fournis, la satisfaction au travail et celle des femmes envers les soins recus, jusqu'à obtenir les **effets ultimes** sur le problème en question, soit : améliorer la santé maternelle et néonatale et contribuer à réduire les ratios élevés de mortalité et de morbidité maternelles et néonatales.

Le modèle logique explicite les liens logiques entre les activités prévues du Plan, formulées initialement en termes d'objectifs, et les effets visant à être rencontrés par leur mise en œuvre. Les flèches bidirectionnelles représentent notre conception d'un modèle logique de l'intervention non linéaire formée de chaînes causales (causes-effets) qui s'influencent mutuellement et qui s'adaptent en continu. Le modèle est schématisé par la figure suivante :

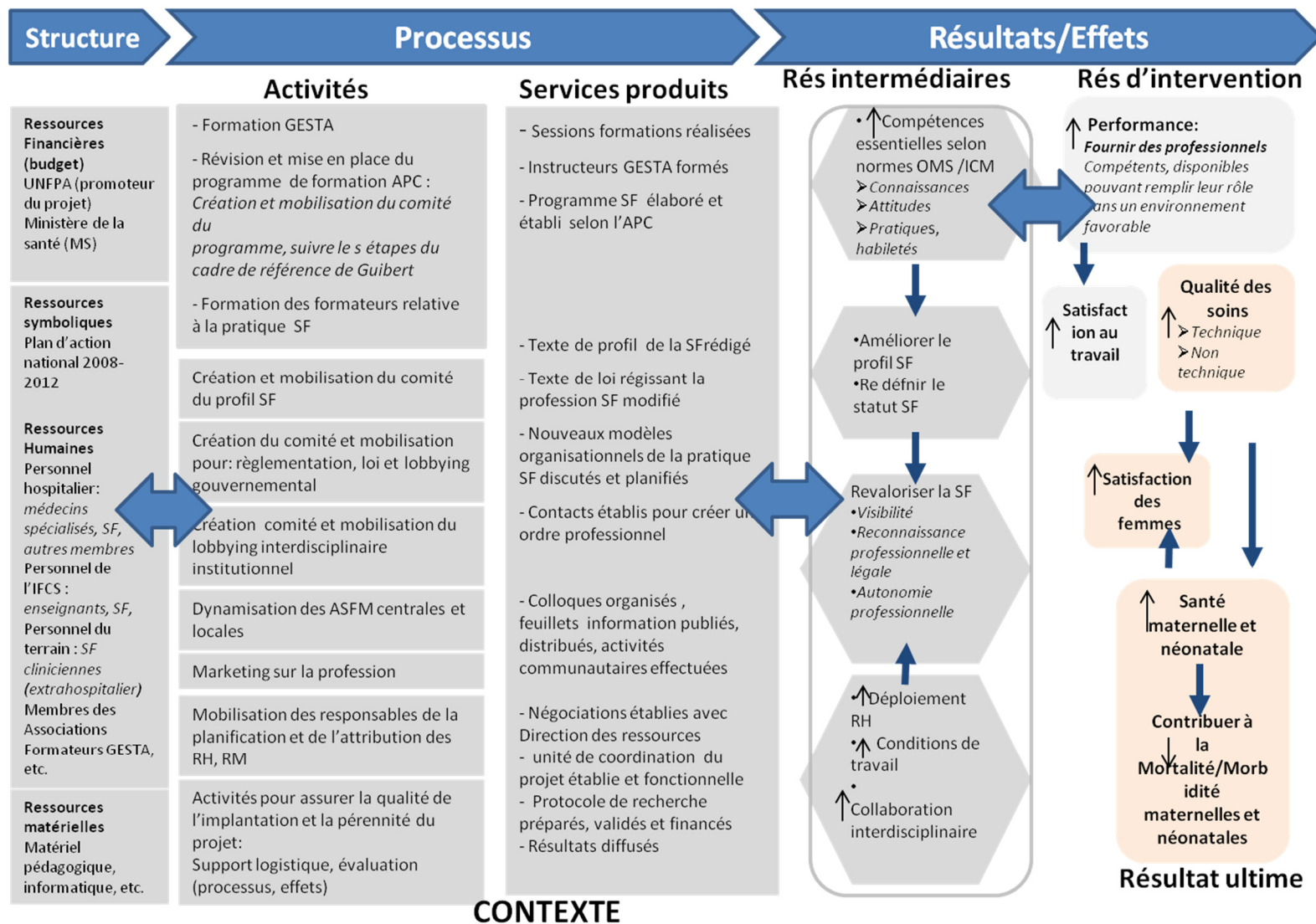


Figure 7 : Modèle logique du Plan d'Action

Chapitre 4 – Cadre conceptuel et questions de recherche

Ce chapitre présente le cadre conceptuel d'évaluation ayant servi de structure conceptuelle appropriée pour cette thèse (article 1) et les questions de recherche qui en découlent.

4.1 Cadre conceptuel

Le premier article de la thèse expose un cadre conceptuel innovateur permettant de comprendre l'implantation d'une intervention complexe représentée par le Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la sage-femme (SF) au Royaume du Maroc.

Le cadre d'évaluation développé pour guider la présente recherche supporte une approche globale pour évaluer une intervention visant à changer un rôle professionnel de la santé en général (Abou-Malham, Hatem, & Leduc, 2013). Il repose sur : 1) le modèle de Hatem-Asmar (Hatem-Asmar, 1997; Hatem-Asmar et al., 2002) relatif à l'interaction des trois systèmes (*socioculturel, éducationnel et disciplinaire*) dans lesquels se développe et évolue un rôle professionnel de la santé reconnaissant ainsi la complexité du contexte dans lequel le rôle s'opère; et, 2) sur le cadre de Damschroder et al. (2009) soit le « *Consolidated Framework For Implementation Research* » (CFIR) reconnu comme étant un cadre métathéorique pragmatique pour analyser l'implantation d'une intervention se rapportant au domaine des services de santé.

Le cadre proposé considère qu'une intervention visant à changer un rôle professionnel de la santé doit être implantée au sein de ces trois systèmes en interaction à travers lesquels évolue un rôle professionnel de la santé ; et par conséquent est soumise à l'influence de leurs dimensions potentiellement facilitant ou entravant l'implantation. Les dimensions des trois systèmes sont abordées selon la vision systémique en termes de : i) valeurs; ii) acteurs; iii) méthodes; et iv) finalités. En ce qui concerne l'analyse de l'implantation, le cadre stipule qu'elle peut être effectuée, en identifiant la nature des facilitateurs et des barrières situés dans les dimensions des trois systèmes en interaction et au niveau des caractéristiques de l'intervention impliquées dans le processus d'implantation à l'aide des lentilles conceptuelles du cadre d'analyse de l'implantation de Damschroder et al. (2009). Une approche d'analyse basée sur la

liste des construits ou « *menu of constructs approach* » suggérée par le modèle est adoptée pour guider l'évaluation.

Ce cadre semble particulièrement adapté pour l'analyse des différentes dimensions des trois systèmes et des caractéristiques de l'intervention qui interagissent mutuellement pour influencer l'implantation du Plan d'Action : la cohérence de l'intervention dans son insertion au sein de l'interaction des trois systèmes précités.

Une explication du cadre est illustrée à travers son application concrète sur des exemples extraits de la littérature empirique portant sur le rôle de la SF dans deux pays le Québec et la Jordanie.

À savoir que conformément à ce que Miles and Huberman (2003) stipulent, notre cadre initial a connu une évolution et s'est développé suite aux données émergeant du terrain. Il a permis non seulement de comprendre les facteurs contextuels affectant l'implantation mais aussi ceux susceptibles d'empêcher l'atteinte des effets du Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la SF au Maroc. L'illustration de la forme évoluée de notre cadre sera présentée dans le troisième article de la présente thèse. En conclusion, cette évolution du cadre se rallie aux données théoriques qui évoquent que les liens entre le cadre conceptuel et les procédures ne sont jamais linéaires dans une approche inductive (Bloomberg & Volpe, 2012; Miles & Huberman, 2003). La citation de Ravitch & Riggan suivante illustre bien nos propos :

« *The conceptual framework is more than just a passive artifact or academic hoop to jump through and more than a static graphic of literatures read or key concepts in a vacuum. Rather, it is a dynamic meeting place of theory and method* » (2011, cité dans Bloomberg & Volpe, 2012, p. 90).

Article 1

Understanding the implementation of a complex intervention aiming to change a health professional role : A conceptual framework for implementation evaluation

Sabina Abou-Malham¹, Marie Hatem¹ , Nicole Leduc²

¹Université de Montréal, School of Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Québec, Canada

²Université de Montréal, School of Public Health, Department of Health Administration, Québec, Canada

Cet article a été soumis à la revue *Open Journal of Philosophy* et a été accepté le 12 Septembre 2013 pour sa publication dans le numéro 4 du volume 3 de cette revue.

Abou-Malham, S., Hatem, M., & Leduc, N. (2013). Understanding the implementation of a complex intervention aiming to change a health professional role: A conceptual framework for implementation evaluation. *Open Journal of Philosophy*, 3(4), 491-501. doi: 10.4236/ojpp.2013.34071

Abstract

This paper proposes a conceptual framework for understanding the implementation process of a complex intervention concerned with professional role change. The proposed framework holds that the intervention must address three interacting systems (*socio-cultural, educational and disciplinary*) through which evolves a health professional role. Each system is operationalized by four dimensions (*values, methods, actors and targets*). As for the implementation, the framework posits that it can be analyzed, by depicting the barriers and facilitators located within the dimensions of the three interacting systems and within the intervention involved in the process through using the "menu of constructs" approach suggested by the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR).

The implications of this framework, on theoretical, research and practical levels, are reviewed.

Key words: Evaluation; Implementation; Framework; Change; Health professional role; Midwifery

Introduction

Professional role change has been the focus of many policy initiatives in a context of rising social pressures, new technologies, higher demands of care and health needs. It has been considered as a viable strategy to address health resource shortages, and to support the move from fragmented care provision to models that provide continuity of care and accessibility to optimal health care (Laurant et al., 2010; McKenna, Keeney, & Hasson, 2009). Many types of changes in professional roles have been put forward such as enhancement, substitution, delegation, and introducing a new type of professional (Laurant et al., 2010; Sibbald, Shen, & McBride, 2004). Thus, enhancing roles and proliferation of new roles in many disciplines (e.g. nursing, midwifery) are occurring in health care systems throughout the world (Kislov, Nelson, de Normanville, Kelly, & Payne, 2012; McKenna et al., 2008). For instance, we are witnessing lately considerable growth in implementing initiatives for expanding professional roles such as nurse practitioner role and even creating new roles such as consultant midwifery roles across many countries (UK, Australia, Quebec) (Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wamboldt, & DiCenso, 2011).

Professional role does not operate in a vacuum, but in systems that modulate this role (Dubois & Singh, 2009; Hatem-Asmar, Fraser, & Blais, 2002; Laurant et al., 2010). Thus, changing a health professional role refers to a complex process involving interdependent changes occurring within in a variety of systems (Hatem-Asmar, 1997; Laurant et al., 2010; Nancarrow, Moran, Wiseman, Pighills, & Murphy, 2012). For instance, professional education has to be enhanced and training programs have to be reviewed. With regard to society, public acceptance of professional authority, cultural credibility of the new role has to be gained and client support has to be mobilized. Concerning the organization of the profession, legal and regulatory actions, professional associations have to be adapted to accommodate role change (Hatem, 2008; Kronus, 1987; Laurant et al., 2010; Turner, 1990).

Given that issues surrounding health professions are conceived as being fundamentally systemic in nature, this requires accordingly that interventions aiming to change a health professional role need to address the relevant systems. Nevertheless, successful implementation of such interventions depends upon whether contextual conditions are favorable for change.

Given the complexity of the implementation process, researchers are called upon to conduct implementation focused-evaluation, measure the extent of real-time implementation and identify potential influences of contextual factors on the progress of implementation efforts (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, & Denis, 2011; Damschroder et al., 2009).

Therefore, understanding the implementation process requires a comprehensive evaluative framework adapted to the context in which the intervention is being introduced, in our case the systems concerned with professional role change. Such framework helps to better understand the challenges that come into play for facilitating or impeding the implementation of change.

The present paper argues and justifies the relevance of a comprehensive conceptual framework to analyze the implementation of a complex intervention aiming to change a health professional role. It is organized as follows: first, we begin by explaining how we conceptualize a health professional role change; we then, present implications of our conceptual thinking for designing interventions aiming to change a health professional role. This is followed by presenting the relevance of using implementation focused-evaluation and by describing our proposed conceptual framework laying the two theoretical perspectives that guided the development of the framework: 1) Hatem-Asmar conceptual model to identify the context in which the implementation takes place; 2) and the meta-theoretical Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) of Damschroder et al. (2009) as an analytical tool for understanding implementation success or failure. Next, we illustrate the use of the framework through an example in the field of midwifery professional role; and lastly we discuss its implications in the domain of evaluation and the organization of professions.

Conceptualizing a health professional role change

We advance systems approach as a basis capable of supporting health professional role change. Therefore, in this section, we will explore the following themes: 1) the role of systems approach in addressing the issues that affect a health professional role change; 2) the nature of systems concerned with the professional role change; 3) a conceptual model for health professional role; and the 4) applicability of the model to midwifery role change.

Role of systems approach in addressing the issues that affect a health professional role change

The concept of systems approach consists of comprehending the whole (system) instead of the parts. It concerns examining the linkages and interrelationships between the parts (subsystems) and the whole, and the relation of the whole with its context (Hargreaves, 2010; Parsons, 2007; Trochim, Cabrera, Milstein, Gallagher, & Leischow, 2006). Exploring the change process through a systemic lens requires focusing on the interactions between system parts and with external environment as well as on coherence and alignment of the system's components with the desired impact (Foster-Fishman, Nowell, & Yang, 2007; Supovitz & Taylor, 2005). Systems approach places emphasis on problem solving and can be seen as a second order change (Ison, Maiteny, & Carr, 1997) which requires attention to the underlying root causes of a problem and involves radical changes (Gash & Orlikowski, 1991). Shifting the focus from parts to wholes is a fundamental issue and this is why systems approaches appear so relevant to changing a health professional role.

A systems approach moving away from silo thinking and analyzing the multiple facets of a health profession situation has been advocated by a number of sociologists. Freidson (1970) has emphasized that redesigning a formal curriculum of training and supporting the profession by licensure and legal exclusive right to work, will not assure its survival unless considering « the profession service orientation which is a public imputation by which leaders have persuaded society to grant and support its autonomy » (Freidson, 1970, p.82). According to the author, conditions which are causal in producing professional autonomy are the societal, political, legal, and educational and inter occupational structures which set the general limits of the work and grant an occupation the professional status of self-regulative autonomy. This is also echoed in Turner's view (Turner, 1990) who suggests that conditions necessary to complete the change process involve a more generalized public acceptance of professional authority. Similarly, Kronus (1987) points out that condition conducive to the successful expansion of role boundaries depends not only on the development of training facilities but upon mobilized client support and role's credibility among the society at large. To summarize briefly, a health professional role's change is deeply grounded, not just in the education system, but within the current position of the profession in the society at large and also as regards to the disciplinary

characteristics of the profession mainly its organization through regulation which defines the scope of practice and also shapes inter-professional relationships.

Nature of systems concerned with the professional role issue

Understanding the type of system and its general characteristics in which the addressed problem is embedded is crucial for choosing the frame of reference that is appropriate for system investigation. In this context, systems refer to Human Social Activity Systems (HSAS) exhibiting the following characteristics: being open systems, depending on their external interaction (with their environment) as well as on their internal interactions (within-system), and governed by balancing and reinforcing feedback mechanisms (Banathy & Jenlink, 2004; Senge, 1990). They are composed of subsystems capable of making transformations of inputs to produce outputs for use by other subsystems, and characterized by alignment (Hummelbrunner, 2011). For example, systemic change efforts in midwifery role have been the focus of attention of many international organizations calling for a fundamental change in reinforcing professional role as a key to quality health services. These calls seek not only a change in the educational activities but a deep change in many systems such as political system, society, and the organization of the discipline itself through establishing regulation, midwifery models of care, etc. (Brodie, 2002; Homer et al., 2009; United Nations Population Fund, 2010). Consequently, it is presumed that such perspective has tremendous implications on improving maternal health according to the strategies aiming to attain Millennium Development Goals 4 & 5¹ (World Health Organization, 2002). As a result, professional role change in the health sphere cannot be examined without considering the systems that modulate the role. As we seek to understand the systems view to professional role change, it will be helpful to introduce a conceptual framework which explains the underpinnings of this view.

Paradigmatic conceptual model for health professional role

The nature of instigations to role change fit into the triadic conceptual model of paradigms developed by Hatem-Asmar (1997; 2002). The authors highlight the importance of taking into account three systems (socio-cultural, educational, and disciplinary) as a whole

¹ MDG4 : to reduce child mortality; MDG5 : to improve maternal health

system for addressing a health professional role change. The authors consider those three systems, including their dimensions, to have an interactional relationship within which a professional role evolves, acknowledging the complex nature of developing an educational program for health professionals. The authors adopted Bertrand and Valois (1982) model who demonstrated the need to consider the mutually reinforcing links between educational and socio-cultural paradigms, based on their systemic nature, while developing an educational program intended for school students and for technicians; choosing an educational paradigm depends on the dominant socio-cultural paradigm and its corresponding type of society. As stated by these authors, education in any society is a reflection of the collective beliefs, values and needs of that society which are manifested in terms of the educational goals; these goals shape the content of the educational program and make it relevant to the aspirations of the society. Thus, society and education are considered as open social systems, representing one for the other the external energy used to regenerate the system (Rousseau, Desmet, & Paradis, 1989). The characteristics of these systems embrace : i) *the environment* within which this system operates; ii) *the relevant structures* so called elements within a system to bring about the desired change; iii) *the operator* that represents numerous actors whose functions relate to handling the variables of action; iv) *the variables of action* allowing the operator to process the transformation from input to output (methods); and finally, v) *the essential variables* which consist of criteria for measuring the success of the mission assigned to the educational institution (goals). Bertrand and Valois (1982) also demonstrated that the relation between the socio-cultural paradigms and the educational institutions, through various logics -the cybernetic logic of causality, the logic of systemic approach and the self-determination of the socio-cultural systems-, is bidirectional. Relying on this relation, they stipulated that the socio-cultural paradigm guides the educational one. However, despite the dominance of the socio-cultural paradigm, the educational institution has the capacity to be self-determinate, to choose an educational paradigm different from that imposed by the dominant socio-cultural paradigm and thus to produce changes through fulfilling three main functions: *creation, adaptation and reproduction*.

Hatem-Asmar et al. (2002) shed light on the limitations of this thinking when applied to a health profession and emphasize the need for a third paradigm called the disciplinary

paradigm which considers the characteristics pertaining to the profession itself. Similarly, they demonstrate the systemic nature of a health profession to make explicit its interaction with the other two systems (socio-cultural and educational) by referring to the characteristics of a system. As a result, they hypothesized that a health profession presents the following main characteristics of a system: i) *the environment* that is the context in which the professional as part of the system operates; ii) *the system* that comprises the structures to make the desired change (e.g. the governmental bodies concerned by the legalization of the profession and its subsequent implementation); iii) *the operator* whose function relates to handling the variables of action (e.g. practitioners, educators); iv) *the variables of action* (means) consisting of the health care services provided by health professionals to patients and their families; and finally, v) the *key variables* corresponding to the targets considered as the expected impact of the professional practice on population's health. Based on this rationale which demonstrates the linkages between these three paradigms that have the systemic characteristics, this conceptual approach considers three systems to have an interactional relationship explained by the fact that any change in a single system does not remain isolated but can influence the two other systems.

The model further acknowledges the four inter-dimensions relationships within each system which means between: 1) the axiology/values (beliefs, legal, moral grounding); 2) the methodology (organizational procedures used to represent a problem and its solutions); 3) the ontology/ actors (persons or entities physically and mentally involved in the process); and finally, 4) the teleology/targets (intentions, ultimate goals and solutions) (Hatem-Asmar et al., 2002). As a conclusion, changing a health professional role involves profound changes in the socio-cultural and disciplinary systems that interact with the educational one.

Applying the conceptual model to midwifery role change

We seek to demonstrate how this model can be applied empirically in the field of midwifery professional role change. According to the systems change approach, leveraging change in a single system will not lead to the desired outcome unless coupled with changes occurring in other parts of the system; what counts are the properties that emerge from a whole rather than the parts (Checkland, 1999). Consequently, a broader view allows one to see the evolution of a health professional role as an emergent property of the synergistic relationships

among the socio-cultural, educational, and disciplinary systems and among each system's dimensions which constitutes "a functioning whole" (Laszlo & Krippner, 1998; Trochim et al., 2006, p. 539). Therefore, producing a fully qualified midwife fit to practice, according to the needs of society in an enabling environment, is determined by a multi-conceptual faceted systems interacting in synergy where no single system's influence dominates. It is considered as a second order change involving a radical rupture with past frames (Gash & Orlikowski, 1991). In the case of midwifery, such a change has been triggered by various international calls to develop an autonomous, self-regulated midwifery workforce capable of fulfilling the woman-centered philosophical midwifery mandate which promotes a human rights-based approach to reduce maternal mortality (United Nations Population Fund, 2011; World Health Organization, 2011a).

Relying on Hatem-Asmar model, we will illustrate in the following section how the characteristics of human social activity systems (HSAS) under investigation can be applied to the midwifery domain. The following characteristics are discussed: transformation, alignment and feedback.

Transformation. Systems transform inputs, flowing from the external environment and from subsystems, into outputs, in order to sustain the life of the system (Banathy & Jenlink, 2004; Hummelbrunner, 2011). In the case of midwifery, the educational system processes inputs coming from the larger society, represented for instance by the potential candidate who is seeking to be enrolled in the midwifery education program, who enters the educational system and then undergoes the educational transformation process (e.g. methods of learning) to become a qualified midwife. Thereafter, she enters again in the disciplinary system in which her professional qualifications are put into practice under the specific regulatory conditions in order to perform properly and autonomously. Those services are considered as inputs for the socio-cultural system that is, if used adequately, contribute to improving the performance of health systems (e.g. continuity of maternal care) and ultimately women's health. Quality reproductive health services will aid to increase the demand of midwifery services which in turn will help to enhance awareness of the importance of these services and consequently, improve the midwifery image and gain widespread legitimacy from the public. This will have a potential

appealing effect on pursuing a career in midwifery and on enrollment of new candidates in the midwifery education.

Alignment. Contribution to improving maternal outcomes through strengthening midwifery professional role will not occur unless improvement is set up concurrently in the socio-cultural, educational and disciplinary systems. For the intervention to succeed, it must align each of these three systems: indeed, the midwifery educational program should reflect the values of the society and be consistent with the social needs. Those values should then be incorporated into the language of the legislation, regulation, and standards of practice governing the redesigned professional role (World Health Organization, 2011b). Delivering health services must also be grounded in the philosophy underpinning the educational foundation for practice (a philosophy that promotes a non-interventionist approach) (United Nations Population Fund, 2011).

A case example outlining the re-emergence of midwifery profession in Quebec can serve for giving further insight into analysis of systems alignment. In the late 1980's, the social feminism movement, demanding for control over natural childbirth and the political commitment to promote maternal health, have led to the legalization and the implementation of the midwifery profession following the favorable results of the evaluation of midwifery practice in Quebec (Blais & Joubert, 2000). This was the drive for establishing a student-centered education program that aimed to develop the necessary competencies to provide women-centered care and also to align midwifery education with the philosophy of the profession (Hatem-Asmar, 1997; Hatem-Asmar & Fraser, 2004). It also led to setting up a supportive legislative and regulatory environment governing midwifery education and practice. Nevertheless, many challenges to the integration of midwives into the health care system were documented during the evaluation phase such as: i) lack of knowledge about the practice of midwifery on the part of other health care providers; ii) deficiencies in the legal and organizational structure of the pilot-projects; iii) competition over professional territories; and iv) gaps between the midwives' and other providers' professional cultures (Collin et al., 2000). Till date, integration of midwives into the Quebec's healthcare system remains difficult to achieve, due to deficient interdisciplinary collaboration with other maternity care providers resulting from the medical profession's opposition to midwifery care in some cases. In this

example, a mismatch is evident between the educational system on the one hand and the socio-cultural and disciplinary systems on the other hand. Negative interaction and misalignment between the three systems remain as midwives are currently being educated according to the midwifery philosophy of care (*values*) but are still experiencing in the practice settings difficult collaborative relationships (*methods*) with physicians and nurses which restrain them from putting their competencies into practice in hospitals settings limiting therefore their practice to birthing homes (Collin et al., 2000). Challenges to successful integration is still giving rise to adverse consequences for outcomes, thus affecting the continuity of care, and putting mothers and babies at risk (*outcomes*) (Klein, 2002).

Feedback. It is considered as the positive or negative response that may facilitate or constrain the intervention from attaining the expected outcomes (World Health Organization, 2009). One example is the humanistic philosophy of care implying new collaborative models of care between care providers in the disciplinary system. If this new vision encounters resistance from physicians, it will then require a reaction in other systems such as making adjustment in the socio-cultural system and establishing new maternal policy initiatives and mechanisms of care in clinical settings for successfully attaining the desired outcomes.

In conclusion, reviewing the type of systems in which the addressed problem is embedded, has implications for the way interventions are designed to solve the problem, implemented and evaluated.

Designing an intervention concerned with health professional role change

Through the application of the conceptual framework to the case of midwifery profession in Quebec, an attempt has been made to validate it empirically and to demonstrate the theoretical foundations for designing an intervention aiming to change a health professional role. French et al. (2012) among other researchers, advance that the use of theory along with the results of empirical methods research, will allow assessing the barriers of and facilitators for implementation problem and deciding upon intervention components in order to build a sound theoretically informed solutions. Therefore, we consider that the model provides a strong theoretical rationale for the design of the intervention, that allows analyzing the multiple facets of the health profession situation (Hatem, 2008).

Consequently, we advance that the intervention will have to consider introducing sets of complementary changes in three systems with the intention of consolidating the whole system as a central unit of change for broad scale improvement of a health professional role in order to maximize the probability of success. Nevertheless, it is important to note that the different components of the intervention will be situationally determined by the problem being addressed and empirically investigated within the local context. Depending on the situation, it should target either solely or conjointly education, the current position and image of the health profession in the society, the legislative framework that governs the profession, the human resources management framework (e.g. working conditions), etc. (World Health Organization, 2003).

Our experience of designing a theory-based intervention in the midwifery field

Following the international trend to effectively reduce maternal mortality, a multi-systems Action Plan concerning the midwifery professional role has been recently developed in Morocco (Hatem, 2008). The aim of the intervention was to provide fully qualified midwives trained according to the International Confederation of Midwives (ICM) Essential Competencies for Basic Midwifery Practice (Thompson, Fullerton, & Sawyer, 2011) to assist every woman through the reproductive life (United Nations Population Fund, 2010; World Health Organization, 2011a),

To develop the midwifery intervention, the conceptual model of Hatem-Asmar et al. (2002) was adopted using a three-step approach translating thus theory into intervention design: 1) Assessing the current problem concerning the midwifery profession by identifying the barriers and facilitators to the professional role (target of change) that need to be addressed in order to guide the choice of intervention components. Barriers to, and facilitators of, the profession were identified during the diagnostic phase and linked to each of the three-system's dimensions (values, methods, actors, targets) in an empirical qualitative study conducted through focus group interviews with many stakeholders in Morocco. The results revealed that the midwifery profession's problem is deeply grounded, not just in education, but within the current image and visibility of the profession in the society and in the professional community,

and is related also to the legal framework, to the professional scope of practice and conditions of work (Hatem, 2008). It showed clearly that the midwife is trained in a technocratic educational system, which prepares her to practice according to a biomedical disciplinary system in a socio-cultural system that does not consider nor value the human being (Hatem, 2008). In sum, the existing of such midwifery workforce in Morocco was not an appropriate mechanism to the full realization of the potential of the midwife as a key contributor to a safe motherhood process, to advocate the position of women in society and their reproductive health rights, and subsequently to reduce MM (World Health Organization, 2011a).

2) Designing an Action Plan consisting of components intended to overcome the local barriers identified based on the expertise of the consultant but mainly on the potential solutions suggested by the key informants from the Moroccan field (health professionals, midwifery educators, policy decision makers, health programmer, etc.). Selection of components was informed by the list of barriers and facilitators established. For example: within the socio-cultural system, to address the barrier related to the *values* dimension (midwifery image and lack of visibility in the society), social marketing activities were chosen to promote the professional role of the midwife; within the educational system: as regards to barrier related to the traditional educational *methods* for delivering knowledge, increasing material educational resources (anatomic models) to fit with the new competency-based approach were selected.

In sum, the Action Plan was designed to be implemented in the three systems (socio-cultural, educational, and disciplinary). It focused on the values, methods, actors and targets of the three systems as a whole. The whole being the interaction of the intervention with the dimensions of the three systems in which the midwife operates.

3) Validation of the proposed intervention through a workshop involving several key persons belonging to the education, political and clinical field. The objective was to explain the theoretical underpinnings of the adopted pathways to change, to check the relevance of the intervention and to readjust it according to the views expressed.

In conclusion, the growth of change efforts in health professional role leads naturally to evaluative attempts of such initiatives which will be covered in the following sections.

The relevance of an implementation-focused evaluation

Evaluation approaches serve a number of purposes which can be developmental, formative, summative, or focused on monitoring and accountability. Evaluation designs, adopting formative approaches, are more likely to be of greater value at the early phase of an innovation cycle (Patton, 2002, 2008). Implementation of interventions has been reported to present many challenges: it does not occur in a vacuum, it is sensitive to local context and it can fail because of unforeseen contextual barriers. There is general agreement among researchers that interventions cannot be treated as black boxes independent of their social, political, educational and professional contexts (Champagne et al., 2011; Love, 2004). As such, a good understanding of the potential interactions between the intervention and the context in which the intervention is implemented proves to be crucial.

Process evaluation is particularly well suited for understanding how the intervention outspreads under the specific context conditions, for capturing information in real time and for keeping consequently the iterative developmental process (Ho & Schwen, 2006; Hummelbrunner, 2011; Pettigrew, Woodman, & Cameron, 2001). It allows to generate lessons in order to fine-tune the intervention to make effective adjustments as implementation progresses, and increases thus the likelihood of changing a factor from a barrier to a driver (Champagne et al., 2011; Love, 2004; Patton, 1997; Varkey, Horne, & Bennet, 2008). Besides, implementation information plays a critical role in the accurate interpretation of evaluation outcomes, since it can help in understanding how those outcomes are reached (Damschroder et al., 2009; May et al., 2007). As such it provides many advantages to implementation success and long-term sustainability (Stetler et al., 2006).

The conceptual framework: a comprehensive Evaluation Framework for health professional role change

Theory basis for the proposed framework

Understanding the implementation of an intervention aiming to change a health professional role requires a framework that examines the congruence of the intervention with the context, and how the salient components of the intervention are unfolding within the boundaries of three complex human activity systems: 1) socio-cultural; 2) educational; and 3) disciplinary systems. We propose a conceptual framework that incorporates insights from Hatem-Asmar et al. (2002) model discussed earlier, and from the meta-theoretical framework developed by Damschroder et al. (2009) to carry out implementation analysis.

In the following, we provide our rationale for choosing these models and outline the theoretical principles supporting our conceptual framework.

Hatem-Asmar model. Hatem-Asmar (1997) argue that it is unlikely that problems related to the health professional role be correctly diagnosed and addressed without adopting the interacting three systems approach, precisely because problems often lie in the three systems in which evolves a health professional role. In our case, the context, defined according to implementation research as the « environment or setting in which the proposed change is to be implemented » (Kitson, Harvey, & McCormack, 1998), is a multiple systems environment. It serves as the basis of our Evaluation Framework which is more suitable for illustrating what a professional role's intervention should target and how it should be evaluated. Therefore, our framework builds on the work of Hatem-Asmar et al. (2002) to identify the context through which the intervention proceeds which is represented by the three interacting systems (the socio-cultural, educational, disciplinary systems).

The added value to using the 3 systems is: i) mapping the broad-based change; ii) providing a structure to examine the context of implementing the intervention to change a health professional role; iii) and considering relationships within, between dimensions across the systems and the intervention to be evaluated capturing thus the dynamic nature of the implementation process.

To track the implementation process and the interaction of the systems with the intervention involved in the change process through the lens of implementation theories, we used the meta-theoretical framework developed by Damschroder et al. (2009) which can provide the analytical lens needed to explore the phenomenon under study.

The Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al., 2009). The CFIR is grounded in implementation theories and can be applied for exploring a wide variety of interventions in the health care settings across multiple contexts (Ilott, Gerrish, Booth, & Field, 2012). It provides a comprehensive taxonomy of orienting constructs that have been drawn from a synthesis of nineteen theories (e.g. dissemination, innovation, organizational change) and can be used to guide formative evaluation and to understand the complexity of implementation. The CFIR offers a typology of constructs classified in five key domains, without specifying causal relationships between them, which are critical to successful implementation. These domains are identified as:

- 1) The characteristics of individuals involved with the implementation process represented by five constructs (e.g., knowledge, self-efficacy, stage of change, personal attributes, identification with organization, etc.);
- 2) The outer setting which refers to the broad environment in which implementation occurs, and includes the political, social and economic context, involving four constructs (e.g., external policy and incentives, patient needs and resources);
- 3) The inner setting comprises five constructs concerned with features of the organization (e.g., structural characteristics, culture, networks and communication, readiness for implementation, etc.);
- 4) The characteristics of the intervention influencing implementation which consider eight constructs that must be taken into account (e.g., intervention source, evidence strength and quality, relative advantage, adaptability, complexity); and finally,
- 5) The process of implementation which is the active change process embracing four essential constructs (planning, engaging, executing, reflecting, evaluating).

The five domains offer a comprehensive view that considers importantly both the intervention and the implementation (Damschroder & Hagedorn, 2011; Ilott et al., 2012)

The CFIR can serve as a foundational framework to organize qualitative findings related to the influencing context (Damschroder & Hagedorn, 2011). Consequently, the CFIR will not be applied as a predetermined conceptual framework. It will be used as an analytical tool to frame the observed barriers and facilitators through its menu of constructs, along the four dimensions of each of the three systems framework, and how they interact to influence implementation across the systems.

Using an inductive approach, the CFIR will help us to: “map” the emergent themes from the synthesized data to constructs in the CFIR without forcing data into predetermined codes; and to clarify the constructs at play in facilitating or hampering the implementation. Applying themes at the construct/sub-construct level will be done for all domains. Nevertheless, constructs of two domains (Inner and Outer settings) will be applied to the dimensions of the three systems and will not be classified under Inner and Outer settings domains as in our case there is no single set Inner setting versus Outer setting due to the complex nature of the interrelated systems under study.

This approach mapping the data to a theory-driven conceptual framework has been advocated by MacFarlane and O'Reilly-de Brún (2011) to qualitatively evaluate general practitioners' uptake of the language interpreting service in the Republic of Ireland.

We consider that these two models are well positioned to understand the context at play for successfully implementing and reaching the outcomes of an intervention, to synthesize our findings and to draw conclusions from our analysis.

Nevertheless, designing a framework requires steps such as: 1) defining the phenomenon of interest (the context of implementation represented by the interaction of the three systems with the intervention) that are the domain of the investigation; and 2) suggesting possible ways to operationalize it (Seidman, 1988, p. 5) to illuminate thus the scope of the evaluation.

We have already demonstrated that the three systems are considered as human social activity system (HSAS) made of dimensions that interact effectively and efficiently internally

and externally. Referring to Checkland (1981), « HSAS are structured sets of people who make up the system, coupled with a collection of activities such as processing information, making plans », etc. (as cited in Banathy, 1996, p. 14). Ackoff and Emery (1972) also characterized HSAS as purposeful systems and goal-oriented that select goals as well as the means to pursue them (as cited in Banathy, 1996, p. 14). Actions are carried out according to the values, and in case of misalignment between system components, significant challenges emerge. As well, Banathy defines a HSAS as: « an assembly of people who select and carry out activities - individually and collectively - that will enable them to attain a collectively identified purpose » (Banathy, 1996). Through focusing on the three systems, such framework widens the scope of analysis by emphasizing the whole context within which the intervention is supposed to work thus, to change a health professional role.

Description of the conceptual framework

The framework depicted in Figure 1 highlights three spheres:

The first sphere corresponds to the context of the intervention comprising three lozenges that represent the three systems (with their four interrelated dimensions) that are interacting with each other's and with the intervention which lies at the center of the three systems to bring about the desired change. These systems serve as a foundation for understanding the implementation process from a holistic perspective.

Implementing the intervention is influenced by the interrelated dimensions of the three interacting systems and by the characteristics of the intervention itself. These systems represented by a lozenge are: *I) the socio-cultural system; II) the educational system; and III) the disciplinary system.* As for the middle sphere, it corresponds to the extent of coherence, degree of alignment (synergy) or misalignment (antagonism), among the various dimensions of systems, and the intervention which form the central focus of the evaluative framework.

Those two spheres are surrounded by an external one which represents the analytical conceptual lens through which we can map the themes, using an inductive approach, on to the CIFR constructs of the five domains : 1) characteristics of the intervention, 2) the outer setting; 3) the inner setting; and, 4) the characteristics of individuals.

The fifth (5) domain passes across the center of the three spheres and corresponds to the process by which implementation is executed.

Bi-directional arrows express the inter-relatedness of the three systems and symbolize their interaction with the intervention. Each lozenge includes interrelated dimensions derived from the system conceptualization of Hatem-Asmar within which potential facilitators or barriers to the implementation process could lie.

The development of a framework requires that we: 1) present the three systems; and 2) define and describe their dimensions.

Systems and core dimensions. Drawing on Hatem-Asmar model, each empirical HSAS is conceptualized as made of a set of four interrelated dimensions: values, system methods, actors, and targets. The three lozenges representing the three systems are the following:

I) Socio-cultural lozenge. It represents the larger societal system, encompassing political (governmental bodies – e.g. the Ministry of Health), and social systems at large (civil society, e.g. women). It concerns the values and expectations of society, laws and regulations (Hatem-Asmar et al., 2002). It may include influencing factors exerting the broadest level of influence on the implementation process (e.g. the social and political settings) (Damschroder et al., 2009).

II) Educational lozenge. According to Hatem-Asmar et al. (2002), it corresponds to the underlying approaches and principle prevailing in this system; educational methods for optimizing the preparation of health professionals and attain the training goals.

III) Disciplinary lozenge. It represents the disciplinary system which is inherent to the characteristics pertaining to the profession. It outlines the values of its members, methods and practical approaches used; the organisation of health professions including relationships with other professional groups; and finally the goals of developing their role.

Since the three systems are made of set of dimensions that work together and with the intervention for the overall objective (change of a health professional role), we need to define the underlying dimensions at play. An empirical human social activity system can be described as having values that guide activities in which actors are involved, to attain goals- that are directly or indirectly perceived to have influence on the implementation process. Within each

system, influences among dimensions are bi-directional. We will address those concepts for gaining insight into empirical systems in practice.

1) *Values*. refer to the rules and legal grounding of each system that steer their methods. Values drive the behaviour of the system actors; According to Senge (1990), mental models reflect the beliefs, values that we personally hold, and underlie our reasons for doing things the way we do.

2) *Methods*. This dimension refers to organizational procedures used to represent a problem and its solutions. Systems enact different methods to attain their targets such as communication and coordination activities within and across systems, organization and distribution of resources across institutions involved in the implementation process (Tseng & Seidman, 2007). Methods must be congruent with the values prevailing in the system in order to attain the target (Hatem-Asmar et al., 2002).

3) *Actors*. They refer to the heterogeneous groups of actors intervening at multiple levels and involved in the process. Actors are characterized by their attitudes, skills, motivation needed to facilitate or constrain the change (Damschroder et al., 2009; Grol, 1997). For example, policymakers, women are key contributors to the functioning of the socio-cultural system whereas academic directors and students play a crucial role in the educational system. Actors in the disciplinary system are the health professionals from various disciplines.

4) *Targets*. It's about the intentions, purposes, and ultimate goals of a system.

The intervention. Given the contribution of intervention characteristics to implementation success, we will consider in our framework the perceptions of the different participants to identify the key attributes of the intervention that might facilitate or impede its implementation. In order to do so, an inductive investigative approach is adopted and analysis is guided by the framework developed by Damschroder et al. (2009).

In sum, we propose a comprehensive framework that includes a holistic view of the three systems interacting with the intervention, that can assist in understanding the numerous potentially relevant factors influencing the implementation through the "menu of constructs" approach identified in the CFIR.

Interactions between the systems and the intervention: center piece of the framework.

The theory underpinning our framework would allow to conduct an evaluation and to search for the extent of coherence, degree of alignment (synergy) or misalignment (antagonism), among the various dimensions of each system, and the intervention (e.g. between the values, methods, etc. of the educational institutions, the clinical settings and the intervention). Building upon these interactions, it is possible to identify the barriers and facilitators associated with the intervention's success and challenges. We consider that the greatest contribution to enhancing implementation may lie in these interactions which form the central focus of the evaluative framework.

Such results could inform the development of activities that are tailored to address these barriers for more effective implementation and moreover to realize the full benefits of role change.

A pattern for understanding the evaluation conceptual framework: Review of a Jordanian study on barriers to developing midwifery as a primary healthcare strategy

To further explain our framework, we will use as an example a study on barriers to and facilitators for developing midwifery primary healthcare practice and will lay out an explanation of how the findings can be looked at using our framework. We will draw also a hypothetical situation (implementing an intervention such as a competency-based education program) in order to exemplify how the dimensions within these three systems and the intervention through the lens of the CFIR framework might facilitate or impede the implementation process. The case example concerns the results of an action research led by Shaban, Barclay, Lock, and Homer (2012) across three regions of Jordan to identify the barriers to developing midwifery as a primary healthcare strategy. Five main barriers were reported: 1) a lack of professional recognition; 2) a lack of recognition and status for midwifery within society; 3) high levels of stress and workload; 4) medical domination of health services; and 5) problems with the quality of midwifery education. Referring to our framework, we can explain how these findings can be looked at in terms of the systems dimensions of the internal sphere. For example, the findings, regarding the poor image and lack of recognition of midwifery within society, pertain within our framework to social representations defined by key elements (*beliefs, opinions*) (Abric,

1994) which are related to the *values* dimension of the socio-cultural system. High levels of stress and workload are classified as part of the *methodology* of the disciplinary system, because they reflect that practicing midwives are working in stressful environments. As for the medical domination of health services, these reflect the prevailing interactions between the disciplines which concerns the *methodology* dimension of the disciplinary system. Concerning midwifery education, major issues related to the quality of clinical placements, the competency of educators and the level of supervision of midwifery students were highlighted. The competency of educators is one of the characteristics of *actors* in the educational system. As for the clinical placements and the level of supervision of midwifery students, these pertain to the *methodology* as they are about the resources and the actions taken in the educational system to improve midwives' training.

To illustrate the interaction of the three systems, we stipulate that any undertaking for the dimensions of the social system provides a feedback to the dimensions of the educational or and disciplinary systems and vice versa. According to the results of a study conducted by the same authors on midwifery education in Jordan (Shaban & Leap, 2012), the midwifery education curriculum reflects a medical model, with an emphasis on illness and intervention rather than preparation for the internationally defined full role of the midwife. Based on the results of the two Jordanian studies, we can stipulate that values in the socio-cultural system (*social representations about midwifery's image*) and in the educational (*prevailing philosophy of medical model*) and *methods* in the disciplinary systems (*medical domination of health services*) are viewed as dimensions that interact negatively constraining thereby midwives in Jordan to be positioned as primary maternal providers for women.

We can draw a hypothetical situation and try to explore what would be the barriers or facilitators according to the constructs of the CFIR (the external sphere of our framework) across the three interacting systems and the intervention if we attempt to implement an intervention such as a competency-based education (CBE) program. We stipulate that a midwifery program must be based on a "humanistic" philosophy in order to prepare a competent midwife capable of empowering women and promoting health reproductive care (World Health Organization, 2011c). Nevertheless, implementation might be constrained by the

existing socio-cultural and disciplinary systems that are not aligned with the intervention focusing only on the educational system. Transferring the new midwifery competencies according to the humanistic educational philosophy into practice field (disciplinary system) would be constrained by the prevailing biomedical culture of the professional groups in this system (*values-culture*) that support functioning within professional hierarchies; and also the ongoing hierarchical medical work relationships instead of collaborative teamwork (*methods-networks*) in the clinical settings among professionals. Moreover, we argue that actors (*actors-attitudes*) might be source of resistance as they are not trained to practice according to the new philosophy, and also due to issues of territoriality. In sum, practicing within the fractured maternity care which operates under the medical system might not allow midwives to apply the skills acquired during the training, to their job settings. Regarding the barriers related to the CBE program, if new competencies are introduced (e.g. newborn lifesaving skills) according to the international guidelines without approval of the medical profession (*Intervention source*), attitudes of resistance will result in rejecting the new program as it might be not congruent with their beliefs

Based on the forgoing discussion, we can refer to the middle sphere of our framework and state that *values* in the educational system are misaligned with the *values, methods and characteristics of actors and targets* within the disciplinary system; and the intervention is not aligned with the *values* of the professional groups in the disciplinary system. Therefore, misalignment between the two systems and the intervention might constrain the implementation process of an intervention focusing on one system and not considering the whole change and might be an impediment to providing a fully qualified midwife fit to practice as a primary care provider.

We also stipulate that if there is a strong political will to enhance the midwife's autonomy in Jordan in order to promote primary health care, compatible change across the three systems in order to align them towards reaching the outcome must be initiated. Therefore, we assume that an "existential" socio-cultural system based on perspective that values the women-centered approach should be enhanced in Jordan. The current "technocratic" educational system and "biomedical-based" disciplinary system promoting risk-pregnancy practices should also be

replaced by a “humanistic” educational system and a “health-based” disciplinary system in order to be aligned with the “existential” socio-cultural system (Hatem-Asmar et al., 2002). Therefore, any intervention focusing exclusively on one system only provides a part of the equation as each system is a vital dimension to enable the entire system to attain the goal.

Based on this example, we have demonstrated the utility of our framework to depict the barriers and or facilitators within and across the three interacting systems with the intervention to facilitate the change process.

Implications

The present article makes valuable contributions to the field of the evaluation of professions and is innovative in three ways:

Firstly, the model is the first to adopt holistic perspective to analyze the implementation of a health profession intervention acknowledging i) the complexity of the process needed to change a health professional role; ii) the requisite to take into account the interaction between the three systems and the intervention if an intervention is to be fruitful in improving a health profession and achieving better health outcomes.

Secondly, the model aims to provide a conceptual tool for research design, analysis and interpretation for studies related to workforce innovation’s implementation. Indeed, with the aim of meeting health needs of countries, we propose our framework as a conceptual map to gain a rich understanding to analysis of changes to a health professional role. We speculate that it might also apply to a professional role in general. Our assumption is rooted in the statements made by Abbott (1988) that educational institution provides only recognition of the knowledge and competencies relevant to the profession without guaranteeing its right to practice or its position in society. In the light of these assumptions, we presume that the ultimate goals of any occupational group that strives to achieve are to: i) obtain public recognition and acceptance of the professional status; ii) gain a legislative and regulatory authority for the role; iii) establish codes of ethics and high standards of practice; iv) receive an education centered on evidence-based competencies to improve the individual performance; and finally, v) carry on activities in

a motivating practice setting according to a well delineated code of practice. Relying on these professional needs, we stipulate that our framework might have potentially profound implications for professions across a range of disciplines. It offers a useful frame reference to: guide diagnostic assessment, design and implement interventions and finally evaluate implementation progress of interventions aiming to change a professional role.

Thirdly, a final insight of relevance is that the information gathered from an evaluation is crucial for evaluators, policymakers, health professionals, educators to identify where difficulties in implementation lie so that it can be alleviated in order to make prompt adjustments. The framework can also serve to judge the appropriateness of an intervention designed to change a health professional role.

Conclusion

This paper has provided an innovative-evaluative framework for investigating an intervention aiming to change a health professional role. We argued that the evaluation must focus on examining the coherence of the intervention with the three interacting systems (socio-cultural, educational, and disciplinary) within which it unfolds in order to provide valuable information and to avoid failures in further implementation efforts. Most importantly, the framework is a resource for program planners seeking to roll out an intervention throughout many countries facing high demands for role change and also to researchers undertaking evaluations of such interventions.

Acknowledgements

The main author of this study benefited from financial support in the form of a QTNPR scholarship (CIHR - Quebec Training Network in Perinatal Research) and a scholarship granted by The Research Institute in Public Health at the Université de Montreal (IRSPUM). The main author acknowledges the financial support for this research received from Professor Hatem.

References

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Banathy, B. H. (1996). *Designing Social Systems in a Changing World*. New York: Plenum Press.
- Banathy, B. H., & Jenlink, P. M. (2004). Systems inquiry and its application in education. In D. H. E. Jonassen (Ed.), *Handbook of Research for Educational Communications and Technology*. (2 ed., pp. 37-58). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bertrand, Y., & Valois, P. (1982). *Les Options en Éducation*. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Direction de la recherche.
- Blais, R., & Joubert, P. (2000). Evaluation of the midwifery pilot projects in Quebec: an overview. L'Equipe d'Evaluation des Projets-Pilotes Sages-Femmes. *Canadian Journal of Public Health*, 91(1), 11-4.
- Brodie, P. (2002). Addressing the barriers to midwifery—Australian midwives speaking out. *The Australian Journal of Midwifery*, 15(3), 5-14. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1031-170X\(02\)8003-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1031-170X(02)8003-4)
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2011). L'analyse de l'implantation. In A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2 mise à jour ed., pp. 238-273). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Checkland, P. (1999). *Systems Thinking, Systems Practice*. Chichester: John Wiley.
- Collin, J., Blais, R., White, D., Demers, A., Desbiens, F., & L'Équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes. (2000). Integration of midwives into the Quebec health care system. *Canadian Journal of Public Health*, 91(1), 1-17.
- Damschroder, L. J., & Hagedorn, H. J. (2011). A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 25(2), 194-205. doi: 10.1037/a0022284.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. doi: 1748-5908-4-50 [pii] 10.1186/1748-5908-4-50.
- Dubois, C.-A., & Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 7(1), 87.
- Foster-Fishman, P., Nowell, B., & Yang, H. (2007). Putting the system back into systems change: a framework for understanding and changing organizational and community systems. *American Journal of Community Psychology*, 39(3), 197-215. doi: 10.1007/s10464-007-9109-0.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied Knowledge*. New York: Harper & Row.
- French, S., Green, S., O'Connor, D., McKenzie, J., Francis, J., Michie, S., . . . Grimshaw, J. (2012). Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. *Implementation Science*, 7(1), 38.

- Gash, D. C., & Orlikowski, W. J. (1991). Changing Frames: Towards an Understanding of Information Technology and Organizational Change. Retrieved from <http://dspace.mit.edu/bitstream/handle/1721.1/46959/changingframesto00gash.pdf>
- Grol, R. (1997). Personal paper: Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ*, *315*(7105), 418-421. doi: 10.1136/bmj.315.7105.418
- Hargreaves, M. B. (2010). Evaluating system change: A planning guide. Retrieved from http://www.mathematicampr.com/publications/PDFs/health/eval_system_change_methodbr.pdf
- Hatem, M. (2008). Rapport de fin de mission: Assistance technique pour la révision du programme de formation des sages-femmes dans le Royaume du Maroc. Rapport inédit.
- Hatem-Asmar, M. (1997). *Choix éducationnels pour la formation des professionnels de la santé: le cas de la profession de sage-femme au Québec*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Québec, Canada.
- Hatem-Asmar, M., & Fraser, W. (2004). La sage-femme du Québec : de la renaissance à la reconnaissance. *Santé, Société et Solidarité* 3 (1), 105-115
- Hatem-Asmar, M., Fraser, W., & Blais, R. (2002). Trois paradigmes pour développer un programme de formation des professionnels de la santé: le cas de la formation des sages-femmes au Québec. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, *9*(1), 86-102.
- Ho, L.-A., & Schwen, T. M. (2006). Evaluation in the design of complex systems. *Performance Improvement Quarterly*, *19*(2), 135-154.
- Homer, C. S., Passant, L., Brodie, P. M., Kildea, S., Leap, N., Pincombe, J., & Thorogood, C. (2009). The role of the midwife in Australia: views of women and midwives. *Midwifery*, *25*(6), 673-681. doi: 10.1016/j.midw.2007.11.003
- Hummelbrunner, R. (2011). Systems thinking and evaluation. *Evaluation*, *17*(4), 395-403. doi: 10.1177/1356389011421935
- Ilott, I., Gerrish, K., Booth, A., & Field, B. (2012). Testing the consolidated framework for implementation research on health care innovations from South Yorkshire. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n/a-n/a. doi: 10.1111/j.1365-2753.2012.01876.x
- Ison, R. L., Maiteny, P. T., & Carr, S. (1997). Systems methodologies for sustainable natural resources research and development. *Agricultural Systems*, *55*(2), 257-272. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0308-521X\(97\)00010-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0308-521X(97)00010-3)
- Kislov, R., Nelson, A., de Normanville, C., Kelly, P. M., & Payne, K. (2012). Work redesign and health promotion in healthcare organisations: a review of the literature: Sheffield Hallam University.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, *7*, 149-158.
- Klein, M. C. (2002). *Working symposium on midwifery, building our contribution to maternity Care*. Paper presented at the A Family Physician's Observations, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Kronus, C. L. (1987). The evolution of occupational power: an historical study of task boundaries between physicians and pharmacists. *Sociology of Work And Occupations* 3, 3-37.
- Laszlo, A., & Krippner, S. (1998). Systems Theories: Their origins, foundations, and development. In J. S. Jordan (Ed.), *Systems theories and a priori aspects of perception* (pp. 47-74). Amsterdam, The Netherlands: Elsevier Science.

- Laurant, M., Harmsen, M., Faber, M., Wollersheim, H., Sibbald, B., & Grol, R. (2010). Revision of professional roles and quality improvement: A review of the evidence. London, England: The Health Foundation.
- Love, A. (2004). Implementation Evaluation In J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Eds.), *Handbook of Practical Program Evaluation* (2 ed., pp. 63-97). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- MacFarlane, A., & O'Reilly-de Brún, M. (2011). Using a theory-driven conceptual framework in qualitative health research. *Qualitative Health Research*. doi: 10.1177/1049732311431898
- May, C., Finch, T., Mair, F., Ballini, L., Dowrick, C., Eccles, M., . . . Heaven, B. (2007). Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC Health Services Research*, 7(1), 148.
- McKenna, H., Keeney, S., & Hasson, F. (2009). Health care managers' perspectives on new nursing and midwifery roles: perceived impact on patient care and cost effectiveness. *Journal of Nursing Management*, 17(5), 627-635. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00948.x
- McKenna, M., Richey, R., Keeney, S., Hasson, F., Poulton, B., & Sinclair, M. (2008). The managerial and development issues of nurses and midwives in new roles. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 227-235.
- Nancarrow, S., Moran, A., Wiseman, L., Pighills, A. C., & Murphy, K. (2012). Assessing the implementation process and outcomes of newly introduced assistant roles: a qualitative study to examine the utility of the Calderdale Framework as an appraisal tool. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, 307-317. doi: 10.2147/jmdh.s35493
- Parsons, B. (2007). The state of methods and tools for social systems change. *American Journal of Community Psychology*, 39(3), 405-409. doi: 10.1007/s10464-007-9118-z
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-Focused Evaluation : The New Century Text* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-Focused Evaluation* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., & Cameron, K. S. (2001). Studying organizational change and development: Challenges for future research. *The Academy of Management Journal*, 44(4), 697-713.
- Rousseau, S., Desmet, R., & Paradis, L. (1989). L'organisation selon Edgard Morin : Application à la communication et à l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 15(3), 433-447.
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., & DiCenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1178-1190.
- Seidman, E. (1988). Back to the future, community psychology: Unfolding a theory of social intervention. *American Journal of Community Psychology*, 16(1), 3-24. doi: 10.1007/bf00906069
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline*. New York: Currency Doubleday.

- Shaban, I., Barclay, L., Lock, L., & Homer, C. (2012). Barriers to developing midwifery as a primary health-care strategy: A Jordanian study. *Midwifery*, 28(1), 106-111. doi: 10.1016/j.midw.2010.11.012
- Shaban, I., & Leap, N. (2012). A review of midwifery education curriculum documents in Jordan. *Women and Birth*, 25(4), e47-e55. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.09.001
- Sibbald, B., Shen, J., & McBride, A. (2004). Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9 Suppl 1, 28-38. doi: 10.1258/135581904322724112
- Stetler, C., Legro, M., Wallace, C., Bowman, C., Guihan, M., Hagedorn, H., . . . Smith, J. (2006). The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience. *Journal of General Internal Medicine*, 21(2), S1-S8. doi: 10.1007/s11606-006-0267-9
- Supovitz, J. A., & Taylor, B. S. (2005). Systemic education evaluation. *American Journal of Evaluation*, 26(2), 204-230. doi: 10.1177/1098214005276286
- Thompson, J. B., Fullerton, J. T., & Sawyer, A. J. (2011). The International Confederation of Midwives: Global standards for midwifery education (2010) with companion guidelines. *Midwifery*, 27(4), 409-416. doi: 10.1016/j.midw.2011.04.001
- Trochim, W. M., Cabrera, D. A., Milstein, B., Gallagher, R. S., & Leischow, S. J. (2006). Practical challenges of systems thinking and modeling in public health. *American Journal of Public Health*, 96(3), 538-546. doi: 10.2105/ajph.2005.066001
- Tseng, V., & Seidman, E. (2007). A systems framework for understanding social settings. *American Journal of Community Psychology*, 39(3-4), 217-228. doi: DOI: 10.1007/s10464-007-9101-8
- Turner, R. H. (1990). Role change. *Annual Review of Sociology*, 16(1), 87-110. doi: doi:10.1146/annurev.so.16.080190.000511
- United Nations Population Fund. (2010). Global Call to Action : Strengthen Midwifery to Save Lives and Promote Health of Women and Newborns. Retrieved from http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/events/2010/midwifery/Join_t_Statement_Symposium_on_Strengthening_Midwifery_Final_04JUN2010.pdf
- United Nations Population Fund. (2011). The State of The World's Midwifery Report 2011: Delivering Health, Saving Lives. Retrieved from http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/en_SOWMR_Full.pdf
- Varkey, P., Horne, A., & Bennet, K. E. (2008). Innovation in health care: A primer. *American Journal of Medical Quality*, 23(5), 382-388. doi: 10.1177/1062860608317695
- World Health Organization. (2002). Nursing and Midwifery Services: Strategic Directions 2002-2008. Retrieved from www.searo.who.int
- World Health Organization. (2003). Nursing and Midwifery Workforce Management: Conceptual Framework. Retrieved from http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_ConcepFramework_11Sep.pdf
- World Health Organization. (2009). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research. In D. d. Savigny & T. Adam (Eds.). France.
- World Health Organization. (2011a). Strengthening Midwifery Toolkit: Module 1 Strengthening Midwifery: A Background Paper. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module1_eng.pdf

- World Health Organization. (2011b). Strengthening Midwifery Toolkit: Module 2- Legislation and Regulation of Midwifery - Making Safe Motherhood Possible. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module2_eng.pdf
- World Health Organization. (2011c). Strengthening Midwifery Toolkit: Module 5- Developing a Midwifery Curriculum for Safe Motherhood: Guidelines for Midwifery Education Programmes. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module5_eng.pdf

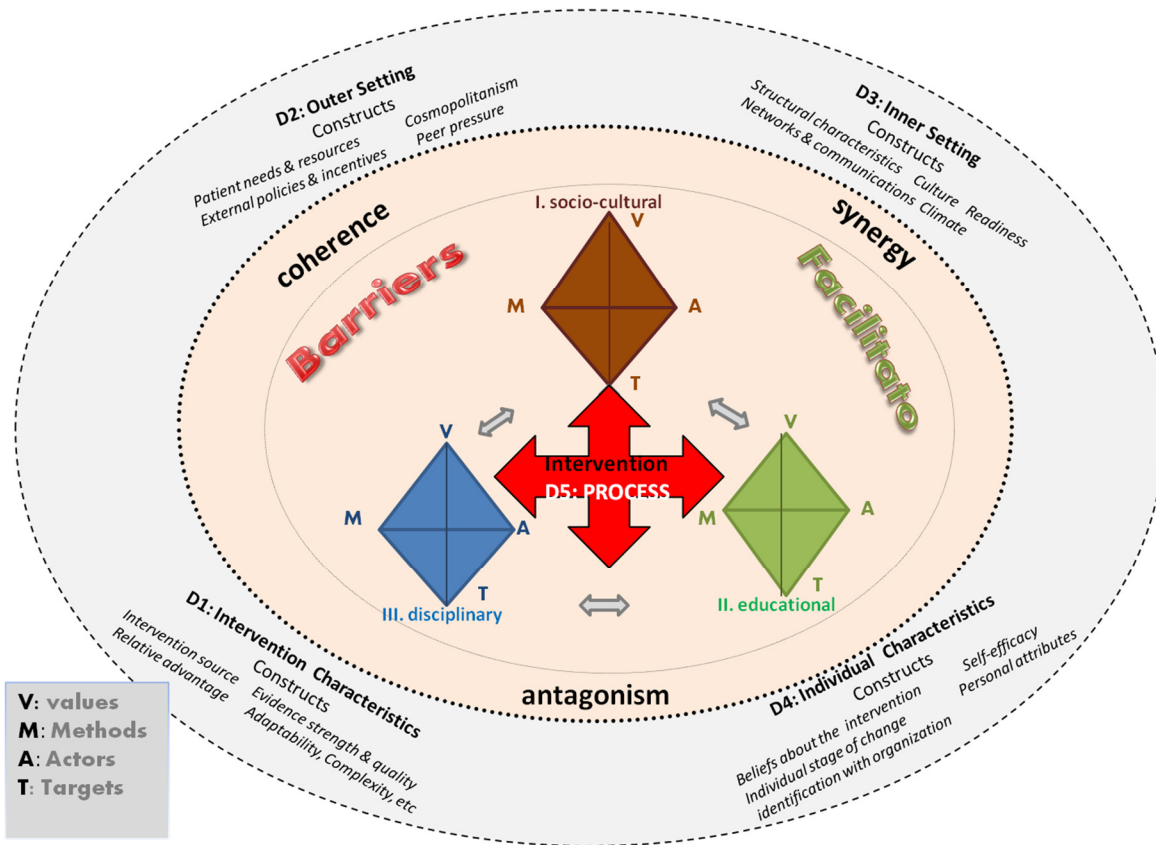


Figure 1-1: Proposed conceptual framework to evaluate the implementation of a complex intervention aiming to change a health professional role

4.2 Questions de recherche

À partir du cadre conceptuel d'évaluation élaboré pour analyser l'implantation d'une intervention visant à renforcer le rôle professionnel de la SF au Maroc, quatre questions de recherche spécifiques se dégagent afin de mieux comprendre les conditions contextuelles de mise en œuvre du Plan d'Action à l'étude :

Question 1 (Q1) : Dans quelle mesure le Plan d'Action a-t-il été mis en œuvre tel que prévu?

Question 2 (Q2) : Quels sont les facteurs identifiés comme facilitant et/ou entravant l'implantation du Plan d'Action soit ceux identifiés au niveau des différentes dimensions des trois systèmes (*socioculturel, éducationnel et disciplinaire*)?

Question 3 (Q3) : Quelles sont les caractéristiques du Plan d'Action affectant l'implantation?

Question 4 (Q4) : Comment interagissent les différentes dimensions des trois systèmes (*socioculturel, éducationnel et disciplinaire*) avec le Plan pour en faciliter et/ou entraver sa mise en œuvre?

Les réponses aux quatre questions d'évaluation énoncées (**Q1-Q4**) sont rapportées dans le deuxième article qui vise à répondre à l'**objectif général 1** de la thèse : évaluer le niveau de mise en œuvre de ce Plan et comprendre les enjeux liés à son implantation soit les facteurs contextuels affectant son implantation.

Toutefois, nous ajoutons une **cinquième question 5 (Q5)** qui n'était pas prévue initialement et qui a été formulée au cours du processus de recherche à travers l'analyse des données. Il s'agit de la suivante : Quels sont les facteurs liés aux dimensions des trois systèmes susceptibles d'influencer l'atteinte des effets du Plan d'Action?

À cet effet, notre troisième article tente ainsi de répondre à **l'objectif général 2** de la thèse qui s'est imposé à travers les données émergeant du terrain, soit comprendre les facteurs contextuels susceptibles d'empêcher l'atteinte des effets du Plan d'action.

Chapitre 5 – Méthode de recherche

Disposer d'une méthodologie adéquate est d'une importance primordiale pour opérationnaliser la recherche (Fortin et al., 2006). Le présent chapitre décrit la démarche méthodologique privilégiée dans le cadre de cette thèse permettant d'obtenir les meilleures réponses aux questions de recherche formulées. Dans un premier temps, la stratégie de recherche retenue est décrite justifiant la pertinence du choix de devis approprié au problème de recherche. Dans un deuxième temps, le choix de la population à l'étude, les stratégies de recrutement et d'échantillonnage sont détaillés. Ensuite, les méthodes de collecte des données sont présentées. Finalement, les critères de rigueur scientifique des résultats sont développés dans ce chapitre ainsi que les méthodes d'analyse, et les considérations éthiques liées à ce projet de recherche. La démarche méthodologique fait aussi partie intégrante du corpus des deuxième et troisième articles de la présente thèse.

5.1 Stratégie générale et devis de recherche

Notre processus de production des connaissances adopte une approche qualitative d'évaluation qui s'inscrit dans un paradigme constructiviste, privilégiant une approche naturaliste (Patton, 2002) pour appréhender la complexité d'un phénomène social et comprendre l'intervention dans son contexte naturel (Mukamurera, Lacourse, & Couturier, 2006b). Elle semble être la plus adaptée étant donné qu'elle permet d'élaborer une connaissance holistique de la réalité (Anadón & Guillemette, 2007). Ce faisant, nous avons opté pour un « design émergent »¹³ (Anadón & Guillemette, 2007, p. 28) afin d'atteindre une finalité de compréhension et de produire des connaissances valides reflétant la réalité humaine contextuelle.

Avant de présenter la stratégie et le devis de recherche déployés, il semble important d'aborder l'approche évaluative retenue dans le cadre de notre thèse.

¹³ Un « design émergent » : est considéré comme un design qui s'oppose à un design préétabli et fixe, caractérisé par la production de connaissances pendant la réalisation du processus de recherche et la construction d'un savoir à partir de l'interaction entre le chercheur et les participants (Anadón & Guillemette, 2007, p. 28).

Notre recherche s'inscrit dans le courant des recherches évaluatives, précisément l'analyse de l'implantation du Plan d'Action pour renforcer le rôle professionnel de la SF. Elle s'est avérée la plus adaptée étant donné : i) la nature complexe du Plan d'Action articulé autour de plusieurs éléments susceptibles d'être influencés par le contexte; et ii) que la mise en œuvre du Plan d'Action était amorcée en Juin 2009 supposant ainsi que l'intervention est devenue bien liée à son contexte (Champagne, Contandriopoulos, et al., 2011).

Se basant sur la typologie adoptée par Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al. (2011), notre recherche évaluative interroge deux types d'analyse de l'implantation (types 1-b, et 3). Nous avons choisi initialement le type (1-b), qui concerne l'analyse des déterminants contextuels du degré de mise en œuvre de l'intervention. Dans notre thèse, ce type consiste à analyser l'influence de l'interaction des dimensions des trois systèmes avec le Plan d'Action sur sa mise en œuvre. Au cours de l'analyse des données, un autre type s'est imposé à travers les informations brutes (type 3) soit celui qui concerne l'analyse de l'influence de l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention telle qu'elle a été implantée sur les effets observés. En effet, les données ont permis de saisir les principaux facteurs contextuels susceptibles d'entraver l'atteinte du plein potentiel du Plan d'Action. Elles ont été parlantes sur les enjeux dont il faut tenir compte afin de pouvoir réduire les risques d'échec d'un Plan d'Action partiellement implanté (l'équivalent des activités éducationnelles); soit l'échec de fournir un professionnel qualifié (la SF) capable de remplir son rôle dans un environnement favorable (*résultat d'intervention*), et d'améliorer la qualité des soins maternels pour pouvoir en fin de compte contribuer à réduire la mortalité maternelle et néonatale (*résultat ultime*).

La stratégie de recherche choisie est une recherche synthétique reposant sur un devis d'étude de cas unique avec niveaux d'analyse imbriqués. L'étude de cas est particulièrement pertinente pour l'analyse de l'implantation et souvent appliquée dans les études qui rendent compte des changements survenant dans des systèmes complexes (Patton, 1997; Patton, 2002). Elles sont considérées valables pour comprendre des phénomènes complexes difficilement

dissociables de leurs conditions contextuelles (Baxter & Jack, 2008; Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011). Ainsi, la justification de notre choix réside dans le fait qu'une étude de cas est considérée comme étant une stratégie de recherche descriptive, heuristique et particulariste qui permet de fournir une description minutieusement détaillée et riche « *thick description* », et une compréhension approfondie d'un cas particulier (Merriam, 1988, p. 11), soit la profession SF sujette à l'implantation du Plan d'Action au sein des systèmes socioculturel, éducationnel et disciplinaire. Elle permet aussi l'emploi de multiples sources de données et de les converger afin d'éclaircir judicieusement le cas à l'étude (Baxter & Jack, 2008). Ainsi, en s'appuyant sur la définition de Yin (2009), le devis de recherche adopté est une étude de cas unique avec trois niveaux d'analyse. Le cas à l'étude étant l'implantation du Plan d'Action concernant la profession de sage-femme (SF) au Maroc. Les trois niveaux d'analyse portent sur chacun des trois systèmes en interaction qui sont ciblés par le Plan d'Action.

5.2 La population à l'étude et stratégie d'échantillonnage

Selon Frechtling (2000, p. 25):

« Evaluation must get deeply inside the process and provide an understanding of what is occurring that addresses the need of a variety of stakeholders who speak with different voices and have a different mix of priorities »

Sur ce, une stratégie d'échantillonnage par choix raisonné respectant deux critères d'échantillonnage a été choisie. Le premier critère étant la représentativité théorique; et le deuxième est la variation maximale (Miles & Huberman, 2003; Patton, 2002).

La représentativité théorique

Pour assurer une cohérence avec notre cadre conceptuel et afin d'assurer une représentativité théorique (Miles & Huberman, 2003), trois populations cibles appartenant aux systèmes socioculturel, éducationnel et disciplinaire ont été considérées comme les populations les plus appropriées à l'intérieur desquelles la sélection des informateurs-clés a été effectuée.

Ainsi, un large éventail d'informateurs-clés représentant chacun des trois systèmes ciblés par le Plan d'Action ont été échantillonnés à partir de deux sites marocains dont le choix sera justifié dans la procédure de recrutement. Le choix s'est effectué principalement sur la base de leur représentativité quant à notre objectif de recherche et non pas dans le but de généraliser l'échantillon à l'ensemble de la population (assurer une représentativité statistique) (Miles & Huberman, 2003).

La variation maximale

Nous avons visé à maximaliser la diversification des données en constituant un échantillon suffisamment varié (Miles & Huberman, 2003) apte à « produire le maximum d'informations » (Deslauriers, 1991, p. 58). À cet effet, les répondants ont été sélectionnés pour fournir la plus large étendue possible d'informations et ce, en tenant compte des différents niveaux hiérarchiques au sein des populations représentant les trois systèmes (ex. au sein des instituts de formation, dans les différents milieux cliniques, départements gouvernementaux) et interrogeant une variété d'informateurs occupant différents postes et de diverses disciplines. La sélection a ciblé les cas riches en informations d'une manière à identifier les acteurs impliqués directement ou indirectement dans l'implantation des activités du Plan d'Action. Ainsi, ils ont aussi été choisis en fonction de leur rôle en tant qu'acteurs ayant eu un contact avec les efforts de mise en œuvre ou même pouvant être affectés par l'implantation. Nous décrivons ci-dessous la procédure de recrutement qui a abouti à la constitution de notre échantillon final.

La procédure de recrutement

Pour identifier et recruter des cas riches en informations appartenant aux trois populations cibles précitées, une démarche en deux étapes a été adoptée :

La première étape

Après avoir reçu l'autorisation du ministère de la Santé d'accéder aux différents sites du terrain de recherche (instituts de formation, maisons de naissance, maternités hospitalières publiques, centres de santé, directions gouvernementales et délégations régionales) et afin de

faciliter la démarche de recrutement, l'étudiante chercheuse a amorcé un contact par courrier électronique (e-mail) avec le chef de division de la formation au ministère de la Santé ayant déjà reçu le protocole de recherche. Ce chef de division a délégué, à une SF cadre à l'institut de formation aux carrières de santé (IFCS) de Rabat, la responsabilité de faciliter l'opérationnalisation de la collecte des données. Des communications régulières établies via e-mails avec cette SF ont permis de repérer et d'identifier les participants potentiels. Sa parfaite connaissance du contexte marocain et surtout des instituts de formation a aidé à suggérer et à sélectionner des cas informatifs clés appartenant aux deux systèmes (socioculturel, éducationnel) déjà impliqués dans les activités de l'implantation du Plan d'Action à l'étude ; elle a également fourni leur adresse courriel. Quant au système disciplinaire, l'auteure n'a pas pu y avoir accès étant donné que le courriel adressé au directeur des hôpitaux et des soins ambulatoires n'a pas porté fruit.

Les méthodes suivies pour recruter les cas informatifs appartenant à la population du système éducationnel :

Le contact avec la SF cadre a permis d'accéder aux courriels du directeur de l'institut de formation de Rabat et des enseignantes des différents IFCS; ces individus ont suivi, dans le cadre des activités du Plan d'Action, la formation GESTA et/ou d'autres sessions concernant la révision du programme. Une liste couvrant les différents noms des participants, leurs coordonnées, l'institution à laquelle ils sont affiliés y compris leur région de provenance a été fournie à l'auteure. Suite à l'obtention de la liste d'adresses et à travers l'envoi des lettres de présentation et d'information sur la recherche proposée, une invitation à participer ouverte à l'ensemble des personnes concernées a été lancée pour tenter d'atteindre le maximum d'informateurs. Les personnes, ayant répondu positivement à la sollicitation, ont reçu par un courriel de l'étudiante chercheuse, un document fournissant une description détaillée de l'étude et un formulaire de consentement. Les répondants ont été invités à lire les lettres explicatives détaillées et les formulaires de consentement et à demander toute information supplémentaire. Les coordonnées des membres de l'équipe de recherche ont été mises à la disposition des répondants.

Pour ce qui concerne les étudiantes SF dans les différents IFCS, après avoir obtenu l'autorisation du chef de division de la formation, la méthode de recrutement s'est basée sur l'utilisation des messages publicitaires. Elle a consisté à afficher une annonce dans les locaux des différents IFCS afin de les aviser de la recherche proposée et de susciter leur intérêt et par conséquent leur contribution au projet. Les étudiantes intéressées étaient priées d'enregistrer leur nom sur une liste détenue par la SF cadre identifiant leur année d'études, leur institut de formation et leur courriel afin de les communiquer à l'étudiante chercheuse pour les contacter et leur fournir une description détaillée de l'étude ainsi qu'un formulaire de consentement.

Les méthodes suivies pour recruter les cas informatifs appartenant à la population du système socioculturel :

Nous avons appris qu'un certain nombre de cadres médicaux administratifs occupant des postes au ministère de la Santé et au bureau de l'UNFPA avaient été impliqués dans l'étape de validation du Plan d'Action en 2008. L'étudiante chercheuse a pris un contact direct avec eux par courrier électronique dont les adresses ont été fournies par le chef de division de la formation. Une lettre d'information leur a été envoyée cosignée par la chercheuse principale du projet suivie de la description détaillée de l'étude et de leur participation ainsi que du formulaire de consentement. Le but de cette démarche était d'obtenir un accord de principe et des rendez-vous au préalable en prévision de la période de collecte de données sur le terrain.

En ce qui a trait aux formulaires de consentement, les répondants ont été invités à les lire, à les signer et à les retourner à l'étudiante chercheuse une fois présente sur le terrain marocain. L'ensemble des documents utilisés pour le recrutement (lettres d'informations, affiches) se trouve en *Annexes II, III*.

En somme, malgré les efforts déployés, cette méthode de recrutement a été peu productive et n'a pas donné suffisamment de rétroaction des répondants au niveau des systèmes socioculturel et éducationnel. Des rendez-vous auprès de cinq répondants ont été uniquement

obtenus et fixés d'avance avant de se rendre sur le terrain marocain. Cependant, cette méthode a permis de prendre connaissance des acteurs clés du contexte marocain surtout des instituts de formation et des différents niveaux hiérarchiques au ministère de la Santé afin de préparer l'entrée sur le terrain.

La deuxième étape

Quant à la deuxième étape, la sélection des participants a eu lieu une fois l'étudiante chercheuse présente sur le terrain de recherche. Deux sites marocains ont été choisis : la ville de Tétouan, située dans la région Tanger-Tétouan, à l'extrême Nord du Maroc, et la ville de Rabat, capitale administrative du Royaume du Maroc, chef lieu de la région Rabat-Salé-Zemmour-Zaer, située au bord de l'Atlantique en face de la ville de Salé. Le choix spécifique de ces deux sites se basait sur le fait qu'au moment de notre recherche, les activités liées aux trois premiers objectifs éducationnels du Plan d'Action étaient activement en cours d'implantation dans les instituts de formation de ces régions affiliés au ministère de la Santé . De plus, la ville de Rabat est considérée comme un grand centre politique et administratif du pays dans laquelle se concentrent les instances gouvernementales y compris le département ministériel de la Santé au Maroc. Le support du chef de division de la formation et de la SF cadre en tant qu'experte du terrain a été sollicité afin de repérer les informateurs-clés à interviewer ainsi que les milieux de leur recrutement. Le principe était de couvrir une grande variété de contextes pertinents (milieux de formation et cliniques, directions gouvernementales représentant le ministère de la Santé) à la conceptualisation du sujet tel que suggéré par Mays and Pope (2000).

Les établissements et les organismes qui ont été approchés au cours de la phase de collecte des données sont les suivants :

- Deux (2) IFCS représentant le système éducationnel. À savoir que malgré que la couverture a été limitée aux deux villes précitées, nous avons pu aussi atteindre une variation maximale au niveau des points de vue des enseignantes SF étant donné que celles invitées à assister aux activités de formation provenaient d'un grand nombre (10) d'instituts de formation. Ceci a

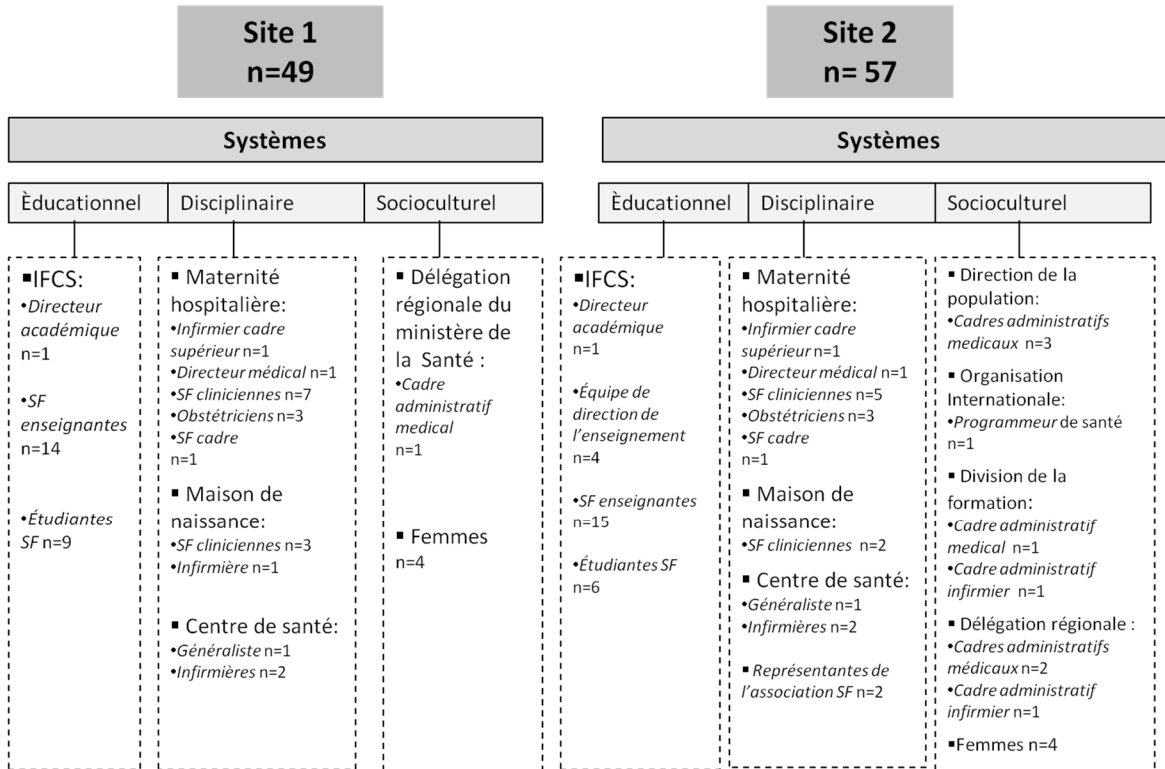
permis d'enrichir nos informations et de nous offrir l'opportunité unique d'élargir les points de vue et d'obtenir une information diversifiée provenant de différentes régions du Maroc;

- Deux (2) centres de santé, deux (2) maisons de naissance, deux (2) maternités publiques hospitalières, l'association des SF Marocaines (ASFM), représentant le système disciplinaire;
- Les départements affiliés au ministère de la Santé : la direction de la population, la division de la formation affiliée à la direction des ressources humaines, deux délégations régionales du ministère de la Santé situées respectivement à Rabat et à Tétouan; et le bureau de l'UNFPA, représentant le système socioculturel.

Notre échantillon final était constitué de cent sept (107) informateurs-clés dont cent six (106) informateurs marocains et une (1) consultante internationale. L'échantillon marocain regroupait : sept (7) cadres administratifs médicaux, un (1) analyste-programmeur dans le domaine de la santé, deux (2) cadres administratifs infirmiers, deux (2) infirmiers cadres supérieurs, deux (2) représentantes de l'association des SF, deux (2) directeurs médicaux, six (6) obstétriciens, deux (2) généralistes, dix-sept (17) SF cliniciennes, deux (2) SF cadres, cinq (5) infirmières, huit (8) femmes, deux (2) directeurs académiques, quatre (4) membres de l'équipe de direction de l'enseignement, vingt-neuf (29) SF enseignantes, quinze (15) étudiantes SF. L'hétérogénéité de ce groupe d'acteurs a permis de recueillir un large éventail de perspectives. Il est important de préciser que les femmes appartenant au système socioculturel ont été recrutées au niveau de deux maternités hospitalières pour participer aux groupes de discussion. Le choix a été effectué en fonction des unités de soins. Conséquemment, les femmes ont été choisies au niveau des services de suites de couches, de gynécologie, de l'accouchement et des grossesses pathologiques, afin d'obtenir des points de vue différents eu égard les soins fournis par la SF et l'implantation (bénéfices ou autres) d'une intervention visant le renforcement de son rôle.

Le tableau suivant présente la distribution des répondants en fonction des trois systèmes à l'étude à travers les deux sites de recherche.

Tableau 1 : Distribution des répondants en fonction des trois systèmes à l'étude à travers les deux sites de recherche



5.3 Collecte des données

Pour répondre aux objectifs de la présente recherche, plusieurs méthodes de collecte des données ont été utilisées afin d'évaluer l'étendue selon laquelle Plan d'Action a été mis en œuvre et d'appréhender le contexte influençant l'implantation. Les données ont été recueillies à partir d'une série d'entretiens de groupe (*focus group*) (n = 20), des entrevues semi-structurées individuelles (n = 11) ainsi que des observations directes de deux activités éducationnelles mises en œuvre, de l'environnement de pratique SF et des discussions entamées sur le terrain totalisant treize (n = 13) fichiers de notes de terrain de différentes pages en fonction de la période observée; et enfin, à partir d'une analyse de documents (n = 16) retraçant le processus d'implantation des activités mises en œuvre du Plan d'Action même celles qui se sont déroulées

en l'absence de l'étudiante chercheuse. Cette triangulation des sources de données a été effectuée dans le but de faciliter la comparaison des résultats, de prévenir et de réduire les informations biaisées, et de favoriser la validation croisée pour développer en fin de compte une interprétation riche des résultats (Mays & Pope, 2000; Patton, 2002).

La cueillette des données s'est déroulée entre juin et juillet 2010, approximativement dix-huit (18) mois suivant le début de la phase d'implantation. L'ensemble des entretiens et des observations effectués sur le terrain ont été conduits en totalité par l'étudiante chercheuse qui était immergée dans le terrain. Parmi les 31 entretiens conduits, huit n'ont pas été enregistrés dans l'une des régions suite au refus des participants, mais des notes exactes reflétant la totalité de l'entrevue ont été prises. Pour accomplir cette tâche ardue, l'étudiante a eu recours à la prise de notes par l'usage et la combinaison de procédés abrégatifs (ex. troncation des suffixes) pour capitaliser le plus possible d'informations fidèles et complètes. Toutes les autres entrevues (23) ont été enregistrées avec le consentement signé des participants et transcrites intégralement. Un support financier limité n'a pas permis de couvrir les dépenses pour pouvoir reconduire des visites supplémentaires du terrain. Toutes les entrevues ont été menées en français à part celles réalisées auprès des femmes qui ont été menées en arabe et traduites ultérieurement par l'étudiante chercheuse. Des extraits de citations illustratives ont été traduits en anglais par l'étudiante chercheuse et vérifiés par les directrices de recherche et ce, pour des fins de publication et de transfert de connaissances.

5.3.1 Méthodes et instruments de collecte des données

Chaque méthode de collecte des données est décrite dans la section suivante ainsi que les instruments développés par l'étudiante chercheuse pour guider la cueillette d'informations.

5.3.1.1 Les entrevues semi-structurées individuelles

Nous avons mené onze (11) entrevues semi-structurées auprès d'informateurs-clés disposant éventuellement d'informations utiles afin d'obtenir leurs points de vue, leurs réflexions, leurs expériences vécues par rapport à l'implantation des activités du Plan d'Action.

Les entrevues d'une durée approximative de 50 à 90 minutes ont concerné des infirmiers cadres supérieurs (n = 2), des directeurs médicaux (n = 2), des directeurs académiques (n = 2), des cadres administratifs médicaux, et infirmiers (n = 3), une consultante internationale (n = 1), un analyste-programmeur en santé (n = 1). Afin de mettre les participants à l'aise, de gagner leur confiance et d'obtenir leur coopération, nous avons expliqué les portées de l'étude sur l'évolution de la profession SF et sur la santé maternelle et néonatale, et garanti le respect des aspects éthiques (anonymat des personnes, confidentialité des données). Leur accord a été obtenu avant de procéder à l'enregistrement des entrevues sur magnétophone.

5.3.1.2 Les entretiens de groupe

Les entretiens de groupe constituent un instrument précieux et performant qui fait appel aux interactions du groupe et suscite en conséquence une dynamique d'échanges intéressante (Baribeau & Germain, 2010) afin de produire une grande quantité d'informations (Giacomini & Cook, 2000). Deux raisons justifient notre choix : la première étant liée à un impératif économique de temps et d'argent (Baribeau & Germain, 2010); ainsi le recours à ce type de dispositif nécessite moins d'argent réduisant ainsi les frais résultant de la mobilisation individuelle du personnel des différents instituts impliqués dans la mise en œuvre du Plan d'Action et situés dans des régions dispersées à travers le Maroc. Ceci était aussi plus économique pour l'étudiante chercheuse afin de générer un grand nombre d'informations sans avoir l'obligation d'effectuer des déplacements de longues distances pour rencontrer les cas riches en information dans les différentes régions marocaines. La seconde a trait aux avantages liés spécifiquement aux interactions générées par les entretiens, qui permettent de stimuler la pensée créative (Ritchie, Spencer, & O'Connor, 2003) et l'expression d'opinions plus riches sur nos questions de recherche posées (Patton, 2002). Dans une visée d'atténuer les faiblesses de ce dispositif, nous avons tenté de créer des conditions favorables au déroulement des discussions. Pour ce, nous avons recueilli aussi bien les points de convergence que les points de divergence des participants; nous avons aussi assuré la participation de tous les membres du groupe d'une manière égalitaire en faisant un tour de table, en essayant de contrôler les relations de domination au sein du groupe (ex. entre les SF cumulant plusieurs années d'expérience par

rapport à celles nouvellement diplômées), et en incitant tous les membres à s'exprimer librement et à partager leurs commentaires autant négatifs que positifs. Nous avons composé les groupes en évitant de regrouper les participants appartenant à différentes hiérarchies professionnelles afin de favoriser l'ouverture et l'expression libre et de faciliter le flot de la discussion. Au total, vingt (20) entretiens de groupe de durée approximative de 50 à 90 minutes ont été réalisés auprès de groupes d'acteurs appartenant aux trois systèmes y compris ceux/celles participant aux sessions de validation du programme de formation se déroulant au moment de la collecte des données. Le but était d'obtenir un large éventail de facteurs susceptibles d'affecter la réussite de la mise en œuvre. Le nombre de participants au sein des groupes a varié de deux (2) à dix (10).

Le tableau suivant montre la composition et le nombre des entretiens de groupe et individuels en fonction des trois systèmes à l'étude.

Tableau 2 : Composition et nombre des entretiens de groupe et individuels en fonction des trois systèmes à l'étude

Composition et nombre des entretiens de groupe et individuels en fonction des trois systèmes						
	Système éducationnel		Système disciplinaire		Système socioculturel	
Focus groups (FG) n=20	- Équipe de direction de l'enseignement d'un institut de formation	1	- SF cliniciennes exerçant en milieu extrahospitalier (maison de naissance)	2	- Cadres administratifs médicaux (Direction de la population)	1
	- SF enseignantes (instructeurs GESTA-formateurs locaux)	1	- Généralistes et infirmières exerçant en milieu extra hospitalier (centres de santé)	2	- Cadres administratifs médicaux, cadre administratif infirmier (Délégation régionale)	1
	- SF enseignantes d'un institut de formation	1	- Membres de l'association des SF du Maroc	1	- Population féminine	2
	- SF enseignantes participant à la session de formation des formateurs	1	- SF cliniciennes exerçant dans des maternités hospitalières	2		
	- SF enseignantes participant à la session de validation du programme SF	1	- Obstétriciens et SF cadres exerçant dans des maternités hospitalières	2		
	- Étudiantes SF de deux instituts	2				
) Entrevues semi-structurées (ESS) n=10	- Directeurs des instituts de formation	2	- Directeurs des centres hospitaliers	2	- Cadres administratifs médicaux	3
			- Cadres infirmiers (directeurs des soins infirmiers)	2	- Cadre administratif infirmier	1

Les entretiens individuels et de groupe se sont déroulés dans les milieux de travail clinique, académique et gouvernemental des personnes concernées soit : i) dans les bureaux et les salles d'enseignement au niveau des instituts de formation pour les informateurs-clés du système éducationnel; ii) dans les bureaux, les salles de réunion des milieux cliniques (maternités hospitalières, centres de santé et maisons de naissance) pour les informateurs-clés du système disciplinaire et pour un certain groupe d'informateurs-clés (femmes) du système socioculturel qui a été recruté des services de gynécologie, de suite de couches, de l'accouchement et des grossesses pathologiques des maternités hospitalières; et enfin, iii) dans les locaux et bureaux des délégations régionales, de la direction de la population pour la majorité des informateurs-clés du système socioculturel. Pour ce qui concerne la division de la formation, l'entrevue a été menée au sein d'un bureau affilié à cette dernière situé au sein de l'IFCS de Rabat.

5.3.1.3 Analyse de la documentation

Il s'agit d'une source de données riches qui joue un rôle de complémentarité et sert à corroborer des données obtenues d'autres sources telles que les observations et les entrevues (Léssard-Hébert, Goyette, & Boutin, 1997; Patton, 2002). Elle permet aussi de retracer et de comprendre l'évolution historique des activités implantées incluant celles qui n'ont pas pu être observées par le chercheur (Patton, 2002).

Ainsi, tous les documents pertinents, relatifs au projet de renforcement des compétences des SF retraçant l'historique des activités du Plan d'Action, ont été retenus et analysés. Ils ont porté sur :

- *Les échanges de courriels* (n = 10) : Il s'agit de courriels entre les différentes parties prenantes (consultante, coordonnatrice du projet, chef de division de la formation, bureau de l'UNFPA) concernant l'organisation, le déroulement et le contenu des activités mises en œuvre;

- *Des documents relatifs au projet* (n = 6) : Incluant des rapports bien détaillés portant sur les différentes missions accomplies et correspondant aux objectifs du Plan ayant trait à la formation et à la révision du programme de formation des SF; et des documents/lettres relatifs au projet de renforcement des compétences des SF. À savoir que les missions ont fait l'objet de quatre rapports :

- Rapport d'une 1^{ère} mission en Février 2008 : il s'agit d'un rapport portant sur la mission d'assistance technique pour la révision du programme de formation des SF et pour introduire de nouvelles habiletés et compétences dans le contexte de la prise en charge globale de la femme;
- Rapport d'étape Juin 2009 : ce rapport a concerné une session des étapes de la révision du programme de formation des SF; précisément l'atelier d'élaboration des compétences et des capacités correspondantes à développer dans le cadre de la formation de base des SF, la proposition de formulation du programme, et de répartition des modules selon les années de formation;
- Rapport d'étape Juin-Juillet 2010 : il a englobé deux sous-rapports portant sur deux sessions: une session de validation du programme de formation des SF basé sur les compétences; et une autre session de formation des formateurs aux concepts constituant les fondements du programme de formation précité. Cette dernière formation a porté sur les concepts cliniques (ex. humanisation, globalité des soins, droit sexuel et génésique, etc.) et académiques (ex. approches réflexive, par problème et formation axée sur les compétences) inhérents à la pratique professionnelle de la SF dans un contexte de valorisation de la santé de la reproduction basée sur les droits universels; et aussi aux nouveaux modes académiques adaptés à cette nouvelle vision du rôle de la SF au Maroc;
- Rapport d'étape Octobre-Novembre 2010 : ce dernier rapport a retracé la dernière session ayant trait au programme de formation des SF. Elle a concerné la méthodologie d'élaboration des outils pédagogiques de l'évaluation de la formation des SF (évaluation des compétences en cours et au terme de la formation, et suivi des apprentissages des étudiantes).

Ces différents rapports ont permis d'identifier les activités du Plan d'Action prévues, celles effectuées et non effectuées; et de comprendre le déroulement des activités de la mission initiale et des quatre sessions subséquentes relatives aux objectifs (2) et (3) mises en place tout au long de la période d'implantation. Ils ont aussi aidé à clarifier l'état d'avancement des différentes étapes, et finalement à saisir les éléments facilitateurs et les contraintes rencontrées lors de l'implantation des différentes sessions ainsi que les recommandations élaborées afin de réussir l'implantation actuelle et future des activités et le projet de renforcement des compétences.

- Documents et lettres adressés à la consultante: ils étaient au nombre de deux (2) : une lettre reflétant la mission à accomplir conformément aux politiques ministérielles et à la stratégie d'accélération de la réduction de la MM; et un document soulignant les termes de référence à assurer par la consultante. Ce qui a permis d'avoir un regard supplémentaire et plus approfondi sur les différentes activités à implanter.

- *Les rapports des activités de formation GESTA* : En ce qui concerne ces rapports, un manque de coopération de la part de certains cadres administratifs n'a pas permis d'y avoir accès pour les analyser. De plus, cette composante du Plan d'Action était sous la responsabilité d'une équipe canadienne qui coordonnait les activités avec la division de la formation. Cette difficulté a été d'ailleurs soulignée dans notre chapitre portant sur les « défis associés à la pratique de la recherche évaluative en santé mondiale » (voir article 4).

En l'absence de formation des différents comités tel que prévu par le Plan d'Action (comité du profil, du lobbying gouvernemental et disciplinaire, de marketing social) et conséquemment des rapports relatifs à la mise en œuvre de leurs activités, aucune analyse documentaire n'a été effectuée à ce niveau.

5.3.1.4 L'observation directe

Dans cette étude, les observations directes ont été faites à deux niveaux :

- *Des observations directes en situation* : Lors de la mise en œuvre de deux sessions soit la session de validation du programme de SF dans la ville de Tétouan ; et une autre session de formation pour les formateurs dans la capitale Rabat. Nous avons observé le contexte global, le déroulement concret et la clôture des activités. Nous avons porté un regard spécifique sur les différentes interactions au sein du groupe des participants (composé des enseignantes SF, des cadres administratifs médicaux, de la consultante, et de la coordonnatrice du projet), sur les difficultés rencontrées par les SF enseignantes lors du déroulement de ces activités et sur les suggestions sur lesquelles l'accent a été mis constamment afin de réussir le projet. Un total de 30 heures d'observations a eu lieu au cours de ces deux sessions au niveau des deux sites, réparties sur deux périodes : une période de six (6) jours à Tétouan (du 28 Juin au 2 Juillet 2010) et une période de 11 jours à Rabat (du 5 au 16 Juillet 2010). Des notes ont été prises afin de retracer le déroulement des activités et les événements ayant eu lieu comme des attitudes de résistance, des plaintes manifestées, des facteurs facilitant, etc. L'implication de l'étudiante chercheuse était très intense et profonde marquée par une présence régulière sur le terrain (six jours par semaine) afin de pouvoir rendre compte d'une manière exhaustive du phénomène observé.

Des discussions informelles au niveau des deux sites (bureaux des enseignantes au niveau des instituts de formation à Tétouan et à Rabat) avec des informateurs-clés ont été aussi considérées dans le cadre de notre travail de terrain et ont permis de générer un bon nombre d'informations utiles à la compréhension du contexte général de l'implantation (implication du ministère de la Santé , des milieux cliniques dans le projet).

- *Des observations lors des visites des milieux cliniques au niveau des deux sites* : Elles ont permis de recueillir des informations sur l'environnement de pratique SF : infrastructure, matériel disponible, conditions et déroulement de la prise en charge des femmes dans les salles de travail et d'accouchement dans les maternités hospitalières, les maisons de naissance, et les centres de santé. Les discussions au niveau de ces milieux cliniques ont permis aussi de déceler

le niveau d'information des différentes catégories des professionnels de la santé quant au projet de renforcement du rôle professionnel de la SF et leur implication dans ses activités.

5.3.1.5 Instruments de collecte des données

Le recueil d'informations a été réalisé en ayant recours à trois instruments, à savoir :

- *Un guide d'entrevue* : Comportant une majorité de questions ouvertes semi-structurées qui couvraient cinq thèmes provenant des concepts centraux de notre cadre conceptuel :

- i. le niveau d'information relative au Plan d'Action d'une manière générale, à son implantation;
- ii. la mise en œuvre du Plan d'Action (ex. nature et contenu des activités implantées, personnes participant aux activités et impliquées dans la mise en œuvre);
- iii. les barrières et les facilitateurs concernant les caractéristiques propres au Plan d'Action (ex. bénéfice rapporté, pertinence de ses différentes composantes);
- iv. les barrières et les facilitateurs au niveau des quatre dimensions conceptuelles (valeurs, méthodes, acteurs, finalités) des trois systèmes constituant l'assise de notre cadre conceptuel. Afin d'orienter les interviewés et d'obtenir des réponses suffisamment élaborées pour chaque dimension conceptuelle au niveau de chaque système, l'étudiante chercheuse a tenté de donner un exemple afin de bien clarifier le sens, faciliter la compréhension et finalement de s'assurer d'avoir bien traité et couvert toutes les dimensions correspondantes au cadre conceptuel. Quelques exemples permettent d'illustrer nos propos. Pour ce qui concerne la dimension "méthodes" au niveau du système socioculturel, un exemple de mobilisation de ressources par le gouvernement a été utilisé pour faciliter la compréhension; quant à la dimension "valeurs" au niveau du système éducationnel, un exemple de règlements pédagogiques a été fourni dans le même but; en ce qui a trait à la dimension "acteurs" au niveau du système disciplinaire, des attributs ont été évoqués comme la compétence, la motivation des SF, des obstétriciens et autres; et finalement
- v. une question de fermeture résumant l'ensemble de leurs perceptions quant aux principales barrières et principaux facilitateurs qui influencent l'implantation. Cet aperçu

synthèse a permis de vérifier l'adéquation des données recueillies en s'assurant qu'elles reflétaient bien les propos des participants (*Annexe IV*).

Les entretiens menés auprès des groupes des femmes ont exigé une adaptation du guide d'entrevue étant donné qu'elles ne pouvaient pas fournir des informations sur l'implantation. Ainsi, le guide a abordé des questions sollicitant leurs perceptions quant à l'utilité et l'importance d'implanter une intervention pour renforcer le rôle de la SF compte tenu du contexte marocain.

Le guide a également comporté une section pour recenser les caractéristiques des participants (sexe, profession, poste occupé, années d'expérience, expérience en régions rurale et urbaine).

- *Une grille d'observation* ayant servi à :

- documenter la nature, le contenu des activités des deux sessions ainsi que les personnes participant à ces dernières;
- relater les différentes interactions, les évènements marquants ayant eu lieu et les commentaires émis durant les séances d'observation des sessions de formation et de validation du programme qui se sont déroulées en présence de l'étudiante chercheuse au sein des instituts de formation;
- documenter les éléments d'importance considérable gravitant autour du contexte de l'implantation émergeant des discussions informelles avec les acteurs du terrain;
- décrire au niveau des milieux cliniques l'environnement de pratique SF (salles d'accueil, de travail, d'accouchement, suites de couches).

Chaque grille comportait des renseignements précis sur la date, le lieu, la durée des observations, une description de l'évènement observé et l'identité des personnes concernées par ce dernier de telle manière à se remémorer du déroulement de l'évènement.

Pour appuyer la qualité de la recherche et assurer la validité des données, l'étudiante chercheuse a eu recours à deux types de notes afin de fournir une description riche et continue des événements contextualisés (Baribeau, 2005) :

- *Notes descriptives* : En effet, les grilles d'observations ont été complétées par des notes descriptives détaillées qui ont servi à enregistrer les événements observés et à consigner les conversations et les discussions tenues sur le terrain (à Tétouan et Rabat). Ceci a été accompli en faisant référence parfois aux mots propres des participants. Pour les observations directes en situation, un fichier de notes de terrain pour chaque période d'observation a été développé cumulant un total de 12 fichiers, chacun de trois (3) à sept (7) pages en moyenne. En ce qui concerne les observations effectuées lors des visites des milieux cliniques, ce travail a permis d'amasser un fichier de données de dix pages.

- *Notes méthodologiques* : Elles ont porté essentiellement sur la conduite opérationnelle de l'étude, sur les situations problématiques auxquelles l'étudiante chercheuse s'est heurtée sur le site de recherche. Elles ont fourni un corpus de données denses qui a permis de produire et de transférer des connaissances sous forme de chapitre faisant état d'une réflexion sur les « défis associés à la pratique de la recherche évaluative en santé mondiale ». Ce dernier a été publié dans les actes du colloque de l'ACFAS (Abou-Malham, Hatem, & Leduc, 2012).

5.4 Validité de la stratégie de recherche

L'exigence de rigueur au sein d'un paradigme qualitatif de production des données garantit la qualité des conclusions et la valeur d'une recherche scientifique (Devers, 1999; Drapeau, 2004). Étant donné que la présente recherche est basée sur une approche constructiviste, quatre critères pertinents à la recherche qualitative décrits par Devers (1999) ont été pris en considération afin d'accroître la rigueur scientifique ou « *trustworthiness* » (la confiance en l'exactitude des résultats) (Patton, 2002). Ces critères sont la crédibilité, la transférabilité, la fiabilité et la confirmabilité. En décrivant ces différents critères, nous avons fait appel aussi aux clarifications des concepts faites par d'autres chercheurs pour soutenir nos propos.

5.4.1 Le critère de crédibilité

Il s'agit de vérifier la correspondance entre les interprétations faites par le chercheur ou le sens attribué aux données et leur plausibilité aux yeux des acteurs clés (Devers, 1999; Drapeau, 2004). Ce critère fait référence à la véracité des résultats soit le portrait authentique de ce qui a été observé (Devers, 1999; Miles & Huberman, 2003). Pour renforcer la crédibilité des résultats, nous avons eu recours à la triangulation, et à la vérification par les participants soit la restitution des données.

La triangulation

La triangulation a été envisagée à deux niveaux (des sources, et des analystes « *analyst triangulation* ») afin de garantir une richesse de la description du contexte d'implantation du Plan d'Action à l'étude, de produire des conclusions convergentes et une interprétation cohérente de l'implantation (Patton, 2002). À cet effet, nous avons combiné et croisé plusieurs sources de données (entretiens individuels et de groupe, observations directes dans les milieux de formation et cliniques, analyse documentaire de tout document retraçant et reflétant l'implantation des activités du Plan d'Action) et comparer les points de vue de différents acteurs des trois systèmes pour chercher non seulement des corroborations mais également pour pallier aux limites propres à chacune des sources; permettant conséquemment de limiter les biais de distorsion ou d'un cadrage restreint des perceptions (Belin, 2007; Miles & Huberman, 2003; Patton, 2002). Quant à la triangulation de plusieurs perspectives analytiques, cette étude a été supervisée par des co-chercheuses expertes qui ont été impliquées (Patton, 2002) d'une manière continue dans le processus d'analyse en termes de contre vérification des codifications avec les extraits des *verbatim* correspondants, d'adéquation des matrices élaborées relatives aux trois systèmes ciblés par le Plan d'Action, et de validation finale des résultats. En effet, le processus d'élaboration et de vérification des codes thématiques a fait l'objet de plusieurs réunions et discussions entre l'étudiante chercheuse et ses superviseurs (directrice et codirectrice) afin de pouvoir obtenir un consensus sur les thèmes identifiés et d'accroître la compréhension par la confrontation de différentes perspectives. De plus, le recours à une chercheuse indépendante externe, désintéressée par la présente recherche, possédant une expertise en analyse qualitative

pour vérifier les codes thématiques et les extraits de *verbatim* correspondants, a permis de : i) faire une lecture objective de la réalité; et, ii) a aidé à optimiser la crédibilité des résultats à l'étude. En somme, les résultats de l'analyse ont émergé à travers un consensus entre l'étudiante et ses directrice et co-directrice de recherche.

La vérification par les participants

Connue aussi sous le terme « *member checking* » ou « *respondent validation* », elle est considérée comme l'une des techniques les plus cruciales pour renforcer la crédibilité d'une recherche qualitative (Devers, 1999; Mays & Pope, 2000). Elle fait partie du processus visant la réduction des erreurs quant à l'analyse et l'interprétation des données (Mays & Pope, 2000). Un processus de rétroaction auprès des informateurs-clés a été considéré et ce, en procédant à une vérification précoce et en fin d'étude. Nous avons eu recours à deux formes de validation de l'information recueillie, de l'analyse et de l'interprétation opérées sur celle-ci par :

i) l'envoi des transcriptions à 12 participants pour vérifier à une phase précoce l'intégrité et l'exactitude des réponses, pour recueillir leurs réactions sur le contenu de leur entrevue et ajouter de nouveaux commentaires (Forbat & Henderson, 2005; Patton, 2002). Suite à cet envoi, sept rétroactions enrichies par des réflexions supplémentaires ont été reçues;

ii) la soumission des résultats sous forme de cahier de codes et de matrices avec des extraits de *verbatim* exemplaires à huit acteurs clés appartenant aux systèmes éducationnel et socioculturel (SF enseignantes, cadres administratifs médicaux, cadres SF de la division de la formation représentant le ministère de la Santé dans l'un des instituts de formation) qui ont confirmé le sens accordé au matériel et l'exactitude des résultats obtenus. Cette dernière procédure a requis énormément du temps et une sollicitation à plusieurs reprises auprès des participants étant donné qu'elle a été effectuée non pas à travers des groupes de discussion tel que prévu, mais à distance à travers l'envoi de courriels. Toutefois, une interaction constante même si à distance a été maintenue lors de la validation des résultats et ce, afin d'obtenir un résultat représentatif de la réalité. Cette vérification par les participants a permis d'obtenir des rétroactions et de générer des réactions pour assurer la crédibilité des résultats et s'assurer que les résultats reflètent les perspectives des acteurs marocains. De plus, les résultats ont été diffusés, auprès d'un groupe

composé de 20 acteurs marocains regroupant des SF enseignantes, cliniciennes et cadres représentant le ministère de la Santé provenant de différentes régions, lors d'un symposium tenu en Juin 2014 à Prague -République Tchèque- dans le cadre du 30^{ème} congrès de la Confédération Internationale des SF. Ils ont été approuvés en totalité par la délégation marocaine.

5.4.2 Le critère de transférabilité

Ce critère renvoie à l'étendue avec laquelle les résultats peuvent être transférés à d'autres contextes (Devers, 1999; Drapeau, 2004). Cette caractéristique a été assurée par une description dense, riche et concrète « *thick description* » (Patton, 2002) du contexte de l'implantation (les dimensions des trois systèmes ciblés par le Plan d'Action en pré et en cours d'implantation) pour permettre aux lecteurs ou aux usagers de la recherche de juger une transférabilité potentielle à d'autres contextes. Nous avons fourni une interprétation détaillée des résultats dans un sens qui favorise aux milieux qui présentent des caractéristiques similaires de considérer les atouts et les obstacles émergents du processus en question. Nous avons aussi exposé à l'interprétation des lecteurs une description étoffée de la démarche méthodologique suivie incluant le site de recherche, les méthodes de collecte des données. De plus, l'échantillon sélectionné était théoriquement diversifié en vue d'encourager une application plus large (Devers, 1999; Miles & Huberman, 2003). En définitive, une description détaillée et transparente des limites liées au contexte du déroulement de l'étude a aussi contribué à l'atteinte de ce critère.

5.4.3 Le critère de fiabilité, d'imputabilité procédurale

Devers (1999) décrit ce critère comme étant la mesure dans laquelle la recherche produirait des résultats similaires ou consistants si elle était reprise telle que décrite, tout en prenant en considération tout facteur susceptible d'avoir affecté les résultats de l'étude. Elle réfère donc à la stabilité du processus de l'étude et des données à travers le temps, entre les chercheurs et entre les différentes méthodes (Miles & Huberman, 2003). Pour assurer une bonne fiabilité, différentes mesures ont été prises :

- Le développement et l'application d'un modèle conceptuel d'évaluation dont les concepts centraux ont été clairement décrits dans notre premier article (les dimensions des trois systèmes, l'interaction entre ces dernières et l'intervention) (Abou-Malham et al., 2013) et aussi dans la méthodologie; ceci a permis de justifier la cohérence de nos questions de recherche, d'analyser et d'interpréter la réalité empirique observée par rapport aux concepts clés du modèle;
- La vérification des codes thématiques par les co-chercheuses. De même, nous avons sollicité la réaction d'une chercheuse indépendante experte ne participant pas au projet de recherche à l'égard des thèmes dégagés;
- Le recours aux « *feedbacks* » des participants à deux étapes de l'étude (phases d'analyse et d'interprétation) pour vérifier la signification et l'interprétation des données;
- La recherche de la concordance des résultats par l'utilisation de différents types de triangulation.

5.4.4 Le critère de confirmabilité, de neutralité

Au niveau de ce critère, l'accent est mis sur la production d'évidences corroborant les résultats, sur le degré avec lequel ces derniers sont déterminés par les participants et les conditions de l'investigation et non pas par les biais, les motivations et les intérêts du chercheur (Devers, 1999). Le potentiel confirmatif de cette thèse réside dans le fait que les autres trois critères ont déjà été respectés. Ainsi, l'intégrité de nos résultats est enracinée dans le corpus des données, dans la description détaillée de la méthode utilisée (séquences de collecte, d'analyse et de transformation des données), et dans tout le processus de validation que nous avons suivi. La confirmation a été effectuée par le retour aux participants pour s'assurer de la justesse des interprétations, par la conservation de toutes les données pour une éventuelle analyse par un autre chercheur, par la présentation de nos résultats sous-tendus par du matériel empirique. Finalement, les éventuels biais personnels de l'étudiante chercheuse susceptibles d'influencer la recherche ont été pris en considération et ce, à travers deux mesures en vue de les contourner : i) la 1^{ère} étant l'engagement dans une analyse réflexive (Finlay, 2002) qui permet au chercheur d'être conscient de toutes les préconceptions, de tout ce qui doit être suspendu afin de ne pas les imposer sur les personnes interviewées. À ce niveau, l'étudiante a essayé d'éliminer tous les

présupposés en tentant de faire abstraction autant que possible de ses propres préconceptions au moment de la collecte des données et de l'analyse des résultats; ii) la 2^{ème} étant la mise en place d'un processus de discussion et de vérification régulières auprès des directrices tout au long du déroulement de l'étude, et la consultation d'experte externe. Le but de cette démarche était de s'assurer que les résultats proviennent uniquement des participants et du contexte et que l'interférence des perspectives de l'étudiante chercheuse est minimisée autant que possible.

5.5 Analyse des données

Donner un sens à un corpus de données brutes requiert l'application d'un ensemble de procédures systématiques essentiellement guidées par les questions de recherche (Blais & Martineau, 2006). Pour la présente recherche, l'analyse de contenu a été privilégiée et a été effectuée suivant les trois flux d'activités fondamentales proposés par Miles and Huberman (2003): la condensation des données, la présentation et l'élaboration et la vérification des conclusions. Cependant, l'étudiante chercheuse n'a pas pu traiter le codage en concomitance avec la collecte des données en utilisant la démarche itérative suggérée en recherche qualitative. Une analyse en continu au cours de la collecte des données s'est avérée très difficile vu les contraintes de temps et le travail intensif effectué. Néanmoins, les notes détaillées prises manuellement des entrevues ont été lues à travers la phase de collecte de données afin d'acquérir le sens global et d'orienter d'autres entrevues. Cette limite a été explicitée dans la section "défis relatifs à la méthodologie" dans notre chapitre publié sur les « Défis associés à la pratique de la recherche évaluative en santé mondiale » (Abou-Malham et al., 2012).

Pour la présente recherche, nous avons combiné deux logiques d'analyse (déductive et inductive). L'analyse a tout d'abord reposé sur une logique déductive étant donné que les grands domaines ou rubriques de notre modèle conceptuel (dimensions des trois systèmes, caractéristiques de l'intervention, processus d'implantation/mise en œuvre) ont préalablement servi à élaborer un plan général de codage (ou de maître codes). Puis, de manière inductive, les codes thématiques émergeant des données brutes ont été intégrés au plan général déjà préétabli et aux construits du cadre CFIR. C'est une approche intermédiaire ou « à mi-chemin » entre ces

approches tel que cité par Miles and Huberman (2003, p. 119). L'analyse des données a fait l'objet tout d'abord d'une analyse verticale (document par document); puis, une analyse transversale a permis le repérage des régularités, des éléments comparables ou divergents entre les différentes sources d'information selon les thèmes majeurs de la recherche. Durant toutes les phases de l'analyse, le corpus des données a été soumis à un processus continu de comparaison. Le recours au logiciel de traitement des données qualitatives QDA Miner (version 3.2.3) a facilité la gestion des données (ex. codage, classement des données, extraction des segments codés).

5.5.1 La condensation des données

Elle renvoie à « l'ensemble des processus de sélection, centration, simplification, abstraction et transformation des données brutes figurant dans les transcriptions » (Miles & Huberman, 2003, p. 29). Cette activité a comporté plusieurs étapes : la préparation des données brutes, la lecture des documents, le codage des données qui lui-même a été réalisé en plusieurs sous-étapes (identification des codes de premier niveau, révision et raffinement des codes, identification et classification finale des thèmes) (Miles & Huberman, 2003; Thomas, 2006).

5.5.1.1 Étape 1 : Préparation des données brutes

Cette étape a été réalisée en plusieurs temps. Nous avons procédé à la transcription intégrale de tous les entretiens, à la mise en forme et en ordre soit l'organisation des données et à la saisie informatique de toutes les informations recueillies (Miles & Huberman, 2003; Mukamurera, Lacourse, & Couturier, 2006).

Ainsi, toutes les entrevues enregistrées et rédigées manuellement ont été transcrites intégralement sous forme de *verbatim* par l'étudiante chercheuse elle-même en respectant le discours des participants. Elles ont été réécoutées et comparées avec le texte transcrit afin de vérifier leur adéquation et de détecter des lacunes, des erreurs ou des omissions. Douze (12) entrevues ont été communiquées par la suite aux participants(es) concernés (es) afin de vérifier

le contenu et recueillir leurs commentaires; sept rétroactions enrichies de commentaires ont été reçues.

Une mise en forme et en ordre de tous les documents à analyser a été faite : les transcriptions des 31 entretiens (individuels et de groupe); les notes de terrain émanant des différentes observations des sessions, des milieux cliniques et des discussions effectuées au niveau des instituts de formation, des milieux cliniques; les documents concernant les rapports des missions; les échanges effectués par courriel, lettres et documents officiels. À cet effet, toutes les données brutes ont été préparées dans des fichiers « *word* », sauvegardés et classés dans des dossiers séparés en fonction du site de recherche. Un titre d'identification a été attribué à chaque document de façon à pouvoir repérer rapidement la nature du document et de l'évènement documenté (observation, entretien, courriel, etc.) et à ne pas dévoiler l'identité des participants :

- Pour les entretiens : les documents ont été identifiés en fonction de la nature du poste occupé suivi d'un chiffre, et parfois d'un préfixe indiquant la nature de l'entretien s'il s'agissait d'un entretien de groupe (*focus group*); par exemple un titre (FG_MidEdu1) a été par exemple attribué pour (focus group auprès des SF enseignantes numéro 1);
- Pour les notes émanant des observations effectuées : nous avons choisi un titre indiquant la nature de l'activité observée suivi d'un chiffre; ainsi pour les sessions des activités du Plan d'Action observées, par exemple un titre (FO_SFF_N1) a été désigné pour (*field observation* de la session de formation des formateurs numéro1), et le titre (FO_SVP_N1) pour (*field observation* de la session de validation du programme numéro1); pour les autres types d'observation, nous avons juste attribué des chiffres tels que (FO_N1, N2, etc.);
- Pour les documents concernant les différents rapports de mission : le titre a été choisi en fonction de la date de la mission accomplie; un titre (R_Oct-Nov2010) a été par exemple attribué pour (*report* ou rapport de la mission effectuée en Octobre-Novembre 2010);
- Pour les échanges effectués par courriel, lettre, document officiel : le document a été identifié en fonction de la nature de l'échange suivi d'un chiffre; ainsi pour l'échange courriel, nous avons choisi le titre (MailDoc_N2) pour (document par mail numéro 2); pour les lettres et

documents officiels, nous avons attribué le titre Let_N1 pour (lettre numéro 1) et DO_1 pour (document officiel numéro1).

Cette mise en forme a nécessité un travail de mise en page et un travail minutieux d'organisation des documents avant de pouvoir entreprendre l'analyse du contenu afin de faciliter le repérage des données. Tous les fichiers ont été par la suite saisis dans le logiciel QDA Miner (version 3.2.3) et conservés dans un nouveau projet nommé (projet Maroc_Analyse de l'implantation).

5.5.1.2 Étape 2 : Lecture des différents documents

Avant de procéder au codage, une lecture flottante des documents à analyser a été faite, dans le but de se familiariser avec leur contenu, d'obtenir une vue d'ensemble des données recueillies et finalement de dégager le sens général prédominant. Certains textes ont exigé des lectures attentives et répétées afin de pouvoir comprendre le contenu (Thomas, 2006).

5.5.1.3 Étape 3 : Identification des codes

Cette étape s'est déroulée en trois sous-étapes : l'identification des codes de premier niveau, la révision des codes, et finalement l'identification, le regroupement et la classification finale des codes thématiques. Elle n'a pas été menée en solitaire par l'étudiante chercheuse, mais bien au contraire, elle a fait l'objet d'une discussion et d'une validation selon un processus récursif de travail effectué par l'étudiante et en groupe avec les directrices de recherche.

Codage de premier niveau

Le codage a été effectué selon un plan général défini préétabli en fonction de nos questions de recherche; il s'agissait d'un plan de codage indiquant les dimensions (valeurs, méthodes, acteurs, finalités) des trois systèmes (socioculturel, éducationnel, disciplinaire), les caractéristiques du Plan d'Action, et le niveau d'implantation; soit un plan composé de maîtres codes dans lesquels les codes devront être inductivement développés et rattachés aux concepts centraux (Miles & Huberman, 2003). Cette approche permet de ne pas forcer des codes

préexistants sur les données mais de générer des codes bien enracinés empiriquement. Cette sous-étape a débuté par un découpage, ligne par ligne, des paragraphes en segments de textes significatifs (unités de sens) suivi d'un étiquetage au moyen des codes (Deslauriers, 1991; Miles & Huberman, 2003). La codification a été conduite parfois au niveau d'une phrase ou d'un morceau de phrases. Elle a consisté à repérer dans ces segments le discours relié aux objectifs de notre recherche. Cette codification a été répétée pour l'ensemble des documents jusqu'à atteindre un nombre suffisant de régularités et de stabilité.

Révision des codes

Tout au long du processus de codification, une comparaison des codes a été effectuée. Ainsi, des codes similaires ont été regroupés et intégrés les uns dans les autres dans une démarche de révision continue des codes (Miles & Huberman, 2003; Thomas, 2006). A titre d'exemple, les codes suivants : "nombre de salles réduit dans les IFCS", "salles inadéquates pour mener les sessions de validation du programme", "manque de dotation en matériel informatique", "accès limité à la documentation appropriée", etc. ont été regroupés en seul code intégrant le tout, soit le code "environnement physique et technologique inappropriés pour la formation".

Identification définitive, regroupement et classification finale des codes thématiques

Cette sous-étape a consisté à regrouper les codes déjà révisés en un nombre réduit de thèmes représentant une synthèse significative de ces derniers porteuse de sens. À titre d'exemple, les deux codes, "déficit en ressources humaines en quantité et qualité au niveau de la formation SF" et "environnement physique et technologique inappropriés pour la formation" ont été synthétisés en un seul thème soit, "disponibilité limitée des ressources humaines, physiques et techniques pour l'implantation des activités de formation".

L'identification des thèmes a été réalisée en se basant sur la recension des écrits relative à l'analyse de l'implantation et en appliquant les lentilles conceptuelles du cadre de Damschroder et al. (2009) soit le « *Consolidated Framework For Implementation Research* »

(CFIR) et précisément la liste des construits ou « *menu of constructs* » suggérée par ce dernier. L'étudiante chercheuse a procédé à vérifier d'une manière continue et minutieuse la correspondance entre les codes thématiques et la liste des construits composant les domaines du cadre CFIR en se référant aux définitions conceptuelles de chaque construit. Dans des situations confuses, l'étudiante chercheuse a eu recours à l'auteure principale du cadre (Laura Damschroder) qui a fourni une aide très précieuse tant au niveau de l'explication des construits que de leur application. De plus, des discussions et vérifications continues avec les directrices de recherche tout au long du processus de l'analyse a permis de faire des réajustements et d'obtenir un consensus final soit une vision unifiée sur la signification et l'adéquation des thèmes élaborés. En somme, le processus d'identification et de mappage des thèmes aux construits correspondants du CFIR s'est effectué en faisant des mouvements de va-et-vient entre les thèmes et les résultats des études ayant utilisé le CFIR et l'article clé clarifiant les différents domaines du cadre et décrivant les construits correspondants.

Après avoir effectué la classification des thèmes, nous avons finalisé la procédure d'attribution des codes thématiques à deux grandes catégories : barrières et facilitateurs au niveau des trois systèmes à l'étude et au niveau des caractéristiques de l'intervention. Cette procédure a été commencée durant la procédure de codification de 1^{er} niveau et a été finalisée lors de la classification des codes thématiques.

Pour ce qui concerne le processus d'implantation, nous nous sommes concentrés sur le construit « *Executing* », tel que défini par le CFIR soit le niveau ou l'étendue de mise en œuvre pour répondre à notre objectif de recherche. Les données ont été analysées en nous basant sur le cadre d'analyse d'implantation de Damschroder et al. (2009); en d'autres termes, l'analyse du contenu a été effectuée en dépouillant les données empiriques, et en attribuant des codes aux données textuelles, et en les assignant aux différentes dimensions correspondantes du construit « *Executing* » : i) fidélité; ii) intensité (qualité); iii) ponctualité de la réalisation des activités; et iv) engagement des acteurs dans le processus d'implantation. Ceci a été effectué en plusieurs étapes. Nous avons ainsi procédé à :

- L'établissement d'une liste des principales activités conçues dans le Plan d'Action et qui doivent être réalisées, et ce au niveau de chaque objectif en se basant sur les documents relatifs au Plan initial élaboré. À savoir que les trois premiers objectifs du Plan étaient les seuls considérés et en cours d'implantation;
- Un codage des données en repérant dans les textes, les extraits qui correspondent aux dimensions conceptuelles de la mise en œuvre ou « *Executing* » au niveau de chaque objectif (objectifs 1, 2, 3); soit un mappage des extraits codés aux dimensions.

En résumé, pour ce qui concerne le premier objectif de la thèse :

Article 2 : Les principaux thèmes portant sur les facteurs affectant l'implantation ont été regroupés sous cinq méga-codes: les caractéristiques de l'intervention; les valeurs, les méthodes, les acteurs et les finalités au sein des trois systèmes (socioculturel, éducationnel, disciplinaire); et sous les construits du CFIR qui ont permis de définir les « *sub-codes* ». Les résultats concernant le niveau de mise en œuvre ont été classés selon les dimensions (fidélité, intensité-qualité, ponctualité, engagement). La description des méga-codes et des construits du CFIR se trouve en *Annexe V*.

- Article 3 : À ce niveau, nous avons procédé de la même manière pour dégager les principaux thèmes reflétant les facteurs susceptibles d'empêcher l'atteinte des effets. Ainsi, la performance de l'intervention a été considérée étant donné que l'objectif était d'identifier les barrières potentielles à l'atteinte des effets.

5.5.2 La présentation des données

Nous avons opté pour deux formats de présentation, le texte narratif (pour une description détaillée des résultats) et les matrices (pour une description synthétique).

5.5.2.1 Le texte narratif

Le texte narratif soutenu par des extraits de *verbatim* a constitué le corpus des données présentées dans les articles portant sur les résultats (articles 2, 3). Pour l'article 2, il a été

présenté dans un document complémentaire à l'article. Quant à l'article 3, il a constitué le cœur de la section résultats.

5.5.2.2 Les matrices

Les matrices ont été construites pour présenter le corpus des données sous une forme synthétique, compacte et organisée et ce, pour donner une vision d'ensemble des données, de façon à « voir ce qui se passe » (Miles & Huberman, 2003, p. 429). Le principe adopté étant d'apporter des réponses à nos questions de recherche. Le format de présentation "format ordonné par concept" soit, les matrices conceptuelles thématiques (Miles & Huberman, 2003), a été choisi : présentation des thèmes selon leur cohérence avec notre cadre conceptuel.

Pour l'analyse de l'implantation de type 1-b (analyse des facteurs contextuels du niveau de mise en œuvre) : trois matrices sous forme de trois (3) tableaux de synthèse des résultats ont été préparés représentant : 1) les barrières au niveau des dimensions des trois systèmes ciblés par le Plan d'Action; 2) les facilitateurs au niveau des mêmes dimensions; 3) les barrières et les facilitateurs regroupés dans une même matrice au niveau des caractéristiques du Plan d'Action. Ces matrices constituaient une représentation des différents thèmes illustrés par des extraits de *verbatim*, des « *sub-codes* » (construits du cadre CFIR applicables aux données), et des « *mega codes* » (concepts centraux de notre cadre) au niveau des systèmes socioculturel, éducationnel et disciplinaire. L'ensemble des différentes matrices fait partie de la liste des tableaux de l'article 2.

En ce qui concerne l'analyse de l'implantation de type 3 (analyse de l'influence de l'interaction entre le contexte de l'implantation et l'intervention telle qu'implantée sur les effets observés) : une matrice sous forme d'un tableau de synthèse des résultats a été préparée représentant les barrières potentielles à l'atteinte des effets au niveau des dimensions de deux systèmes : le contexte interagissant avec le Plan d'Action tel qu'il a été implanté. Elle fait partie des tableaux de l'article 3.

5.5.3 L'élaboration et la vérification des conclusions

L'élaboration des conclusions finales ou des résultats est développée dans la section résultats et discussion des articles 2 et 3. Notre cadre de référence a indiqué l'orientation conceptuelle à travers laquelle les résultats ont été élaborés et interprétés. Quant à la vérification des données, elle a été abordée d'une manière détaillée en décrivant les critères de rigueur scientifique qui ont été appliqués à notre recherche tels que la triangulation, la sollicitation des réactions des informateurs-clés, le consensus entre les membres de l'équipe de recherche quant au cadre final émergeant des données, etc.

5.6 Considérations éthiques

Le présent projet de recherche a reçu l'approbation de deux instances :

i) du comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (*Annexe VI*); et, ii) du ministère de la Santé

é au Royaume du Maroc (*Annexe VII*). Huit mois suite à la soumission de la demande, le ministère de la Santé du Maroc à travers les directions des hôpitaux et des soins ambulatoires et des ressources humaines affiliées au gouvernement, a délivré une lettre autorisant l'accès au contexte marocain. Cet accès couvrait tous les départements gouvernementaux y compris les directions affiliées au ministère : direction de la population, direction des ressources humaines (division de la formation), direction des hôpitaux et des soins ambulatoires, les structures éducationnelles soit les établissements d'enseignement (IFCS) les structures sanitaires telles que les maisons de naissance, les maternités hospitalières et tous les centres de service de santé primaire affiliés au ministère de la Santé .

Conformément aux exigences du comité d'éthique de l'Université de Montréal, les règles définies par ce dernier ont été respectées et suivies pendant l'ensemble du déroulement de ce projet. Ainsi, durant le processus de recrutement, des formulaires d'invitation ont été envoyés par courriel aux participants potentiels dans l'intention de les éclairer en regard de leur décision à participer ou non au projet de recherche. Ces formulaires comportaient des informations

nécessaires à la pleine compréhension du projet de recherche. Il s'agissait d'informations détaillées relatives à la nature, aux objectifs du projet ainsi que des explications portant sur les risques et les avantages potentiels liés à leur participation à l'étude en question. Ils étaient invités à lire attentivement le contenu du document et à poser toutes les questions nécessaires avant de remettre le document de consentement à participer, portant leur signature.

Durant les phases de collecte et d'analyse des données, des informations verbales et écrites sur les objectifs et les portées de l'étude ont été communiquées aux participants une fois l'étudiante chercheuse présente sur le terrain marocain. De même, ils ont été informés de la nature volontaire de leur participation et de leur droit et liberté de refuser ou de se retirer à tout moment. Un consentement libre et éclairé par écrit a été recueilli pour chaque participant avant de procéder à l'enregistrement des entrevues individuelles et de groupe et à l'observation des différentes sessions mises en œuvre (*Annexe VIII*). Ceci a été évidemment effectué pour ceux qui ont refusé l'enregistrement mais consenti à participer à l'étude. Nous avons protégé l'identité des personnes interrogées conformément à la clause de confidentialité établie par le comité d'éthique de l'Université de Montréal. Ainsi, pour préserver l'anonymat et la confidentialité des données, les méthodes suivantes ont été adoptées : tous les *verbatim* ont été anonymisés et les données ont été traitées de manière confidentielle ne permettant de retracer l'identité des participants que par l'étudiante et les co-chercheuses au besoin. Toute la base de données (format électronique, audio et papier) a été conservée dans un environnement sécuritaire (cabinet et support informatique accessibles uniquement à l'étudiante chercheuse). Les données informatisées traitées avec l'appui du logiciel QDA Miner, et les enregistrements audio ont été également conservés sur un support informatique personnel de l'étudiante chercheuse muni d'un mot de passe protégé. Quant aux données sous format papier, elles ont été gardées dans des classeurs conservés sous clé. Les données recueillies seront conservées pendant sept ans après la fin du projet conformément aux exigences éthiques. Elles seront consultées au besoin pour des fins de vérification ou de clarification.

Chapitre 6 – Résultats

Ce chapitre constitue le corps de la thèse et présente les résultats empiriques qui sont rapportés sous forme de deux articles scientifiques (articles 2, 3) rédigés en langue anglaise.

Le deuxième article est intitulé « *Analyzing barriers and facilitators to the implementation of an action plan to strengthen the midwifery professional role: a Moroccan case study* ». Il est en révision pour être resoumis à *BMC Health Services Research*. Il traite de l'analyse des facteurs contextuels du niveau de mise en œuvre du Plan d'Action. Dans cet article, le niveau de mise en œuvre est évalué et les barrières et les facilitateurs à l'implantation du Plan d'Action sont investigués au niveau des dimensions des trois systèmes, au niveau des caractéristiques propres au Plan d'Action et finalement au niveau de l'interaction des trois systèmes avec l'intervention. En raison des limites de mots, figurant dans le texte d'un article, imposées par la revue scientifique, des résultats détaillés sur les barrières et les facilitateurs au niveau des dimensions de chaque système et au niveau de l'intervention sont présentés séparément dans un document complémentaire à l'article. Les résultats exposés dans cet article permettent de comprendre les écarts observés dans le niveau d'intégralité de l'implantation du Plan d'Action.

Le troisième article intitulé « *A case study evaluation of an intervention aiming to strengthen the midwifery professional role in Morocco : Anticipated barriers to reaching outcomes* » est prêt à être soumis à la publication dans une revue scientifique¹⁴. Il porte sur l'analyse de l'influence de l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention elle-même (le Plan d'Action tel qu'il a été implanté) sur les effets observés. Ainsi, il détaille les facteurs contextuels présents au niveau des dimensions des trois systèmes susceptibles d'empêcher l'atteinte des effets escomptés du Plan d'Action. Il permet d'apporter un éclairage sur les principaux enjeux dont il faut tenir compte pour réduire le risque d'échec du Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la SF au Maroc et justifie aussi la pertinence d'implanter l'intervention dans sa totalité et non pas d'une manière parcellaire.

¹⁴ Le style de langage adopté dans le troisième article est l'anglais britannique « *British English* »

6.1 Article 2

Analyzing barriers and facilitators to the implementation of an action plan to strengthen the midwifery professional role: A Moroccan case study

Sabina Abou-Malham¹, Marie Hatem¹, Nicole Leduc²

¹Université de Montréal, School of Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Québec, Canada

²Université de Montréal, School of Public Health, Department of Health Administration, Québec, Canada

Abstract

Background: Within the key strategies undertaken in Morocco for reducing maternal mortality, a complex intervention (action plan) embedded in three systems (socio-cultural, educational, disciplinary) was implemented as a means to strengthen the midwife's role in order to contribute to high quality maternity care.

This study aimed to understand the implementation process by identifying the characteristics of this intervention and the dimensions of the three-systems which could act as barriers to/facilitators of the implementation process. We used a conceptual framework that builds on Hatem-Asmar's model to change a health professional role; and on the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) for our analysis.

Methods: An embedded case study with three levels of analysis was conducted between June-July 2010. Data were collected through 11 semi-structured interviews, 20 focus groups, training sessions and field observations, and documentary analysis. A purposive sample of 106 multi stakeholders from two Moroccan regions and one international consultant were recruited: health professionals, academic staff, students, administrative cadres, health programmers and women. Thematic analysis using QDA Miner was performed.

Results: A failure to executing the plan as intended was reported. Sixteen barriers and seven facilitators were categorized under the constructs of the CFIR and the dimensions of the three systems. Misalignment of the *values, methods, actors and targets* of the socio-cultural system with the *values, methods and actors* of the educational and the disciplinary systems on one hand and with intervention on the other hand were likely to pose the greatest impediments to implementing the plan. The bureaucratic structure and lack of readiness of the sociocultural system were among the most influential barriers on: diffusion of information; involvement of key actors in the process, readiness of the educational system. The main facilitators were the values promoted as regards to human rights, and the political movement to strengthen midwifery and reduce maternal mortality. The plan was perceived as beneficial but complex and externally driven.

Conclusion: The findings of this study suggest that successful implementation requires actions that should target the three-systems as a whole. The results would be very useful to health planners seeking the expansion of such strategy to other developing countries willing to upscale midwives and to improve quality maternity care.

Keywords: implementation, evaluation, barriers, facilitators, health professional role, strengthening, midwife, maternal mortality

Background

Strengthening the midwives' professional role is an important cornerstone of the process of reducing maternal and neonatal mortality and is at the heart of many international strategic directions to improve maternal and neonatal health (Renfrew et al., 2014; United Nations Population Fund, 2011; World Health Organization, 2011). Hence, to tackle this challenge and to meet the 5th Millennium Development Goal (MDG5ⁱ), Morocco's government has assumed the commitment by developing important health care reforms among which skill management strategies of human resources for health in general and midwives in particular (Maroc. Ministère de la Santé, 2008). With a consultancy help of the Université de Montréal, this mission has been concretized by implementing an Action Plan adopting a systems approachⁱⁱ to strengthening midwifery role through actions covering broader systems in which a midwife operates. Role strengthening is defined as a vertical expansion of workers' skills and responsibilities beyond their traditional scope of practice through innovative roles (Dubois & Singh, 2009). Midwifery strengthening has been conceptualized as a whole systems change implicating sound actions at many systems including societal, cultural and policy making systems, education and also the system pertaining to the discipline itself in order to contribute to the provision of safe and cost-effective reproductive health services in Morocco (Hatem-Asmar et al., 2002).

Morocco was considered as being the first among North-African countries in enacting a plan adopting such a systemic approach. However, implementing such a multifaceted intervention adapted to the needs of the midwifery profession in Morocco represents a new challenge that warrants investigation. It is well documented that workforce redesign initiative is a multisystem intervention involving coordinated efforts by multiple instances and affecting different levels (Kislov et al., 2012). Therefore, it is contingent upon the context in which it is implemented (Dubois & Singh, 2009; Kislov et al., 2012) and runs the risk to be partially implemented, compromising the achievement of the intended goals (Lukas, Mohr, & Meterko, 2009). Consequently, implementation challenges must be researched in order to fine-tune the intervention and to provide timely solutions for enhancing the chances of producing desired effects (Panisset et al., 2012; Remme et al., 2010). A recent systematic review has identified barriers and facilitators to the implementation of task-shifting midwifery programs in high,

middle and low income countries (Colvin et al., 2013). Nevertheless, it remains marginally covered through the literature how to best implement a particular type of skill development intervention which is role strengthening within the wide health workforce management strategy. Although some international reports about barriers to midwifery's up-skilling, are available in this field, literature falls short of research evidence to deepen our understanding of the implementation process of role strengthening interventions immersed in the sociocultural, educational and disciplinary systems in which a midwife evolves.

Understanding the factors which might beset the process of such an Action Plan from the perspective of informants belonging to those three systems in Morocco is therefore vital after 18 months of implementation and a key objective of pathways to change. Consequently, this paper aims to: 1) assess the extent to which the intervention was delivered; and 2) understand how the possible barriers and facilitators, as perceived by key stakeholders, influenced the implementation of the Action Plan in Morocco.

Methods

Overview of the intervention

In 2008, the Ministry of Health (MOH) in Morocco launched a *Maternal Mortality Strategy* aiming to reduce the MM ratio from 227 deaths per 100, 000 live births to 50/100, 000 by 2012. The 4th level of action of this strategy constitutes the strengthening of human resources competencies including midwifery competencies. It entails educational activities aiming to review the midwifery curriculum according to the competency-based approach (CBA) and to train the health professionals by providing a continuing education program (Maroc. Ministère de la Santé , 2008). Following a consultancy mission, a researcher from the Université de Montréal, developed an Action Plan aiming to strengthen the midwife's professional role and not only to put in place the initial activities prescribed in the governmental strategy (Hatem, 2008). Consequently, the Action Plan (**Table 1**) was designed in terms of the following objectives: i) educational objectives (putting in place a continuing education program on Advances in Labour and Risk Management (ALARM), a training program for the trainers, developing and implementing a competency-based education -CBE- program); ii) disciplinary objectives (strengthening the midwives association, revising the midwives profile, mobilizing

the interdisciplinary lobbying); iii) social-political, legal objectives (e.g. setting-up the marketing activities, reviewing legal framework for midwives, human resources reorganization in the Moroccan health system to improve midwifery practice's environment; iv) ensuring the quality of implementation (Hatem, 2008). The ultimate objective of the Plan was to provide a competent qualified midwife functioning in an enabling environment in order to improve the quality of maternity care and thus contribute to improving the maternal and neonatal health outcomes.

Evaluation of the implementation process: an overview of the evaluative framework

We used a conceptual framework (Abou-Malham et al., 2013) that builds on the conceptual model of Hatem-Asmar (Hatem-Asmar, 1997; Hatem-Asmar et al., 2002) to change a health professional role and on Damschroder et al. Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) for our analysis (Damschroder et al., 2009). Hatem-Asmar considers three systems (*socio-cultural, educational, disciplinary*) including their dimensions (*values, methods, actors, targets*), to have an interactional relationship within which a health professional role evolves; these should be considered as a whole system for addressing a health professional role change. Damschroder et al.'s CFIR provides a comprehensive taxonomy of constructs organized into five major domains that are likely to influence implementation of complex intervention : 1) Intervention characteristics; 2) Outer setting; 3) Inner setting; 4) Characteristics of individuals; and 5) Process of implementation.

Hatem-Asmar model served to identify the context in which the implementation process takes place which refers to the three systems surrounding the implementation efforts and targeted by the intervention. Whereas, the CFIR was used as a foundational "menu of constructs" to track the implementation process (Executing) and identify the influencing factors at play in the three systems and within the intervention in an inductive way, through identifying and mapping the emergent themes on to the CFIR constructs. Constructs of two domains (Inner and Outer settings) were applied to the dimensions of the three systems as in our sphere there is no single set Inner setting versus Outer setting due to the complex nature of the interrelated systems under study (**Figure 2-1**).

The characteristic of our guiding framework is that it proposes three systems (*socio-cultural, educational and disciplinary*) interacting with the intervention within which to interpret successful or failed implementation process through the lens of implementation theories. It considers a set of dimensions in each system arguing that barriers or facilitators identified according to the "menu of constructs" of the CFIR, could be located in the interaction of these dimensions with the intervention which should be examined in order to understand the implementation process. It is particularly relevant to categorize our findings (the barriers and the facilitators) relying on the CFIR, along the four dimensions (*values, methods, actors, targets*) of the three systems and the intervention.

Study design

A qualitative embedded case study design was adopted to give an empirical insight into the factors influencing the implementation process. Relying on Yin's definition (Yin, 2009), the *case* was the midwifery profession undergoing the implementation process in Morocco and the *embedded units* of the case were the three systems (*socio-cultural, educational, disciplinary*) targeted by the intervention.

Study settings and participants

We conducted the study within the settings affiliated to MOH across two regions of Morocco involved in the implementation process. The sampling strategy aimed to draw a purposeful sample with an overall aim of gaining multisystem perspectives of the implementation process. Recruiting participants took place through two stages: 1) by sending invitations via email to participate along with informational letters to potential key informants pertaining to the above mentioned systems using address lists provided by the training division of the MOH. Recruitment posters were additionally used in order to be able to recruit midwifery students for the study. In sum, this recruitment process didn't yield enough feedback from the potential targeted people; and, 2) by conducting site visits where the recruitment process took place.

As such, key informants from educational institutes, health services, and governmental departments were approached in two regions: one located at the extreme north of Morocco (Tétouan) and the second at Morocco's capital city (Rabat). The reason for selecting those two

sites was that some activities of the Action Plan were actively being implemented at the educational settings located in these regions. This would allow, consequently collecting data from participants attending the training and the CBE program activities. Despite covering these two regions, we were able to achieve maximum variation on a range of views as midwifery educators invited to attend the sessions came from a broad range of educational institutes (10) across different regions of Morocco.

This process resulted in a total of two educational institutes, two health centers, two birthing homes, two maternity hospitals, the directorate of population, the training division, and two regional delegations of MOH and United Nations Population Fund's (UNFPA) office, being approached in those two regions to take part in the present study.

Data collection

Data were gathered from a series of focus groups (n = 20) and semi-structured individual interviews (n = 11) with the respondents as well as from field and educational sessions observations (n = 13), and finally from documents (n = 16) concerning the project reports approximately 18 months after the start of the implementation phase. It was accomplished between June and July 2010. Limited financial support didn't allow covering supplementary field revisits expenses. Selection of a range of key-informants was based on either their involvement in the activities' implementation, or their role as health professionals or administrative cadres who had contact with the implementation efforts and were affected by the Plan's implementation. All interviews were conducted by the first author and scheduled at the convenience of the participants.

An interview guide, based on our conceptual model, was developed to lead data collection. It covered the following main topics: i) level of information regarding the Action Plan and the running activities; ii) level of implementation of the Plan's activities (e.g., content of the running activities, stakeholders participating in the activities); iii) factors they believed important to facilitating or hindering the implementation. The focus group size varied from two to 10 members, with an average of seven informants. We made sure to compose homogeneous groups avoiding mixture of informants belonging to different organizational or professional

hierarchy in order to allow free flow of ideas and liberal sharing of opinions and perceptions. For example, within the health professional groups, we conducted separate focus groups: i) obstetricians groups; ii) practicing midwives groups included registered midwives and nurse midwives; Likewise, we did not include students and midwifery educators in the same groups and administrative cadres groups were also carried out alone. All interviews were conducted in French, apart from the interviews with women which were conducted in Arabic. They lasted approximately 50 to 90 minutes. Illustrative quotations were translated into English for a publication purpose. The subjects' verbalizations were audio-taped in region 1. In region 2, all key stakeholders agreed to participate but some refused to be tape-recorded. Health system's context, fear of being judged and of job loss was among the main reasons for refusal. Consequently, detailed notes were taken for eight un-taped interviews which were reviewed and completed right after the interviews.

Due to time constraints, analysis through iterative procedure was not done; nevertheless, manually detailed notes and interviews were read through the data collection phase in order to gain a sense of the whole prior to proceeding to further interviews. Overall 20 focus group and 11 individual semi-structured interviews were conducted forming a multi-stakeholder sample consisting of 107 informants (106 Moroccan key informants and one international consultant). Participants' characteristics are presented in **Table 2**.

As for direct observation of educational sessions (Tétouan session to validate the midwifery program, Rabat training session for the trainers), a total of approximately 30 hours of observation took place at the two sessions which were documented and analyzed. Documentary materials entailed also e-mail correspondences between the international consultant and the coordinator and other members of the training division (n = 10), project reports (UNFPA letters, consultancy reports (n = 6); also field notes (n = 13) related to the activities being implemented. As none of the activities inherent to profile, governmental and interdisciplinary lobbying and social marketing were implemented, there were no committees' reports to be analyzed.

Data analysis

The analysis was conducted combining deductive and inductive approaches (Miles & Huberman, 2003). First, we started with *a priori* specification of the mega codes in concordance with the four dimensions (values, methods, actors, targets) suggested in our proposed framework; and then we conducted an inductive thematic analysis using constructivist thinking, allowing themes to emerge, and subsequently we identified and mapped the data driven themes on to the CIFR constructs. The analysis proceeded over two phases: a longitudinal analysis of each corpus of data followed by a cross-sectional analysis of the entire data. A total of 23 interviews recorded through a digital recorder, were transcribed as verbatim while eight interviews were manually recorded by hand-written notes by the first author (SAM). All interviews were then uploaded into QDA Miner (Version 3.2.3), a qualitative software data analysis program.

Our data were analyzed following the approach suggested by Miles and Huberman (Miles & Huberman, 2003):

1) *Data reduction* which consisted of: i) identifying, comparing and aggregating codes into key themes and assigning them to two main categories: barriers and facilitators; and ii) identifying and mapping themes on to the CIFR constructs following a forward and backward process between the codes and findings of studies related to the CIFR constructs.

In sum, the main themes were grouped under five mega codes: intervention characteristics, values, methods, actors, targets of the three systems; and under the constructs of the CFIR which helped to identify the sub-codes.

Concerning the level of implementation: data were analyzed relying on a diversity of qualitative data sources in terms of the conceptual dimensions related to the construct "Executing" within the Process of implementation domain of the CFIR: i) fidelity of implementation (the extent to which the activities of the Plan were delivered as intended); it was assessed through examining content adherence (adherence to the planned prescribed activities) and coverage of the target audience (whether the stakeholders who should be participating in the activities actually do) (Carroll et al., 2007); ii) intensity (quality) (refers to the satisfaction with the activities delivered); iii) timeliness of activities completion (refers to whether tasks are

completed in the timeframe planned); and, iv) degree of engagement (the extent to which key individuals/team are actively engaged in the implementation process). Following Miles and Huberman's method, textual data were coded and categorized under the conceptual dimensions developed by the CFIR. Coding rules were specified in a codebook

2) *Data display* was accomplished using matrices format related to barriers and facilitators and to the level of implementation.

Scientific rigor: Trustworthiness

To ensure credibility of the results, respondents' validation was performed at different steps: 1) interview notes were shared with 12 individuals to check response accuracy of whom we received seven feed-backs with additional reflections; and 2) a summary of the triangulated results was sent back to eight participants for confirmatory purposes (Mays & Pope, 2000). Triangulation of data sources was done by cross-checking the different points of views of actors belonging to the three systems and by seeking several data sources in order to check for consistency (Patton, 2002). To eliminate individual biases, two other researchers (MH, NL) apart from the first author who performed the initial analysis, were involved in the codification and the matrices review. One independent researcher (JK) provided her additional input on the themes. Through discussion, consensus was achieved after making minor amendments on the final themes.

Ethical considerations

The research project was approved by the Research Ethics Committee of Université de Montréal, Québec, Canada and by the MOH in Morocco. Letter authorizing access to Moroccan settings was issued by the MOH. Written informed consent was obtained from each participant prior to conducting and tape recording the interviews. Anonymity and confidentiality of data were ensured.

Results

The purpose of this article was to assess: 1) the extent to which the intervention was implemented as intended; and 2) the facilitators and barriers through the CFIR lens, encountered with respect to the interaction of the four dimensions (*values, methods, actors, targets*) of the three-systems (*socio-cultural, educational and disciplinary*) with the Action Plan, in an attempt to reflect a full account of how implementation is occurring. A total of seven themes facilitating the implementation comparing with a total of 16 themes describing the barriers across the four dimensions of the three systems and the Action Plan's characteristics were drawn from the findings. Of the 23 thematic codes, a total of 21 codes were consistent with ten constructs of the CFIR domains: seven were related to facilitators and barriers within and across the three systems (CFIR outer and inner settings, characteristics of individuals) (1- Patient needs; 2- External policies and incentives; 3-Structural characteristics; 4- Networks and communication; 5- Culture; 6- Readiness for implementation; 7- Personal attributes); and three constructs pertained to the CFIR intervention characteristics (8- Intervention source; 9- Relative advantage; 10- Complexity). Concerning the Process domain, one construct (11- Executing) applied to the data.

One of the notable findings was that 55 of all Moroccan informants (106) were not knowledgeable about the Action Plan. The level of knowledge and the type of responses at the three system's levels are illustrated in **Figure 2-2**. As access to information was deficient, we decided to inform the participants about the different components of the Action Plan and about the ongoing implementation activities. We aimed, through instructive information to raise awareness of implementation issues. After being informed, interviews were re-conducted and participants were asked thereafter to highlight factors that in their view may help or constrain the implementation according to their knowledge of the Moroccan context. The structure of the interview is illustrated in **Figure 2-3**. Furthermore, despite that research questions did not request information about strategies to counterbalance barriers, interviewees provided their perspectives on what actions must be put in place to successfully implement the Plan and attain its objectives. As barriers and the related potential solutions suggested by respondents often reflected one another, we decided to group both under the same thematic codes.

I- The extent of implementation

Data were related to four dimensions: 1) fidelity; 2) intensity (quality); 3) timeliness; 4) engagement.

1) Fidelity.

1.1 *Content adherence to the planned activities:* The implementation analysis has shown a sizeable planned-delivered objectives gap. Indeed, the overarching focus of the work has been on achieving only the first 3/10 objectives of the Action Plan, related to: i) implementing the ALARM international program (AIP)ⁱⁱⁱ; ii) training the trainers on the competency-based approach (CBA); and, iii) developing and implementing a CBE program (review of the midwifery curriculum). Besides, despite that emphasis was placed on those three objectives, they were not carried out as originally planned. As regards to objective 9 (which was not considered in our analysis), it was tackled, through a range of measures undertaken by the Ministry of Health, as per the national 2008-2012 action plan to accelerate the reduction of MM, such as supply of essential drugs and equipments and scaling up the production of midwives and deployment of large cohort of midwives in Morocco to accelerate universal access to care (Morocco, Ministry of Health, 2011; Van Lerberghe et al., 2014). As such, it was not assessed in the present study.

- The ALARM international program (objective1): Data analysis has shown that three training workshops were held (two with the Canadian instructors and one with the Moroccan instructors). We were unable to assess the adherence to the planned activities and other dimensions due to lack of access to the workshops reports and to lack of well-defined activities related to this objective in the original Plan.
- Training the trainers' activities and review of the midwifery curriculum (objectives 2 and 3): Training the trainers activities were not conducted as planned. A committee was not created to identify the training needs of the stakeholders in Morocco to a set of competencies for the workforce to be trained. Thus, needs were identified through the course of the curriculum review sessions by the participants after being requested by the consultant. Nevertheless, one session was held instead of three; content of the training activities was delivered though according to what was planned as regards to the clinical (Humanization, sexual and reproductive rights, etc.) and academic concepts (Reflexive approach, competency-based

approach, etc.) underlying the CBA required to prepare health professionals and educators to provide holistic care for the maternal-child population.

Concerning the curriculum review, three sessions focusing on reformulation of the program modules according to the CBA, involving midwifery educators from a variety of institutes selected by the training division of the MOH, were carried out in order to develop and implement the CBE program. Nevertheless, activities led only to the elaboration of the referential of the CBE program and not to its implementation, and this was performed mainly by the consultant. Also, activities carried out were found to drift in some way from the intended one. For instance, a national committee program was expected to be appointed for this purpose bringing together a variety of midwifery educators from different institutes who were supposed to follow the eight stepwise activities of Guilbert framework (Guilbert, 1987) as originally planned. However, data analysis revealed that a small committee program has been set up including only six midwifery educators from one institute (the institute of Rabat). The committee was reported to be dysfunctional as only one meeting was held instead of organizing regular meetings. Some work, has been done by the committee members', which was not forwarded to the consultant due to lack of coordination between the training division and the other concerned parties. Consequently, feed-back was not provided to committee's members about the draft related to competencies that they have submitted, which prohibited them to pursue the job. Given this situation, the consultant was asked by the training division to perform the job:

“As the time provided for this work was out of date, and that your committee had met only once and the program has not experienced any significant revision, I [the consultant] was brought instead to do the work, to review the actual training program and to rewrite a new referential according to the CBA” (MailDoc_N2).

Despite reiterating the recommendation by the consultant on many occasions, the mobilization of the committee never occurred (R_June2009).

1.2 *Coverage* : Poor coverage was reported as regards to the intended stakeholders who were supposed to attend all the sessions set up for the objectives 2 and 3; the selection process done by the training division of the MOH targeted mainly actors from the educational system instead

of focusing on actors from the three systems. A lack of involvement of actors from the clinical settings and also restricted participation of administrative medical cadres involved in policy-making (1 only) in the CBE program's activities and the training activities related to the CBA were reported. The following quotation illustrates the situation:

“According to the Action Plan, the session was intended to address midwifery educators [...], midwifery practitioners and other members of the multidisciplinary team, nevertheless, the group of participants was composed solely of midwifery educators”(R_June-July2010).

The disciplinary system was almost totally excluded (health professionals were not even aware that the Plan exists). Restricted funds resulted in a failure to cover all actors in the process which was reported to compromise the future implementation of the CBA in the clinical settings (FG_MidEdu3).

In sum, representativeness of participants as conceived in the Plan was not respected. The target population who received the educational activities was limited to midwifery educators whereas the activities were intended to health professionals and administrative medical cadres. Some sessions (the validation's program session) were attended though by one medical administrative cadre representing the Directorate of population and some (4/14) practicing midwives attended the last session of the program's review related to the development of the educational tools. And, yet at the educational system many problems were noted such as lack of coverage of the educators from all institutes in all sessions, raising serious concerns. Moreover, conditions of participation in the Action Plan's activities were also unfavorable. Few of the midwifery educators were involved all over the implemented sessions. Discontinuity - as regards to participating to all implemented sessions - was a concern expressed in the following quotations: discontinuity “makes them loose the thread”, and “makes them experience problems such as understanding the new concepts developed within the CBA” (R_June-July2010). Most of the participants postulated that regular participation involving the same candidates is crucial for maintaining the information's continuity and contributing to successfully implement the activities related to the CBE program:

“There is a need to consider continuity, to enable participants attending this session to continue their involvement in the upcoming sessions in order to achieve a solid training [...] and successfully implement the program” (R_June-July2010).

One group of midwifery educators complained also about their late involvement in the curriculum review stating that they received the CBE program draft via the director of their institute *“at the very last minute”* prior to the validation’s session and were asked to note their comments (FG_MidEdu1). Narrowing the focus on actors of the educational system was cited as a factor to potential resistance to change as it might lead to less sense of ownership of the implementation at the clinical settings. Extending the reach among actors across the 16 regions of Morocco including full coverage of the educational institutes and the clinical settings was stated as crucial to enhance the future adoption of the CBA:

“The participants’ recommendations mainly concern the urgent need to provide this training to all professionals in the clinical settings and to academic colleagues and to schedule the continuing education sessions for midwifery educators in the various provinces” (R_June-July2010).

Reaching all actors from different systems in the training sessions was reported to be *“an opportunity to put all stakeholders, on the same wavelength regarding the profile of midwifery in Morocco” (R_June-July2010).*

2) Intensity (quality). At this level, our data yielded results about the delivery quality related only to two objectives:

- The ALARM international program (objective1): Despite initial adjustment problems of the ALARM theoretical content to Moroccan context, participants exposed to this program expressed their satisfaction regarding the positive experience lived through the training sessions. They learned to practice on anatomic models and gained a broader knowledge of professional practice in dealing with obstetrical emergency cases. In general, those who have attended the ALARM sessions have found their training very instructive, practice-expanding, and enriching. One participant said about his experience:

“I greatly appreciated the ALARM activities, the demonstrations and practice on anatomic models have significantly enriched my experience, many other participants have greatly appreciated [...] the practical training courses for obstetrical emergency cases, and that was the strong point that facilitate this training” (FG_AdmMedCadre2).

Surprisingly, only one administrative medical cadre stated that the ALARM training provides the participants with the latest developments in care management with regard to the five causes of MM (FG_AdmMedCadre2). While another academic director linked the training sessions to the improvement of the performance of the health professionals, especially midwives and physicians (AcadDirec2).

- Training the trainers’ activities (objective 2): Information about the quality of the implemented activities was gathered from existing data sources (session’s reports). The participants’ satisfaction regarding the delivered training activities was assessed as regards to the following items: objectives; relevance of content; themes and presentations; acquisition of new knowledge regarding the role of the midwife in reproductive health care and the midwifery practice; organization of the session. Each item was scored on a five-point scale ranging from very satisfied (score 5) to dissatisfied (score 1). Based on this evaluation, participants reported to be very satisfied and satisfied as regards to the training received in terms of objectives (16/18 participants), relevance of content (17/18), themes and presentations (16/18); also, acquiring new knowledge about the midwife’s role (17/18). Knowledge development related to professional practice based on a disciplinary paradigm of health was cited as a source of satisfaction (16/18). Analysis of participants’ responses showed rather a satisfaction with the relevance of topics. An interactive teaching method was among the well appreciated elements. Dissatisfaction was reported as regards to the duration of the session which was reported as not very appropriate. The mostly expressed dissatisfaction was with the logistical organization, particularly breaks conditions (13/18). However, the level of content was sometimes a source of difficulties (4/18) (e.g. critical thinking, research utilization). Finally, the presentation of the program was frustrating given the limited time it was granted (6/18). Many recommendations

were expressed such as the need to be well prepared for implementing the CBA and to improve the logistical organization of the sessions.

3) *Timeliness of activities completion.* The findings revealed significant discrepancy between the actual time frame and the one outlined as regards to the training session and the curriculum review activities that have been put in place. For example, reviewing the program's sessions was postponed several times (sessions 1, 2) with a lag of several months between scheduled dates and those during which activities were carried out (MailDoc_N6, N7). The review program activities experienced major delays. Many reasons didn't allow organizing the sessions on time as initially scheduled such as authorization of MOH and current administrative procedure related to the budget and to delays in allocating financial resources by UNFPA.

"I do not know if you have been informed that the workshop will not be organized at the end of February, for the same reason relating to pending allocation budget" (MailDoc_N7).

Moreover, the overall timelines of activities were not respected. Throughout the implementation, short timelines were imposed by the training division, described often by participants as being rushed, inflexible to run the sessions' program. Program training schedule style, the heavy content to cover during eight hours training sessions over 5-6 days was a major issue cited by the majority of participants as difficult to bear, causing difficulty to understand during the restricted time. As postulated by one educator *"it was difficult to grasp too much information during this short time"* (FG_MidEdu3). Another midwifery educator postulated that the insufficient time didn't allow to present sufficient case studies to demonstrate how to transfer the theoretical knowledge to clinical practice (FG_MidEdu4). Inadequate timing period to attend the validation program and training sessions was also reported (FG_MidEdu3). Sessions were mainly held during a busy fall/spring period (examination periods of the year) causing a difficulty for midwifery educators to attend, to be concentrated and understand the program's activities. Lengthening the training time sessions was an issue mentioned by many midwifery educators (FG_MidEdu1).

4) Engagement of key players in the implementation process. The extent to which participants are engaged in the different phases of the project was assessed through the perceptions of the informants and the documents analysis. There was a noticeable lack of a team of individuals - a committee - engaged actively and sharing responsibilities of the implementation as it was originally designed in the Action Plan. No efforts to engage key people in the process were made. The process was established in silos between the consultant (external change agent), the head of the training division and one administrative nursing cadre who was appointed to coordinate with the international consultant. The consultant had to work independently, in collaboration with the head of the training division in the absence of the committees designed in the Action Plan. She was the one leading implementation but according to the directives of the training division which diverged significantly from what was intended as regards to creating committees and engaging actors in the process. Most notably, during the start-up period, no activities were designed to increase awareness and to share information about the Plan and even about the CBE program. Clearly, the majority of participants were not at all engaged with the Action Plan; many were not even aware of it. Authority of action was noted to be in the hands of the training division regarding the educational activities. Even participants involved in the activities were considered as passive recipients experiencing truncated and delayed information about the running activities; and furthermore being invited to participate very late in the process and to execute the training division's orders. This quotation illustrates clearly this point:

“It was necessary to notify us, as [...] as a training department responsible for the training of future midwives, at least they should inform us [...], unfortunately we received the information at the last moment, when you arrived. So, we had this information which is completely new for us, this is the truth” (AcadDirec1).

Moreover, the project coordinator was replaced twice through the course of implementation and when the field visit was conducted, she was newly assigned to perform the job. Despite the reiteration of the consultant, that engagement of different stakeholders is an imperative to counteract future possible resistance, no efforts were made to create committees and engage key stakeholders across the clinical settings in particular. According to midwifery educators, efforts are required to overcome those barriers through proactive engagement.

To conclude, there is a noticeable deficit in executing the implementation according to the Action Plan. Three objectives out of 10 were taken into account by the training division affiliated to the MOH and could not be fully fulfilled.

II-Perceived facilitators and barriers to the intervention under investigation

Our findings have been categorized in two main general categories i) *the facilitators and ii) the barriers* to the Action Plan's implementation which can derive from the four dimensions (*values, methods, actors, targets*) of the framework as well as from the characteristics of the intervention itself. Seven themes describing the facilitators and 16 themes representing the barriers were drawn from the data. Ten constructs of the CFIR applied to the data among which seven constructs were congruent with the facilitators and barriers at the three-system level and three constructs at the intervention level.

Tables 3, 4, 5 show the complete list of the themes, and representative quotations to illustrate the facilitators and barriers according to the constructs of the CFIR along the three-systems and the intervention itself.

Facilitators to implementing the Action Plan (7 themes):

- *At the socio-cultural system*, five themes were reported: 1) Primacy of human beings value and respect for human rights in Morocco (*Values of the society*); 2) National and international movements to strengthen midwifery and to reduce maternal death (*Methods-External policies and incentives*); 3) Strategic leadership to strengthen midwifery and to reduce maternal mortality (*Actors- Attributes/Capacities*); 4) Prioritizing maternal health in Morocco (*Targets*); and 5) Multidimensional demands for high quality services for the sake of women's well-being (*Targets-Patient needs and resources*).
- *At the educational system*, only one facilitator was mentioned at the *methods dimension*: 6) Intensified training support for midwifery teachers (*Methods-Readiness for implementation*).
- *As for the disciplinary system*: no themes belonged to the facilitators' category.
- *Concerning the characteristics of the Action Plan*: one facilitator was reported (7-Multilevel Plan's advantages (*Relative advantage*)).

Barriers to implementing the Action Plan (16 themes):

- *At the socio-cultural system*, four themes were elicited from the data: 1) Bureaucratic top-down and centralized organizational structure in Morocco (*Values-Laws/Structural characteristics*); 2) Shortage of financial resources (*Methods-Readiness for implementation*); 3) A truncated leadership to strengthen midwives; and 4) Attitudes of resistance from physicians towards midwives (*Actors- Attributes/Capacities*).
- *At the educational system*, seven themes were part of the barriers category: 5) A dominant technocratic approach to midwifery education and training (*Values-Culture/Principles of midwifery training and education*); 6) Limited availability of human, physical and technical resources for implementing the training activities; 7) Deficient educational support for midwifery teachers; 8) Deficient access to information regarding the Action Plan (*Methods-Readiness for implementation*); 9) Inadequate mechanisms of coordination and collaboration within and across the educational institutes (*Methods- Networks and communications*); 10) Difficulties in adapting educators skills to the competency-based approach's needs (adaptability); and, 11) Attributes of students unfavorable to educational change (*Actors Attributes/Capacities*).
- *At the disciplinary system*, three barriers concerned the values, methods and actors dimensions: 12) Workplace culture resistant to innovations (*Values-Culture*); 13) Midwives' association lethargy towards the profession and the women's health; (*Methods-Readiness for implementation*); and, 14) Lack of motivation of practicing midwives to embrace change (*Actors-Attributes*).
- *Concerning the characteristics of the Action Plan*, two barriers were drawn from the findings: 15) External source of the action Plan (*Intervention source*); 16) Complex nature of the Action Plan (*Complexity*).

Discussion

Using an evaluative approach based on an in-depth case study analysis, our results have shown that barriers generally outnumbered the facilitators. The results show that implementing the Action Plan is a complex process that is influenced by a variety of factors pertaining to the three systems as well as to the intervention itself that interact with each other generating thus

influences that cannot be attributed to one element or another. What is evident is that no single system accounts for implementation failure; the three systems work in dynamic interplay while recognizing the fundamental role that plays the sociocultural system in the implementation process. The data analysis revealed a range of themes related to the ongoing activities concerning the first three educational objectives of the Action Plan. Nevertheless, informants expressed themselves about the potential barriers to adopt and implement in the future some activities that were on standby. This corresponds to the diagnostic analysis phase according to Stetler et al. (2006) in which potential barriers and facilitators to the implementation of an intervention are identified.

Objective 1: To assess the extent of implementation

Concerning the execution of the activities, we have found poor adherence and limited coverage, deficiency in timelines completion of activities, and lack of active engagement of actors in the process. Various reasons explain the reported failure which we will explore further below. There is a well-documented knowing-doing gap, reflected by the significant divergence between the Action Plan's objectives intended and those put in place. Indeed, despite that the Action Plan was welcomed during the validation phase of the project, it was decided thereafter to implement only the educational activities giving an impression that a final decision on fully adopting the Plan has not been made. Referring to Champagne (2002), a failure of decision results when the perceived need for change does not lead to adopt the decision. Rogers (2003) advances also the «KAP» (knowledge, attitudes, practice) gap when a decision-making leads to active rejection for adopting the innovation "in toto" (p.177). In our study, this gap stemmed from authority innovation decisions according to Rogers (2003) where individuals in the various Moroccan systems don't have a word in the innovation-decision. The plan's drift is mainly the result of barriers present in the sociocultural system which in turn impacted the educational and disciplinary systems.

Poor coverage posed a threat to the spread of the innovation across different health professional groups, health administrators in the sociocultural and disciplinary systems; and also it was the reason of unequal reach at the educational system. One of the implementation gaps advanced is the participation and the engagement issues. Most of the time, the target

beneficiaries were not involved in the implementation stages. In the disciplinary system, they were completely excluded from the process whereas in the sociocultural system, barely few health administrative cadres were involved in some phases. Lack of professionals' participation early in the running implementation's activities was described as strongly contributing to yield resistance among the actors who had been excluded. Involving stakeholders pertaining to the three systems (health administrators, physicians, practicing midwives) early in the implementation was deemed to be necessary. These findings are similar to studies highlighting a positive relation between participation and success of organizational change (Choi, 2007; Saksvik et al., 2007). Effective implementation of strategies are those that realize an active involvement of front-line professionals in the change process (Kykyri, Puutio, & Wahlström, 2010) which have many implications such as increasing knowledge about the innovation, gaining a sense of control by participants and ownership of the task process (Lukas et al., 2009), lowering thus potential resistant attitudes and creating also greater commitment on the part of the participants (Lines, 2004; Rogers, 2003; Saksvik et al., 2007).

Concerning deficiency in adhering to the timelines period, many reasons were reported such as the complexity of the administrative procedure at the MOH imposed by the bureaucratic structure of the system as regards to budget allocation and also delays in allocating financial resources by UNFPA.

Objective 2: To identify facilitators and barriers encountered with respect to implementation:

We found that ten constructs of the CFIR resonated with our data. Among the most important facilitators, values prevailing in the Moroccan sociocultural system such as the primacy of human beings and respect for human rights were cited as mainly the source of national and international movements to reinforce midwifery including providing financial and technical support by UNFPA. Our results are consonant with many international reports supporting integration of human rights approach in political strategies and facilitating thus implementation of human resources interventions to secure progress towards attainment of human development goals (Hawkins, Newman, Thomas, & Carlson, 2005; United Nations Population Fund, 2010) .

This system aimed by all means to promote the well-being of the Moroccan maternal-child population and to respond to multidimensional demands such as high quality services which were described as driving the change as in agreement with Rosengren, Engström, and Axelsson (1999). Also, the presence of commanding leaders such as the head of the training division who acted as a strong advocate turned out to be a facilitator to implement the educational activities. Formally appointed leader, modeling commitment for change is widely cited as facilitator to implementing interventions (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004). Nonetheless, a truncated leadership to reinforce midwives was seen as a key barrier when leaders focused on some aspects of the educational system instead of enlarging their vision of change to the three systems. Indeed, despite that reliance on commanding leaderships styles is emphasized at the implementation stage of change, Reardon, Readon, and Rowe (1998) state that multiple styles of leadership (supportive, inspirational) are needed to effectively implement most forms of change.

In addition, oppressive attitudes by the medical group was perceived as potentially constraining the future adoption and implementation of legal activities and also the expansion of the midwife's competencies suggested in the new CBE program. Our findings are supported by those of many studies showing the strong opposition of the medical group to the expansion of midwifery-led services (Boxall & Flitcroft, 2007; Brown & Dietsch, 2013) and to enhancing the status of midwives (Hartley, 2002; Reiger, 2008).

Of major importance were the core barriers - structural factors, communication problems and financial constraints for implementation - depicted in the socio-cultural system perceived as predominantly exerting a coercive influence on the implementation process and on the educational and disciplinary systems. The presence of a hierarchical bureaucratic organizational structure in Morocco, characterized by a high degree of centralized lines of control, and complex administrative procedures was described as a big hindrance, to making decisions and setting up any activity, allocating financial resources by UNFPA, and adhering to the timelines period. Macfarlane et al. (2011) have also identified the local bureaucratic practices as barriers causing delays to establish new roles and inhibiting effective implementation of human resources strategies. Our findings are also in agreement with Edward III (1980) who has pointed

to four essential factors influencing the implementation of public policy such as communication, resources, attitudes and bureaucratic top-down structure. Rigid hierarchies and top-down policies were reported also as hindering the implementation of innovative roles strategies (Ewens, 2003; Macfarlane et al., 2011). Many authors have shown that centralization of decision making autonomy is negatively associated with innovation (Damanpour, 1991; Damschroder et al., 2009). Scott and Caress (2005) suggest to move away from the bureaucratic top-down approach and to involve staff in decision-making processes in order to increase ownership. Rules governing bureaucratic organizations encourage powerlessness and constrain thus the potential for participation (Conger & Kanungo, 1988). In this structure, control of information's diffusion is held by strategic leaders and overall, communication flow from top to bottom and within and in between systems respectively is dysfunctional and doesn't attain people who are on the lower end of hierarchy. Inadequate information's transmission has caused serious obstacle to fully understand the Plan and a difficulty to differentiate between the Action Plan and the CBE program. This theme is commonly found in the literature echoing previous studies that emphasized the necessity of effective communication in managing a healthy change process and its benefits in overcoming resistance (Kykyri et al., 2010). Effectively, promoting an understanding of the innovative efforts, helping to build trust and clarity and finally enhancing ownership of the innovation were among the benefits reported (Bland et al., 2000). A lack of coherence between, on one hand the values promoted and the high priority given to maternal health and on the other hand the methods set up and capacities of actors to fulfill this target was evident. Leaders recognize the need to focus on the most pressing maternal health problem in Morocco by strengthening midwifery; however change in the educational system was mainly tackled apart from the objective 9 regarding assignment of human and material resources in the Moroccan system which was taken into consideration by health authorities (Morocco, Ministry of Health, 2011; Van Lerberghe et al., 2014).

Despite the political support depicted as a strong facilitator, a lack of readiness for implementation was obvious in terms of lack of appropriate financial and human, material resources to implement the Plan as intended. Financial constraints at the sociocultural system challenged executing the plan and played an influential role on the readiness of the educational system in terms of lack of adequate resources (such as number of competent educators to carry

out tasks related to the CBE program, teaching labs) required to implement activities. The data suggest that sustained financial support is also a major concern. Increased resources for implementation are required to bring the plan to fruition and to produce the intended results. Many studies have highlighted the importance of creating readiness or providing a receptive context as a precursor to the successful implementation of complex changes (Greenhalgh et al., 2004; Pettigrew, Woodman, & Cameron, 2001; Weiner, 2009). Lack of financial resources has been also cited as a major barrier to the implementation of work role redesign interventions (Kislov et al., 2012) and to the expansion of midwifery models of care (Brown & Dietsch, 2013; Klima, Norr, Vonderheid, & Handler, 2009). Inattention to systems' readiness (e.g. limited organizational resources) should be avoided as it might lead to higher levels of frustration and eventually increase resistance (Bryant-Lukosius et al., 2004). Moreover, financial constraints stood out as a barrier to mobilize effectively the national midwifery professional association. The spread of an innovation often rests on professional organizations which are identified as taking the lead to activate this process (Murray, 2007). On the contrary, our results show the absence of revitalization of the midwifery Moroccan association which was described as weak and not engaged in promoting the profession.

Barriers to implementation were identified both in respect of educational and disciplinary actors such as: educators skills deficits, lack of familiarity with the competency-based approach's needs. Acquiring new skills were also reported as problems to implementing midwifery task-shifting programs (Colvin et al., 2013). Among the barriers to the dissemination of competency-based learning, deficiencies in understanding the CBA, its methodological application among faculty members were a big hindrance to the success of implementation (Calhoun, Wrobel, & Finnegan, 2011). As regards to unfavorable attributes of students to educational change, our results are similar to a study conducted in Afghanistan (USAID, 2009) which has identified that some midwifery students with lower literacy had greater difficulties with the competency-based curriculum implemented such as difficulty in grasping technical terminology and theory. Moreover, unmotivated midwifery workforce due to difficult working conditions was identified as an opposing factor for adopting the forthcoming change. The literature highlights lack of motivation as a main barrier to the implementation of role redesign interventions (Kislov et al., 2012).

In the disciplinary and educational systems, the prevailing culture at the workplace and the technocratic principle of midwifery education were identified as potential barriers to the future implementation of the CBE program. Philosophy incompatibility between the existent medical model and the new forthcoming learning holistic humanized approach was highlighted. This is in line with earlier studies denoting that unsupportive organizational culture deeply embedded in some traditional organizational forms is highly resistant to the introduction of role redesign interventions (Macfarlane et al., 2011; Pettigrew et al., 2001).

Additionally, inadequate coordination and collaboration mechanisms (sub-constructs related to the Networks construct of the CIFR) across the educational institutes and also the political level were found in our study as barriers to setting up the committee for curriculum review. These results were similar to coordination problems between staff members reported among the factors influencing implementation of midwifery task-shifting programs (Colvin et al., 2013). Weaknesses in the health system and tensions between the values and norms of midwifery practice and biomedical obstetric care revealed as reasons underpinning the communication and coordination challenges were concordant to the reasons existing in the Moroccan context. Moreover, lack of collaborative team work was described as a potential barrier to the future implementation of the CBA. Implementing successfully any midwifery expansion model requires collaboration at different levels of maternity services according to Brown and Dietsch (2013).

With regard to the intervention, manifestation of three constructs of the CIFR was remarkably noted: relative advantage, intervention source and complexity.

Facilitators included the plan's (and the CBE program) perceived potential to improve quality and continuity of care, to clarify the role and the prestige associated with being the first institution to initiate the CBE program in North-Africa. Colvin et al. (2013) found also that midwifery up-skilling often entailed many advantages (e.g., increased status, increased job satisfaction, improved quality and continuity of care). We consider that valuing the anticipated benefits of the Plan from the viewpoints of the future adopters might contribute to make it visible to policymakers and to be a push factor to reverse the decision of rejecting the whole Plan and consider its later adoption (Rogers, 2003; Weiner, 2009). Ignoring needs of individuals

are likely to meet massive resistance during further stages of the implementation process (Murray, 2007). Intervention source was also perceived as challenging implementation. The Action Plan triggered by the consultant as a solution to the midwifery profession in Morocco didn't align most probably with the middle-level policy maker's mandate that was entrusted to them (setting-up a reform of midwifery curricula and a continuing education program). Different worldviews, priorities and goals (between the consultant and the middle-level policymakers) and the centralized structure in the Moroccan system might have blocked the adoption of the global Action Plan. It is suggested in the literature, that in order to adopt a change, it must resonate with the currently perceived needs, belief systems and goals (Berwick, 2003; Greenhalgh et al., 2004). Policymakers may not be interested in implementing the entire Plan if they believe that strengthening competencies through educational activities are sufficient to strengthen the midwife's role.

As regards to complexity, it was noted that implementing all components of the Action Plan (e.g., establishing all the committees) is a complex task that requires a radical change on many levels, a lot of support, and too much work. Implementation was believed to be hampered because all these activities were seen as overly ambitious and too difficult to implement. This confirms earlier research in the area showing that innovation broad in scope may pose difficulty in implementation (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Rogers, 2003).

By adopting a holistic approach, we tried to get a comprehensive picture of the entire system involved in the adoption and implementation process. As has been shown in the foregoing discussion, all three systems interacting with the intervention work together as a whole system to challenge the Plan's adoption and implementation. In sum, misalignment of the *values, methods, actors and targets* of the sociocultural system with the *values, methods and actors* of the educational and the disciplinary systems on one hand and with intervention on the other hand are likely to pose the greatest impediments to the full implementation of the Action Plan.

An interesting finding is, despite not implementing the Action Plan as intended, we perceived a great alignment between the various activities designed but not taken into consideration and the contextual needs called forth by the front-line providers (e.g. increasing

readiness of educational institutions and the clinical settings, involving a wide range of participants in the process). These results emphasize the importance for policymakers to pay attention to key stakeholders' needs and to put in place concomitant change process at the sociocultural and the disciplinary systems in order to respond to people's interests and ultimately meet health service's needs. Insights gained from process evaluation can generate hypotheses to be tested and allow refining the intervention. We presume that other reasons apart from lack of financial support and centralized structures underpin causes of implementation gap. Thus, we put forward the hypothesis that the failure of decision to fully implement the Action Plan is mainly due to ideologies of some policymakers as regards to a female profession in a hierarchical system where gender inequalities have already been documented (Kerouac, Temmar, & Vissandjee, 2005). Thus, we consider this area as a fruitful avenue to be understood in future studies. We speculate, that physicians might fear that strict adherence to the Plan (improving the midwife's social, legal and practice environments) might result in failure to maintain their supremacy in the occupational division of health labor. Saksvik et al. (2007) state that reactions to almost all types of change efforts include increased job insecurity and fear of loss of control.

The results of our study have generated important lessons that will inform the development of strategies to overcome barriers to adopting and implementing the Action Plan. Recommended actions to alleviate barriers that must be taken into consideration by the Moroccan government to conduct effective change include: engaging key stakeholders in the different stages of the change process, ensuring a sustained financial support, establishing a formal and clear communication strategy of the Plan's objectives, and improving organizational readiness. We predict that the future success of implementation lies also in the extent to which policymakers are willing to shift from a narrow focused model of change with an emphasis on separate parts of the system (Educational system) to a focus on the whole system and on its inter-acting parts. Leveraging change in the educational system without addressing simultaneously the two other systems means ignoring the systemic nature of the change process and will not result in attaining the outcomes desired (Foster-Fishman & Behrens, 2007).

Strengths of the study

Our study has several strengths. We present information based on real-life experiences which help increase the validity of our findings. Our findings represent a broad overview of themes collected from a heterogeneous key stakeholder group pertaining to three systems (health administrators, health professionals, educators, students, etc.). Another strength of this article is the use of a conceptual framework adopting a holistic approach for analyzing the implementation of a health professional role change.

Limitations of the study

There are a number of limitations to this study that should be noted. First, our sample was drawn from urban areas, however informants were exposed in majority to rural professional experience. Second, due to limited financial budget, information was gathered during a short timescale period while being attentive not to compromise the quality of the data. An ongoing assessment is sought to be ideal rather than one time implementation evaluation, nevertheless documentary analysis and triangulation of data helped to track the implementation process over time. Third, factors mentioned by respondents who were not aware and exposed to the Action Plan, address the adoption rather than the implementation stage. Fourth, concerning the extent of implementation, a lack of well-defined activities related to the first objective of the designed Plan and a lack of access to GESTA reports didn't allow us to assess the extent of implementation of this objective according to the following dimensions (fidelity, timeliness). Also, data regarding the quality dimension didn't cover all the activities delivered. Finally, as a case study method is adopted, our results may not be transferable across all contexts; however, a thorough description of the Moroccan context may help the reader to decide to what extent they are transferable to similar settings.

Conclusion

In this paper, we identified the facilitators and barriers to the adoption and implementation of a complex intervention aiming to strengthen the midwife's role in Morocco. Policymakers should pay particular attention to these influencing factors to rectify shortcomings in the Plan and improve implementation. Nevertheless, further research needs to be conducted on the earlier stage of the policymaking; Thus, the policy analysis model (ex. Kingdon model,

1995) of the agenda-setting process could be applied and would be helpful to gain a better understanding of agenda setting - why the implementation of the overall plan did not pass to the decision-making agenda - . In sum, our results provide insights into how to support other countries following the trend of reduction of MM by strengthening midwifery role. Replications using different African and Asian countries pursuing the same objective, would also help to test the framework.

List of abbreviations

ALARM: Advances in Labour and Risk Management; AIP: ALARM International Programme; CBA: Competency-Based Approach; CBE: Competency Based Education; CFIR: Consolidated Framework for Implementation Research; JK: Jamilé Khoury; MM: Maternal Mortality; MDG: Millennium Development Goals; MOH: Ministry of Health; UNFPA: United Nations Population Fund's.

Competing interests

The authors declare that they do not have any competing interests.

Authors' contributions

All authors contributed to the project: Author 1 (SAM) took the lead role in conducting the evaluation, collecting, transcribing, and analyzing the data, and writing the manuscript; Author 2 (MH) supervised the whole phases of the project, participated in the design of the study, made the initial contacts to have access to the field of research, validated the qualitative analysis, the methodology and the results, and made critical revisions of the manuscript. Author 3 (NL) validated the qualitative analysis and participated in the critical revision of the manuscript. All authors read, critically assessed and approved the final manuscript.

Authors information

SAM has a Master degree in nursing sciences and is a PhD candidate at the Université de Montréal, School of Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Montreal, Canada;

MH has a PhD in public health and is full professor at the Université de Montréal, School of Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Montreal, Canada;

NL has a PhD in public health and is full professor at the Université de Montréal, School of Public Health, Department of Health Administration, Montreal, Canada.

Acknowledgements

The main author of this study benefited from financial support (scholarships) granted by: The QTNPR Bursary, the Research Institute in Public Health at the Université de Montreal (IRSPUM). Financial support was also received by Professor Hatem to collect the data. The authors wish to thank all participants for their willingness to take part in this study. The authors acknowledge the useful suggestions of Laura J. Damschroder, MS, MPH, as regards to applying the CFIR to the present study.

Endnotes

ⁱMDG5 : improve maternal health.

ⁱⁱSystems approach : It is defined as « a general conceptual orientation concerned with the interrelationships between parts and their relationships to a functioning whole, often understood within the context of an even greater whole » (Trochim, Cabrera, Milstein, Gallagher, & Leischow, 2006, p. 539).

ⁱⁱⁱThe ALARM international program (AIP) : It is a continuing medical education program considered as a capacity-building tool for health professionals responsible for the delivery of emergency obstetric and newborn care that addresses the five main causes of maternal mortality and morbidity, as well as care of the newborn; It further mobilizes participants to the sexual and reproductive rights approach and the audit methodologies required to improve maternal and newborn health (Lalonde, Beaudoin , Smith, Plourde, & Perron, 2006).

References

- Abou-Malham, S., Hatem, M., & Leduc, N. (2013). Understanding the implementation of a complex intervention aiming to change a health professional role: A conceptual framework for implementation evaluation. *Open Journal of Philosophy*, 3(4), 491-501. doi: 10.4236/ojpp.2013.34071
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289(15), 1969-1975. doi: 10.1001/jama.289.15.1969
- Bland, C. J., Starnaman, S., Wersal, L., Moorhead-Rosenberg, L., Zonia, S., & Henry, R. (2000). Curricular change in medical schools: How to succeed. *Academic Medicine*, 75(6), 575-594.
- Boxall, A.-m., & Flitcroft, K. (2007). From little things, big things grow: a local approach to system-wide maternity services reform in the absence of definitive evidence. *Australia and New Zealand Health Policy*, 4(1), 18.
- Brown, M., & Dietsch, E. (2013). The feasibility of caseload midwifery in rural Australia : A literature review. *Women and Birth*, 26(1), e1-e4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2012.08.003>
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles : development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519-529.
- Calhoun, J. G., Wrobel, C. A., & Finnegan, J. R., Jr. (2011). Current state in U.S. public health competency-based graduate education. *Public Health Reviews*, 33(1), 148-167.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(1), 40.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Repéré à <http://bibvir1.uqac.ca/archivage/030079328.pdf>
- Choi, J. N. (2007). Change-oriented organizational citizenship behavior: effects of work environment characteristics and intervening psychological processes. *Journal of Organizational Behavior*, 28(4), 467-484. doi: 10.1002/job.433
- Colvin, C. J., de Heer, J., Winterton, L., Mellenkamp, M., Glenton, C., Noyes, J., . . . Rashidian, A. (2013). A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services. *Midwifery*. doi: 10.1016/j.midw.2013.05.001
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *The Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *The Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590. doi: 10.2307/256406
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. doi: 1748-5908-4-50 [pii] 10.1186/1748-5908-4-50 [doi]
- Dubois, C.-A., & Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 7(1), 87.
- Edward III, C. G. (1980). *Implementing Public Policy*. Washington: Congressional Quarterly Press.

- Ewens, A. (2003). Changes in nursing identities: supporting a successful transition. *Journal of Nursing Management*, 11(4), 224-228.
- Foster-Fishman, P., & Behrens, T. (2007). Systems change reborn: rethinking our theories, methods, and efforts in human services reform and community-based change. *American Journal of Community Psychology*, 39(3), 191-196. doi: 10.1007/s10464-007-9104-5
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Guilbert, J. (1987). *Educational Handbook For Health personnel*. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/1987/924170635X_eng.pdf
- Hartley, H. (2002). The system of alignments challenging physician professional dominance: An elaborated theory of countervailing powers. *Sociology of Health and Illness*, 24(2), 178-207.
- Hatem-Asmar, M. (1997). *Choix éducationnels pour la formation des professionnels de la santé: le cas de la profession de sage-femme au Québec* (Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Québec, Canada).
- Hatem-Asmar, M., Fraser, W., & Blais, R. (2002). Trois paradigmes pour développer un programme de formation des professionnels de la santé: le cas de la formation des sages-femmes au Québec. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9(1), 86-102.
- Hatem, M. (2008). Rapport de fin de mission: Assistance technique pour la révision du programme de formation des sages-femmes dans le Royaume du Maroc. Rapport inédit.
- Hawkins, K., Newman, K., Thomas, D., & Carlson, C. (2005). Developing a Human Rights-Based Approach to Addressing Maternal Mortality-Desk Review. Repéré à http://www.hurilink.org/tools/Developing_aHRBA_to_Maternal_Mortality--DFID.pdf
- Kerouac, S., Temmar, F., & Vissandjee, B. (2005). Strengthening midwifery practices in Morocco: a gender perspective: Suzanne Kerouac, Fatima Temmar and Bilkis Vissandjee, from the University of Montreal, Quebec, Canada, explore current issues for Moroccan midwives. *International Midwifery*, 18(1), 8-9.
- Kislov, R., Nelson, A., de Normanville, C., Kelly, P. M., & Payne, K. (2012). Work redesign and health promotion in healthcare organisations: a review of the literature: Sheffield Hallam University.
- Klima, C., Norr, K., Vonderheid, S., & Handler, A. (2009). Introduction of centering pregnancy in a public health clinic. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(1), 27-34. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.05.008
- Kykyri, V.-L., Puutio, R., & Wahlström, J. (2010). Inviting participation in organizational change through ownership talk. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 46(1), 92-118. doi: 10.1177/0021886309357441
- Lalonde, A. B., Beaudoin, F., Smith, J., Plourde, S., & Perron, L. (2006). The ALARM International Program: A mobilizing and capacity-building tool to reduce maternal and newborn mortality and morbidity worldwide. *Journal of Obstetrics Gynaecology Canada* 28(11), 1004-1005.
- Lines, R. (2004). Influence of participation in strategic change: resistance, organizational commitment and change goal achievement. *Journal of Change Management*, 4(3), 193-215. doi: 10.1080/1469701042000221696

- Lukas, C. V., Mohr, D. C., & Meterko, M. (2009). Team effectiveness and organizational context in the implementation of a clinical innovation. *Quality Management in Healthcare, 18*(1), 25-39. doi:10.1097/1001.QMH.0000344591.0000356133.0000344590.
- Macfarlane, F., Greenhalgh, T., Humphrey, C., Hughes, J., Butler, C., & Pawson, R. (2011). A new workforce in the making? A case study of strategic human resource management in a whole-system change effort in healthcare. *Journal of Health Organization and Management, 25*(1), 55-72.
- Maroc. Ministère de la Santé (2008). *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile Période: 2008-2012*. Royaume du Maroc. Repéré à <http://www.dhsa.ma/images/pdf/plan.pdf>
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Assessing quality in qualitative research. *BMJ, 320*(7226), 50-52. doi: 10.1136/bmj.320.7226.50
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2ème éd.). Paris: De Boeck Université.
- Morocco. Ministry of Health (2011). *Reducing Maternal Mortality in Morocco: Sharing experience and sustaining progress*. Morocco. Repéré à http://www.who.int/evidence/resources/policy_briefs/MoroccoPBEN.pdf
- Murray, T. A. (2007). Innovation in nursing education: Which trends should you adopt? *Nurse Educator, 32*(4), 154-160. doi:10.1097/1001.NNE.0000281083.0000250711.b0000281086.
- Panisset, U., Koehlmoos, T. P., Alkhatib, A. H., Pantoja, T., Singh, P., Kengeya-Kayondo, J., & McCutcheon, B. (2012). Implementation research evidence uptake and use for policy-making. *Health Research Policy and Systems, 10*(1), 20.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., & Cameron, K. S. (2001). Studying organizational change and development: Challenges for future research. *The Academy of Management Journal, 44*(4), 697-713.
- Reardon, K. K., Readon, K. J., & Rowe, A. J. (1998). Leadership Styles for the Five Stages of Radical Change. *Acquisition Review Quarterly, 5*, 129-146.
- Reiger, K. (2008). Domination or mutual recognition? Professional subjectivity in midwifery and obstetrics. *Social Theory & Health, 6*(2), 132-147.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., . . . Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*.
- Remme, J. H. F., Adam, T., Becerra-Posada, F., D'Arcangues, C., Devlin, M., Gardner, C., . . . Terry, R. F. (2010). Defining research to improve health systems. *PLoS Medicine, 7*(11), e1001000. doi: 10.1371/journal.pmed.1001000
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovation*. (5^e éd.). New York: Free Press.
- Rosengren, K., Engström, A. K., & Axelsson, L. (1999). The staff's experience of structural changes in the health and medical service in western Sweden. *Journal of Nursing Management, 7*(5), 289-298.
- Saksvik, P. Ø., Tvedt, S. D., Nytrø, K., Andersen, G. R., Andersen, T. K., Buvik, M. P., & Torvatn, H. (2007). Developing criteria for healthy organizational change. *Work & Stress, 21*(3), 243-263. doi: 10.1080/02678370701685707

- Scott, L., & Caress, A.-L. (2005). Shared governance and shared leadership: meeting the challenges of implementation. *Journal of Nursing Management*, 13(1), 4-12. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00455.x
- Stetler, C., Legro, M., Wallace, C., Bowman, C., Guihan, M., Hagedorn, H., . . . Smith, J. (2006). The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience. *Journal of General Internal Medicine*, 21(2), S1-S8. doi: 10.1007/s11606-006-0267-9
- Trochim, W. M., Cabrera, D. A., Milstein, B., Gallagher, R. S., & Leischow, S. J. (2006). Practical challenges of systems thinking and modeling in public health. *American Journal of Public Health*, 96(3), 538-546. doi: 10.2105/ajph.2005.066001
- United Nations Population Fund. (2010). Global Call to Action : Strengthen Midwifery to Save Lives and Promote Health of Women and Newborns. Repéré à http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/events/2010/midwifery/Join_t_Statement_Symposium_on_Strengthening_Midwifery_Final_04JUN2010.pdf
- United Nations Population Fund. (2011). The State of The World's Midwifery Report 2011: Delivering Health, Saving Lives. Repéré à http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/en_SOWMR_Full.pdf
- USAID. (2009). Program Evaluation of the Pre-Service Midwifery Education Program in Afghanistan. Repéré à http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R111_USAID_2009_Afghanistan_PreServiceMidwiferyEducationReport_Afghan_Nov2009.pdf
- Weiner, B. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(1), 67.
- World Health Organization. (2011). Strengthening Midwifery Toolkit: Module 1- Strengthening Midwifery: A Background Paper. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module1_eng.pdf
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Designs and Methods*. (4^e éd.). Sage Publications, Inc.

Tableau 3 (Table 1): The designed Action Plan to strengthen the midwife’s professional role in Morocco

Components	Objectives	Interventions
Educational	<i>Objective 1:</i> Put in place a continuing education program (ALARM program)	<ul style="list-style-type: none"> • Planning the ALARM international program • Provide training for all trainers in Morocco (3 -4 workshops) • Provide training for all trainers in Morocco (3- 4 workshops) with the Moroccan instructors
	<i>Objective 2 :</i> Organize and put in place a training program for the trainers	<ul style="list-style-type: none"> • Create a committee to identify the training needs • Identify persons and institutions who have to participate and invite them to take part of the committee (educators, practicing midwives and members of the multidisciplinary team, health administrators) • Provide training on clinical and academic concepts of the CBA
	<i>Objective 3 :</i> Develop and put in place a CBE program	<ul style="list-style-type: none"> • Create a national committee gathering educators from all educational institutes across Morocco • Organize meetings of the national committee and set timelines for the various activities • Follow the stages of the Guilbert framework for developing the CBE program • Implement the CBE program
Disciplinary	<i>Objective 4 :</i> Create and mobilize the midwifery committee profile	<ul style="list-style-type: none"> • Identify persons and institutions who have to participate and invite them to take part of the committee • Organize meetings of the committee and set timelines for the various activities.
	<i>Objective 6 :</i> Revitalize the central and local associations of Moroccan midwives	<ul style="list-style-type: none"> • Encourage different associations to meet together • Mobilize and intervene on the various negotiation tables related to the reproductive health care and to the profession • Reinforce the identity of the midwife and her professional recognition

	<i>Objective 7</i> : Mobilize the institutional and interdisciplinary lobbying	<ul style="list-style-type: none"> • Get the different members of the multidisciplinary team in reproductive health to meet and discuss their collaboration • Get the institutional representatives to meet with the representatives of the midwifery profession to discuss the midwife's role of and how to restructure her practice
Socio-political, legal	<i>Objective 8</i> : Set up the marketing activities for the profession	<ul style="list-style-type: none"> • Create a task force for marketing • Organize various activities for enhancing the midwifery role in society
	<i>Objective 9*</i> : Ensure the mobilization of human resources planners and the assignment of human and material resources in the Moroccan system	<ul style="list-style-type: none"> • Negotiate with the leaders in charge of the distribution of human and material resources in the health care system: members of the committees of the midwifery profile and lobbying.
	<i>Objective 5</i> : Create and mobilize the committee on regulation and law, and governmental lobbying	<ul style="list-style-type: none"> • Identify persons and institutions who have to participate and invite them to take part of the committee • Organize meetings of the committee and set timelines for the various activities
Ensuring the quality of the implementation	<i>Objective10</i> : Set up an implementation and outcomes evaluation (satisfaction, morbidity, mortality, costs)	<ul style="list-style-type: none"> • Prepare research proposals • Plan the human and material resources required • Implement the projects and transfer the results
	<i>Objective11</i> : Ensure the sustainability of the project	<ul style="list-style-type: none"> • Engage a project coordinator • Provide logistic support
Total	11 Objectives	

*Objective 9: was pursued through the national action plan for accelerating the reduction of maternal and infant mortality

Tableau 4 (Table 2) : Characteristics of the participants in the study (n=107)

Job title/Current position	N	Sex		Work experience Mean(range)/years*	Rural setting experience	Urban setting experience
		Male n(%)	Female n(%)		yes N=83(%)	yes N=83(%)
Practicing midwives	17	0	17	11.29 (1-25)	16	17
Nurses	5	1	4	20 (9-28)	2	5
Obstetricians	6	5	1	7.66 (1-16)	3	6
Physicians	2	1	1	24.5	1	2
Medical directors	2	2	0	23.5	1	2
Senior nurse managers	2	1	1	16	2	2
Midwifery managers	2	0	2	26.5	2	2
Midwifery representatives	2	0	2	33.5	1	2
Midwifery educators	29	0	29	15.25 (6-32)	24	29
Midwifery students	15	0	15	N/A	N/A	N/A
Academic directors	2	1	1	32.5	1	2
Academic management staff	4	3	1	28.5 (24-37)	4	4
Administrative medical cadres	7	6	1	19.85 (15-29)	7	7
Administrative nursing cadres	2	0	2	23.5	1	2

Health programmer	1	1	0	16*	1	1
Women	8	0	8	N/A	N/A	N/A
Consultant	1	0	1	29*	N/A	N/A
N	107	21(19.63%)	86(80.37%)		66(79.52%)	100%

*Work experience in years; N/A: not applicable

Tableau 5 (Table 3) : Facilitators to implementing the Action Plan to strengthen the midwifery role in Morocco

	Mega codes	Sub-Codes	Themes	Illustrative quotations Sources of quotes*
Sociocultural System 5 Themes	Axiology/Values	Values of the society	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primacy of human beings value and respect for human rights in Morocco 	<p><i>“We are now in the 21st century, a facilitator is that the Moroccan society has changed its thinking over the past 10 years, it is more aware of everything that concerns rights and duties, it is aware of everything related to gender, [...], for example concerning the women’s rights” (FG_AdmedCadre2)</i></p>
	Methods	External policies and incentives	<ul style="list-style-type: none"> ▪ National and international movements to strengthen midwifery and to reduce maternal death 	<p><i>“The Action Plan [the ongoing activities] stems from the national strategy, which facilitates a lot”(FG_MidEdu3)</i></p> <p><i>“A facilitating factor is that the UNFPA is funding the project, paying the equipment, the mannequins for the educational institutes and for the ALARM program” (AdmedCadre3)</i></p>
	Actors	Attributes/Capacities	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strategic leadership to strengthen midwifery and to reduce maternal mortality 	<p><i>“I think as regards to the support, the implementation is being taken seriously into consideration, at the strategic level, at the intermediate level and operational level. For the strategic level, this means at the Ministry of Health, [...] this function can be attributed to the head of the</i></p>

				<i>training division who holds key position ” (FG_MidEdu3)</i>
	Targets/Intentions	Ministry of Health and international agencies’ goals Patient needs and resources	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prioritizing maternal health in Morocco ▪ Multidimensional demands for high quality services for the sake of women’s well-being 	<p><i>“[...] I see that Morocco wants at all costs to follow the global directives[...] of the millennium goals” (FG_Obst-MidCadre1)</i></p> <p><i>“There is one environmental factor, it is the people, recipients who have become much more demanding and assertive towards the Ministry of Health, it is a facilitator because it incites the government, the Ministry to be vigilant and to move towards achieving what was stated in the national strategy regarding the reduction of maternal mortality” (AcadDirec2)</i></p>
Educational System <i>1 Theme</i>	Axiology/Values	N/A	N/A	
	Methods	Readiness for implementation/Available resources	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensified training support for midwifery teachers 	<i>“She passed by groups to [...], to adjust a vision or approach, and to provide guidance for going further in the process” (R_June-July2010)</i>
	Actors	N/A	N/A	
	Targets/Intentions	N/A	N/A	
Disciplinary System	<i>No facilitators reported</i>	N/A	N/A	

Sources of quotes*: FG: focus group; FO: field observation; R: report; N/A: not applicable to data

Tableau 6 (Table 4) : Barriers to implementing the Action Plan to strengthen the midwifery role in Morocco

	Mega codes	Sub-Codes	Themes	Illustrative quotations Sources of quotes*
Sociocultural System <i>4Themes</i>	Axiology/Values	Structural characteristics	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bureaucratic top-down and centralized organizational structure in Morocco 	<p><i>“I mean the administrative procedures for implementing policy, [...] for implementing this project, broadly speaking we have in Morocco a bureaucratic administration so we have to adhere to the administrative procedure, one single paper may take considerable time to be completed, I think this won’t make things easy”</i> (AdmNursCadre1)</p> <p><i>“The activities are centralized at the training division that deals with implementation, [...],we look after the execution phase, I mean we only take orders from the top and receive information regarding the activities to execute, but we are not informed of the various activities of the Action Plan”(FG_AcadManag1)</i></p>
	Methods	Readiness for implementation/Available resources	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Shortage of financial resources 	<p><i>“There is a budget problem, we have 16 areas that need to be covered, few people were able to attend the sessions, not all the staff, because of budget problem”</i> (AdmMedCadre3)</p>

	Actors	Capacities/Attributes Attitudes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A truncated leadership to strengthen midwives ▪ Attitudes of resistance of physicians towards midwives 	<p><i>“I think the other activities of the Plan other than the training are not for the moment the priority of the policy makers, I mean they don’t have any interest or it is not yet official” (FG_MidEdu4)</i></p> <p><i>“Physicians usually have been roadblock for the growth of the profession and the development of its statute”(NursManag2)</i></p> <p><i>“Physicians [...] are not going to help and provide a backup mainly as regards to the activities intended to obtain a council board and change the law, and to have a clear statute” (AdmNursCadre1)</i></p>
	Targets/Intentions	N/A	N/A	
Educational System <i>7 Themes</i>	Axiology/Values	Culture/Philosophy of midwifery training and education	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A dominant technocratic approach to midwives education and training 	<i>“The training model is primarily based on a task approach, we are not prepared for the role and trained to perform a global practice, this principle of training could be a problem, a difficulty to put in place any further intervention” (FO_SFF_N7)</i>
	Methods	Readiness for implementation/Available resources	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limited availability of human, physical and technical resources for implementing the 	<i>“Computers made available to participants were not very helpful, without any protection against virus and software to download documents was not available. Thus, they [midwives] had great difficulty to have access to some</i>

		<p>training activities</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficient educational support for midwifery teachers ▪ Deficient access to information regarding the Action Plan ▪ Inadequate mechanisms of coordination and collaboration within and across the educational institutes <p>Networks and communications</p>	<p><i>references and [...], and to transmit and make presentation in plenary sessions” (R_Oct-Nov2010)</i></p> <p><i>“For barriers, as I have mentioned a while ago, the lack of material resources [...], the lack of human skills to support this change, we do not have till date competent midwives who are trained according to the competency-based approach to train the future midwives” (AdmNursCadre1)</i></p> <p><i>“In general, when there is an Action Plan, few people are aware of the entire plan, it remains where it was developed at the top of the chain at the policy level [...].I think, it’s the system here, it does not provide any information and I do not know the real reasons for this behavior” (FG_MidEdu2)</i></p> <p><i>“We are all victims of the lack of coordination between our leaders and the educational institutes, we have done a crazy work during the first year, we worked like crazy in September-October 2009, we asked for a feed-back, and we suggested a deadline for receiving feedback, comments were not submitted to the consultant, we even called for a</i></p>
--	--	---	---

				<i>meeting to get feedback, we have not received a response due to the issue of coordination” (FO_SFF_N2)</i>
	Actors	Attributes/Capacities	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficulties in adapting teachers skills to the competency-based approach’s needs ▪ Attributes of students unfavorable to educational change 	<i>“If we teachers found it difficult to assimilate, to understand, what would it be for students who fail in the first year to speak French, are not able to reason properly, students will not be able to understand the new concepts, they will face difficulties in assimilating the various "savoir, savoir-faire”” (FO_SVP_N1)</i>
	Targets/Intentions	N/A	N/A	
Disciplinary System <i>3 Themes</i>	Axiology/Values	Culture	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Workplace culture resistant to innovations 	<i>“The change is more difficult, it takes longer time, people's mentality is hard to change, they are not open to a new model of care primarily the medical community” (FG_MidPract3)</i>
	Methods	<ul style="list-style-type: none"> • Readiness for implementation/ Professional support 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lethargy of the midwifery association towards the profession and the women’s health 	<i>“Their presence [Professional Association] is symbolic, we do not have a well-developed association, we are not part of it, in my opinion it no longer exists, no activities are done to strengthen the role of the midwife. At Rabat, there are no activities to strengthen the midwife’s role” (FG_MidPract2)</i>
	Actors	Attributes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lack of 	<i>“We are not motivated, so how do you</i>

			motivation of practicing midwives to embrace change	<i>want to set up a Plan, we are like a simple tool for doing tasks, even for planning, for making decisions, for implementing a project, we are not considered nor consulted, we are just assigned to do paperwork” (FG_MidPract2)</i>
	Targets/Intentions	N/A	N/A	

Sources of quotes*:FG: focus group; FO: field observation; R: report; N/A: not applicable to data

Tableau 7 (Table 5) : Facilitators/Barriers related to the characteristics of the Action Plan

Mega codes	Sub-codes	Themes	Illustrative quotations
Characteristics of the Action Plan Facilitators <i>1 Theme</i>	Relative advantage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Multilevel perceived benefits and advantages of the Action Plan 	<p><i>“Now, we take a new direction, we are among the pioneers who will implement this approach, it is the first model of a competency-based training, we are the first ones” (AdmMedCadre3)</i></p> <p><i>“Midwives are going to be trained to be autonomous in order to train the society to be autonomous and so to transfer this competency to young girls, to women, children and men” (FO_SFF_N6)</i></p>
		Complexity	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complex nature of the Action Plan
Barriers <i>2 Themes</i>	Intervention source	<ul style="list-style-type: none"> ▪ External source of the Plan 	<p><i>“I have attended the presentation that she [The consultant] made about the Action Plan, I mean the presentation of the detailed Action Plan that was attended also by the heads of the Directorates, prior to the workshop validation of the Plan” (FG_MidEdu1)</i></p> <p><i>“The MOH is concerned with reviewing the program, despite that I [The consultant] developed a global Plan” (FO_SFF_N7)</i></p>

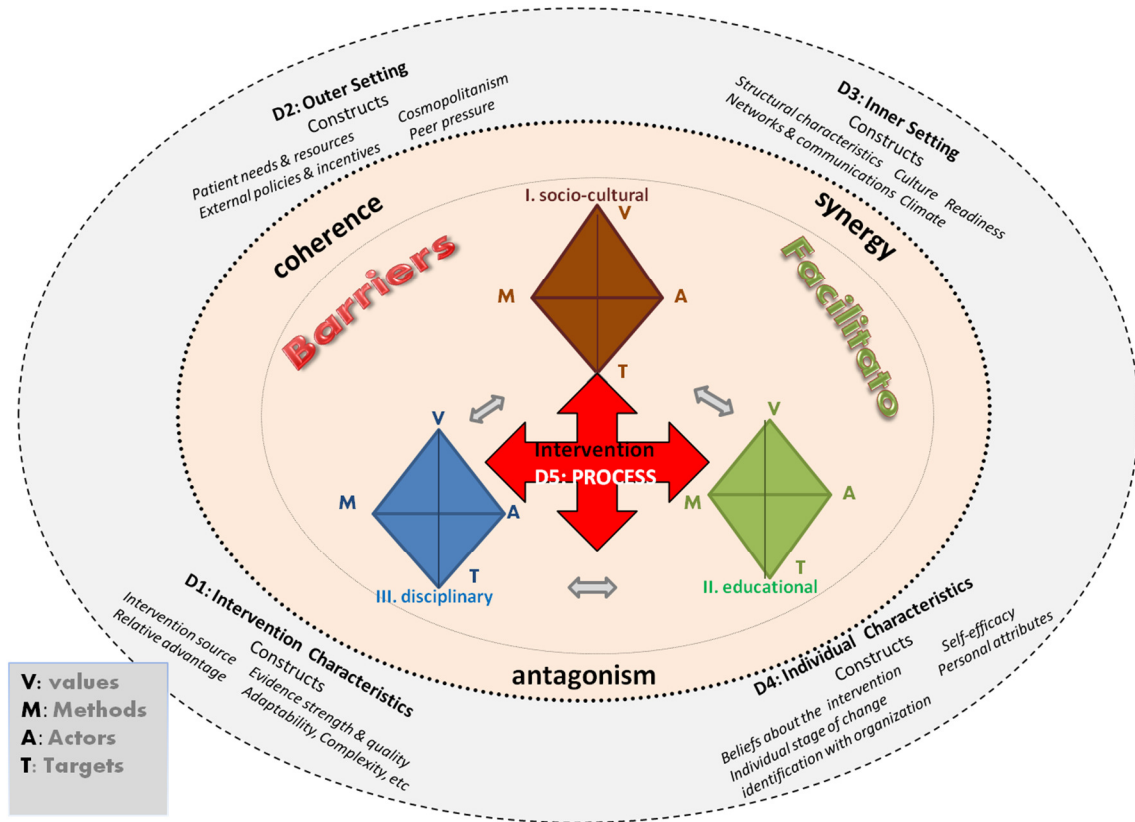


Figure 2-1 : Proposed conceptual framework to evaluate the implementation of a complex intervention aiming to change a health professional role

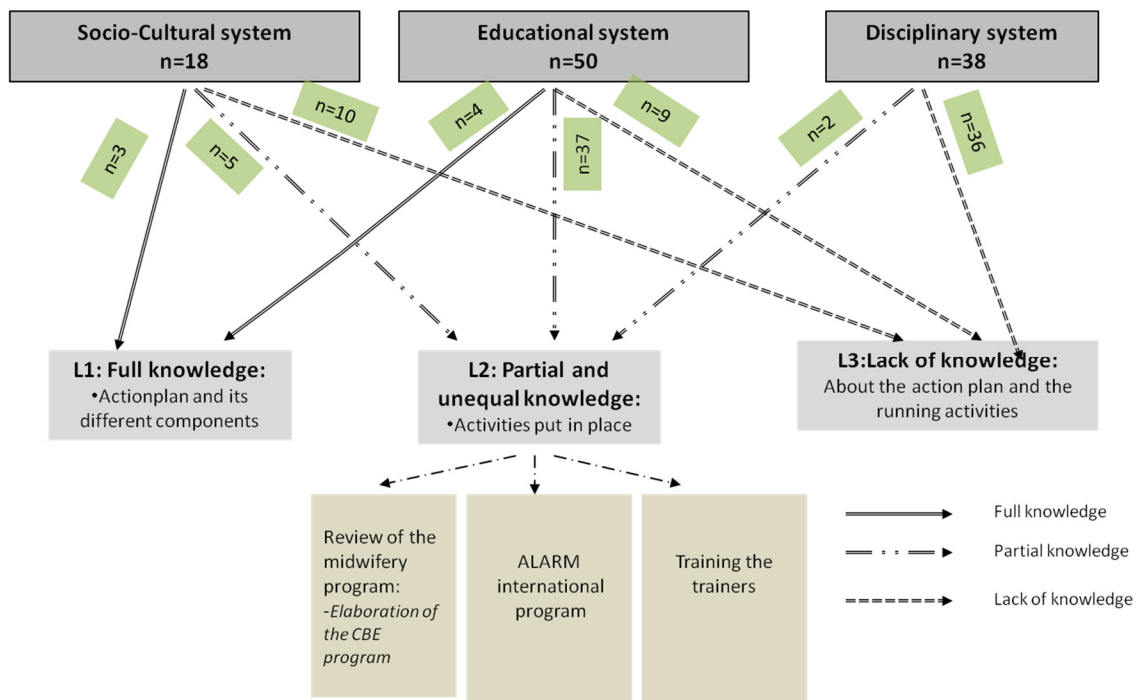


Figure 2-2 : Level of knowledge concerning the Action Plan and type of responses

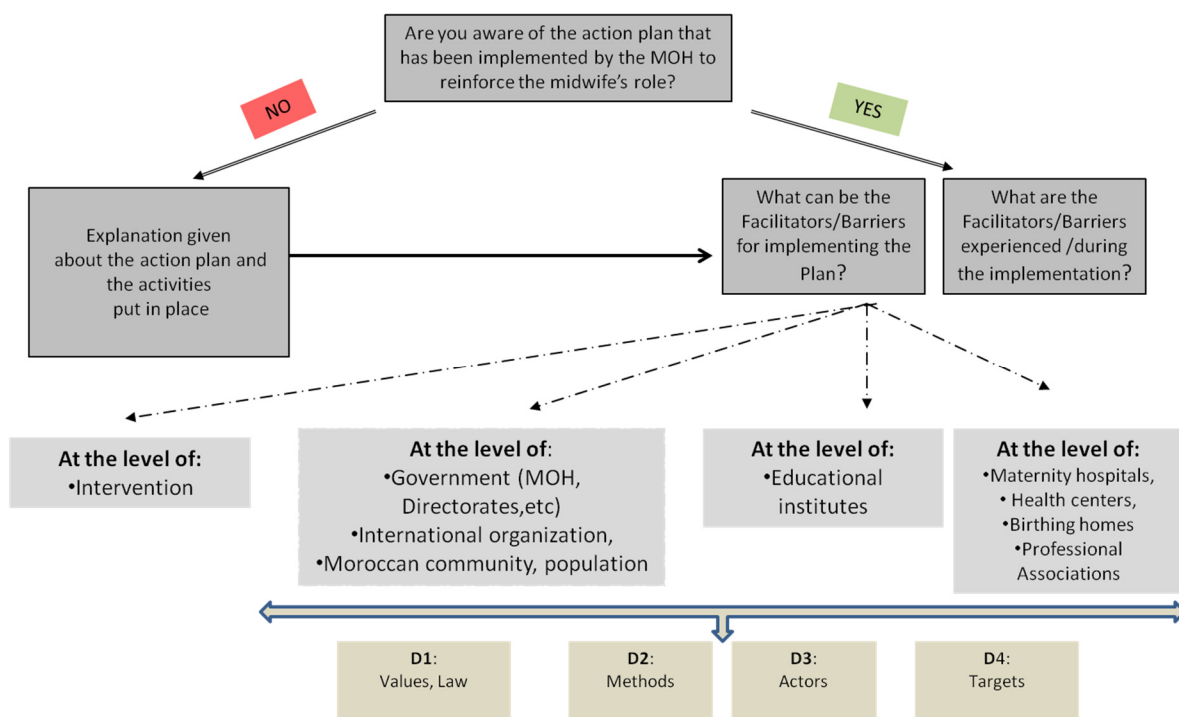


Figure 2-3 : Structure of the interview

6.2 Résultats complémentaires à l'article 2 relatifs aux barrières et aux facilitateurs à l'implantation du Plan d'Action

Perceived Facilitators and barriers across the systems

I. The Socio-cultural system

1. Axiology, values

1.1. Values of the society

1.1.1 Facilitators: *Primacy of human beings value and respect for human rights in Morocco*

The content analysis of the interview narratives collected in this study revealed that a set of values are currently considered to be governing Moroccan society and thus represent key elements and opportunities that would contribute to a successful implementation of the Action Plan in general. As stated by one medical administrative cadre, over the past decade, Moroccan society has undergone massive changes and transformations, the efforts made have been conducive to promoting respect for human rights. Overall, those efforts have raised the level of awareness and consciousness to women's rights and gender issues, granting thus particular value to citizens and women's rights:

“We are now in the 21st century, a facilitator is that the Moroccan society has changed its thinking over the past ten years, it is more aware of everything that concerns rights and duties, it is aware of everything related to gender, [...], for example concerning the women's rights” (FG_AdmMedCadre2).

Another administrative medical cadre stated as well that the reason underpinning the tendency in Morocco to reduce the high maternal mortality ratio (MMR) is that the government's values place strong emphasis on women's rights to have access to good health, on human safety so women have to be protected from harm illustrating its positive implications on the family's members and on country's development. Another important driving force influencing the decision to implement the activities revealed by the field notes observations is the extreme attention paid by the health care system and its decision makers to humanized care.

One participant referred to the humanization of care documented in the second pillar of the national strategy (improving the quality of care during pregnancy and delivery) to reduce maternal mortality and described it as: “.. at present, we value the human aspect, it’s a value pushing towards humanization of care, I mean to this important movement in our society” (AdmMedCadre5).

1.2 Laws and regulations

1.2.1 Barriers: *Bureaucratic top-down and centralized organizational structure in Morocco*

The prevailing structure in the Moroccan system was reported as a leading barrier (the largest one) to implementing the ongoing Action Plan’s activities. According to one midwife and to one administrative nurse cadre interviewed, the implementation is constrained by the burden and the complexity of the administrative procedures imposed by the bureaucratic structure of the system. The administrative circuit was described as slow, taking considerable time to implement activities in general and those related to reviewing and redesigning the midwifery education program, according to the competency-based approach (CBA):

“I mean the administrative procedures for implementing policy, [...] for implementing this project, broadly speaking we have in Morocco a bureaucratic administration so we have to adhere to the administrative procedure, one single paper may take considerable time to be completed, I think this won’t make things easy” (AdmNursCadre1).

Facing excessive administrative procedures was also pointed out by an administrative medical cadre who explained that redesigning the midwifery education program entails many different steps and involves many authorities such as the Population Directorate and the Ambulatory and Hospital Care Directorate at the Ministry of Health, the educational institutes, the medical council board, the delegate of Ministry of Health and others. Many discussions and several meetings among different authorities are imperative tasks that must be undertaken in the future in order to discuss the first draft and then to reach a consensus on the final program. The

interviewee argued that the overly centralized decision making system with hierarchical lines of command and control are delaying the process; thus, it will take a long time before delivering the final competency-based educational program version (CBE) because it would have to pass through many steps and instances to be accepted and the final decision will be made by the Ministry of Health's general secretary (AdmMedCadre3).

In centralized system, control of information's diffusion is held by government leaders. The communication network structure was also identified as a major barrier hindering the information flow regarding the Action Plan's activities across the other systems. Information flow didn't attain the actors at the bottom of the health professional hierarchy and the teams on the ground. One of the midwifery educators mentioned that:

"In general, when there is an Action Plan, few people are aware of the entire plan, it remains where it was developed at the top of the chain, at the policy level [...], I think, it's the system here, it does not provide any information and I do not know the real reasons for this behavior" (FG_MidEdu2).

Despite that action has not being taken to bring about change in midwifery legislation and regulation as planned by the consultant, informants expressed potential barriers that might impede initiating and adopting change in midwifery statute and legislation. In the same vein, the current excessive bureaucratic system's administrative procedures and the different stakeholders that should be consulted and involved in the process were also cited as the greatest barrier to changing the law. This procedure was described as a lengthy and difficult process to initiate and achieve in Morocco. Efforts to change the law as noted take years:

"Concerning legislation, it will be delayed because of time, hierarchy, discussion between decision makers, administrators and physicians" (FG_AdmMedCadre2).

2. Methods

2.1 External policies and incentives

2.1.1 Facilitators: *National and international movements to strengthen midwifery and to reduce maternal death*

Based upon the Moroccan vision, the Ministry of Health has adopted a new strategy which was broadly perceived as facilitating the spread and the implementation of the activities aiming to strengthen the midwife's role. This national strategy was identified as a "policy push" increasing the chance of the implementation's success as it offers a choice of interventions and an opportunity in terms of human resources actions to strengthen midwifery in Morocco. This comment came evenly from informants in the three systems. Implementation of the ongoing activities was triggered by a policy initiative which is the human resources level of action of the current national strategy to reduce maternal mortality which was identified at the roots of the Plan under study:

“It is worth to be mentioned that setting up the strategy by the Ministry of Health is the main factor, it is a push to make everything work, and its focus is the women's health and this can greatly help to implement the comprehensive approach in all settings”(FO_SFF_N9).

“The Action Plan [the ongoing activities] stems from the national strategy, which facilitates a lot” (FG_MidEdu3).

Another driving factor which was cited is the collaborative effort between the government of Morocco and the United Nations Population Funds (UNFPA) which has culminated in a chief document entitled "A joint program of support" that encompasses many terms of references. Those combined and synergetic efforts have led to concrete actions that have supported the operationalization of the educational activities of the Action Plan to strengthen midwifery. Funding of the project occurred through UNFPA which has provided technical and material support to facilitate the implementation in terms of experts and materials. Indeed, allocation of financial resources has enabled the training and the educational activities to take place. For instance, funds were dedicated to implement a training program designed by

the Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada which is the ALARM International Program (Advances in Labour and Risk Management) including the supply of anatomic models for emergency obstetric and neonatal care training workshops. Also, all the activities related to reviewing the curriculum and training the trainers were supported financially by UNFPA such as the consultants fees, financial incentives to enhance midwifery's educators participation and the provision of childbirth anatomical teaching models in order to have well-equipped midwifery institutions. The quotes below illustrate this:

“UNFPA has equipped the IFCS [educational institutes], among others, with baby models, models for the mechanics of childbirth” (FO_SFF_N6).

“A facilitating factor is that the UNFPA is funding the project, paying the equipment, the mannequins for the educational institutes and for the ALARM program” (AdmMedCadre3).

Further document analysis also showed that a total budget support of 550 000 US dollars was planned to be allocated during a period of time spanning from 2009 to 2011 for implementing activities in regards to building and improving the capacities and working environment of midwives (Program conjoint: « Appui à la mise en oeuvre de la stratégie 2008-2012- l'amélioration de la santé maternelle et néonatale »).

2.2 Readiness for implementation

2.2.1 Barriers: *Shortage of financial resources*

Despite a favorable political environment, the implementation faced certain difficulties that are inherent to constrained economic resources. Inadequate funding was documented as the biggest barrier voiced by many informants. Insufficient budget allocated by the Ministry of Health for reducing MM, in general, and particularly for putting in place training activities were denoted by the participants (FG_MidEdu3). Also, the UNFPA's allocation of financial resources was not adequate; it has constituted a barrier to carry out geographic coverage and full

reach of the educational institutes (IFCS) and the actors in the disciplinary system across the 16 Moroccan regions. The multidisciplinary team including nurses, physicians and midwives in different health settings from urban and remote areas across those regions was supposed to be the target audience as planned in the intervention. Nevertheless, insufficient budget affected participation and didn't allow to enlarging the number of participants across the country; therefore many health professionals who were supposed to be involved in the educational and training activities, were excluded from all phases of the curriculum redesign process:

“There is a budget problem, we have 16 areas that need to be covered, few people were able to attend the sessions, not all the staff, because of budget problem” (AdmMedCadre3).

The slowness of obtaining funds to organize the educational activities and to cover the expenses has delayed and slowed down the timeframe of the activities intended to redesign the curriculum. Not receiving payment timeously was reported. Concerns about stable funding and uncertainty about funding sustainability were expressed as a potential barrier for implementing further activities such as the competency-based midwifery program.

“There are also financial difficulties, the midwifery educators find it difficult to travel, we must convince UNFPA, there was agreement for a certain amount of money but it was not sufficient” (AdmMedCadre3).

“For funding, as regards to the [...] but for the training division, money has not yet been given to the training division; for the activities, each activity requires a report written by Dr [...] to release money” (AdmMedCadre3).

Failure to make full execution of the Action Plan's activities was also attributed to inadequate funding as stated by an administrative medical cadre. Moreover, inadequate, poor mobilization of financial resources and difficulty in releasing the funds from UNFPA to revitalize the midwives' association were documented as barriers by midwives

(FG_MidRepres1). Problem with direct disbursement of funds from UNFPA to the association impeded the midwifery association to set up activities.

3. Actors

3.1 Attributes and capacities

3.1.1 Facilitators: *Strategic leadership to strengthen midwifery and to reduce maternal mortality*

Participants unanimously agreed that the government of Morocco has demonstrated an active leadership through its commitment to improving maternal health. A political will and engagement to take effective actions at the highest level in order to achieve this national target was pointed out as a primary factor facilitating the implementation of the educational activities:

“There is a will and a commitment at a very high level to develop the midwives competencies and to reduce the maternal mortality through the national strategy”

(FG_AdmMedCadre2).

This commitment was reported as « a window of opportunity » as it engages automatically the training division at the Ministry of Health. It was widely reported that the strategic leader of the training division has demonstrated a strong leadership in strengthening the medical and midwifery’s health workforce. He was considered as a strong advocate and thus was a facilitator of the implementation. Leadership support was expressed in terms of active mobilization, strong involvement, dedication to work, and ability of the present leader to lead change in a positive way as regards to negotiating for human and financial resources and to obtaining the resources needed to implement the educational and training activities. This important commitment toward ensuring the successful start-up of the project was mentioned by many informants. Midwifery educators illustrated this by saying:

“I think as regards to the support, the implementation is being taken seriously into consideration, at the strategic level, at the intermediate level and operational level. For the strategic level, this means at the Ministry of Health, [...] this

function can be attributed to the head of the training division who holds key position” (FG_MidEdu3).

The involvement of the UNFPA was mentioned as a facilitating factor. One administrative medical cadre stated that « according to the Paris Declaration (OECD, 2005), all international agencies must respond to countries' priorities and encourage the states to take ownership of programs ». Moreover, the moral obligation of UNFPA to continue the path makes more likely implementation to be successful (FG_ AdmMedCadre2).

3.1.2 Barriers: A truncated leadership to strengthen midwives

The analysis of data showed that the strategic leadership has concentrated on the educational activities of the Action Plan and has ignored all other aspects. One of the midwifery cadre argued that:

“I think the other activities of the Plan other than the training are not for the moment the priority of the policymakers, I mean they don't have any interest or it is not yet official” (FG_MidEdu4).

Priority has been given to educational activities because the leadership was given to the head of the training division; the education was considered as the main issue to reinforce midwifery. As such, less attention has been given to other activities. They focused more on redesigning the program, on training the trainers and on the ALARM international program than on the overall implementation of the Action Plan. The content analysis of data from field notes, observations, and interviews showed a lack of management commitment to implement activities such as legal or marketing activities. A group of midwifery educators talked about a lack of political will to change the law in the past and presently. They described the arduous battle for legalization that they have undergone with the policymakers and mentioned that since the creation of the midwifery association, they have been trying to change the law governing the midwives but it has been constrained by the higher authorities at the ministry level

(FG_MidEdu1); at present, they think that there is no will to make any effort and no importance has been given to this component of the Action Plan. Moreover, they pointed out to the lack of involvement, interest of policymakers to promote public awareness and inform women about the role and functions of midwives through the mass media for example (FG_MidEdu1, 3).

3.2 Attitudes

3.2.1 Barriers: *Attitudes of resistance of physicians towards midwives*

A perceived resistance to change was a recurrent theme that emerged from analysis. Physicians' negative attitudes were viewed as a particularly significant obstacle. Midwifery educators revealed that doctors in Morocco occupy most of decision-making and administrative positions at a central level in the Ministry of Health. As physicians maintain a high level of power and should be consulted in many processes, they were described as the greatest barrier that may impede adopting and implementing the whole components of the Action Plan. Physicians were described as having uncooperative attitude to bring about change in midwifery legislation in order to support good practice and enable midwives to provide a whole range of midwifery services from preconception to the end of the postnatal period (FG_AdmMedCadre2). Unsuccessful attempts to amending the law were due mainly to an opposition from the medical profession. Midwives reiterated many times during focus groups that they encountered resistance and objection to many of their tasks performed in the past. For years, the militancy for legislation had met resistance from the medical profession and many efforts in the past have been obstructed (FG_MidEdu3); it has been a "tortuous procedure" as noted by one midwifery educator (FG_MidEdu2). A wide range of concerns were raised by the political power of the medical profession through many expressions such as "MDs are not willing to allow midwives to be autonomous practitioners" (FG_MidEdu1, 2), "Physicians usually have been roadblock for the growth of the profession and the development of its statute" (NursManag2).

"Physicians [...], do not want the midwife's role reinforced, I think that they will never let the midwife, they will constrain us, they are not going to help and

provide a backup mainly as regards to the activities intended to obtain a council board and change the law, and to have a clear statute” (AdmNursCadre1).

One explanation given is that physicians consider themselves as the dominant provider of reproductive health care services and midwives should work under doctors’ supervision. Moreover, midwives are seen as potential competitors to obstetricians who dominate the field and want to have absolute professional power, in a two-speed health care system (public and private) (FG_MidPract3). Participants believe that physicians will be reluctant to developing the midwife’s competencies; they will express objections to certain skills in the final version of the curriculum, and will show resistance to embracing the new curriculum (FO_SVP_N4). Also, midwives predicted negative attitudes to expanding the midwife’s scope of professional practice (role and functions), as it will lead to a competition for clients and to encroachments on physician’s domain. In addition, attending the training ALARM sessions with midwives have, in the beginning, caused conflicts with physicians who have shown unwillingness to attend the same courses. It has been considered by some physicians as incongruous to attend courses with midwives (FG_MidEdu4).

4 Targets

4.1 Ministry of Health and international agencies’ goals

4.1.1 Facilitators: *Prioritizing maternal health in Morocco*

The content analysis of the data from various sources: field notes, observations and interviews showed strongly that the government has placed high priority on safe motherhood. Improving maternal health and tackling the high maternal mortality ratio (MMR) is among the top national priorities in political discourse which mirrors the international trend. Morocco was described as at the forefront of this international movement. The adhesion of the health care system and its decision makers to the international force and the ongoing global movement that the world is witnessing to ensure rapid progress to achieving the Millennium Development

Goals (MDG) 5 and contributing also to MDG 4 (improving child health) was considered a facilitating factor as it paved the way for the project:

“Also as a factor that facilitates the implementation of the project, I see that Morocco wants at all costs to follow the global directives within the framework of the millennium goals that is to reduce maternal mortality, it’s a factor that facilitates enormously” (FG_Obst-MidManag1).

The content analysis of the researched documents showed that the target of the health care system was mainly to improve health professionals’ skills and to provide more competent midwives in order to ensure high quality of care (R_ June-July2010; June 2009). As stated by many analyzed reports, extreme attention was paid to developing midwifery competencies through reviewing midwifery basic and continuing education as an essential target of human resources component in order to strengthen the midwifery workforce in response to the country health needs:

“Indeed, the Ministry of Health adopted a strategy in 2008 which includes 28 decisions aiming to reduce this public health problem; in this context, midwives are considered strategic suppliers whose skills require development and attention [...], the essential skills in obstetric and midwifery are developed and acquired according to the WHO and the ICM standards, the curriculum of midwifery is adjusted according to the latest best practices” (R_ June2009).

4.2 Population’s needs and demands

4.2.1 Facilitators: *Multidimensional demands for high quality services for the sake of women’s well-being*

Heightened public demands and expectations for better health care services provided by qualified personnel such as midwives were broadly highlighted by participants to be facilitators which have led to implementing the ongoing activities. Request for more humanized care such as “paying attention to psychological aspects of care”, “keeping a warm contact” and “an

interpersonal relationship, responding to women's needs and desires", "spending time listening intently to women" were revealed as facilitators :

"I have conducted a study regarding the design of health care, and I have noticed that the population wherever you go they ask for humanization, the public wants to have a very high level of care, they do not know how it should be done, the gestures, the acts, what counts for them are the attitudes" (AdmNursCadre1).

"The population seeks quality of care, the services of a midwife who has a degree, who is calm, who does not stress with people, who accompanies the woman, who has a humane contact that responds to the women's needs" (FG_MidPract2).

Those demands were considered as pushing factors prompting the Ministry of Health to make more investment in implementing activities to reinforce midwives such as educating and training midwives to provide humanistic caring services to women; and also to redesign the curriculum in order to incorporate humanistic approach to maternity care. Rising demands for female health professionals' providers in particular for midwives were also reported as enabling the implementation. A culturally embedded gender preference for a female health provider and traits that are more common in female providers "with whom women feel comfortable", and "who listens and cares" were mentioned as enhancing the implementation of activities to increase the number and skills of female maternity providers; the quote below is a typical example of such opinion :

"Moroccan society, one thing to say, the first thing that helps is that there is a great demand just because midwifery is only performed by women, for that it is already accepted by the majority of remote communities, it is already a very important issue" (AdmMedCadre5).

Likewise, a public pressure, a demand for governmental authorities to be accountable to civil society, to assume their responsibility as part of their social contract with women was

illustrated by the following quote: “as citizens, we claim the implementation of the national strategy and all related activities by our Ministry of Health”. As accountability is requested, this was also revealed as facilitating the implementation by an academic director who noted:

“There is one environmental factor, it is the people, recipients who have become much more demanding and assertive towards the Ministry of Health, it is a facilitator because it incites the government, the Ministry to be vigilant and to move towards achieving what was stated in the national strategy regarding the reduction of maternal mortality” (AcadDirec2).

II. The Educational system

The majority of themes were part of the barriers category. Only one facilitator was mentioned at the methods level.

1. Axiology, values

1.1 Culture-Philosophy of midwifery training and education

1.1.1 Barriers: *A dominant technocratic approach to midwives education and training*

One concern shared by participants was that the current ideology values the biomedical/technocratic model of childbirth and dominates all aspects of learning and education. As grounded in an ideology that pregnancy and childbirth are risky and life threatening events, it was seen as a potential barrier for implementing the competency-based approach and learning.

“The training model is primarily based on a task approach, we are not prepared for the role and trained to perform a global practice, this principle of training could be a problem, a difficulty to put in place any further intervention” (FO_SFF_N7).

Philosophy conflict and ideologies incompatibility between the existent medical model and the future woman-centered approach were raised as a concern. Difficulty with embracing the new philosophy that values childbirth and pregnancy as normal events was highlighted.

“The education or training system is mainly based on a medical approach, and I think that such an approach can lead to a problem, it is hard to change, it’s not easy to change the principles that we have been adopting and applying for many years” (FO_SFF_N6).

Current education was described as evolving under the technocratic and biomedical models (ideologies): the majority of courses are designed by physicians who think about managing birth in biomedical ways. Childbirth is learned as a medical process by the medical profession and high-tech medical management of pregnancy and birth defines and characterizes the midwifery educational program. As such, a philosophy shift to a holistic model was reported as a major issue (FO_SVP_N2). In sum, adopting this model was highlighted as difficult as the existent philosophy doesn’t align with the new forthcoming learning holistic, humanized approach.

2. Methods

2.1 Readiness for implementation: Available resources

2.1.1 Barriers: *Limited availability of human, physical and technical resources for implementing the training activities.*

A strong theme emerging from the data was the unreadiness of the educational institutes (IFCS) for the CBE program’s implementation as they were not prepared adequately. Inadequate resources were the most commonly cited factors hindering the training sessions’ implementation with regards to the provision of the new program. Concerning human resources, participants reported the insufficient number of midwifery teachers to supervise students in terms of inadequate staff to student’s ratios in the educational and clinical settings (FG_MidPract3; FG_MidEdu1). Moreover, they mentioned that some of those teachers are inexperienced and not properly prepared for their role. Serious concerns were raised about the lack of human competencies to carry out the current revision and the future implementation of

the CBE program. That was stated as a big hindrance to offer supportive guidance in the future to implementing the CBE program:

“For barriers, as I have said a while ago, the lack of material resources [...], the lack of human skills to support this change, we do not have till date competent midwives who are trained according to the competency-based approach to train the future midwives” (AdmNursCadre1).

The vast majority of respondents indicated also the problems related to physical resources. As mentioned by the majority of midwives, the educational settings (IFCS) were not sufficiently tailored to implement the educational and training activities. A lack of infrastructure and lack of physical facilities such as inadequate and limited number of classrooms and disproportionate skills-learning laboratory for clinical demonstration and simulation of practice with regards to students' numbers were viewed as inhibiting implementation (FG_MidEdu1; FG_MidPract1). Also, significant deficient libraries and lack of computer technology to access documents and literature on line were reiterated by the interviewees on many occasions (FG_MidEdu3). The need for resources was considered a fundamental prerequisite for carrying out the different phases of reviewing and implementing the new program (AdmMedCadre1). These lack and shortage of resources to support participants' activities was evident during the training sessions of the curriculum revision. Training areas and physical classrooms settings for running activities were not adequate to support the implementation. Lack of many resources experienced by the teamwork ranging from appropriate computer facilities, secretarial support, to access to Internet and updated documentation that are essential for learning, limited the midwives and the consultant's ability to function properly (FO_SVP_N3). Access to scientific journals was difficult and online and updated documentation was not available during the training sessions. This made the team experience difficulties in keeping up-to-date with recent educational guidelines in order to develop pedagogical methods and tools for the overall program:

“Computers made available to participants were not very helpful, without any protection against virus and software to download documents were not available. Thus, they [midwives] had great difficulty to have access to some references and [...], and to transmit and make presentation in plenary sessions” (R_Oct-Nov2010).

Moreover, unsupportive clinical environment to enhance the learning process was highlighted. According to one administrative medical cadre, practice settings don't meet the requirement needed to implement the CBE approach. Inappropriate clinical learning sites (clinical facilities) for students and limited availability of physical space in the practice settings were also cited (AdmMedCadre1). Perceived constraints regarding the resources created an unfavorable environment in which implementation of training and educational activities can take place.

2.1.2 Barriers: *Deficient educational support for midwifery teachers*

There was great consistency on this point among the interviewees. Participants indicated that a major barrier was the lack of support to drive change. A number of weaknesses in relation to the support provided to put in place the training sessions were shown in a number of ways. Particularly in terms of an inadequate preparedness to the competency-based learning prior to attending the sessions and validating the version of the new curriculum. Many midwives had no prior knowledge and a clear understanding of the competency-based approach (CBA) which made them feel uncomfortable to follow up and resulted in tension among the teamwork group and finally made the work somehow difficult during the sessions. Those concerns were raised by many midwives who reported their lack of understanding the CBA as a great impediment to successfully run the activities. Failure to ensure a basic condition which is having the requisite knowledge was due to the fact that the trainers were not trained correctly because the team changed at each working session. This turnover influenced the ability of participants to understand and cope with the content of the session. One midwifery educator said:

“Because starting up with the program before you prepare others, others how to say it, I mean the base, ie the staff, you have seen that since we have started working on the program we have faced many difficulties in our capacity to integrate this program, to understand the different competencies and variants, because we have not been prepared in terms of learning the competency-based approach, about the dimensions of this program, and therefore I find that it is fictitious and very difficult to successfully implement it” (FG_MidEdu1).

Besides, training was not provided to midwifery educators to be able to teach students in the future with respect to educational material such as anatomic models that were provided by UNFPA:

“The resources that I can talk about, I know that we have tried to arrange and to supply labs at the IFCS by material, we don’t know how to manipulate the equipment but we as teachers we should be trained in this sense, they have sent it, nonetheless it is a material highly sophisticated and we do not even know how to manipulate it” (FG_MidEdu3).

Moreover, problems related to supervision issue were identified as a barrier. Lack of regular supervision on the ground which may prevent forward movement in the implementation process of further educational activities was highlighted. Midwives expressed a desire for more regular supervision and follow-up throughout the consultation process. Support in the form of educational sessions will need to be provided regularly such as 4 to 5 times a year was revealed by one of the directors (AcadDirec2).

2.1.3 Facilitators: *Intensified training support for midwifery teachers*

Support given by the international consultant was mentioned as a key to implement the educational activities despite time constraints imposed on the consultant to provide supervision

and lack of prior knowledge to attend the sessions. Support of the consultant was generally viewed favorably:

“The speaker has influenced the course of the activities by facilitating discussions, and interaction during the learning activities, by encouraging the team, I mean in terms of role playing and group works to increase our knowledge” (FG_MidEdu3).

The support was cited as being beneficial as regards to many levels. Participants gave many examples of ways in which the consultant helped them: “her teaching approach was clear and informative” (R_June-July2010), “it gave team members an opportunity to improve their knowledge concerning the competencies”, “she allowed, at each step, a time of reflection, research and creativity for the participants”, “she passed by groups to [...], to adjust a vision or approach, and to provide guidance for going further in the process” (R_June-July2010); “she has been encouraging us and providing reinforcement during the activities, you can approach her with any question...” (R_Oct-Nov2010). Also, it was postulated by one midwifery educator that learners were encouraged to have a holistic health care perspective and it was made possible through case-based discussions, team group building exercises, and time for reflection (FG_MidEdu4). A bibliographic research was also undertaken in order to help and equip the training division and the midwifery teachers with sources of references from various fields. In order to overcome the difficulties encountered during the process and to enhance the process of developing pedagogical tools, she has mapped the diversity of electronic data bases and provided the training department with an exhaustive list of bibliographic references including classification of books and articles (R_Oct-Nov2010).

2.2 Readiness for implementation: Access to information (This thematic code was relevant to the educational and disciplinary systems)

2.2.1 Barriers: *Deficient access to information regarding the Action Plan*

There was a noticeable lack of awareness about the Action Plan and its different components by many interviewees including one director of the educational institutes (IFCS). This lack of information's diffusion through the training division was addressed as a major barrier as it's about a project that concerns midwives who are the first stakeholders who should be informed and involved in the earlier stages of the project:

“The Action Plan is not known by everyone, by the teaching staff, [...], information regarding this Action Plan was not communicated to us” (FG_MidEdu1).

Only a small number of participants, a group of four midwifery educators out of the 50 interviewees in the educational system, were aware of the whole Action Plan. Those were midwives who attended the workshop organized in 2008 within the technical assistance mission aiming to validate the Action Plan by the different stakeholders at different levels. Although, partial information was diffused, mainly regarding the activities related to the ALARM training, the revision of the midwifery program and the CBA training. Nevertheless, the spread of this information has been unequal both within and across the IFCS. Asymmetric information and unequal knowledge about the mentioned activities were evident and noticeable among the informants. For example, one academic director was informed about the ALARM and the revision of the educational program while another director in another region didn't have any knowledge of the ongoing activities. This director complained of being out reach of the ongoing activities and reported that “the information regarding the revision of the program's activities reached its institute very late just a few days before organizing and setting up the activities at his IFCS” (AcadDirec1). One program director mentioned that as a teaching team, they only receive information to execute activities:

“The activities are centralized at the training division that deals with implementation, [...], we look after the execution phase, I mean we only take orders from the top and receive information regarding the activities to execute, but

we are not informed of the various activities of the Action Plan” (FG_AcadManag1).

Some midwifery educators were just informed about the activities which they were invited to attend:

“I have been notified by the director of the IFCS where I work, he told us about [...] the program that would change to CBE training program and that we should attend the session” (FG_MidEdu1).

Formal information also didn't reach some midwifery educators who were informed by informal channels (not officially by the IFCS's director) as stated below :

“Personally, I was informed by a colleague of the training division, who has given me the program's document but insisted on respecting the confidentiality, as it is a confidential document” (FG_MidEdu1).

Midwives voiced their discontent as partial information, in some cases, was even delivered very late:

“I was not informed until the last minute when my director informed me about the arrival of a formal document in order to share our comments, so in Marrakesh we have received the program at the last minute, so I did not have any information concerning any other workshops” (FG_MidEdu3).

“I have not received any information about the Action Plan at the IFCS, until arriving here [session's setting], we knew what it is going on, so that it's about a draft revision of a program for competencies development in order to reduce maternal mortality” (FG_MidEdu1).

As for the midwifery students, they didn't know about the various activities taking place despite sending the leaflet regarding the Action Plan during the recruitment phase by the research team. According to midwifery educators and many interviewees, efforts are required to overcome those barriers through timely information provision (FG_MidEdu4).

Deficient access to information regarding the Action Plan was also reported at the disciplinary system. Participants from the disciplinary system were not aware of the existence of the Action Plan and its different components. Two practicing midwives (2/38) knew about the ongoing training activities in the educational institutes through their colleagues at the IFCS. "Here, at the maternity hospital, we did not receive any information from the MOH regarding the Plan, and the ongoing training activities at the educational institutes" (MedDirec2.)

2.3 Networks and communications

2.3.1 Barriers: *Inadequate mechanisms of coordination and collaboration within and across the educational institutes*

Lack of coordination at different levels was perceived as a barrier to implementing the review and validation program's activities. Data collected from fields notes, interviews and documents showed that there was a significant lack of coordination between the IFCS and also with the training division (administrative level) and the midwifery teachers' group working on the program revision. One administrative cadre revealed that "the absence of a leading representative on the top of all these institutes militates against the alignment of all the IFCSs which are supposed to be considered on the same level as regards to sharing activities and events" (FG_AdmMedCadre2). The obstacle to the new program is the IFCS being under the supervision of a different delegate of the Ministry of Health in each region which caused a lack of coordination and consequently restricted some IFCS's capacities to obtain information.

One of the midwifery educators complained also about lack of coordination between the midwifery educator's team from Rabat Institute and the administrative level of the training division which affected work's organization. She argued that this lack of coordination was the

reason for poor communication with the consultant and has led to lack of : i) transmitting the group's work output accomplished as regards to the curriculum review and also to ii) receiving feedback on the same content :

“We are all victims of the lack of coordination between our leaders and the educational institutes, we have done a crazy work during the first year, we worked like crazy in September-October 2009, we asked for a feed-back, and we suggested a deadline for receiving feedback, comments were not submitted to the consultant, we even called for a meeting to get feedback, we have not received a response due to the issue of coordination” (FO_SFF_N2).

A need to exert greater effort on coordination between all parties concerned with educational activities was emphasized to ensure successful implementation of the activities. One director stated that working in silos in some IFCS will not help the different forthcoming stages for implementing the new program across the institutes. This director mentioned that “it is necessary to have teamwork; teamwork makes things easy and helps to put in place the activities” (AcadDirec1).

3. Actors

3.1 Attributes and capacities

3.1.1 Barriers: *Difficulties in adapting teachers skills to the competency-based approach's needs*

Analysis of documentation from field notes and reports showed that some barriers related, for example, to the limited capacities of midwives in understanding the English language are identified as factors posing the greatest impediments to the curriculum review. Moreover, midwives reported an insufficiency in their personal abilities on many levels. For example, midwifery educators encountered many difficulties in reading and understanding professional and scientific English papers in order to develop pedagogical methods as needed for the new curriculum. Also, deficiencies were noted in their own capacities to assimilate the

new disciplinary concepts and the principles underlying the CBA. Difficulties as regards to understanding the disciplinary practice's content such as scientific and logic thinking, epistemology, research utilization and based evidence practice were expressed (R_June-July2010). Furthermore, their knowledge gaps as regards to the updated teaching methods were reported as a barrier to develop successfully the pedagogical tools. Their progress through the course was slowed down by this knowledge gap. Lack of understanding of some content of training the trainers' sessions concerning the advocacy of the feminist cause had even led to tense discussions and some negative attitudes by one of the administrative nursing cadres (FO_SFF_N6).

3.1.2 Barriers: *Attributes of students unfavorable to educational change*

Most of the midwifery teachers stated that attributes for implementation's success lie within the students. Referring to their experience with students, language difficulties, level of maturity and motivation of students were emphasized repeatedly as an important issue. One of the midwifery teachers revealed the following:

“Students face many problems in expressing and understanding foreign language French and English; IFCS have experienced an increasing number of students entering institutions with such difficulties” (FG_MidEdu3).

Midwifery educators argued also that students are not prepared to understand advanced concepts and will face difficulties understanding the meaning of the new vocabulary and integrating it such as "randomized controlled trial" at the first year of learning. One midwifery educator viewed the content of the CBA program as difficult to assimilate and mentioned the difficulty they are facing themselves as teachers and the efforts done trying to overcome it (FO_SVP_N3). The majority of midwifery teachers including one administrative cadre attending the validation program's session thought that students' attributes won't allow them to understand the content of the new modules since they face already major difficulties to understand the French language. This belief is illustrated in the following quotation:

“If we teachers found it difficult to assimilate, to understand, what would it be for students who fail in the first year to speak French, are not able to reason properly, students will not be able to understand the new concepts, they will face difficulties in assimilating the various "savoir, savoir-faire” (FO_SVP_N3) .

Unmotivated choice to enter the midwifery profession was stated by some midwifery teachers and one administrative medical cadre as an obstacle to embrace the change which demands a real motivation and efforts to do so (FO_SVP_N2).

4. Targets

No themes were found at this level.

III. The Disciplinary system

Barriers concerned the values, methods and actors dimensions at this system level.

1. Axiology, values

1.1 Culture

1.1.1 Barriers: *Workplace culture resistant to innovations*

A health professional in general, midwives and obstetricians in particular, were described as not open to new services delivery and new ways of offering care. Given their knowledge and historical experience of the clinical environment, many participants revealed that low acceptance of new ideas, new knowledge and cut off with the current practice which is the norm in all clinical settings, might pose a barrier. They questioned the ability to align the clinical settings with the new CBA. They also expressed concerns about applying the CBA, the humanized care in hospital facilities in which they presumed it is difficult to change people’s mentality. One noted:

“The change is more difficult, it takes longer time, people's mentality is hard to change, they are not open to a new model of care primarily the medical community” (FG_MidPract3).

According to many midwifery educators and practitioners, the prevailing norms and ways of working rooted in the traditional fragmented approach will yield resistance counteracting efforts to introduce new evidence-based midwifery practices and continuity of care to clinical settings. This raised serious questions about students' training and was noted as having negative impact on students' learning as they cannot apply the learned competencies in the clinical placements. It disadvantages students and even midwives in terms of practicing the theoretical competencies learned. Underlying professional cultures often remain problematic for the change.

2. Methods

2.1 Readiness for implementation: Professional support

2.1.1 Barriers: *Lethargy of the midwifery association towards the profession and the health of women*

The Association of the Moroccan Midwives was reported as a major constraint to revitalize the midwifery profession and consequently to successfully implement the activities pertaining to it. Most of the interviewees considered that no real effort was done lately to make the midwifery profession responsive to women's needs. According to many midwives, the midwifery association is not taking action or building an approach to address the problem of MM. The association was perceived to be weak and having limited advocacy skills. Efforts in lobbying for changing the statute in the past were not sufficient and poor, and at present promoting midwives' visibility and raising awareness about the role of midwives were lacking from the association's agendas as stated by the majority of interviewees (FG_MidEdu1). Midwifery initiatives to enhance the midwifery profession have been rarely undertaken for promoting the professional recognition as suggested by the following quote:

“Their presence [Professional Association] is symbolic, we do not have a well-developed association, we are not part of it, in my opinion it no longer exists, no activities are done to strengthen the role of the midwife. At Rabat, there are no activities to strengthen the midwife's role” (FG_MidPract2).

One of the educators was very critical about the association and commented that:

“The association of Morocco, is asleep, I mean, it hibernated for years, it has promoted at some point the midwife during the 4 first to 10 years [...] and then it hibernated completely; it is limited to persons who are on way to retirement and who no longer have motivation, I do not know, to defend the profession, they might have other occupations, yes, the association fell asleep, the association can do many things, many things as regards to the regulation” (FG_MidEdu1).

Another midwife reiterated the same point noting that: “the midwives association [...] does not militate for the profession, it fails to comply with the expectations of midwives, and they do not take active steps to improve maternal health” (FG_MidEdu1). Insufficient communication among the leaders and professionals was raised; the Association was characterized to be working in silo, and lacking of transparency as well as of actively promoting cooperation and partnership among midwives, and of sharing information with other members. No efforts have been done to create more unity and exchange among midwives which was described in this quota: “they are not pulling the midwives together as it should be” (FG_MidEdu1; FG_MidPract2). The interviewees stressed that effort done till date is insufficient to respond to the country’s reproductive health needs and to accomplish the midwifery’s mission. Nonetheless, it is worth noting that all these perceptions seem to contradict the claims of the Association representatives who held different views regarding this point.

3. Actors

3.1 Attributes

3.1.1 Barriers: *Lack of motivation of practicing midwives to embrace change*

Consistency of views amongst midwives and other informants was noticed as regards to the midwifery workforce’s attributes. An overarching emphasis was put on the lack of motivation to change. According to data, among the many reasons behind not being motivated

to change are: lack of involvement and consultation on making decision and not feeling valued as an important member of the health team (FO_SFF_N7) which impact on the midwives motivation and job satisfaction; it was mentioned:

“We are not motivated, so how do you want to set up a plan, we are like a simple tool for doing tasks, even for planning, for making decisions, for implementing a project, we are not considered nor consulted, we are just assigned to do paperwork” (FG_MidPract2).

The conditions of work were also cited as a major restraining force to motivation at work and for change as they are not satisfactory; among others, the salary was identified as being very poor (FG_Phys-Nurs1; FG_Obst-MidManag1,2). The outdated legislation which does not protect the midwife was also one of the reasons (AcadDirec2). Midwives reported also feeling frustrated, not having “the psychological readiness to be able to fulfill their tasks in an appropriate way” (AcadDirec2). It was postulated that unmotivated midwives cannot evolve to give satisfaction to woman, to change their behavior, to implement and monitor this Action Plan, to develop their role and make a change, and to take in additional and new responsibilities (AdmNursCadre1).

IV. Characteristics of the Action Plan

Notable insights about the Action Plan’s characteristics were mentioned by respondents. As such, two barriers and one facilitator were revealed by the data analysis.

1. Facilitators

1.1 Relative advantage: *Multilevel perceived benefits and advantages of the Action Plan*

Participants disclosed the anticipated benefits associated with implementing all the components of the Action Plan. Some consensus was evident regarding the future benefits of the Action Plan as regards to the midwifery role, to the development of competencies, to the health care services and finally to the population, maternal and child’s health.

Perceived benefits concerning the role were identified as it would have a positive impact on the profession, making it more recognized and respected and it was seen as “enhancing the professional status” and “raising the profile of midwifery”. Some commented on the CBE program itself postulating that “it is helping the midwives to move towards the humanization of care”, and it is “contributing to the social recognition of her role”. Others viewed the CBE program as a positive point in terms of being up-to-date and keeping in line with international practices. Two administrative medical cadres (FG_AdmMedCadre2) emphasized the prestige associated with being the first and the pioneer institution to initiate the CBE program, in Africa and in the Arab world:

“Now, we take a new direction, we are among the pioneers who will implement this approach, it is the first model of competency-based training, we are the first ones” (AdmMedCadre3).

Furthermore, clarification of midwives’ tasks was mentioned as a benefit of implementing the Action Plan as a whole “The Action Plan will allow a clear distribution of responsibilities between the midwife and gynecologists in the field, which means who is doing what” (AdmMedCadre3), “it is an opportunity for this strategy to bring out a clear role for the midwife, so new tasks that have to be specific for the midwife, to promote her role” (FG_AdmMedCadre2).

Documents’ analysis showed that there were many comments regarding the good aspects of the program; a particular attribute of the CBE program was cited as regards to midwives’ autonomy and the society’s autonomy:

“Midwives are going to be trained to be autonomous in order to train the society to be autonomous and so to transfer this competency to young girls, to women, children and men” (FO_SFF_N6).

Midwives felt that the CBE program could offer advantages in terms of developing multiple skills; they saw possibilities of “developing their competencies on the pedagogical level”, “acquiring interpersonal relationships skills” and “enhancing their skills in communication” thereby making them ready to provide “psychological counseling and support”. Many informants pointed out that it will assure women’s access to midwives who are prepared and prone to provide care throughout the lifespan from early adolescence through childbearing cycle to postmenopausal periods (AdmMedCadre1; AdmNursCadre1; AcadDirec2).

The Action plan was perceived as a valuable means as regards to the health system; opinions about implementing the whole Action Plan were very positive. Participants believed the Action Plan would lead to improved health outcomes. They felt that the main benefit would be an improvement in the continuity of care. It was widely acknowledged as an important feature that it would enable the provision of humanized and more holistic care for patients, resulting in improvements of the services quality. Becoming a key player in contributing to the reduction of high MMR and improving the health of the population and the mother/child dyad was a positive aspect mentioned by most of the interviewees. Nevertheless, conditions for achieving those outcomes were stated through the operationalization of some activities: “multi-systemic activities are needed in terms of legislation change, resources, working conditions change to be able to reduce the MM” (FG_MidEdu3).

2. Barriers

2.1 Complexity: *Complex nature of the Action Plan*

An important barrier to the implementation was the nature of the Action Plan. One interviewee described the Action Plan as quite complex as regards to the magnitude of change required: “a lot needs to be changed”. Other informants viewed the Action Plan as embracing too many components and change has to be executed on a number of levels as reported in the following quote:

“It takes a lot of efforts, many actions to take at all levels, from the first level of woman’s consultation until the last level and to level of the Ministry to implement this Action Plan” (FG_MidEdu3).

Many felt that more time is needed and required to undertake different steps, and this likely will lengthen the time required for implementation. The importance of too much time needed was mentioned on many occasions and by several informants. One spoke about the CBE program in particular as a component of the Action Plan and described it as a multistage program and thus requires:

“A lot of guidance and support, many steps technically, organizationally, and lots of patience because it is complex and we are speaking here about many stages, steps” (FG_AdmMedCadre2).

2.2 Intervention source: *External source of the plan*

Analysis of the documents showed that the Action Plan was developed by the consultant as a means to solve the midwifery problem. The consultant was initially supposed to review the educational program and to provide training sessions in order to strengthen the midwives competencies as requested by the training division. Following the diagnostic phase which involved an in-depth evaluation of the midwife’s situation in Morocco, the consultant recommended a global Action Plan in order to reinforce the midwife’s role. The decision of the training division has focused mainly on reviewing the curriculum:

“The MOH is concerned with reviewing the program, despite that I [The consultant] developed a global plan” (FO_SFF_N7).

Tasks according to the steps of the process consultation required in the terms of reference (TOR) document addressed to the consultant converged with the above-mentioned statement:

“To review the training program for midwives and introduce new skills and competencies in the context of the comprehensive care of women; and to

contribute to the development of the continuing education and to the practice improvement of midwifery in Morocco” (DO_N1).

The source of the Action Plan is cited clearly in all documents and through the interviewees as external, stemming and developed by the international consultant. The following quote exemplifies that:

“I have attended the presentation that she [The consultant] made about the Action Plan, I mean the presentation of the detailed Action Plan, that was attended also by the heads of the Directorates, prior to the workshop validation of the plan” (FG_MidEdu1).

6.3 Article 3

A case study evaluation of an intervention aiming to strengthen the midwifery professional role in Morocco: Anticipated barriers to reaching outcomes

Sabina Abou-Malham¹, Marie Hatem¹, Nicole Leduc²

¹Université de Montréal, School of Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Québec, Canada

²Université de Montréal, School of Public Health, Department of Health Administration, Québec, Canada

Abstract

Background: Morocco is strongly committed to strengthen the midwifery professional role in order to reduce the high maternal mortality ratio. This study aimed to identify and understand the potential barriers that were perceived during the implementation of an action plan aiming to strengthen the midwifery professional role to compromise the implemented activities from achieving the desired outcomes.

We developed and used a conceptual framework which derives from: Hatem-Asmar (1997) framework concerning the interaction of the educational, disciplinary and sociocultural systems in which a professional role develops and evolves; and the CFIR Damschroder (2009) for the implementation analysis.

Methods: The present paper builds on a qualitative case study with three levels of analysis that was conducted to capture data on the factors affecting the implementation process which also revealed rich data about the anticipated barriers to reaching outcomes. Data were collected through training sessions and field observations, documentary analysis, focus groups (n = 20) and individual semi-structured interviews (n = 11) with stakeholders pertaining to the three systems under study. Qualitative content analysis was used to identify themes related to barriers.

Results: Seven barriers were identified in the analysis that may compromise the achievement of the desired results. They concern the: legal framework, social representations and media support in the sociocultural system; and the practice environment, networks and communication mechanisms, characteristics related to the role and the readiness of the disciplinary system.

Conclusion: A lack of consideration of barriers at the levels of the sociocultural and disciplinary systems may hinder strengthening the midwife's role and the provision of a qualified midwife able to improve the quality maternity care. Conducting a change in the educational system cannot be considered as an isolated process. Its success is closely tied with multiple contextual factors pertaining to the two other systems. Activities recommended to

counteract these barriers, targeting the sociocultural and disciplinary systems, might have great potential to build a competent midwifery workforce contributing to positive maternal and neonatal health outcomes and to enhance the success of the Moroccan national strategy put in place to reduce the maternal mortality ratio.

Keywords: implementation, evaluation, outcomes, barriers, facilitators, health professional role, strengthening, midwife, maternal mortality

Background

A global action call to contribute to the decline of the high maternal mortality ratio (MMR) in developing countries has renewed the focus on the need for skilled care and has put midwives in pole position to improve the quality of care, and maternal, infant and neonatal health outcomes (Renfrew et al., 2014; United Nations Population Fund, 2010, 2011). As such, interventions aiming to strengthen the midwifery workforce have become one of the key requirements for achieving the Millennium Development Goals 4 and 5 – to reduce child mortality (MDG 4), and improve maternal health (MDG 5) (World Health Organization, 2011a). Hence, the challenges that are looming ahead as regards to implementing and reaching outcomes of such interventions should not be overlooked. Contexts are challenging conditions whose influence can be distinguished at two levels: i) in implementing the intervention according to the design and ii) in producing the desired results (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011; Stetler et al., 2006). The question of under what contextual conditions interventions reach their intended outcomes has been the focus of several evaluative studies in various fields such as social, educational and health care (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011; Hoddinott, Britten, & Pill, 2010; Lipsey & Cordray, 2000). According to Stetler et al. (2006), monitoring those conditions may help in identifying factors blocking progress towards desired outcomes. Indeed, it has been postulated that analysing the contextual influences may help us to understand the contributing factors to attaining the full potential of an intervention while reinforcing the progress towards its goals (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al., 2011; Johnson et al., 2007). Johnson et al. (2007, p. 5) pointed also to the importance of « the program-environment fit » for attaining educational and preventive programme effects.

In sum, interventions are more likely to be successful if optimal contextual conditions are provided. Therefore, monitoring those conditions should be an integral part of the implementation process and of the outcome evaluations of interventions, specifically those aiming to strengthen the midwifery workforce.

To support the achievement of MDG 5, Morocco has been experiencing since 2008 the setting up of a "strengthening midwifery" Action Plan proposed by a consultant (Hatem, 2008).

It was implemented as a response to a core action (Action 4) of a national health strategy, which focuses on strengthening humans' resource competencies – including midwifery – as a key strategic government response to high MMR (227 per 100 000 live births as estimated in 2003 (Maroc. Ministère de la Santé , 2010). Following 18 months of implementation, an evaluation study revealed a noticeable failure in the execution of the Action Plan, with emphasis being placed on delivering mainly some educational activities. Consequently, only 3 out of 11 of the Action Plan objectives were considered and partially implemented by the training division affiliated to the Ministry of health (MOH) between June 2009 and November 2010, reflecting a failed implementation of other recommended components (e.g. legal, social and professional activities). Moreover, apart from identifying contextual influences (barriers and facilitators) on implementation progress, the evaluation study has revealed context-related information that may adversely prevent the intervention as it has been implemented from attaining the intended outcomes; the need to consider the anticipated contextual barriers – in order to optimize the intervention benefits – that were constantly raised by the participants during field research is highlighted. In sum, our evaluation has yielded two types of results: i) the first concerns the contextual factors affecting the implementation process of the Action Plan; and ii) the second addresses the potential barriers to achieving the intended outcomes while implementing only the educational component of the Action Plan. In the current paper, we focus only on the latter.

Our objective is twofold: 1) to identify the contextual factors that were perceived to compromise the partially implemented Action Plan (educational activities) from achieving the desired outcomes; and 2) to identify the recommendations to be put in place in order to increase the effectiveness of the Action Plan set up in Morocco.

Methods

Context of the intervention: *History of elaboration and implementation of a complex intervention aiming to strengthen the midwifery professional role in Morocco*

In Morocco, a global Action Plan was developed in 2008 and had been implemented by the year 2009 following diagnostic and validation phases conducted in February 2008. It was designed by a consultant according to a conceptual framework stipulating that three systems (*socio-cultural, educational and disciplinary*) in which a health professional role develops and

evolves are crucial and should be targeted by an intervention aiming to change a professional role (Hatem-Asmar, 1997; Hatem-Asmar et al., 2002). Consequently, the conceptual foundations for designing the intervention led to a complex intervention (an operational Action Plan) comprising 11 objectives and relevant activities. In fact, the Action Plan took a wider perspective and was aiming at multiple changes and not a single educational change (e.g. curriculum review and implementation of a competency-based education (CBE), continuing education programme) as requested initially by the human resources department of the MOH. The additional changes suggested, following the diagnostic analysis, encompassed changes within the midwifery profile and care provision, midwifery legislation, the professional midwifery association and community recognition, and human resources reorganization in the Moroccan health system to improve the midwifery role (Hatem, 2008).

In sum, the Action Plan was intended to adopt a systemic approach to strengthen the midwifery role. The intended outcomes of the Action Plan (if fully implemented) are to provide a qualified midwifery workforce contributing consequently to improving the quality of health service provision in order to attain the ultimate outcome, which is reducing maternal morbidity and mortality and improving maternal and neonatal health.

Following 18 months of implementation, the analysis revealed implementation gaps and significant divergence between the intended activities of the Action Plan and those put in place. The results showed that implementation failure was mainly the result of the interaction of a variety of factors pertaining to the context (the three systems in which the Action Plan was introduced) with the characteristics of the intervention itself. The results of the implementation process evaluation are presented in a separate paper.

Conceptual framework

We developed for our study an evaluative conceptual framework (Abou-Malham et al., 2013) that builds on the conceptual model of Hatem-Asmar (Hatem-Asmar et al., 2002) to change a health professional role and on the meta-theoretical framework of Damschroder et al. (2009) for implementation analysis. Our framework was elaborated initially to guide one type of evaluation (implementation/process evaluation) in order to gain an understanding of the

implementation process of an intervention (Action Plan) aiming to strengthen a health professional role. As such, Hatem-Asmar's model was used to delineate the context through which an intervention needed to be diffused across the dimensions (*values, actors, methods, targets*) of the three interacting systems (*socio-cultural, disciplinary and educational*) in order to change a health professional role. On the other hand, the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (Damschroder et al., 2009) provides a taxonomy of constructs organized into five major domains that are likely to influence the implementation of complex interventions: 1) Intervention characteristics; 2) Outer setting; 3) Inner setting; 4) Characteristics of individuals; and 5) Process of implementation. It was used as an analytical tool to frame the observed barriers and facilitators through its "menu of constructs", within the four dimensions of each of the three systems and the intervention. This was done by mapping in an inductive way the thematic codes during data analysis on to the constructs level of the CFIR domains. Constructs of two domains (Inner and Outer settings) were applied to the dimensions (*values, methods, actors and targets*) of the three interacting systems and were not classified under Inner and Outer settings domains as in our sphere there is no single set of Inner/Outer settings due to the complex nature of the interrelated systems under study.

As has been acknowledged, conceptual frameworks may evolve and may develop according to new research issues found through the empirical fieldwork (Miles & Huberman, 2003). This applied to our case, as emerging results regarding the factors that might also affect the intervention's effectiveness (the anticipated factors to reaching outcomes) contributed to further development of our initial framework. Therefore, in the current paper, we present the advanced (expanded) version of our conceptual framework, enriched with a second type of evaluation results related to outcomes (the highlighted yellow area) found in this study (**Figure 3-1**). Thus, the final version of our framework proposes three systems (*socio-cultural, educational and disciplinary*) interacting with the intervention within which are interpreted the successful or failed implementation process as well as the intervention performance or outcomes. It considers a set of dimensions in each system arguing that barriers or facilitators identified according to the "menu of constructs" of the CFIR could be located in the interaction of these dimensions with the intervention. Those dimensions are examined through the CFIR lens in order to understand: i) how the implementation process occurred and what factors

influenced implementation; and ii) how it might influence the reaching of outcomes (performance of the intervention).

Study design

The present paper builds on a qualitative case study that was conducted to capture data on the influence of the context on the intervention's implementation, which also revealed rich data about the anticipated barriers to reaching outcomes. This approach aims to understand the case (the midwifery profession undergoing the implementation process) in depth within its real-life context (Yin, 2009), and to examine the views and experiences of a range of different stakeholder groups pertaining to the three systems under study. In this study, we focus only on the barriers to reaching outcomes.

Defining the research steps: *Reorienting the focus of research according to the real context*

As has been mentioned earlier, the focus of our main case study was primarily on eliciting barriers and facilitating factors encountered with respect to implementing our intervention. However, as the study evolved, unintended findings were generated. Research data provided valuable insights related to contextual factors –viewed as a potential barrier that might hamper the success of the partially implemented Action Plan– that were beyond the scope of our initial research. Given the richness of data that are worth consideration, we decided i) to redraw the boundaries in the light of the emerging results, and ii) to refine the focus of our research as broadly as possible to themes related to the anticipated (potential) barriers to reaching outcomes that were present in almost all research data.

Leaving the scope sufficiently open to the context-generated unintended information (Patton, 2002) and « allowing research findings to emerge from the frequent themes inherent in raw data, without imposing any restraints by structured methodologies » has been recognized as one advantage of the qualitative inductive approach (Thomas, 2006, p. 238). Our aim was to pay attention to « the representation of reality through the eyes of participants » (Henwood & Pidgeon 1993 as cited in Ali & Birley, 1999, p. 104), so our results would be grounded in the context that we have investigated.

Taking into account the perceptions of front-line informants is crucial to better inform decision-makers about the potential barriers to attaining the short, intermediate and long-term outcomes

targeted by the Action Plan. Our consideration of those results is consolidated by many authors who stipulate that if an intervention is only partially implemented, it would not be surprising to find no effects or to expect the intervention's effectiveness to be diminished (Durlak & DuPre, 2008; Lipsey & Cordray, 2000; Lukas et al., 2008).

Hence, through the current article, we are clarifying the contextual factors that represent challenges for attaining the intended outcomes of the partially implemented Action Plan and the critical factors that are essential for its effectiveness. Identifying those factors that contribute to a potential failure may result in either redesigning or adapting the intervention (readjusting the other components of the intervention) or considering later its full adoption. Ignoring those factors that might interact with the intervention (educational activities) delivered compromises reaching positive outcomes (Champagne, Brousselle, Hartz, & Contandriopoulos, 2011; Love, 2004) and understanding why in our case one component of the Action Plan (the implemented educational activities) might not work alone in terms of providing a qualified midwifery workforce contributing to positive maternal and neonatal health outcomes.

In our case study, the educational activities are considered as the intervention interacting with the context to influence the intended outcomes presumed to be attained initially by the Action Plan (type III analysis: typology of implementation analysis according to Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, et al. (2011).

Setting, participants and sampling

Two regions (Rabat and Tétouan) participating in the implementation process and concerned by the running activities were selected for the study. The study was carried out during June and July 2010 through intensive immersion into the field, approximately 18 months after starting the implementation phase. Using purposeful sampling, we selected stakeholders pertaining to the three systems and to the intervention under investigation seeking to achieve maximum variation on numerous dimensions such as different positions and disciplines (administrative cadres, academic directors, midwifery educators and students, nurses, midwives, obstetricians, physicians, medical directors, senior nurse managers and midwifery managers). The aim was to capture a broad range of perspectives and the core experiences of key

informants (Patton, 2002) who were either involved in the implementation process, concerned or supposed to be concerned by the overall implementation of the Action Plan. The crucial factor on which we relied is the potential of each key informant for yielding insight into and understanding of the implementation.

The final sample consisted of 107 informants (106 key Moroccan informants and one international consultant) drawn from maternal health-care services (two health-care centres, two birthing homes, two maternity hospitals), educational institutes (two Instituts de Formation aux Carrières de Santé), the Moroccan Midwives Association, departments affiliated to the Ministry of Public Health (Directorate of population, training division, two regional delegations of the MOH) and the UNFPA office, in those two regions. Despite the fact that two educational institutes were approached to take part in the study, we were able to capture a diversity of meaningful data across almost 10 different educational institutes as midwifery educators involved in the running activities came from many regions across Morocco. Although not specifically involved in the implementation, consideration has been given to the women's views on some particular aspects of receiving midwifery services (such as the benefits of and difficulties in implementing an intervention to strengthen the midwifery role).

Table 1 identifies the key informants belonging to the three systems from both selected sites.

Data collection

A variety of methods were chosen to collect data: in-depth, face-to-face semi-structured interviews (n = 11), focus groups (n = 20), documents (n = 16) with content related to the project (e.g. consultant technical reports on the different sessions implemented, funder letters, emails between different parties concerning the project) and field notes based on direct observation and natural site visits (educational institutes and clinical settings) (n = 13). Regular and repeated observations took place at different times during educational activity sessions of the Action Plan (Tétouan session to validate the midwifery programme, Rabat training the trainers session) over approximately a 30-hour period of observation. We used an interview guide based on questions and structured according to our conceptual framework.

Participants were asked to describe their perceptions of the Action Plan, the implemented activities (educational) and factors (facilitators and barriers) they perceived as influencing the implementation and their experiences with the process if they were involved. Interviews were carried out in participants' workplaces. Each interview lasted between 50 and 90 minutes. Of the 31 interviews, eight were not audiotaped in one region and detailed notes had to be taken manually by the first author (SAM) due to the refusal of participants to be tape-recorded. Interviews were mostly conducted in French (only women were interviewed in Arabic). Illustrative quotations were translated into English for publication purposes.

Due to time constraints and limited financial support, analysis through an iterative procedure was not carried out. Nevertheless, manually detailed notes and interviews were read through the data collection phase in order to gain a sense of the whole prior to proceeding to further interviews.

Ethical considerations

Ethical approval was granted by both the Research Ethics Committee of the Université de Montréal, Québec, Canada and the Ministry of Health in Morocco, which enabled access to the research site. Written consent forms were obtained from all participants.

Data analysis

All audio and manually recorded qualitative data (interviews, observations and field notes, documents) were transcribed in full, imported and managed in QDA Miner qualitative software (Package Version 3.2.3). The analysis was conducted combining deductive and inductive approaches (Miles & Huberman, 2003). In the first stage of the analysis, we applied a deductive approach building on the four dimensions (*values, methods, actors, targets*) of the proposed framework. Then, an inductive thematic analysis using constructivist thinking allowed themes to emerge. Content analysis was based on methods suggested by Miles and Huberman (2003). We started with individual-case analysis, which was followed by cross-case analysis. A pre-established list of codes developed according to the above-mentioned dimensions guided the initial coding. First, texts were read repeatedly to gain familiarity with content. Secondly, data were broken into first-level codes and classified under four mega codes (*values, methods,*

actors, targets) within each data set. Thirdly, they were refined, compared with each other, and similar ones were combined. Fourthly, they were aggregated into broader thematic codes, and assigned to the "barriers" category (as the "facilitators" category did not yield any result). Thematic codes were identified and mapped on to the CFIR constructs, which helped to identify the sub-codes.

In sum, the findings were grouped under four mega codes – *values, methods, actors* and *targets* – and under the constructs of the CFIR framework (when applicable), which were adopted to identify the sub-codes. Data analysis was undertaken by the first author (SAM). Themes and related codes within each dimension of each system were discussed repeatedly through reviewing the original transcripts with the co-authors of the study (MH, NL) to confirm coding and make final decisions on assignment.

Trustworthiness was ensured through a variety of methods: regular checking and meetings were held with the co-authors during the coding process to discuss themes and to reach consensus on final codes. A selection of transcripts was reviewed by an independent researcher to help maximize the validity of the findings. Triangulation of data sources was done by comparing and cross-checking the different points of views of actors belonging to the three systems and by checking the views expressed against the written documents related to the project's activities. This was used to reduce bias and to strengthen confidence in the conclusions drawn (Patton, 2002).

Results

Table 2 provides information on participants' characteristics (position title, gender, work experience, rural/urban setting experience)

In this section, we will present the thematic codes that emerged from the data analysis according to the dimensions of our conceptual framework. The anticipated barriers to attaining favourable outcomes included seven barriers distributed over two dimensions of each of the sociocultural (*values, methods*) and disciplinary (*methods, actors*) systems (see **Table 3**, summary of results). The analysis has shown that among the seven thematic codes, only three

codes resonate with three constructs of the CFIR: one pertaining to the Outer setting domain (1– External policies and incentives), and two to the Inner setting domain of the CFIR (2– Networks and communication; 3– Readiness for implementation/Available resources). Quotes in italics deriving from the original transcripts are used below to illustrate the results. Furthermore, as interviewees provided their perspectives on activities, which must be put in place to counterbalance barriers, we decided to group both under the same thematic codes.

The sociocultural system

Barriers at the level of the sociocultural system pertained particularly to the values and methods dimensions.

1. Axiology, values

1.1 External policies and incentives (regulations): *Archaic legal and regulatory framework*

The current midwifery legal and regulatory framework was perceived as a major barrier to the success of the educational activities implemented. In Morocco, shortcomings related to legislation and the lack of a clear and formalized statute governing the midwifery profession and responding to their needs were of major concern for many participants. The impact of such outdated legislation is that it prevents midwives from fulfilling any new or expanded role and assuming additional responsibilities. It was described as hindering the current educational activities put in place to reach their objectives: even if midwifery training becomes “competency-based”, it will not be sufficient to allow a midwife to apply what she has learned. Midwives were described as “*handicapped by legal barriers to practice*” (FG_ AdmMedNursCadre4). One administrative cadre reported that “*without changing the law, midwives can’t perform the role for which they are being educated and all is doomed to failure*” (AdmMedCadre1).

Another central concern was the current legislation that jointly regulates midwives, nurses and other health professions. The absence of midwifery-specific legislation, entailing its own practice standards, hinders the intervention from attaining its objectives and the midwifery profession from moving forward. Current legislation was reported to impact on midwifery practice according to the competency-based approach (CBA) as “*midwives cannot work without legal protection aligned with the new competencies*” (FG_AdmedCadre2).

According to some interviewees, undertaking a review of legislation is required, as stated by one of the midwifery educators:

“The training programme on its own will not ensure reaching the desired strengthening of the midwifery profession; there should be other issues to be taken into consideration and other supporting measures such as legislative measures” (FG_MidEdu1).

It was mentioned as “a must” in order to attain the ultimate objective in terms of providing qualified midwives who will effectively contribute to reducing maternal morbidity and mortality.

1.2 Social representations: *Poor image of the midwife and lack of public awareness of her role*

Negative perceptions, misconceptions and misunderstandings of the midwife’s image prevail at the community level. Midwives are often perceived as physicians’ assistants and viewed as subservient to obstetricians (FG_AdmMedCadre2). They are mixed up with traditional midwives and sometimes people are unable to differentiate them from nurses. Midwives have become devalued by the wider society; their role is not understood and is restricted to being “*a birth attendant and practising only the art of delivering women*” (FG_MidStud1). They are also viewed as being not humane in their relationship with women, unable to have compassionate communication that respects the women’s experience of childbearing. They were seen as treating women badly, “*slapping women and yelling at them*” (AdmNursCadre1). In sum, midwifery services do not receive high recognition from the Moroccan community. The lack of visibility of midwives was reported as a major problem in Morocco. Moreover, it was stated that in rural areas, the value of the traditional midwife (Kabla) and her presence among the community means that the professional midwife has to compete with this health personnel, who has more power within the community despite her unsafe practices (FO_SFF_N9).

Due to the significant number of negative representations about midwives, a few interviewees emphasized the need to consider action in order to combat the negative image of

midwifery, to raise public awareness and the acceptability of midwifery services, and finally to increase access to care by a qualified midwife (FO_SFF_N7; FG_MidEdu1). This was reported as “*a primary objective for the profession and one of the most critical elements that should be focused on, apart from focusing on educational activities*” (FO_SFF_N8), in order to strengthen the midwife’s role.

2. Methods

2.1 Media support: *Disadvantageous media coverage for midwives and women*

Midwives reported that the media diffuses wrong messages about them, and that the focus is always on obstetric nurses and physicians rather than on the primary maternal health-care provider, which is the midwife (NurseManag2). Aspects of ignorance on behalf of the media were reported, such as addressing traditional midwives to speak about maternal health care when this topic is raised through media programmes instead of inviting midwives. The lack of media support was illustrated by many midwives, such as “*not diffusing aspects of care provided by midwives in order to enhance midwives’ visibility in the society and to build trust between midwives and members of the community*” (FG_MidEdu2), and focusing on maternity hospitals rather than on midwives’ role at the birthing homes. The media doesn’t proceed to community mobilization by improving access to information about the importance of prenatal care and of being attended by a skilled midwife (FG_Obst-MidManag2). Informative sessions for pregnant women were not initiated by the media through television programmes.

“There is no advertising for midwives, they do not broadcast information about midwives, their role, and there are no educational activities through the media on the importance of the follow-up during pregnancy” (FG_MidPract2).

The educational system

At this level, the barriers reported were mainly related to the contextual influence on the implementation process.

The disciplinary system

Barriers concerning the methods and actors dimensions were identified.

2. Methods

2.1 Midwifery practice environment: *Poor working and living conditions*

Informants believed that despite the educational activities being implemented, inadequate working conditions are factors that hinder the attainment of the desired results, which is improving the quality of maternity health care provided by a competent midwife. Many aspects of the hard working conditions were stated, such as: low salaries for health-care providers in general and for midwives in particular, excessive workload and inadequate remuneration (FG_Obst-MidManag1,2; FG_MidPract1,2,3). The heavy workload was an issue mentioned by many informants in terms of carrying out the largest number of deliveries. One midwife said: “*We perform an average of 40 deliveries in public maternities during a 12-hour night shift schedule*” (FG_MidPract2). The too high ratio of women per midwife was a common refrain of many informants. Midwives described themselves as “*working on the maternity wards like machines*” (FG_MidPract1). Heavy working hours were leading to “*job dissatisfaction and impacting negatively on midwives’ mental health and on the quality of care*” (FG_MidPract3).

The payment scale of midwives was reported as not matching the workload undertaken by midwives, leading to frustration, particularly in the light of the assumed responsibilities. Moreover, no incentive system exists, such as extra payment or allowances for working night shifts or extra hours. Particular concerns relating to working and living conditions in rural areas were raised. Rural practice conditions were described as being very problematic and poor for assisting women in a humane way according to a competency-based approach (CBA). Midwives face problems related to transportation and accommodation and to unsafe working conditions. Inadequate provision for living in remote areas – such as safe housing, electricity, food and access to communication means and the Internet – was of major concern. One academic director said:

“The major problem, well, is particularly in the rural areas, this is the great problem, so for midwives, it’s about the living conditions that are devastating, it’s even going to create an impediment to this programme, if you give a midwife a small house without enough electricity, without water for an entire year, it will

affect her performance [...], in your opinion is she going to perform well or apply her new competencies with no electricity?” (AcadDirec1).

All these problems were reported to have some negative influence on midwives. One academic director said: *“such poor conditions influence midwives’ performance and their willingness and capabilities to adapt to change”* (AcadDirec2). Many participants raised the problem of professional, social and cultural isolation due to the remoteness of some villages and isolated areas. According to some interviewees, *“even if the CBE programme aims to develop the skills of the midwife, those conditions are not favourable for practising new midwifery skills”* (NursManag2). Rotation of midwives occurring three to four years after the assignment of midwives to rural areas was stated as a barrier to any midwifery intervention given the major physical and psychological impact on the midwife and consequently on her motivation to perform and apply new skills (AcadDirec1). Failure to develop appropriate actions and to improve working and living conditions would not result in successfully reinforcing her role (FG_Phys-Nurs2).

2.2 Readiness for implementation – available resources: *Inadaptability of human/material resources and training to the midwifery practice’s requirements*

Global short-health-care staffing in Morocco and in rural regions and unequal distribution of the midwifery workforce between urban and rural areas were among the barriers stated as hindering the intervention’s success. They were considered as inadequate to provide safe care and to guarantee the success of the project. Participants expressed their opinions, stating that *“under such conditions, the CBE programme cannot reach its goal and midwives cannot provide women-centred care”* (FO_SFF_N6).

The infrastructure for providing quality health-care services was seen as inadequate to practise safely and to provide holistic care in some rural birthing homes. It was stated that *“lack of oxygen, unequipped ambulances and lack of medical equipment, of supplies, will hinder our ability to work according to the new CBA”* (FO_SFF_N7). Many midwives commented on the difficulty of providing humanistic and global care, of applying the competencies learned in

understaffed environments (FG_MidEdu3). Also, access to obstetricians and anaesthetists in rural birthing home areas seems very difficult.

As for continuing education, midwives postulated that post-graduation learning opportunities are not available and are not supported through the educational budget (FG_Phys-Nurs1, 2). Their education has been described as inappropriate for providing care for women and for being autonomous practitioners according to the recent scientific knowledge, and that is due to the lack of responsiveness of midwifery system training to the development of scientific knowledge. It was mentioned that:

“The objective of improving quality health services through strengthening midwives’ role will remain out of reach as long as prior attention is not given to issues pertaining to human, material resources” (NursManag2).

Failure to address these barriers through activities such as increasing the number of midwives, allocation of adequate resources equitably for midwifery practice, in synergy with the CBE programme, could seriously impair the achievement of the outcomes according to many interviewees (FG_AdmMedCadre2; FG_MidPract1; FO_SFF_N8).

2.3 Networks and communications: *Inadequate communication and poor interdisciplinary collaboration*

Some participants believe that a poor interprofessional relationship and collaboration between obstetricians and midwives is a crucial adverse factor towards achieving the desired outcomes. Thus, mistrust, lack of respect and disregard for midwives by obstetricians and anaesthetists were main issues posing major barriers to overcome in order to provide women-centred care. Many midwives questioned the lack of trust in midwifery practice in the light of the future collaboration needed for practising according to the CBA and providing comprehensive care (FG_MidPract2). The lack of physicians’ professional trust in midwives’ decision-making was highlighted, such as doubting their clinical judgments and their decisions related to obstetrical assessments and to the use of partograms (FG_MidPract1; FO_SFF_N6). Shared decision-making was not carried out between the team members, and physicians’

decisions were stated as THE decision that “*should always stand*” in public hospitals (FG_MidPract1).

Midwives talked about their individual practice in providing care for women in the absence of obstetricians who attended only to manage emergency cases and to perform caesarean sections. Midwives felt undermined by anaesthetists who refused to communicate with them even in emergency cases. They believed that:

“Their relationship with anaesthetists and physicians as a dominant/dominated relationship type [...] might have an impact on the success of the intervention, on strengthening midwives’ role” (FG_MidEdu4).

Several participants predicted difficulties in meeting the Action Plan objectives. Unanimously, the need for support in terms of encouragement, for respect and for sharing decisions was emphasized as it was seen as essential for successfully strengthening the midwifery profession.

3. Actors

3.1 Role characteristics: *Midwife’s role ambiguous, misunderstood and misused in the professional field*

The lack of a well-defined scope of practice for midwives and a formalized job description that delineates their functions was perceived as a major barrier. It was mainly linked to the outdated legal framework in Morocco. There appeared to be a consensus amongst the participants that unclear role boundaries had many consequences, including blurring the roles of obstetricians and midwives, their scopes of practice overlapping, and subsequently midwives sometimes doing activities falling within the scope of medical practice. One potential area of conflict that was mentioned regarded the use of a vacuum extractor in an emergency situation in birthing homes, leading to fear of litigation (AdmNursCadre1). Lack of clarity of the role’s definition influences the midwife’s self-perception of her role among others. Lack of understanding of the role among the midwives themselves, by the medical and by other nursing staff, was mentioned. Due to inadequate role definition, excessive involvement in non-midwifery activities was a recurrent problem observed in the clinical settings. One midwife

stated: “*Professional boundaries of midwives are not clear, they can function as a physician, [...], dental assistant, even a cleaning agent*” (FG_MidPract2). One nursing cadre mentioned that midwives make wound dressing for patients visiting health centres on some occasions.

Worries regarding the lack of prescribing rights (e.g. related to antibiotics, laboratory exams) in rural areas were described as hindering their future ability to provide emergency obstetric care and to manage critical cases (FG_Admed-NursCadre4). In sum, as the Action Plan’s objective suggesting that a committee be given the responsibility to work on the midwife’s statute in Morocco was not applied, and in the absence of a statute that delineates the midwives’ scope of practice, almost all midwives, administrative medical cadres and nurses participants predicted the failure to achieve the objective of the CBE programme and to strengthen the midwife’s role.

Discussion

Our findings have provided rich information regarding the constraining context that might hamper attainment of the objective of strengthening the midwives’ professional role in Morocco, and improving the quality of maternal health care as intended. Data on contextual factors that interact with the intervention (Action Plan) as it has been implemented and that might prevent positive outcomes being produced belong to the sociocultural and disciplinary systems, which need to be addressed in parallel to the educational system, as previewed by the Hatem-Asmar framework (Hatem-Asmar, 1997).

With regard to the sociocultural system, data analysis has shown that the lack of alignment of the current legal framework and regulations governing the professional principles of midwifery practice in Morocco with the forthcoming competency-based programme might hamper achievement of the intended outcomes. Old legislation not based on a distinct scope of professional practice with its own practice standards was the reason for barriers related to midwifery practice such as lack of authority, lack of clarity of job description and lines of responsibilities, and finally a perceived lack of recognition of the midwife’s role among the midwives themselves and among other health professionals (e.g. physicians). Gruppen,

Mangrulkar, and Kolars (2012) state that the core competencies to be taught in a CBE programme need to be clearly specified by the authoritative bodies that regulate the practice of the profession. It has also been acknowledged that failure to provide an enabling legislative and regulatory framework constitutes a barrier to role expansion (Lockwood & Fealy, 2008) and impedes midwives from positively exploiting the potential of their role; such activities are most likely to help define the role, identify the standards of midwifery practice and draw professional boundaries to prevent confusion over the scope of practice (World Health Organization, 2011b).

Moreover, poor image and lack of visibility and recognition of the midwifery profession among the community, reported in the present study as a potential barrier to achieving the full role and providing quality health services, were also raised in the literature. For example, Brodie (2002) stated that an under-recognized midwifery profession has serious implications for sociocultural quality, which means the extent to which services are acceptable to users and meet their expectations (Dussault & Dubois, 2004), thus affecting demands being made by consumers. We found that lack of media support is a concern that needs to be addressed by health authorities. Indeed, strategies for raising awareness and building understanding of the midwife's role (e.g. information on websites) had been recommended in previous studies to support the implementation and expansion of midwifery, to gain respect for the profession and consequently to enable midwives to fulfill their role (Research Power Inc, 2010).

Our findings also illustrate that midwives operate within a constrained disciplinary system, inconsistent with the CBA, which might place high restrictions on fulfilling the role according to the woman-centred approach, and on using competencies to the best effect (responding to women's social, emotional and cultural as well as physical needs). Midwives face many problems such as poor working conditions marked by an excessive workload and inadequate salaries, critical staff shortages, lack of equipment to provide midwifery care and lack of supervision. Those barriers are attributable to the lack of management of human resources at the Ministry of Health's level pertaining to the sociocultural system according to our framework. Taking into account those barriers has been emphasized as they affect the midwives' motivation and their professional performance (Mathauer & Imhoff, 2006; United Nations Population Fund, 2011).

Our findings with regard to the resource-constrained work environment and difficult teamwork relationships are in line with the barriers challenging the success of an innovative midwifery education programme in Afghanistan in terms of providing quality health care and averting maternal deaths (USAID, 2009). The authors considered that barriers such as paucity of resources, discrimination of midwives by doctors and lack of teamwork in the health facilities need to be effectively addressed to ensure strengthening the midwives competencies. Investing in human resources and changing the constraining environment (such as inadequate physical and organizational structures of labour, and lack of teamwork and respect between doctors and midwives) were also recommended by Narchi (2011) in Brazil to enable midwives to put into practice essential competencies and to provide humanized and midwife-led care. Parkhurst et al. (2005) also argued that the extent to which skilled attendants can provide mortality-reducing services is dependent on the larger systems in which they operate such as the context in which staff work (functioning network, resources), and the quality of human resource management.

It is worthy of note that the results of this study reflect the situation that was prevailing during the diagnostic phase prior to considering the implementation of the Action Plan. An important finding is that the recommendations suggested by the key stakeholders are in line with the activities supposed to be implemented as intended in the initial design of the Action Plan and that have not been adopted by the Ministry of Health. We recall that the initial design was based on the barriers found and the recommendations of the stakeholders interviewed during the diagnostic phase. This offers insights into the consensual views obtained from different stakeholders at different phases (before and during implementation) regarding how to strengthen midwifery. This also implies that the barriers reported in the present study can be converted into activities and can be used to build once again the same operational logic model of the intervention, confirming thus the relevance of the initial one.

Our findings revealed that implementing the educational activities without considering the activities designed to target the two other systems (sociocultural and disciplinary systems) in which the midwife operates – such as the practice, the community at large and legislative and regulatory environments – might pose a threat to reaching outcomes (providing a competent

midwifery workforce able to contribute to the provision of quality maternity services). Fostering an environment that is conducive to change in addition to the educational issue, by addressing the vital areas of a sustainable midwifery workforce (e.g. legislation and regulation, professional and social recognition, practice environment, management of human resources), has been advocated by many international reports and many studies across the world. In a recent publication of the Lancet series (ten Hoop-Bender et al., 2014) and toolkits on midwifery by the World Health Organization (2011b), key domains were proposed for national investment in midwives and to strengthen their role as essential providers of skilled care: updating educational programmes according to the CBA to respond to community needs, establishing a supportive legislative and regulatory framework for midwifery practice and education, and establishing enabling work environments and adequate midwifery workforce management. Carrying out such change would enable midwives to practise to the full extent of their competencies, which is essential for quality practice and improved standards of care.

The results from the present research are not surprising; they align with previous findings from studies conducted in different countries such as those in the Arab world, Australia and other countries, recommending widespread changes to the system to enable the midwife to achieve the full scope of practice and to contribute effectively to maternity services provision. Areas that need to be focused on embrace promoting the visibility and recognition of midwifery in society, legislative and regulatory activities, the reform of midwifery education, the establishment and funding of midwifery-led models of care and creating a positive working environment (Brodie, 2002; Hassan-Bitar & Narrainen, 2011; Hauck, Bayes, & Robertson, 2012; Homer et al., 2009; Shaban et al., 2012). In Mongolia, Kildea, Larsson, and Govind (2012) also recommended concomitant strategies to strengthen and align midwifery with international standards, and provide quality care such as implementing a competency-based training, initiating regulatory and job description changes, and improving health facility conditions such as adequate provision of essential equipment and drugs. The United Nations Population Fund (2011) put emphasis on providing an enabling environment for midwives (adequate supervision, professional collaboration, appropriate remuneration for midwives) as well as educating them according to the ICM essential competencies, to maintain a motivated midwifery workforce and maximize their contribution to health.

In sum, improving midwifery has been consensually conceived within a larger framework depending on the needs of the individual countries aiming to strengthen the midwifery role. Indeed, the majority of empirical studies reviewed corroborate our findings by stressing the need to take a broad view of change as a means to overcome barriers to realize the full potential of the midwives' role in many countries around the world. A fragmented view of a change taking place in an educational system that does not consider changes to the other two systems represents a partially focused view on a complex problem, and is only part of what is required for building a competent midwifery workforce contributing to positive maternal and neonatal health outcomes. Thus, our results support the conceptual underpinnings regarding how to change a health professional role that stress the need to address the three systems in which a role develops and evolves and confirm the relevance of the Action Plan. Conducting a change in the educational system cannot be considered as an isolated process. Its success is closely tied with multiple contextual factors pertaining to the two other systems, as has been discussed. Consequently, implementing one single intervention of "a global midwifery Action Plan" seems to be less effective according to empirically derived knowledge from the present research and from others conducted in different contexts than delivering all the components of the plan.

Our results emphasize the importance for policymakers of paying attention to the root causes of the problem that, if they remain unaddressed, will mean that efforts to strengthen midwifery will fail. Top-down approaches by deterministic logic without an adequate participation of stakeholders concerned by the problem have been described as insufficient because such approaches neglect the psychological fit of integration of the change initiative by the front-line actors (Zink, Steimle, & Schröder, 2008). The participatory approach is one of the most appropriate approaches to redesigning work methods and allows members to play an active role, fostering thus a greater commitment to change (Vink, Imada, & Zink, 2008; Zink et al., 2008). Dussault and Dubois (2004) argued that any process of development and implementation of workforce interventions must adjust to the expectations and priorities of the front-line health-care providers and consider their full participation in the process.

Thus, apart from attempts at educating midwives according to the CBA, our results provide guidance for decision-makers on many other vital issues, as already addressed through the Action Plan's activities that must be addressed concurrently within the system as a whole:

- In the disciplinary system: building an interdisciplinary working relationship; ensuring effective interprofessional collaboration and establishing a well-functioning team; improving working conditions; reorganizing midwifery services; mobilizing the midwifery professional association; and reforming the midwifery profile and scope of practice.
- In the sociocultural system: social marketing activities for raising community awareness of the midwifery services and enhancing social acceptability of the profession; reforming the law; reviewing the management of resources (e.g. human, material) in the Moroccan system.

Strengths and limitations of the present study

One strength of this study is the use of an innovative evaluation framework to study change in the health professional field. In addition, collecting different views from different systems (educational, clinical settings, professional organizations and governmental departments) regarding the anticipated factors that might affect outcomes helped to provide a better understanding of the importance of adopting and implementing all the components of the Action Plan.

However, there are some limitations with this evaluation. The CFIR used as the analytical lens has proved to be very useful for analyzing contextual influences on the implementation process, as has been reported in a previous paper. However, it applies poorly to examining the anticipated barriers for reaching outcomes. Indeed, the thematic analysis showed a limited resonance between the themes and the CFIR constructs (four barriers out of seven were not captured by the CFIR constructs). Our findings question the CFIR's usefulness for organizing data related to outcomes despite the fact that it has been advanced as a framework that guides three types of evaluation (needs assessment, implementation and outcome evaluations). Much work might be needed to enrich constructs and enable the understanding of contextual influences on reaching outcomes.

Furthermore, despite the fact that our case study allowed an in-depth understanding of the implementation experience in two regions of the Moroccan system, generalizability may be limited. Findings do not reflect the perspectives of all obstetric health-care settings, the Moroccan community as a whole and reproductive health departments affiliated to the MOH in all regions of Morocco, regarding the potential barriers to reaching outcomes. On the other hand, we were able, by collecting in-depth information, to gain a deeper understanding of the Moroccan context, which may help readers to decide to what extent results can be transferable to similar settings. Another limitation of the study is that information was gathered over a short timescale period due to a limited financial budget; even so, field immersion in the Moroccan context was intensive.

Conclusions

These findings provide an important understanding of the anticipated barriers to strengthening midwives' role in Morocco while implementing a partially focused intervention (educational activities) from the perspectives of a broad range of key stakeholders. Our research has provided guidance on how the sociocultural and disciplinary systems may affect the outcomes and what combination of interventions may be more conducive toward attaining the objective of providing a qualified midwifery workforce able to contribute effectively to improving maternal and neonatal health. This implies that policymakers in Morocco must consider the complex interplay of all these barriers and the context that may act as an effect modifier (Jackson & Waters, 2005) and adopt a whole system-strengthening approach to help build a stronger midwifery workforce. Activities recommended to counteract these barriers, targeting the sociocultural and disciplinary systems, might have great potential to reposition midwifery as a full partner in the maternal health improvement process and enhance the success of the national strategy put in place by the MOH to reduce the maternal mortality ratio. Being aware of these barriers could guide future intervention efforts in reconsidering the initial design of the Action Plan and the implementation of all the components to allow the full use of competent and cost-effective primary health-care professionals. There is a need to conduct further studies in similar contexts to improve understanding of the mechanisms for successful workforce change and consequently to increase the roll-out of such interventions in countries with the highest burden of maternal deaths.

Competing interests

The authors declare that they do not have any competing interests.

Authors' contributions

All authors contributed to the project: Author 1 (SAM) took the lead role in conducting the evaluation, collecting, transcribing and analysing the data, and writing the manuscript; Author 2 (MH) supervised all the phases of the project, participated in the design of the study, made the initial contacts to have access to the field research, validated the qualitative analysis, the methodology and the results, and made several critical revisions of the manuscript. Author 3 (NL) validated the qualitative analysis and participated in the critical revision of the manuscript. All authors read, critically assessed and approved the final manuscript.

Authors' information

SAM has a master's degree in nursing sciences and is a PhD candidate at the Université de Montréal, School of Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Montreal, Canada;

MH has a PhD in public health and is a full professor at the Université de Montréal, School of Public Health, Department of Social and Preventive Medicine, Montreal, Canada;

NL has a PhD in public health and is a full professor at the Université de Montréal, School of Public Health, Department of Health Administration, Montreal, Canada.

Acknowledgements

The main author of this study benefited from financial support (scholarships) granted by: the QTNPR Bursary, the Research Institute in Public Health at the Université de Montreal (IRSPUM). Financial support was also received by Professor Hatem to collect the data. The authors wish to thank all participants for their willingness to take part in this study. The authors acknowledge the useful suggestions of Laura J. Damschroder, MS, MPH, with regard to applying the CFIR to the present study.

References

- Abou-Malham, S., Hatem, M., & Leduc, N. (2013). Understanding the implementation of a complex intervention aiming to change a health professional role: A conceptual framework for implementation evaluation. *Open Journal of Philosophy*, 3(4), 491-501. doi: 10.4236/ojpp.2013.34071
- Ali, H., & Birley, S. (1999). Integrating deductive and inductive approaches in a study of new ventures and customer perceived risk. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2(2), 103-110. doi: 10.1108/13522759910270016
- Brodie, P. (2002). Addressing the barriers to midwifery-Australian midwives speaking out. *The Australian Journal of Midwifery*, 15(3), 5-14.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., & Contandriopoulos, A.-P. (2011). Modéliser les interventions. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2ème mise à jour^e éd., p. 71-84). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2011). L'analyse de l'implantation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2ème mise à jour^e éd., p. 238-273). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. doi: 1748-5908-4-50 [pii] 10.1186/1748-5908-4-50 [doi]
- Durlak, J., & DuPre, E. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327 - 350.
- Dussault, G., & Dubois, C.-A. (2004). Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper: Human Resources For Health Policies: A Critical Component in Health Policies. Repéré à <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/DussaultDuboisHRHealthPolicies.pdf>
- Gruppen, L., Mangrulkar, R., & Kolars, J. (2012). The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. *Human Resources for Health*, 10(1), 43.
- Hassan-Bitar, S., & Narrainen, S. (2011). 'Shedding light' on the challenges faced by Palestinian maternal health-care providers. *Midwifery*, 27(2), 154-159. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.05.007>
- Hatem-Asmar, M. (1997). *Choix éducationnels pour la formation des professionnels de la santé: le cas de la profession de sage-femme au Québec* (Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Québec, Canada).
- Hatem-Asmar, M., Fraser, W., & Blais, R. (2002). Trois paradigmes pour développer un programme de formation des professionnels de la santé: le cas de la formation des sages-femmes au Québec. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9(1), 86-102.

- Hatem, M. (2008). Rapport de fin de mission: Assistance technique pour la révision du programme de formation des sages-femmes dans le Royaume du Maroc. Rapport inédit.
- Hauck, Y. L., Bayes, S. J., & Robertson, J. M. (2012). Addressing the workplace needs of Western Australian midwives: a Delphi study. *Australian Health Review*, 36(2), 176-183. doi: 10.1071/AH11026
- Hoddinott, P., Britten, J., & Pill, R. (2010). Why do interventions work in some places and not others: A breastfeeding support group trial. *Social Science & Medicine*, 70(5), 769-778. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.067>
- Homer, C. S., Passant, L., Brodie, P. M., Kildea, S., Leap, N., Pincombe, J., & Thorogood, C. (2009). The role of the midwife in Australia: views of women and midwives. *Midwifery*, 25(6), 673-681. doi: 10.1016/j.midw.2007.11.003
- Jackson, N., & Waters, E. (2005). Criteria for the systematic review of health promotion and public health interventions. *Health Promot Int*, 20(4), 367-374. doi: 10.1093/heapro/dai022
- Johnson, C. A., Cen, S., Gallaher, P., Palmer, P. H., Xiao, L., Ritt-Olson, A., & Unger, J. B. (2007). Why smoking prevention programs sometimes fail. Does effectiveness depend on sociocultural context and individual characteristics? *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*, 16(6), 1043-1049. doi: 10.1158/1055-9965.epi-07-0067
- Kildea, S., Larsson, M., & Govind, S. (2012). A review of midwifery in Mongolia utilising the 'Strengthening Midwifery Toolkit'. *Women and Birth*, 25(4), 166-173. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.08.007>
- Lipsey, W. M., & Cordray, S. D. (2000). Evaluation methods for social intervention. *Annual Review of Psychology*, 51, 345-375.
- Lockwood, E. B., & Fealy, G. M. (2008). Nurse prescribing as an aspect of future role expansion: the views of Irish clinical nurse specialists. *Journal of Nursing Management*, 16(7), 813-820.
- Love, A. (2004). Implementation evaluation Dans J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (dir.), *Handbook of Practical program Evaluation* (2^e éd., p. 63-97). CA, San Francisco: Jossey-Bass.
- Lukas, C. V., Meterko, M. M., Mohr, D., Seibert, M. N., Parlier, R., Levesque, O., & Petzel, R. A. (2008). Implementation of a clinical innovation: The case of advanced clinic access in the Department of Veterans Affairs. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 31(2), 94-108. doi: 10.1097/1001.JAC.0000314699.0000304301.0000314693e.
- Maroc. Ministère de la Santé (2010). *Plan National 2008-2012 pour l'accélération de la réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile: État d'avancement*. Royaume du Maroc. Repéré à http://www.dhsa.ma/images/pdf/etat_avancement.pdf
- Mathauer, I., & Imhoff, I. (2006). Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 4(1), 24.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2^{ème} éd.). Paris: De Boeck Université.

- Narchi, N. Z. (2011). Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. *Midwifery*, 27(1), 23-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.007>
- Parkhurst, J. O., Penn-Kekana, L., Blaauw, D., Balabanova, D., Danishevski, K., Rahman, S. A., . . . Ssengooba, F. (2005). Health systems factors influencing maternal health services: a four-country comparison. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 73(2), 127-138.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., . . . Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*.
- Research Power Inc. (2010). Implementation of Midwifery In Nova Scotia. Repéré à <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/documents/Evaluation-of-MW-Report.pdf>
- Shaban, I., Barclay, L., Lock, L., & Homer, C. (2012). Barriers to developing midwifery as a primary health-care strategy: A Jordanian study. *Midwifery*, 28(1), 106-111. doi: 10.1016/j.midw.2010.11.012
- Stetler, C., Legro, M., Wallace, C., Bowman, C., Guihan, M., Hagedorn, H., . . . Smith, J. (2006). The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience. *Journal of General Internal Medicine*, 21(2), S1-S8. doi: 10.1007/s11606-006-0267-9
- ten Hoope-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., . . . Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. doi: 10.1177/1098214005283748
- United Nations Population Fund. (2010). Global Call to Action : Strengthen Midwifery to Save Lives and Promote Health of Women and Newborns. Repéré à http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/events/2010/midwifery/Joint_Statement_Symposium_on_Strengthening_Midwifery_Final_04JUN2010.pdf
- United Nations Population Fund. (2011). The State of The World's Midwifery Report 2011: Delivering Health, Saving Lives. Repéré à http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/en_SOWMR_Full.pdf
- USAID. (2009). Program Evaluation of the Pre-Service Midwifery Education Program in Afghanistan. Repéré à http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R111_USAID_2009_Afghanistan_PreServiceMidwiferyEducationReport_Afghan_Nov2009.pdf
- Vink, P., Imada, A. S., & Zink, K. J. (2008). Defining stakeholder involvement in participatory design processes. *Applied Ergonomics*, 39(4), 519-526. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2008.02.009>
- World Health Organization. (2011a). Strengthening Midwifery Toolkit: Module 1- Strengthening Midwifery: A Background Paper. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module1_eng.pdf

- World Health Organization. (2011b). Strengthening Midwifery Toolkit: Module 2- Legislation and Regulation of Midwifery - Making Safe Motherhood Possible. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module2_eng.pdf
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Designs and Methods*. (4^e éd.). Sage Publications, Inc.
- Zink, K. J., Steimle, U., & Schröder, D. (2008). Comprehensive change management concepts: Development of a participatory approach. *Applied Ergonomics*, 39(4), 527-538. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2008.02.015>

Tableau 8 (Table 1): Key informants belonging to the three systems from both selected sites

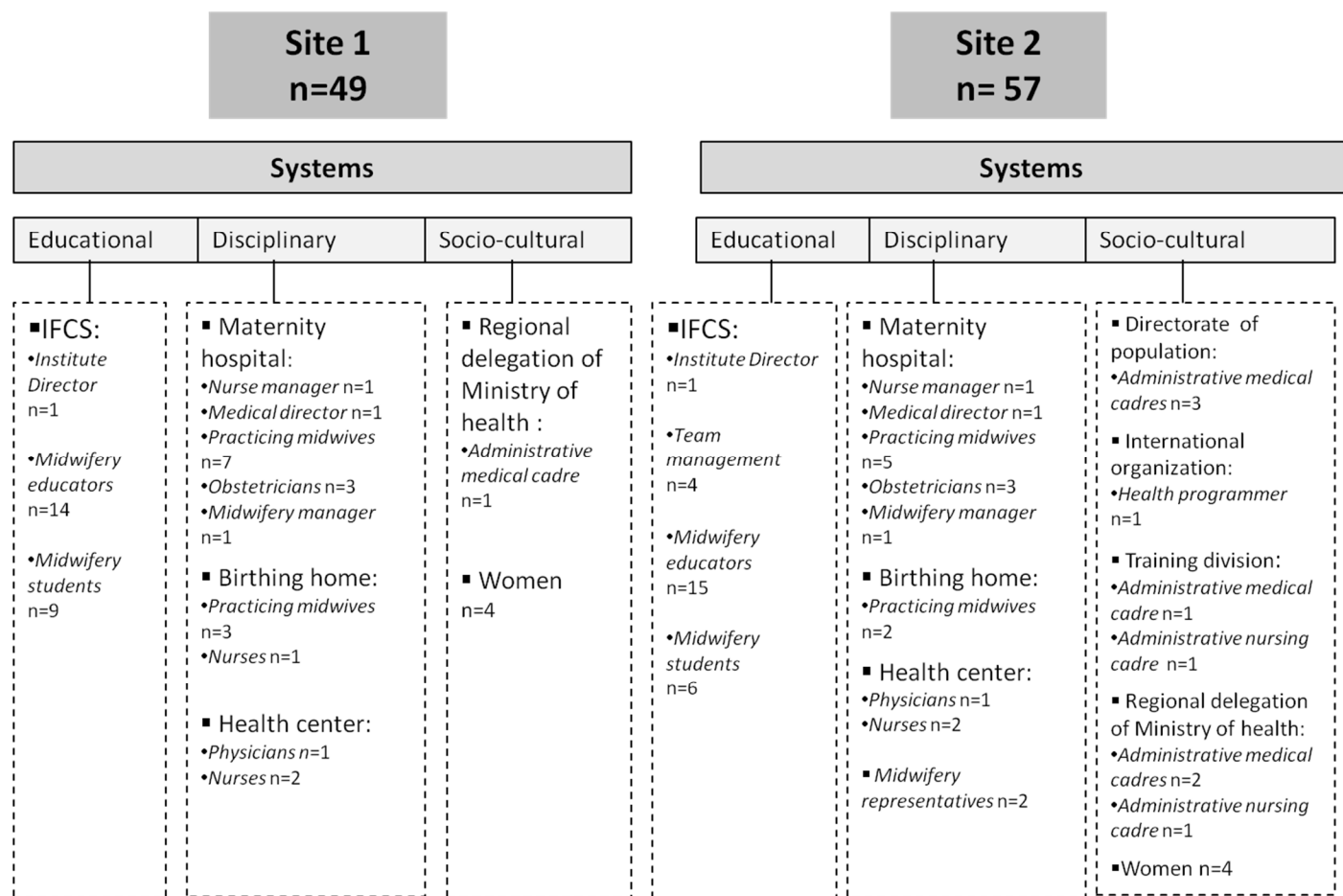


Tableau 9 (Table 2): Characteristics of the participants in the study (n=107)

Job title/Current position	N	Sex		Work experience Mean(range)/years*	Rural setting experience	Urban setting experience
		Male n(%)	Female n(%)		yes	yes
					N=83(%)	N=83(%)
Practising midwives	17	0	17	11.29 (1-25)	16	17
Nurses	5	1	4	20 (9-28)	2	5
Obstetricians	6	5	1	7.66 (1-16)	3	6
Physicians	2	1	1	24.5	1	2
Medical directors	2	2	0	23.5	1	2
Senior nurse managers	2	1	1	16	2	2
Midwifery managers	2	0	2	26.5	2	2
Midwifery representatives	2	0	2	33.5	1	2
Midwifery educators	29	0	29	15.25 (6-32)	24	29
Midwifery students	15	0	15	N/A	N/A	N/A
Academic directors	2	1	1	32.5	1	2
Academic management staff	4	3	1	28.5 (24-37)	4	4
Administrative medical cadres	7	6	1	19.85 (15-29)	7	7
Administrative nursing cadres	2	0	2	23.5	1	2

Health programmer	1	1	0	16*	1	1
Women	8	0	8	N/A	N/A	N/A
Consultant	1	0	1	29*	N/A	N/A
N	107	21(19.63%)	86(80.37%)		66(79.52%)	100%

*Work experience in years; N/A: not applicable

Tableau 10 (Table 3): Summary of results

	Mega codes	Sub-Codes	Themes	Supplementary illustrative quotations Sources of quotes*
Sociocultural System 3 Themes	Axiology/Values	External policies and incentives/Regulations Social representations	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Archaic legal and regulatory framework ▪ Poor image of the midwife and lack of public awareness of her role 	<p><i>“When I find that there are statutes, legal texts that date back to 1950 and are still applied up till this day [...], again we come back to the statute, to the legal framework which is problematic, and if the old law will not be changed, all is doomed to failure”</i> (AdmMedCadre5)</p> <p><i>“In addition to having a bad reputation, the midwife is regarded in society as the big lady slapping women, yelling at them, who doesn’t know how to communicate, who doesn’t behave properly”</i> (AdmNursCadre1)</p>
	Methods	Media support	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disadvantageous media coverage for midwives and women 	<p><i>“Also, there is a problem, about mass media, they are not working in our favor [midwives], they know that there is a huge problem of maternal mortality. Who do they show on TV? They only show physicians or TBAs instead of midwives, which does not reflect properly the midwife in Morocco, so I think that the mass</i></p>

				<i>media are not on our side” (FG_MidEdu1)</i>
	Actors	N/A	N/A	
	Targets/Intentions	N/A	N/A	
Disciplinary System <i>4Themes</i>	Axiology/Values	N/A	N/A	
	Methods	Midwifery practice environment Readiness for implementation/Available resources	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poor working and living conditions ▪ Inadaptability of human, material resources and training to the midwifery practice’s requirements ▪ Inadequate 	<p><i>“The major problem, well, is particularly in the rural areas, this is the great problem, so for midwives, it’s about the living conditions that are devastating, it’s even going to create an impediment to this program, if you give a midwife a small house without enough electricity, without water for an entire year, it will affect her performance [...] in your opinion is she going to perform well or apply her new competencies with no electricity?” (AcadDirec1)</i></p> <p><i>“Lack of oxygen, unequipped ambulances, and lack of medical equipment, of supplies, will hinder our ability to work according to the new CBA” (FO_SFF_N7)</i></p> <p><i>“For some [doctors], when the midwife calls the doctor, they say to me [the midwife] “why don’t you pass</i></p>

		<p>Networks and communications</p>	<p>communication and poor interdisciplinary collaboration</p>	<p><i>to me my friend”... because they find that the midwife is not qualified to transmit the complications of a woman, he says “I have to speak with the doctor, I do not want the midwife transmitting the patient’s complications”, even if the midwife was a good one” (FG_MidPract1)</i></p> <p>Quote that sums up many barriers:</p> <p><i>“The negative image of midwives in society, their relationship with anesthetists and physicians as a dominant/dominated relationship type, the difficult working conditions, regulations, all these elements might have an impact on the success of the intervention, on strengthening midwives’ role. Experience has shown that even if we change the training course or we revise it in a better way (to have more skills), it is not enough to strengthen nurses, health technicians and midwives given the barriers mentioned above. If the regulation does not change and does not give more space to midwives in decision-making, they would always remain subordinate and cannot gain autonomy, it is not at all motivating, [...], so it is true that training can partially ensure strengthening the</i></p>
--	--	------------------------------------	---	--

				<i>profession, but it is just a link in a chain that includes all the elements that I have mentioned earlier” (FG_MidEdu4)</i>
	Actors	Role characteristics	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Midwife’s role ambiguous, misunderstood and misused in the professional field 	<i>“Apart from education, there are several barriers, especially concerning the role of the midwife, which role we are talking about, tasks are not delineated, in maternity hospitals we do not know our job, tasks are not clear in the maternity hospitals, professional boundaries of midwives are not clear, they can function as a physician, [...], dental assistant, even a cleaning agent” (FG_MidPract2)</i>
	Targets/Intentions	N/A	N/A	
Educational System	<i>No barriers reported</i>	N/A	N/A	

Sources of quotes*: FG: focus group; FO: field observation; N/A: not applicable to data

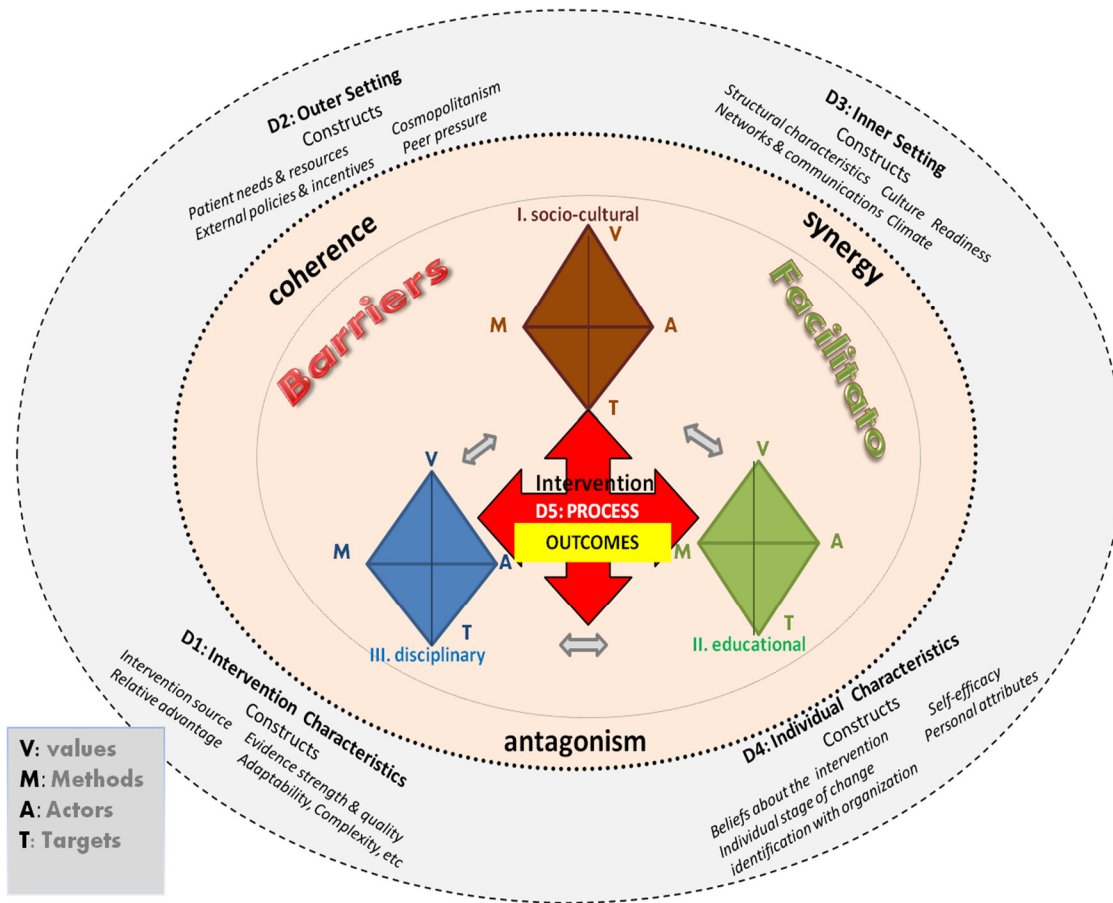


Figure 3-1 : Advanced version of the conceptual framework to evaluate the implementation of a complex intervention aiming to change a health professional role

Chapitre 7 – Discussion générale

Dans ce chapitre, une discussion générale des résultats est présentée, mettant en relief les résultats des trois articles par rapport au but de la thèse. Les différentes contributions de cette recherche dans les domaines théorique, méthodologique et pratique ainsi que les limites qui l'entachent sont également soulignées. Finalement, quelques pistes de recherche sont suggérées.

7.1 Synthèse des résultats par rapport au but de la thèse

Le but de la présente thèse consistait à analyser l'implantation du Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la SF au Maroc. Plus précisément, cette recherche visait à répondre à deux objectifs généraux: 1) évaluer le niveau de mise en œuvre de ce Plan et comprendre les enjeux liés à son implantation soit les facteurs contextuels affectant son implantation; et, 2) identifier ceux susceptibles d'empêcher l'atteinte de ses effets.

Trois articles ont permis de répondre aux deux objectifs généraux susmentionnés. Afin de mettre en exergue comment les résultats apportent une compréhension globale à l'analyse de l'implantation du Plan d'Action, nous allons dans un premier temps, discuter des principaux résultats de la présente recherche en fonction de chacun des objectifs pour élaborer par la suite une synthèse globale en fonction du but.

7.1.1 Discussion des résultats relatifs à l'objectif général 1 : évaluer le niveau de mise en œuvre du Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la SF au Maroc et comprendre les facteurs contextuels affectant son implantation (articles 1, 2)

Deux articles portant l'un sur le volet conceptuel (article 1) et l'autre, sur le volet empirique (article 2) de la thèse ont permis de répondre à cet objectif.

Dans notre volet conceptuel, nous avons développé un cadre d'évaluation qui a permis d'analyser l'implantation du Plan d'Action visant à renforcer le rôle professionnel de la SF au

Maroc. Le cadre proposé a permis d'identifier les facteurs facilitant et entravant l'implantation du Plan d'Action soit ceux présents au niveau de l'interaction des dimensions (*valeurs, acteurs, méthodes, finalités*) des trois systèmes (*socioculturel, éducationnel et disciplinaire*) avec les caractéristiques du Plan et ce, à l'aide des lentilles conceptuelles du cadre d'analyse de l'implantation de Damschroder et al. (2009). Il a permis de vérifier l'alignement des dimensions des trois systèmes pour favoriser ou entraver la mise en œuvre, et la cohérence de l'intervention dans son insertion au sein de l'interaction des trois systèmes précités.

Concernant le volet empirique, nous décrivons et discutons ci-dessous les principaux résultats concernant le niveau de mise en œuvre du Plan d'Action et les facteurs contextuels affectant son implantation.

7.1.1.1 Discussion des résultats portant sur la mise en œuvre du Plan d'Action

Les résultats de notre recherche témoignent que la mise en œuvre du Plan d'Action était inadéquate si l'on porte notre jugement sur les composantes : fidélité, ponctualité et respect des échéanciers de l'exécution des activités, et engagement des acteurs dans le processus d'implantation. En ce qui concerne l'intensité (la qualité), le bilan était positif pour un certain nombre d'activités.

Fidélité

Concernant l'adhésion au contenu du Plan, nos données ont montré un écart considérable entre les objectifs prévus initialement dans le Plan d'Action et ceux poursuivis. Les efforts d'implantation ont porté uniquement sur les activités en lien avec les trois premiers objectifs éducationnels du Plan d'Action. Les autres objectifs ont été complètement ignorés, à notre connaissance, probablement par les décideurs de niveau intermédiaire, tenus de remplir le mandat qui leur a été attribué afin de répondre à l'objectif ministériel en matière de développement des compétences des SF; à l'exception de l'objectif 9 qui a été tenu en compte par la stratégie nationale du ministère de la Santé. En effet, en ce qui a trait cet objectif,

plusieurs mesures ont été prises concernant les ressources humaines et matérielles telles que : i) la provision des équipements et des médicaments (ex. fournitures d'accouchement et acquisition des moyens de fonctionnement des équipes mobiles); ii) l'amélioration de la qualité via le concours Qualité pour les structures d'accouchement; iii) le recrutement d'un nombre élevé de SF durant la période 2008-2010 affichant ainsi une augmentation du nombre d'admissions en filière SF de 168 en 2007 à 530 en 2010; et, iv) une amélioration de l'affectation/du déploiement des SF et d'autres catégories de professionnels de la santé (gynéco-obstétriciens, pédiatres, réanimateurs) et ce, en tant que composante principale de la stratégie nationale (Maroc. Ministère de la Santé, 2010; Van Lerberghe et al., 2014). Par ailleurs, quoique l'accent ait été mis majoritairement sur les activités des trois premiers objectifs, leur intégrité n'a pas pu être assurée. Rappelons à titre d'exemple l'absence de constitution d'un comité de travail pour développer, valider et implanter un programme de formation basé sur les compétences. De plus, les efforts déployés à ce niveau ont conduit uniquement à l'élaboration d'un référentiel de formation par compétences et n'ont pas donné lieu à son implantation.

Pour ce qui concerne la *couverture* ou *l'atteinte de la population cible* en ce qui a trait aux deuxième et troisième objectifs, un échec de rejoindre les acteurs des trois systèmes était notable. La population du système éducationnel était la plus ciblée, les acteurs des deux autres systèmes étaient presque exclus de la plupart des activités implantées. De plus, au niveau du système éducationnel, des problèmes de couverture ont été soulevés tels que : i) une incapacité d'assurer une représentativité de tous les instituts de formation dans les sessions implantées et de couvrir les 16 régions du Maroc visées par les activités di Plan d'Action; et ii) un échec de rejoindre le même groupe d'acteurs et de poursuivre leur participation aux différentes étapes afin de favoriser la continuité de l'information et la réussite du processus d'implantation. Couvrir les acteurs des trois systèmes est une condition cruciale recommandée à l'unanimité par les acteurs du terrain afin d'anticiper toute source de résistance, de préparer l'introduction de l'APC et de favoriser l'implantation du programme basé sur les compétences dans les milieux cliniques et les instituts de formation; et conséquemment l'intégration de la SF selon le nouveau

profil dans le milieu clinique et la société en général. Ces soucis concernant le respect de l'intégrité et la couverture trouvent leur légitimité dans les différents écrits qui soulignent l'importance d'implanter l'intervention telle que conçue et de rejoindre les acteurs clés dans la mise en œuvre afin d'augmenter l'efficacité des interventions (Carroll et al., 2007; Steckler & Linnan, 2002).

Intensité

Les questions ouvertes et les connaissances des participants (es) n'ont pas permis de couvrir des aspects précis de cette dimension et ce, pour toutes les activités implantées. Toutefois, les données relatives à la qualité ayant porté sur un nombre limité d'activités implantées ont fourni un bilan positif. Majoritairement, une satisfaction a été éprouvée à l'égard des activités de formation mises en place (formation GESTA et formation des formateurs aux concepts inhérents à l'APC). Elle a été exprimée au regard de la pertinence du contenu, de l'enrichissement des compétences acquises, des méthodes d'apprentissage, du développement des connaissances en matière de santé de la reproduction, de pratique professionnelle basée sur un paradigme disciplinaire de la santé et relative à la prise en charge des complications et à la gestion des urgences obstétricales. Un certain degré d'insatisfaction a été surtout rapporté envers l'organisation logistique et matérielle de certaines sessions.

Ponctualité et respect des échéanciers de l'exécution des activités

L'ensemble des activités a souffert de retards dans la mise en œuvre, et de plusieurs ajournements, de courts délais soulignés comme insuffisants pour exécuter les tâches requises, et même d'une programmation de certaines activités faites à des moments inappropriés.

Engagement des acteurs clés dans le processus d'implantation

Aucun travail d'équipe, qui constitue selon la littérature une dimension importante de la réussite des phases du changement incluant l'implantation, n'avait été envisagé dès l'amorçage du projet. Le processus était marqué par l'absence évidente d'un partage des

responsabilités et d'engagement d'une manière active des acteurs appartenant aux trois systèmes, dans les différentes activités à implanter. De toute évidence, la majorité des participants n'étaient pas du tout engagés dans les activités du Plan d'Action; un bon nombre n'était même pas informé du projet. Le pouvoir de décision et d'action se trouvait entre les mains de la division de la formation pour ce qui concerne les activités liées aux trois premiers objectifs et les différents acteurs étaient considérés comme des récepteurs passifs chargés d'exécuter les ordres. L'implication et la mobilisation de plusieurs acteurs en matière d'équipe de travail dans tout le processus d'implantation s'avère une condition essentielle pour réussir le changement (Kirchner et al., 2012; Kotter, 1995) et pour accroître la motivation, l'appropriation et l'engagement. En effet, l'absence de leur implication peut être un facteur de résistance (Lines, 2004). En dépit de la réitération de la nécessité d'engager les différentes parties prenantes dans le processus pour contrer la résistance possible à l'implantation, aucun effort n'a été déployé pour redresser la situation.

Considérant « les cheminements possibles du changement » ou les phases du processus d'innovation (initiation, adoption, mise en œuvre, abandon avec ou sans changement) décrits par Rogers (2003) et repris par Champagne (2002), l'impression qui se dégage des données est que le processus de l'innovation est marqué par un échec de décision d'adopter le Plan d'Action tel que conçu¹⁵ et une mise en œuvre inadéquate (échec d'implantation selon Champagne (2002).

Plusieurs questions se posent au regard du non-respect de l'intégralité du Plan. Serait-il dû à la décision des décideurs du niveau intermédiaire au ministère de la Santé responsables du dossier de « renforcement des compétences des SF » de se limiter au mandat qui leur a été confié par le sommet de la hiérarchie ? Soit le choix d'intervenir uniquement sur les aspects éducationnels du Plan d'Action ; et conséquemment de mettre en œuvre les activités relatives à ses trois premiers objectifs (formation GESTA, formation des formateurs, révision du

¹⁵ Échec de décision : il résulte lorsque le besoin ressenti de changement n'entraîne pas la décision de le réaliser.

programme de SF). Nos données donnent l'impression que l'ultime décision du système à l'égard de l'adoption du Plan global suggéré par la consultante, qui reflétait la vision globale du changement du rôle et qui dépassait de loin les aspects éducationnels fixés au départ, n'a pas été prise. En effet, le diagnostic établi à l'égard de la profession SF n'a pas mené à la décision d'adopter le changement tel que recommandé (activités ciblant les trois systèmes); et ce, en dépit de l'atelier de validation organisé pour présenter le Plan d'Action développé et pour obtenir l'approbation des instances politiques et leur adhésion. Ceci n'a pas mené à changer leur vision et à reconsidérer les autres composantes du Plan au regard du renforcement du rôle de la SF et ce, en dépit des recommandations réitérées par la consultante, tout au long du processus, et documentées dans les différents rapports de mission soumis à la division de la formation et à l'UNFPA. Bien au contraire, les données démontrent clairement la décision de cibler uniquement les aspects du Plan en conformité avec le mandat du sommet de la hiérarchie et de ne pas prendre en considération les autres aspects suggérés dans le Plan d'Action global. Il s'agit du « *knowing-doing gap* » tel que cité par Champagne (2002) ou du « *knowledge, attitudes, practice gap* » selon Rogers (2003). Selon les écrits, plusieurs facteurs peuvent expliquer les échecs de décision. Le manque de ressources financières et la pyramide décisionnelle centralisée et rigide qui empêche probablement une modification des objectifs initiaux ainsi qu'une remise en question des activités ministérielles énoncées à priori dans le plan national ministériel de réduction de la MM, figurent parmi les principales raisons dans notre contexte. Ces conditions ont fait que le Plan d'Action n'a pas reçu l'attention globale qui lui était due pour entamer un processus intégral. Ainsi, le processus était marqué par l'absence d'un maître d'œuvre qui portait le Plan d'Action en soi au niveau du gouvernement; celui-ci était plutôt porté au niveau de l'UNFPA, l'organisme financier et porteur de la cause de la MM et le renforcement des compétences de la SF.

Outre ces raisons précitées, nous émettons l'hypothèse que cet échec est en partie lié à la décision des médecins, qui occupent des postes de directeurs et de cadres administratifs médicaux au sein des différentes directions du ministère de la Santé, et au niveau de l'UNFPA,

de détenir l'autorité et le pouvoir sur la profession de SF dans un pays marqué par des inégalités du genre dans la division du travail (Kerouac et al., 2005).

Pour ce qui concerne l'implantation, elle s'est manifestée à travers une mise en œuvre inadéquate. Nous avons déjà montré que cette dernière était caractérisée par un déficit au niveau de la couverture, de l'adhésion au contenu du Plan, un manque de ponctualité et de respect des délais et un manque d'engagement dans le processus.

Ces résultats sont intéressants compte tenu des recommandations et suggestions à considérer pour produire le changement.

De plus, les données sur le niveau de mise en œuvre s'avèrent essentielles afin de prévenir les conclusions erronées sur l'efficacité des interventions, de permettre les ajustements nécessaires et de pouvoir répliquer l'intervention dans des contextes similaires (Dusenbury, Brannigan, Falco, & Hansen, 2003; Knoche, Sheridan, Edwards, & Osborn, 2010; Mowbray, Holter, Teague, & Bybee, 2003). En effet, disposer des données scientifiques relatives au niveau de mise en œuvre d'une intervention peut contribuer à augmenter la puissance statistique et à promouvoir la dissémination des informations concernant les interventions efficaces (Barry et al., 2005; Domitrovich & Greenberg, 2000; Dusenbury et al., 2003)

Considérant que la recherche dans le domaine de l'implantation doit tenir compte, en plus des facteurs contextuels, de la mise en œuvre comme un facteur important de l'efficacité de l'intervention (Keith, Hopp, Subramanian, Wiitala, & Lowery, 2010), nos résultats enrichissent le domaine de l'implantation des interventions visant le renforcement du rôle professionnel de la santé. Aucune étude n'a déjà mis l'accent sur le niveau de mise en œuvre et la majorité des études se sont intéressées à citer les facteurs contextuels sans investiguer leur dynamique d'interaction sur l'implantation.

En ce qui concerne les facteurs contextuels qui permettent de comprendre l'implantation, nous les aborderons dans la section suivante. Toutefois, il est important de mettre l'accent sur le fait que les facteurs identifiés ont porté non seulement sur l'implantation actuelle mais aussi sur l'implantation future des activités en rapport avec les objectifs éducationnels qui n'ont pas été atteints au complet lors de la conduite de notre investigation (ex. implantation du programme axé sur l'APC). Il est à noter que certains de ces facteurs ont aussi concerné la phase d'adoption du processus de l'innovation étant donné: i) qu'ils ont porté sur les activités sur lesquelles le ministère n'a pas choisi d'intervenir (ex. celles relatives au changement de la loi); et, ii) qu'ils ont été rapportés par certains acteurs qui n'étaient pas informés du Plan d'Action et de l'implantation de ses différentes activités; en d'autres termes des acteurs non exposés à l'implantation actuelle des activités.

La figure 8 suivante illustre les facteurs contextuels influençant les phases du processus d'innovation ou du changement concernant le rôle professionnel de la SF.

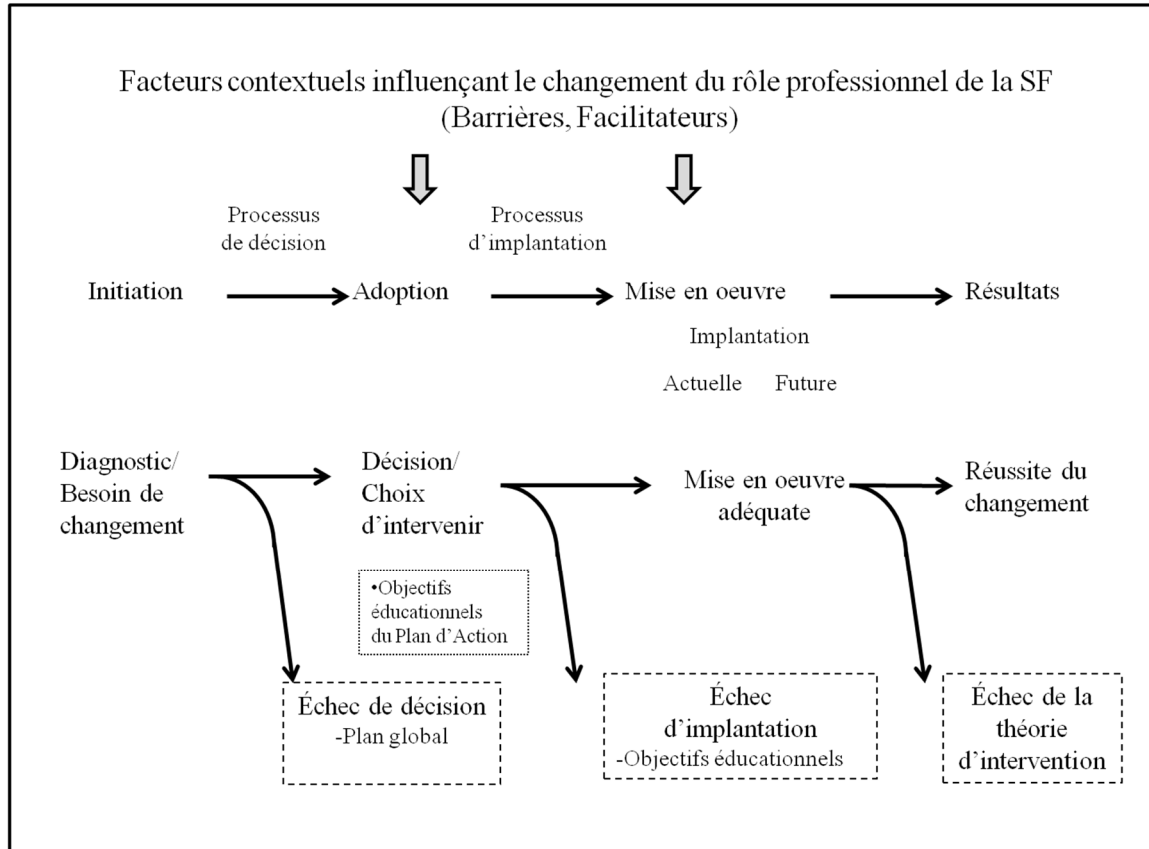


Figure 8: Facteurs contextuels influençant le processus du changement du rôle professionnel de la sage-femme

Source : adapté du cadre « cheminement possibles du changement » (Champagne, 2002)

Pour certains auteurs, l'évaluation de l'implantation concerne les différentes étapes de la diffusion; ainsi selon Mendel et al. (2008):

« Implementation and process evaluations answer the questions of the process by which intervention and dissemination strategies have been developed and how the implementation and other stages of diffusion have unfolded in practice ».

7.1.1.2 Discussion des résultats portant sur l'analyse des facteurs contextuels du niveau de mise en œuvre du Plan d'Action

Bien que les facteurs contextuels aient porté sur les deux phases du processus d'innovation (adoption et implantation), la majorité touchait à l'implantation actuelle et future.

Le Plan d'Action représentait un changement radical compte tenu de l'ampleur des activités requises au niveau des trois systèmes dans lesquels se développe et évolue la SF marocaine. L'analyse contextuelle indique que l'implantation des activités du Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la SF est un processus complexe soumis à l'influence d'une variété de facteurs - présents au niveau des dimensions des trois systèmes, et reliés au Plan lui-même et à ses composantes - qui interagissent pour déterminer son niveau d'implantation. Toutefois, les données mettent en évidence le rôle fondamental que joue le système socioculturel dans le processus de mise en œuvre. Ces résultats sont convergents avec les écrits qui soulignent que l'implantation se déroule dans un contexte dynamique où une variété de facteurs interagissent et s'influencent mutuellement pour exercer un effet sur l'implantation des interventions (Damschroder et al., 2009; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Greenhalgh et al., 2004; Rycroft-Malone et al., 2002).

En se basant sur les résultats empiriques, il semble évident qu'il existe un mauvais alignement entre les dimensions (*valeurs, méthodes, acteurs et finalités*) du système socioculturel et celles (*valeurs, méthodes, acteurs*) des systèmes éducationnel et disciplinaire d'une part, et avec l'intervention d'autre part. Les résultats indiquent que les trois systèmes ne fonctionnent pas d'une manière complémentaire ou cohérente pour favoriser l'implantation globale du Plan d'Action. En effet, bien que plusieurs facilitateurs au niveau du système socioculturel aient favorisé l'implantation des activités reliées aux trois premiers objectifs éducationnels du Plan d'Action (ex. mouvement national, engagement des leaders et volonté ministérielle accrue de renforcer les compétences des SF et de réduire la MM, support et engagement de l'UNFPA à l'égard de la problématique de la MM et de la SF), ils ont été

contrecarrés par d'autres facteurs au niveau du même système. Ces derniers ont causé un manque d'alignement entre ses quatre dimensions, affecté négativement les deux autres systèmes, et finalement posé des barrières importantes à son adoption et subséquemment à son implantation globale. Les principales barrières identifiées concernaient la structure, le niveau de préparation à l'implantation, le leadership pour renforcer la SF et les attitudes des médecins envers la profession SF.

La structure organisationnelle bureaucratique caractérisée par une lourdeur des procédures administratives et un pouvoir de décision centralisé a constitué une barrière très importante à l'adoption de l'intégralité du Plan d'Action et à la mise en œuvre des activités éducationnelles en termes de non-respect de la fidélité, des échéances fixées, et en termes d'absence d'engagement d'une équipe de travail dans le processus d'implantation. Dans cette structure, la circulation dysfonctionnelle de l'information a eu des répercussions sur l'accès à l'information, relative au Plan d'Action et aux différentes activités implantées, des deux autres systèmes; cette dernière était asymétrique et partielle pour les acteurs du système éducationnel, et même très lacunaire et quasi-absente pour ceux appartenant au système disciplinaire. Les inconvénients des structures bureaucratiques sont bien documentés en matière de complexité administrative, de centralisation du pouvoir décisionnel et de contrôle de l'information qui reste concentrée au sommet de la hiérarchie. Elles ont été rapportées comme des barrières, ayant causé des délais importants à l'implantation des stratégies de changement du rôle (Buchan et al., 2001; Macfarlane et al., 2011); à l'implantation des interventions complexes qui requièrent la coordination et la coopération de plusieurs acteurs (Edward III, 1980; Sakyi, Awoonor-Williams, & Adzei, 2011) et finalement, à l'implantation des innovations en général (Damanpour, 1991; Greenhalgh et al., 2004).

L'implantation était marquée aussi par un niveau de préparation inadéquat du système socioculturel, un leadership tronqué qui peuvent paraître contradictoires avec la volonté politique exprimée par le ministère quant au renforcement des compétences de la SF. Un niveau

inadéquat en termes de ressources financières restreintes a affecté la mise en œuvre (fidélité, respect des échéanciers de l'exécution des activités) et a influencé négativement les niveaux de préparation des systèmes éducationnel et disciplinaire à l'implantation; ces derniers n'étaient pas prêts pour l'implantation en matière de disponibilité de ressources humaines, physiques et matérielles, de support éducationnel pour les SF enseignantes, d'accès à l'information concernant le Plan d'Action et ses activités, et finalement d'engagement et de mobilisation des associations professionnelles en faveur de la profession. Plusieurs écrits mettent l'accent sur la nécessité de créer des contextes réceptifs au changement ou d'augmenter l'état de préparation d'un système, d'une organisation pour favoriser la réussite de l'implantation (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Weiner, 2009). Nos résultats concernant le manque d'engagement de l'association des SF marocaines vont à l'encontre de ceux soulignés par les écrits scientifiques quant au rôle catalyseur que jouent les associations professionnelles pour favoriser les changements au niveau de la profession (United Nations Population Fund, 2011) et pour améliorer la diffusion des innovations concernant la profession (Murray, 2007).

Aussi, un leadership tronqué en lien fort probable avec un échec de décision (Champagne, 2002; Rogers, 2003) d'adopter l'intégralité du Plan, s'est traduit par l'implantation des activités éducationnelles uniquement et par l'omission de toutes autres activités (légales, etc.), à l'exception des activités de l'objectif 9¹⁶. De plus, malgré que l'accent soit mis sur le recours à un style de leadership de type « *commanding* » au stade de mise en œuvre du changement, plusieurs auteurs recommandent la nécessité d'adopter plusieurs styles (*transformational, supportive, inspirational*) encourageant la participation active des acteurs au processus d'innovation (soit à la décision et à l'implantation), le travail en équipe et ce, en vue de pouvoir réussir l'implantation du changement (Reardon et al., 1998; Rycroft-Malone et al., 2002). En effet, les leaders les plus efficaces sont ceux qui adoptent des approches adaptées qui répondent aux besoins des individus concernés par la situation (Ferlie & Shortell, 2001).

¹⁶ L'objectif 9 : concerne la mobilisation des ressources humaines et matérielles dans le système de santé marocain. À ce niveau, plusieurs activités ont été mises en œuvre dans le cadre du plan national ministériel d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Les attitudes d'opposition des médecins, rapportées comme une barrière potentielle à l'adoption des activités concernant la loi et à l'implantation future du nouveau programme de formation soit l'expansion des compétences suggérées dans ce dernier, ne sont pas surprenantes. Plusieurs autres écrits soulignent la résistance de ce corps professionnel à l'expansion des modèles de pratique SF (Boxall & Flitcroft, 2007; Brown & Dietsch, 2013) et à l'amélioration de son statut (Reiger, 2008). Ces résultats sont aussi conformes au discours d'Abbott (1988) qui souligne que l'introduction de nouveaux rôles constitue une menace aux frontières traditionnelles des juridictions professionnelles.

Nos résultats s'alignent avec les principaux facteurs affectant l'implantation des programmes politiques et des innovations sur lesquels plusieurs auteurs (Damanpour, 1991; Edward III, 1980; Greenhalgh et al., 2004) ont attiré l'attention soit : la communication, la disponibilité des ressources, les attitudes et les structures bureaucratiques soutenant une prise de décision centralisée. Un critère important de la réussite d'un changement consiste à éviter les bureaucraties rigides et les approches « *top-down* », et à opter pour des structures flexibles (Greenhalgh et al., 2004; Macfarlane et al., 2011); soit favoriser la participation des acteurs clés dans le processus de décision et leur implication dès le début de la planification du processus de changement afin de favoriser l'engagement, l'appropriation du changement et d'atténuer la résistance (Lines, 2004; Saksvik et al., 2007; Scott & Caress, 2005).

Ensuite, il apparaît qu'outre l'état de préparation inadéquat des systèmes éducationnel et disciplinaire, d'autres obstacles se retrouvaient au niveau de leurs différentes dimensions. Ainsi, sur le plan des valeurs, une culture au travail résistante aux innovations et une philosophie de la formation à vision technocratique, se sont montrées comme un frein probable au changement et à l'implantation future de l'APC. En ce qui concerne les méthodes, des mécanismes de coordination et de collaboration inadéquats entre les instituts eux-mêmes, et avec la division de la formation, n'étaient pas favorables à l'implantation des activités éducationnelles. Les attributs des acteurs, en matière de capacités d'adaptation des SF enseignantes et des étudiantes

à l'APC, et un manque de motivation des SF praticiennes, se sont aussi révélés comme potentiellement problématiques pour implanter à l'avenir le programme de formation basé sur les compétences. Ces résultats sont compatibles avec les données disponibles sur les tensions entre les philosophies sous-jacentes à la pratique SF et celles soutenant le modèle biomédical existant (Colvin et al., 2013); et, sur les contraintes posées par des cultures profondément ancrées dans certaines formes organisationnelles hautement résistantes à l'introduction des interventions de restructuration des rôles (Macfarlane et al., 2011), et à l'implantation des innovations en général (Damschroder et al., 2009; Pettigrew et al., 2001). Ils sont conformes à ceux rapportés dans la littérature sur l'importance : i) de la collaboration et de la coordination, entre les différents niveaux d'acteurs pour réussir l'implantation des interventions visant l'expansion de l'autonomie des SF (Brown & Dietsch, 2013) et la redistribution des tâches aux SF (Colvin et al., 2013); et, ii) d'avoir des attributs favorables à l'implantation des interventions concernant le changement d'un rôle tels que la motivation, la capacité d'acquérir de nouvelles compétences (Colvin et al., 2013; Kislov et al., 2012).

En ce qui concerne le Plan d'Action, malgré l'importance accordée aux conséquences potentiellement bénéfiques qui peuvent être procurées par l'adoption et l'implantation de ses différentes composantes, certaines caractéristiques auraient également nuï et pourraient nuire à l'implantation telles que la complexité et essentiellement la source externe de l'intervention (Damschroder et al., 2009; Greenhalgh et al., 2004; Rogers, 2003). En effet, le Plan d'Action développé par la consultante apparaissait non concordant avec le système de pensée de certains leaders quant au renforcement des compétences des SF. Plus probablement, il ne s'alignait pas avec le mandat et les objectifs de la division de la formation responsable du dossier de « renforcement des compétences » au sein du ministère de la Santé malgré que toutes les stratégies recommandées dans les divers rapports des organismes internationaux vont dans le même sens du Plan d'Action. Ceci s'est avéré à l'origine d'un blocage de son adoption intégrale et conséquemment de son implantation tel que conçu. Nos données rejoignent la littérature sur le fait que les interventions facilement adoptées et implantées sont celles qui sont conformes

aux normes, besoins et objectifs du « *top management* » et de ceux qui l'adoptent (Carroll et al., 2007; Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2004; Greenhalgh et al., 2004).

7.1.2 Discussion des résultats relatifs à l'objectif général 2 : comprendre les facteurs contextuels susceptibles d'empêcher l'atteinte des effets du Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la SF au Maroc (articles 1, 3)

Notre modèle conceptuel proposé initialement visait à analyser les facteurs contextuels affectant le processus d'implantation. Les résultats émergeant de l'analyse ont permis également d'enrichir le modèle initial par des résultats touchant à l'atteinte des résultats (Figure 1, article 3) tels que préconisés par plusieurs auteurs (Miles & Huberman, 2003). En effet, nos résultats vont dans le même sens que les recommandations publiées récemment par la première et la quatrième série « *The Lancet* » et émanant d'une revue exhaustive de la littérature (analyse des revues systématiques, études de cas, etc.), qui mettent l'accent sur :

- La nécessité d'investir à un niveau national dans la pratique SF à travers la mise en place d'une stratégie regroupant une multitude d'activités, soit des activités visant : i) leur environnement de pratique; ii) leur éducation; iii) leur régulation; iv) et la gestion de leurs ressources, afin de pouvoir améliorer la qualité des soins (ten Hoope-Bender et al., 2014);
- La nécessité de former, et de règlementer les SF, de faciliter leur intégration dans le système de santé, et dans les communautés, d'améliorer le travail d'équipe interdisciplinaire, et de leur fournir les ressources nécessaires afin qu'elles puissent contribuer à l'utilisation efficiente des ressources et à l'atteinte des résultats voulus en matière de santé reproductive, maternelle et néonatale (Renfrew et al., 2014).

Effectivement, nos données suggèrent que l'atteinte des effets ne pourrait pas se produire en implantant uniquement les activités éducationnelles du Plan d'Action qui ne représentent qu'une partie de la solution. Le changement effectué au niveau du système

éducatif s'est avéré potentiellement inefficace en l'absence d'une prise en considération des barrières présentes au niveau des deux autres systèmes. Ainsi, éduquer (ou former) les SF et développer leurs compétences selon les normes mondiales requises de l'OMS, de l'UNFPA et de l'ICM pour exercer dans un système disciplinaire contraignant ne suffira pas. Un tel système caractérisé par des mécanismes de communication et de collaboration interdisciplinaires inadéquats, des conditions de travail et de vie contraignantes à la pratique selon la nouvelle approche centrée sur la femme, un environnement de pratique marqué par des ressources humaines, matérielles et physiques inadaptées, ne permettra pas aux SF d'appliquer leurs compétences, d'exploiter le potentiel de leur rôle et de fournir des soins de qualité.

Aussi, un système socioculturel marqué par un cadre législatif et réglementaire archaïque ne permettant pas une délimitation claire du champ de pratique SF et ne l'autorisant pas à exercer la totalité de ses compétences ainsi qu'un statut social faible et méconnu par la société, est aussi problématique pour pouvoir atteindre les effets poursuivis.

Force est de constater que les barrières rapportées au niveau de ces deux systèmes correspondent à celles rapportées durant la phase de diagnostic. Elles reflètent les effets miroirs des activités conçues dans le Plan d'Action et suggérées à être implantées par la direction des ressources humaines du ministère de la Santé. De plus, les recommandations énoncées par les participants sont dignes d'une phase de diagnostic et non pas d'une phase d'implantation. Elles correspondent précisément aux activités du Plan d'Action négligées probablement par le niveau intermédiaire du ministère de la Santé et confirment sa pertinence alors qu'il a été élaboré pour pallier la situation problématique de la profession de SF au Royaume du Maroc.

En résumé, la réussite du changement relatif au renforcement du rôle de la SF est tributaire du contexte général dans lequel le rôle de la SF se développe et évolue. En d'autres termes, il ne suffit pas de développer les compétences théoriques de la SF par la mise en place d'un nouveau référentiel de formation basée sur les compétences et d'autres sessions de

formation; il faut soutenir son nouveau profil par un cadre législatif et réglementaire et préparer son acceptation par la société en général. Aussi, il faut préparer le milieu clinique et lui fournir un environnement de pratique favorable en termes de collaboration interdisciplinaire, de ressources pour faciliter l'intégration de cette nouvelle professionnelle et lui permettre de prodiguer l'ensemble des interventions correspondant à ses compétences. Cette perspective pour renforcer le rôle de la SF c.à.d. la reconnaissance de la nécessité de fournir un contexte favorable qui va au-delà de la formation, avait été suggérée dans les deux rapports « *State of the World's Midwifery* » (SOWMY) ou « Rapport sur la pratique de la SF dans le monde » (United Nations Population Fund, 2011, 2014) et dans plusieurs études menées sur le sujet (Hassan-Bitar & Narrainen, 2011; Homer et al., 2009; Narchi, 2011; Shaban et al., 2012). Cependant, elle a été faite selon une approche atomiste et sans avoir recours à une assise conceptuelle justifiant et consolidant l'importance de couvrir le système global et ses différentes composantes (les trois systèmes) dans lequel se développe un rôle professionnel de la santé. Rappelons que les recommandations émanant du rapport précité mettent l'emphase sur la nécessité de viser trois piliers essentiels pour renforcer la pratique SF (la formation, la réglementation et les associations professionnelles). Toutefois, l'importance de fournir un contexte favorable - en termes de système de soins fonctionnel - est soulignée mais comme une composante dissociée des trois piliers et conséquemment comme élément secondaire à cibler.

Notre recherche confirme qu'une combinaison des conditions contextuelles favorables au niveau des dimensions des trois systèmes est requise pour atteindre le but de la stratégie gouvernementale, soit fournir des SF qualifiées capables d'offrir des services de soins en santé de la reproduction qui permettront de contribuer à réduire la mortalité maternelle et infantile. Les trois piliers susmentionnés ne constituent que des éléments de ces trois systèmes. Ceci présume, que d'autres éléments pourraient être négligés si le système global n'est pas pris en considération et investigué dans ses différentes dimensions.

7.1.3 Synthèse globale

En adoptant une approche holistique, nous avons dressé un portrait complet du système global (les trois systèmes en interaction) au sein duquel a lieu le processus du changement relatif au Plan d'Action. Les résultats de notre recherche illustrent l'importance de considérer les interrelations entre les dimensions des trois systèmes (le contexte), et les caractéristiques du Plan d'Action (l'intervention) à l'étude, afin de mieux comprendre ce qui influence son niveau d'adoption et d'implantation. En résumé, les trois systèmes interagissent avec l'intervention et fonctionnent en tant que système global pour entraver la réussite du changement. Ces résultats indiquent l'importance de parvenir à un alignement entre les dimensions des trois systèmes et ce, en contournant l'ensemble des barrières identifiées à ce niveau et au niveau de l'intervention afin de réussir l'implantation et optimiser la contribution des ressources humaines à l'atteinte du but ultime de la stratégie gouvernementale. Ces barrières devraient faire l'objet de modifications afin d'obtenir des contextes propices à la production des effets (Barry et al., 2005; Champagne, Contandriopoulos, et al., 2011).

Nos résultats confirment qu'un changement visant le système éducationnel isolément (ex. changement du programme de formation en milieu académique) représente une vision réductrice pour le renforcement du rôle des SF. Il s'agit d'une approche qualifiée de « *quick fix* » (Brinkerhoff & Gill, 1994) se traduisant notamment par une tendance à apporter des réponses rapides aux symptômes des problèmes (Ferlie & Shortell, 2001) sans s'attaquer à leurs racines soit à leurs causes véritables (Champagne, 2002). Le non-respect des trois systèmes dans le processus du changement visant le renforcement du rôle d'un professionnel de la santé empêche non seulement son implantation globale mais aussi l'atteinte de ses effets projetés ou soit : avoir une profession permettant d'offrir des services de soins de qualité en santé de la reproduction et contribuant à l'atteinte du but ultime de la stratégie gouvernementale en matière de réduction de mortalité maternelle et infantile, et de satisfaction professionnelle et sociétale.

Indiscutablement, nos résultats soutiennent les fondements conceptuels sous-jacents au changement d'un rôle professionnel de la santé. En effet, *les trois systèmes constituent le socle* sur lequel doit reposer un changement du rôle professionnel de la santé. Ils représentent les composantes interdépendantes d'un système global (ensemble cohérent) qui doivent être absolument :

i) couvertes par toute intervention voulant s'attaquer aux racines du problème d'un rôle professionnel de la santé en vue de le faire évoluer;

« *The interrelationship of system components requires one to design parallel and reinforcing elements within the system to effect meaningful change* » (Kreger, Brindis, Manuel, & Sassoubre, 2007, p. 303).

ii) et investiguées afin d'identifier les conditions facilitantes et ou contraignantes à l'implantation et à l'atteinte des effets.

Les résultats confirment la pertinence et l'adéquation du Plan d'Action proposé initialement et nous ramènent à le reconsidérer tel qu'il a été conçu et donc à respecter son intégralité pour pouvoir renforcer le rôle des SF marocaines et exploiter l'éventail complet de leurs compétences dans le contexte de la santé de la reproduction. Ils mettent aussi l'accent sur la nécessité de contourner les barrières identifiées tant au niveau de l'adoption qu'au niveau de l'implantation afin de pouvoir s'aligner avec le but de la stratégie gouvernementale.

7.2 Contributions de la thèse

La présente thèse offre des contributions de trois ordres qu'il convient de noter : théorique, méthodologique et pratique.

7.2.1 Contributions théoriques

La principale contribution de notre thèse tient au développement des connaissances disciplinaires propres au champ de l'évaluation; essentiellement au cadre conceptuel

d'évaluation qui a été développé et qui permet d'enrichir le champ d'analyse de l'implantation des interventions concernant le changement d'un rôle professionnel de la santé. En adoptant une approche holistique, notre cadre offre un regard novateur sur la manière de concevoir un changement d'un rôle professionnel de la santé, de l'implanter et de l'évaluer. Nous avons développé un cadre global prenant en considération les interrelations entre les différents facteurs au niveau des dimensions des trois systèmes et les caractéristiques de l'intervention sur le processus d'implantation et ce à travers la combinaison de deux modèles (le modèle de Hatem-Asmar de l'interaction des trois systèmes et le cadre de Damschroder et al. (2009). Il s'agit d'un cadre conceptuel qui appréhende le changement au niveau des différentes dimensions disciplinaires, socioculturelles et éducationnelles impliquées dans l'évolution d'un rôle professionnel à l'aide des lentilles conceptuelles du CFIR puisé à travers 19 théories portant sur la diffusion de l'innovation, le changement organisationnel, et l'implantation. Notre recherche est à notre connaissance la première à utiliser un cadre conceptuel pour guider un processus de recherche relatif à l'analyse des barrières et des facilitateurs à l'implantation d'une intervention visant le renforcement d'un rôle professionnel de la santé. Colvin et al. (2013) ont utilisé le cadre SURE (*Supporting the Use of Research Evidence*) dans leur revue systématique. Toutefois, ceci a été fait pour classer les résultats tirés des différentes études ayant porté sur les programmes de « *task shifting* » concernant les SF.

En identifiant les facteurs contextuels influençant le processus d'implantation, et compte tenu de l'intérêt grandissant de renforcer le rôle des SF, notre cadre aidera à connaître les milieux les plus favorables à la réussite de l'implantation dans d'autres pays dotés de feuilles de routes nationales pour renforcer les ressources humaines chargées de la santé de la mère, du nouveau-né et d'accélérer l'atteinte des OMD 4 et 5. Une application du cadre dans d'autres milieux enregistrant des ratios de décès maternels élevés et poursuivant le même objectif de renforcement, aidera à faire ressortir les facteurs les plus influents et conséquemment à ajuster le cours des interventions au fur et à mesure de leur réalisation et à améliorer les conditions contextuelles de la production des effets.

Une autre force de notre cadre, réside dans son ouverture et dans sa capacité à déceler les émergences, et capturer les thèmes même ceux ne correspondant pas aux construits proposés par le CFIR. Ceci a été démontré par l'évolution que notre cadre a connue durant l'étude en ce qui a trait aux facteurs susceptibles d'entraver l'atteinte des résultats.

Notre cadre pourrait s'appliquer aux différentes étapes de la conception et de l'implantation d'une intervention tel que proposé par Stetler et al. (2006). Ainsi, il pourra servir à : i) effectuer une analyse diagnostique pour développer l'intervention en fonction de la situation réelle du contexte investigué; ii) effectuer une analyse pré-implantation en collectant des données relatives aux barrières et facilitateurs potentiels à l'implantation de l'intervention. Ceci permettra de mieux comprendre les enjeux principaux, de tenter de les contourner à un stade précoce afin de maximiser les chances de réussite de l'implantation; iii) évaluer l'implantation tout au long des étapes de mise en œuvre de l'intervention. Ainsi, il permettra de comprendre l'influence des facteurs contextuels sur l'implantation, d'effectuer les ajustements nécessaires afin de ne pas compromettre la viabilité de l'intervention; et finalement, iv) identifier les facteurs pouvant entraver la progression vers les effets attendus.

Dans le cadre d'action actuel de renforcement des ressources humaines pour la santé maternelle et néonatale, nous plaidons pour une application de notre cadre à d'autres professions de la santé pour comprendre le contexte d'implantation des interventions visant l'optimisation des ressources humaines de la santé.

7.2.2 Contributions méthodologiques

Méthodologiquement, cette recherche apporte un éclairage sur l'opérationnalisation de notre cadre afin de maximiser la compréhension des chercheurs quant à sa future application. Elle le fait en appliquant le cadre d'une manière rétrospective aux résultats d'une étude concernant la profession de SF en Jordanie (article 1); et aussi en expliquant la démarche méthodologique qualitative pour la collecte et l'analyse des données dans le cadre de notre

recherche menée au Maroc. Cette démarche a permis par l'identification des différentes étapes du codage, d'explicitier la méthode d'élaboration, d'identification et de mappage des thèmes aux maîtres codes du cadre et aux construits du CFIR. Elle a permis ainsi de clarifier les concepts larges du cadre (ex. les quatre dimensions des trois systèmes) en retrouvant leurs équivalents empiriques dans les données (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 2005). Se faisant, ceci permettra de pallier les difficultés de traduire les concepts en des exemples concrets et de sensibiliser les chercheurs quant à son utilité.

7.2.3 Contributions pratiques

Les retombées de cette recherche seraient les implications qui pourraient être faites au niveau pratique. Les résultats permettent de mettre l'accent sur les principaux éléments qu'il faut envisager en concevant et en mettant en œuvre des interventions visant l'expansion verticale du rôle de la SF ; et de dégager un certain nombre de recommandations pour effectuer les ajustements nécessaires et favoriser la réussite de l'implantation et la production des effets désirés. Elles concernent les décideurs politiques, les planificateurs des programmes de santé maternelle et néonatale, les gestionnaires, les confédérations professionnelles internationales impliquées dans les stratégies de renforcement du rôle professionnel des SF et d'autres professionnels ayant les compétences SF, les agences onusiennes et les évaluateurs des interventions dans le domaine de la santé

Afin de favoriser la production du changement concernant le renforcement du rôle professionnel de la SF, et en fonction des résultats obtenus et des recommandations éclairées par les données scientifiques et empiriques du terrain, nos propositions visent à surmonter les échecs de décision, d'implantation (actuelle et future) et conséquemment de production des effets. Elles concernent aussi le suivi et l'évaluation du processus d'implantation.

Concernant l'échec de décision

Nos recommandations portent principalement sur le transfert des connaissances quant aux fondements conceptuels du changement d'un rôle professionnel de la santé et résultats empiriques relatifs à l'analyse de l'implantation effectuée au Maroc. À cet effet, l'organisation des activités (note documentaire et ateliers interactifs) - auprès des décideurs du sommet de la hiérarchie, des directeurs et cadres administratifs médicaux appartenant aux différentes directions du ministère de la Santé, des responsables des programmes de santé maternelle (UNFPA) - serait une étape cruciale à accomplir. Ceci pourra être fait par l'envoi de notes documentaires au sujet des résultats principaux de l'étude, suivi de l'organisation d'un atelier interactif auprès des acteurs précités. L'atelier pourra servir à: i) présenter une carte conceptuelle du modèle de changement et le modèle logique du Plan d'Action ; et ii) exposer les résultats empiriques des deux phases pré (phase diagnostic) et post implantation pour mettre en exergue la concordance des activités du Plan d'Action aux besoins émergeant des acteurs du terrain et justifier la pertinence d'implanter l'intégralité du Plan d'Action. L'objectif est d'agir sur les modèles mentaux des décideurs et ce en explicitant les fondements sous-jacents au développement du Plan d'Action et les principes de son fonctionnement (*principles-knowledge*) afin de favoriser des attitudes favorables envers ce dernier (Rogers, 2003). Le résultat recherché est de réussir à inverser la décision de cibler uniquement les activités éducationnelles et de ne pas considérer toutes autres activités. Cette étape représente une condition incontournable qui doit être remplie à court terme afin de pouvoir réaliser tout le potentiel de l'intervention pour la profession SF et la population marocaine.

Cette première étape sera suivie par plusieurs ateliers qui seront adressés aux acteurs des trois systèmes (ex. directeurs des hôpitaux, académiques, enseignantes SF, professionnels de la santé, représentantes de l'association SF).

Une fois ces étapes franchies, il serait judicieux de procéder à la création et à l'activation des différents comités qui seront chargés de faciliter l'implantation des activités prévues dans le

Plan d'Action initial : dynamisation des ASFM, lobbying interdisciplinaire et institutionnel, marketing de la profession, activités légales, ajustement des ressources humaines et matérielles dans le système de soins. Ceci permettra d'impliquer des acteurs appartenant aux trois systèmes et de différents niveaux hiérarchiques en fonction des activités à accomplir.

Concernant l'échec d'implantation et le potentiel échec de production des effets

Selon plusieurs chercheurs concernés par l'analyse de l'implantation (Fleuren et al., 2012; Flottorp et al., 2013), les stratégies d'implantation doivent être adaptées aux facteurs considérés comme critiques au processus d'implantation pour garantir sa réussite. Sur ce, et afin de lever les barrières mises en évidence et d'améliorer le processus d'implantation, nos recommandations engendrent des lignes directives cruciales à suivre afin de créer des conditions favorables à l'implantation actuelle et future. Dans la poursuite de l'implantation du programme de formation basé sur les compétences déjà entamé, et d'autres activités du Plan d'Action, nous émettons plusieurs recommandations qui encouragent l'enclenchement d'une dynamique d'équipe et de collaboration garante du changement. Il s'agit d'une dynamique favorisant la concertation autour d'une vision commune alignée avec les objectifs relatifs à la santé maternelle et néonatale, misant sur la participation et la responsabilisation des différents acteurs à l'échelle du système global, et sur l'amélioration des mécanismes de communication et de diffusion de l'information. Concrètement, elles consistent à :

- Adopter une approche participative et ce, par l'implication et l'engagement d'un groupe d'acteurs appartenant aux trois systèmes, de différents niveaux hiérarchiques et de différentes disciplines, afin de partager les efforts d'implantation et d'alléger le fardeau qui en résulte, et finalement de garantir leur réussite tel que recommandé dans les écrits relatifs à l'implantation des innovations et de tout changement (Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate & Kyriakidou, 2004; Kirchner et al., 2012; Kotter, 1995). Il s'agit de reconfigurer l'autorité pour mener le projet en créant un leadership collectif centré sur la responsabilisation des acteurs et le travail d'équipe. Ainsi, la responsabilité de chaque catégorie d'activités devrait être déléguée aux différents comités déjà créés qui seront supervisés ou dirigés par un « champion de changement

» dont le rôle s'avère très critique pour le succès de l'implantation (Damschroder et al., 2009; Gemünden, Salomo, & Hölzle, 2007; Kirchner et al., 2012). Le recrutement d'acteurs champions locaux est considéré comme une étape cruciale étant donné qu'ils sont reconnus avoir un rôle central au niveau de la promotion de l'intervention en question et afin de garantir sa pérennité/et sa durabilité (Kirchner et al., 2012). Ils seront désignés en fonction de leurs capacités d'intégration, de motivation, et de collaboration. La mobilisation du groupe de travail se fera dès le début de la planification et tout au long de la phase d'implantation. Pour ce faire, des mesures d'accompagnement visant à préparer les différents acteurs à leurs nouvelles responsabilités seront exigées;

- Créer des mécanismes de communication formelle à l'égard de la mise en place du Plan d'Action, de ses effets escomptés et du cadre de son émergence en rappelant sa conformité aux orientations ministérielles concernant l'accélération de la réduction de la MM. Au cours des différentes phases de l'implantation, instaurer un système de communication ouverte et de rétroaction régulière et formative entre les acteurs des trois systèmes afin de favoriser leur engagement et leur motivation, et augmenter leur sentiment d'efficacité personnelle. Des séances de « *debriefing* » permettent de promouvoir un apprentissage collectif et d'améliorer le processus de mise en œuvre;

- Assurer la disponibilité des ressources (financières, formation, humaines, physiques, matérielles) pour améliorer les niveaux de préparation des différents systèmes, implanter l'ensemble des composantes du Plan d'Action et assurer la viabilité et la pérennité du projet. Pour ce qui concerne la composante formation, créer des opportunités de formation multidisciplinaire, regroupant différentes disciplines lors de la tenue des sessions de formation, afin de promouvoir le respect et la confiance entre les différentes catégories des professionnels de la santé tel que stipulé par les recommandations de l'OMS (World Health Organization, 2012b) pour optimiser le rôle des professionnels de la santé et conséquemment améliorer l'accès aux interventions en matière de santé maternelle et néonatale, par le biais des stratégies

de changement du rôle (ex. délégation des tâches). Veiller aussi à procurer un environnement favorable soutenant l'intégration et le plein exercice du champ de pratique SF.

Le but ultime est de mettre tous les acteurs sur le même diapason et de préparer les différents contextes (éducatif, clinique et administratif et politique) conjointement au changement et ce, en favorisant l'implantation d'un Plan fédérateur des acteurs multi systémiques. La mobilisation des acteurs pour atteindre des objectifs communs par l'instauration d'une dynamique de groupes de travail permettrait de rallier leur soutien et d'augmenter les chances de réussite. Une interaction régulière entre les différents acteurs tout au long du processus permettrait, d'ouvrir des espaces de discussion, d'échanges et de partage de connaissances, de réduire les tensions entre les différentes catégories du personnel. Ceci pourrait servir de points de levier afin de remédier à des cultures organisationnelles et professionnelles résistantes à l'introduction des innovations et de réduire les attitudes potentielles de résistance notamment celles des médecins. De plus, ces nouvelles formes de coopération entre ces acteurs constituent une réelle opportunité pour favoriser ultérieurement la collaboration interdisciplinaire et instaurer des modèles de pratique interprofessionnelle moins hiérarchiques basés plutôt sur les compétences professionnelles et finalement d'intégrer la nouvelle approche de soins centrée sur les femmes.

Concernant le suivi et l'évaluation du processus d'implantation

Réussir l'implantation exige la mise en place des activités de suivi et d'évaluation régulières afin d'apporter des mesures correctives. Dans ce cadre, nous suggérons des activités d'évaluation à différents moments de l'implantation. Nous avons mis l'accent dans notre quatrième article sur deux axes principaux à respecter : i) le développement et le renforcement des capacités des acteurs locaux en recherche évaluative; et, ii) la considération de l'activité évaluative comme un travail de groupe collectif (article 4).

7.3 Limites de la recherche

Les limites de notre étude sont abordées dans le dernier article de la présente thèse qui porte sur les défis rencontrés lors de la pratique de notre recherche évaluative. Toutefois, l'article ayant été développé à un stade précoce du processus de la recherche évaluative, il ne couvre pas toutes les limites de l'étude. À la lumière de l'analyse, d'autres limites se sont ajoutées qui méritent d'être soulignées et qui sont abordées dans une section faisant suite à l'article.

Article 4

Défis associés à la pratique de la recherche évaluative en santé mondiale : le cas de la profession de sage-femme au Maroc

Sabina Abou-Malham ¹, Marie Hatem ¹, Nicole Leduc ²

Ce chapitre a été publié dans les Actes du Colloque *La recherche en santé mondiale : perspectives socio-anthropologiques*, présenté dans le cadre du 79e Congrès de l'ACFAS, à l'Université de Sherbrooke, en Mai 2011. Il porte un regard sur les défis confrontés lors de la pratique d'une recherche évaluative sur le terrain marocain et expose des pistes de solution afin de pouvoir réussir la conduite d'une démarche évaluative en santé mondiale.

Abou-Malham, S., Hatem, M., Leduc, N. (2012). Défis associés à la pratique de la recherche évaluative en santé mondiale : *le cas de la profession de sage-femme au Maroc*. In Suárez-Herrera, J. C. & M.-J. Blain (Eds.), *La recherche en santé mondiale : perspectives socio-anthropologiques* (pp. 229-244). Montréal: Acfas.

Introduction

Le but ultime de l'intervention en santé mondiale consiste principalement à réduire les disparités et iniquités mondiales en santé. Afin de s'assurer de l'atteinte de ce but, les solutions potentielles concrètes proviendraient de la pratique de la recherche en général, celle évaluative en particulier (Koplan et al., 2009; Stephen & Daibes, 2010).

Lors du Sommet du Millénaire qui s'est déroulé en septembre 2000, un engagement en faveur du développement a été énoncé et incarné par huit objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) laissant la place à l'instauration d'initiatives pour contrer la pauvreté, la faim et les problèmes de santé. La santé de la mère et de l'enfant relève de deux objectifs soient les OMD 4 et 5 qui visent à réduire les taux de mortalité maternelle et des enfants dans les pays en développement touchés par une mortalité élevée de ce couple d'individus particulièrement vulnérables de la population.

Dans ce contexte, le ministère de la Santé du Royaume du Maroc envisagea en 2008 de s'engager dans une stratégie nationale visant la réduction de la mortalité maternelle et infantile; le renforcement des compétences des sages-femmes (SF), principales actrices dans l'offre des soins de santé reproductive est une des dimensions principales de cette initiative.

Nous avons été impliquées dans l'évaluation de ce projet dans le cadre d'un projet de thèse doctorale utilisant une approche d'évaluation de l'implantation d'une intervention en santé. En fait, comme le mouvement international pour l'atteinte des OMD contribue à encourager la mise en place d'interventions et à les évaluer, la recherche évaluative apparaît de plus en plus comme un exercice incontournable dans les domaines de la santé et du social (Fontaine, Beyragued, & Miachon, 2004).

Le présent chapitre vise à partager notre expérience dans la réalisation d'une telle évaluation. Il sera réparti en quatre sections qui porteront sur :

- 1) un bref aperçu du projet d'intervention;
- 2) l'approche d'évaluation retenue par le projet;
- 3) les défis rencontrés lors de la pratique évaluative en s'attardant sur les événements vécus et particulièrement significatifs; et enfin,
- 4) les stratégies potentielles pour réduire la résistance à la mise en pratique de l'évaluation en santé mondiale.

1) Bref aperçu de l'intervention objet de l'évaluation

L'intervention en question s'inscrit dans les cibles d'action des OMD, particulièrement l'objectif 5 ayant trait à l'amélioration de la santé maternelle. En effet, au Maroc la mortalité maternelle représente une problématique centrale pour la santé des femmes. La surmortalité maternelle établie à 240 (227) décès maternels pour 100 000 naissances vivantes constituait un aspect négatif des résultats sanitaires de ce pays (Organisation Mondiale de la Santé, 2009). Étant touché par ce drame, le ministère de la Santé du Royaume du Maroc a adopté un plan stratégique pour la période 2008-2012 qui comprend 28 décisions destinées à accélérer la réduction de la mortalité maternelle à 50 pour 100 000 naissances vivantes. Cette stratégie englobe une politique de ressources humaines pour renforcer les compétences des SF considérées comme principales prestataires de soins obstétricaux. En effet, la prise en charge professionnelle de la période périnatale par un accoucheur qualifié comme la SF a un rôle central dans la réduction du nombre de ces tragédies (Organisation Mondiale de la Santé, 2005).

Dans le cadre de l'implication Nord-Sud dans la réduction de la mortalité maternelle et en se basant sur les principales orientations selon les objectifs du Millénaire, une mission d'assistance technique pour la révision du programme de formation des SF a été réalisée par la professeure Marie Hatem de l'Université de Montréal. Elle a permis de poser le diagnostic de la profession de SF marocaine et de proposer conséquemment un plan d'action portant sur les plans socioculturel, disciplinaire et éducationnel dans lesquels évolue la SF marocaine. Ce plan comprend onze objectifs opérationnalisés, déclinés en indicateurs ainsi qu'en ressources

vérifiables. Le but de la démarche effectuée dans le cadre de la mission précitée est de renforcer le rôle professionnel des SF afin de leur permettre de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle au Maroc (Hatem, 2008).

Ainsi, ce plan d'action consiste en l'introduction d'un changement dans les systèmes disciplinaire, éducationnel et dans la société, soit un nouveau rôle professionnel et de nouvelles responsabilités pour les SF en regard de la prestation des services périnataux.

Or, il est évident que le plan à l'étude n'est pas implanté dans un champ neutre. En effet, l'introduction de ce changement est un processus soumis à une combinaison d'éléments qui pourraient être favorables ou défavorables au succès de son implantation. Ainsi, une analyse des obstacles et des facteurs facilitateurs de l'implantation du plan à l'étude s'avère cruciale afin de dégager les ajustements à effectuer en cours de route et d'améliorer le processus d'implantation.

La phase empirique de cette pratique évaluative, soit la collecte des données, a été effectuée, suite à l'autorisation du ministère de la Santé, durant les mois de juin et juillet 2010 et certes elle s'est heurtée à des défis qui seront décrits et analysés dans la troisième section du chapitre.

2) La recherche évaluative en santé mondiale : l'approche adoptée par le projet en question

Une analyse de l'implantation s'est avérée la plus adaptée étant donné que la mise en œuvre du plan d'action était amorcée en juin 2009 supposant ainsi que l'intervention est devenue bien liée à son contexte. Dans l'état actuel des connaissances, l'analyse de l'implantation ne dispose pas de définition consensuelle (Champagne, Brousselle, Hartz, Contandriopoulos, & Denis, 2009). Toutefois, il existe un consensus évident quant à la finalité de cette démarche qui consiste à révéler le contenu de la « boîte noire » que constitue l'intervention, soit rendre explicite l'influence du contexte sur sa mise en œuvre (Champagne,

Brousselle, et al., 2009; Damschroder et al., 2009; Love, 2004). La pertinence d'effectuer une telle analyse étant de mieux comprendre la dynamique de l'implantation, de réduire les risques d'échec du changement visé par une intervention et de ne pas commettre l'erreur de type 3, soit tirer des conclusions erronées sur l'efficacité de l'intervention (Barry, Domitrovich, & Lara, 2005; Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz, & Denis, 2009).

L'approche retenue est celle recommandée par Love (2004) à la phase d'opérationnalisation de l'intervention qui consiste à comprendre les barrières et les facteurs facilitateurs à l'implantation. Plusieurs auteurs soutiennent cette approche étant donné qu'elle permet de surveiller l'évolution du processus, d'anticiper les problèmes, de tenir compte des enjeux qui risquent de compromettre la viabilité de l'intervention et conséquemment de réorienter la démarche en cours de route (Champagne, Brousselle, et al., 2009; Damschroder et al., 2009; Patton, 1997).

3) Défis associés à la pratique de la recherche évaluative au Maroc

Avant d'aborder les difficultés rencontrées par la chercheuse principale lors de la conduite de la première collecte des données sur le terrain marocain, il serait pertinent de relater les défis décrits dans la littérature qui tiennent, d'une part, à la conduite du processus de recherche en santé mondiale et, d'autre part, au sujet même de l'évaluation :

3.1 Enjeux de la recherche en santé mondiale

Le débat relatif à ce sujet abonde dans la littérature. À cet égard, plusieurs auteurs ont tenté de brosser un portrait des défis en santé mondiale. Dean et al. (2005) évoquent la recherche en santé mondiale comme étant un phénomène complexe engendrant différents enjeux liés à la gestion, au financement et aux méthodes de communication.

En ce qui concerne la recherche dans le domaine de la santé reproductive menée dans les pays à faible revenu, Stenson, Kapungu, Geller, and Miller (2010) ont démontré l'existence

d'enjeux d'ordre éthique, faisant référence au consentement éclairé et aux incitatifs, d'ordre logistique, tels que les difficultés de communication d'outre-mer, et d'enjeux relatifs au maintien d'une relation de collaboration entre des chercheurs provenant de différents pays et porteurs de cultures diverses. Finalement, des enjeux relatifs au partenariat communautaire et des enjeux liés à la collecte et à la gestion des données ont été de même rapportés par ces derniers.

Quant à Suárez-Herrera (2008), il décrit des défis de trois ordres à prendre en considération dans les recherches comparatives menées sur le plan international, soit les défis d'ordre organisationnel, épistémologique et éthique. Ainsi, les enjeux organisationnels ont trait à la stratégie méthodologique de la recherche et à des problèmes de communication et de compréhension entre les acteurs appartenant à des contextes différents. Sur le plan épistémologique, les enjeux sont inhérents d'une part aux problématiques de recherche qui diffèrent en fonction du contexte et qui sont souvent négligées par les chercheurs, et d'autre part, aux catégories de recherche utilisées et qui sont issues de contextes divers caractérisés par leur spécificité et ce, lors de la pratique de recherche comparative. Finalement, il attire l'attention sur les enjeux éthiques relatifs majoritairement aux rapports de pouvoir, socioculturels, et à la production de connaissances socialement légitimes entre les acteurs locaux et les chercheurs étrangers.

3.2 Enjeux liés à la pratique de l'évaluation

En dépit des nombreuses finalités attribuées à l'évaluation et des apports importants générés par cette démarche, elle comporte des enjeux multiples, complexes et non négligeables étant donné qu'elle est inscrite dans un contexte politique, social et institutionnel qui interroge les logiques stratégiques des acteurs (Fontaine et al., 2004). Parmi l'ensemble des enjeux à contourner, la résistance à l'évaluation en ce qui a trait à son implantation et à l'utilisation de ses résultats est au cœur du débat de la communauté scientifique, comme en témoigne le

discours de plusieurs chercheurs (Donaldson, Gooler, & Scriven, 2002; Taut & Alkin, 2002; Taut & Brauns, 2003).

La résistance semble être liée à une image négative de l'évaluation et à la peur d'être négativement évalué, engendrant conséquemment un manque de coopération et de collaboration de la part des personnes évaluées (Brousselle, 2006; Taut & Brauns, 2003). L'expérience d'être évalué, jugé, aboutit généralement à une réaction émotionnelle de malaise, d'incertitude et d'appréhension (Donaldson et al., 2002). Souvent, la démarche évaluative s'accompagne de la crainte des acteurs des conséquences négatives potentielles de ce processus telles que le jugement critique (Donaldson et al., 2002), l'embarras et la perte de financement et d'emplois (Donaldson et al., 2002; Taut & Brauns, 2003), en résumé la crainte d'être mal évalué (Patton, 1997).

La résistance à l'évaluation se manifeste aussi par des attitudes négatives des personnes évaluées affectant en conséquence l'utilisation des résultats qui en découlent (Patton, 1997). Il s'avère ainsi que l'évaluateur ne doit pas négliger les appréhensions et les réactions des acteurs à l'égard de l'évaluation, notamment en santé mondiale. De ce fait, partager l'expérience relative aux défis confrontés lors de la mise en œuvre d'un processus de recherche évaluative en santé mondiale permet de saisir, d'une part, les enjeux de l'évaluation en santé mondiale et, d'autre part, de nous questionner sur nos pratiques en vue de les améliorer. Ainsi, parmi la myriade des défis décrits dans la littérature, notre pratique a relevé majoritairement des défis relatifs aux attitudes des acteurs envers l'action évaluative, à la démarche méthodologique et finalement au contexte sociopolitique.

3.3 Défis relatifs aux attitudes des acteurs

Attitudes de méfiance et de manque de confiance des sages-femmes envers l'évaluateur

Concernant les acteurs, les attitudes de méfiance des participants et de manque de confiance envers la chercheuse ont illustré le mieux le poids des enjeux. Bien que la démarche suivie pour le recrutement de certaines sages-femmes (SF) ait été faite à distance, la chercheuse a essayé d'être explicite sur la démarche évaluative en communiquant à l'ensemble des acteurs potentiels un document descriptif détaillé des objectifs, des étapes de l'étude. Des explications ont aussi été fournies quant à l'utilité de l'information issue de l'évaluation pour l'avancement des connaissances en ce qui a trait à la profession SF et à la réduction des taux élevés de mortalité maternelle au Maroc. De même, le but formatif a été profondément précisé dans le formulaire de consentement. L'accent a été mis sur la pertinence de l'étude quant aux ajustements à effectuer dans l'environnement de la stratégie en question et quant à l'amélioration du processus d'implantation.

Bien que ces explications aient été réitérées et des éclaircissements apportés une fois la chercheuse présente sur le terrain marocain, la démarche évaluative a déclenché des attitudes de méfiance chez les participantes interviewées notamment chez les SF enseignantes dans les instituts de formation et les SF cliniciennes exerçant dans les différentes structures de santé. Ces attitudes ont été générées par l'évaluation perçue comme initiative externe. En dépit du fait que la stratégie, objet de l'évaluation, ait été élaborée et approuvée par le ministère dans le cadre de sa lutte contre la mortalité maternelle appuyé par le Fonds des Nations Unies pour la population, elle a été perçue comme une procédure externe menaçante non négociée avec les principaux acteurs concernés. Les commentaires des SF et leurs réactions ont bien reflété ces attitudes :

SF1 : Nous n'avons été informés que par vous-même, par la lettre qui a été envoyée et le formulaire de consentement, nous avons l'habitude de recevoir des informations par le biais de notre directeur quand c'est organisé par notre ministère (Enseignante).

SF2 : Pour être franche, on ne nous a pas mises au courant, je ne savais pas qu'il y avait une phase de diagnostic qui a précédé la mise en œuvre de ce plan, d'habitude l'information prend du temps, mais elle arrive, mais concernant cette étude, on n'a rien reçu, on dirait que c'est une étude juste organisée par l'Université de Montréal (Enseignante).

En effet, l'adhésion des acteurs lors d'une démarche évaluative externe ou interne est cruciale et garante de sa bonne évolution. Un des meilleurs moyens pour l'obtenir est de construire la démarche avec eux afin de susciter leur confiance et d'obtenir leur coopération (Fontaine et al., 2004).

Pour certaines sages-femmes, un manque de confiance envers un chercheur étranger s'est manifesté par les propos suivants :

SF3 : Comment vous allez utiliser l'information que je vous communique? (Enseignante).

SF2 : Comment je pourrai être sûre que l'information que je vous transmets ne va pas être diffusée en mon nom? Comment cette information sera utilisée? (Enseignante).

SF4 : Écoutez, nous dans les maternités, on vient d'être informées que vous allez faire des entrevues, est-ce que vous êtes envoyés par le Canada? Je ne suis pas sûre si je suis capable de vous dire les choses d'une manière ouverte, heu vous comprenez? (Clinicienne).

En se référant à la littérature portant sur les barrières à l'évaluation, trois types de facteurs explicatifs de la résistance à l'évaluation ont été rapportés dans les écrits, soit les facteurs liés à l'évaluation, et ceux d'ordre contextuel et humain (Monsen, 2002).

Nos observations sur le terrain rejoignent les propos des auteurs ayant impliqué les facteurs humains dans la survenue des attitudes négatives de résistance envers l'évaluation,

entre autres le manque de confiance envers l'évaluateur. Taut and Alkin (2002) ont classé le manque de confiance comme étant la deuxième barrière la plus prévalente à l'évaluation faisant partie des facteurs humains. Par ailleurs, les attitudes de méfiance ont été soulignées par Stenson et al. (2010) envers les chercheurs étrangers. Ils ont mis l'emphase sur la nécessité d'être sensible aux normes culturelles du site de recherche afin de gagner la confiance des membres de la communauté.

Geva-May and Thorngate (2003) ont stipulé que l'évaluation est une procédure menaçante pour les évalués surtout si l'évaluation est entamée par un évaluateur externe. Dans la même veine d'idées, Wilderman (1979) a rapporté qu'une démarche d'évaluation initiée à l'interne faisant suite à une décision consensuelle des participants est probablement mieux acceptée et plus soutenue que celle fondée et conduite par des étrangers. Pour ces différents auteurs, la nécessité de développer des relations de confiance avec les évalués avant de procéder à la collecte des données s'avère un objectif important à viser étant donné la nature menaçante du processus évaluatif et les attitudes de résistance qu'il peut déclencher.

Attitudes de crainte des participants à l'égard de la démarche évaluative

Plusieurs sages-femmes ont révélé des incertitudes sur ce qu'est l'évaluation. Des craintes à l'égard de l'utilisation des données qui peut être faite des données ont été exprimées. Ces constatations s'appuient sur les différents propos des SF :

SF1 : Est-ce que nos directeurs vont lire les documents des entrevues, à qui vous allez transmettre l'information, est-ce que ça pourra nuire à mon statut en tant qu'enseignante? (Enseignante).

SF2 : Franchement, j'ai peur que ce que je vais dire affecte ma job! (Enseignante).

Il y avait la crainte du jugement et la crainte de remettre en cause leurs compétences et leur poste. La démarche a été perçue comme si c'était un prétexte pour exercer un contrôle, porter un jugement sur les acteurs.

Ces constatations sont consolidées par les écrits scientifiques qui rapportent que la crainte de l'évaluation semble être due à un manque de compréhension ou à une confusion quant à la signification du concept d'évaluation. Selon Wilderman (1979), les gens ont probablement tendance à craindre un processus qu'ils ne comprennent pas. Aussi, Taut and Brauns (2003) énoncent que la crainte de l'évaluation émane souvent d'une démarche perçue comme poursuivant un but de contrôle et de jugement.

En effet, différencier évaluation et contrôle semble être difficile du fait de notre perception négative de l'évaluation, vue comme un acte de jugement et une opération de contrôle et de sanction (Fontaine et al., 2004). Le risque d'une telle confusion a été souligné étant donné que l'évaluation est un terme équivoque suscitant de nombreux malentendus. Plusieurs auteurs soulignent l'importance de distinguer entre les deux notions évaluation et contrôle. La première étant un processus égalitaire visant à comprendre les événements et à produire un savoir au service de l'évolution, contrairement à la deuxième qui désigne une démarche hiérarchique auprès des acteurs visant à mesurer le degré de conformité avec une norme de référence afin de sanctionner l'action (Nossent, 2010).

Attitudes de résistance des directeurs

Le projet de recherche actuel constitue l'objectif 10 « mettre en place un processus de l'analyse de l'implantation » du plan d'action émanant de la mission d'assistance accomplie en 2008. Rappelons que la mission a englobé trois activités essentielles : une phase de diagnostic relative à la profession SF au Maroc, suivie de la phase d'élaboration du plan d'action objet de l'évaluation. La dernière activité a consisté en la mise en place d'un atelier de validation du plan d'action auquel ont assisté des personnes occupant des postes de direction.

Néanmoins, l'attitude de quelques directeurs ayant assisté à ce dernier et intensément engagés dans le projet n'a pas été exempte d'enjeux inattendus. Des attitudes de résistance imprévue et d'obstruction à la quête d'informations se sont concrétisées sur le terrain sous la

forme de difficultés rencontrées pour obtenir un rendez-vous ou encore manque de coopération, se manifestant par exemple par le blocage de l'accès à certains documents importants relatifs au plan, sous prétexte de confidentialité. De même, un refus d'enregistrer les entrevues et une menace de tronquer l'information au cas où l'enregistrement aurait lieu ont obligé la chercheuse à procéder à la collecte de l'information par écrit. Ces attitudes ont été justifiées par les participantes la peur de compromettre leur emploi.

Ces observations vont à l'encontre des constatations de Taut and Alkin (2002) qui ont trouvé que plus la position des participants au programme était élevée, plus leur connaissance de l'évaluation et leurs attitudes envers l'équipe d'évaluation étaient favorables. La littérature est bien explicite sur les difficultés relatives à la coopération de la part des évalués, entre autres le manque d'accès à l'information étant une des conséquences négatives d'une anxiété excessive résultant de l'évaluation (Donaldson et al., 2002). De même, les aspects menaçants des résultats de l'évaluation ont été mis en évidence tels que la menace des rôles (Wilderman, 1979) et la sécurité de l'emploi (Campbell, 1975).

En somme, en se référant à la liste de Patton (Patton, 1997, p. 263) « *Threats to utility* », deux barrières, soit le manque de compréhension de l'évaluation en général, de l'utilité des résultats plus spécifiquement, et le manque de confiance relatif au processus d'évaluation ont été retrouvées lors de la conduite de notre pratique évaluative.

3.4 Défis relatifs à la méthodologie

Des barrières à la participation et des problèmes relatifs à la collecte des données et finalement à la conduite d'un travail de terrain qualitatif itératif ont également constitué des enjeux méthodologiques empiriques.

Barrières à la participation

Vu le manque de financement de la phase d'évaluation du plan en question, il nous a été impossible d'attribuer des incitatifs financiers ou autres aux répondants. Ceci a eu des répercussions sur la conduite des entrevues auprès de certaines SF. Dans certaines situations, des compensations financières ont été même réclamées par quelques participantes pour le temps consacré à l'entrevue. L'incitatif financier était considéré comme un facteur motivant pour participer à la recherche.

Cet état de fait n'est pas surprenant. Plusieurs études ont démontré les effets des incitatifs financiers et non financiers sur l'augmentation du taux de réponses et sur la participation (Hansen, 2007; Stenson et al., 2010). Ryu, Couper, and Marans (2006) ont même démontré qu'un plus grand effet est attribuable aux incitatifs financiers. La durée même des entrevues a été mise en évidence sur le taux d'achèvement d'une entrevue par Hansen (2007). En effet, quelques participantes ont ressenti un malaise quant au temps requis pour participer à une entrevue. Dans certains *focus groups* menés en milieu clinique, certaines SF se sont retirées sous prétexte d'être obligées d'assister à des réunions. Ceci suscite le questionnement suivant : en présence d'incitatifs financiers, la chercheuse aurait-elle été confrontée à la même situation problématique?

Problèmes relatifs à la collecte des données

Ces problèmes étaient majoritairement imputables à un financement limité et aux contraintes de temps. La période de temps consacrée à la collecte des données était restreinte vu le budget limité alloué pour le travail de terrain. Ainsi, durant une période d'un mois et demi, la chercheuse a procédé à la rencontre des informateurs-clés et à la conduite des entrevues.

L'immersion de la chercheuse sur le terrain était intense en termes d'interaction quotidienne avec les participants et d'ouverture constante au contexte, mais menée sur une période de cinq semaines seulement. Miles and Huberman (2003) rappellent que la confiance

envers le chercheur augmente en fonction du temps passé avec les participants. À cet effet, il serait pertinent de savoir si une présence plus prolongée sur le terrain aurait permis de réduire les défis par rapport avec les attitudes réfractaires des participants.

Problèmes de conduite d'un travail de terrain qualitatif itératif

Comme le soulignent plusieurs auteurs (Miles & Huberman, 2003), une opération d'analyse itérative entre le chercheur et les données favorise une meilleure compréhension et apporte une plus grande validité du processus en jeu qu'une démarche linéaire. Cette dynamique s'avère aussi une démarche fructueuse tant au niveau de la qualité des données qu'au niveau des interprétations faites (Mukamurera, Lacourse, & Couturier, 2006). Cependant, la chercheuse a trouvé des difficultés à se conformer aux recommandations de l'itération suggérées en recherche qualitative. Une analyse en continu au cours de la collecte des données a été très difficile vu les limites de temps et le travail intensif effectué.

Ainsi, la courte durée de la mission a constitué un frein à réaliser une recherche qualitative selon une démarche progressive itérative, en alternant un travail de réflexion sur les données déjà collectées et en adoptant de nouvelles stratégies pour en collecter d'autres (Miles & Huberman, 2003).

3.5 Défis relatifs au contexte sociopolitique

En dépit de la lettre d'autorisation accordée par le ministère de la Santé au Maroc pour mener la recherche, la majorité des acteurs interviewés dans la ville de Rabat ont refusé l'enregistrement des entrevues. Ce refus a été attribué selon les propos des informateurs-clés au contexte sociopolitique et précisément à un système de santé centralisé de décisions :

Médecin : Nous sommes à Rabat, dans la ville ici il faut faire attention, tout ce qui est dit remonte vers le haut de la chaîne, du système, vous saisissez, Madame (Directeur).

En effet, l'évaluation prend place dans un contexte politique particulier (Weiss, 1987); ainsi, il ne semble pas surprenant que les facteurs contextuels incluant l'environnement politique au sens large soient rapportés dans la littérature comme une troisième catégorie de barrières à considérer dans l'explication de la résistance à l'évaluation (Patton, 1997; Taut & Alkin, 2002).

Brousselle (2006) rapporte aussi que la réalisation de l'évaluation dans des contextes politiques où les enjeux sont importants et auprès d'acteurs qui pensent subir des pertes ou des gains est difficile et peut se heurter à la résistance à l'objectivation de leur discours. Bibeau and Perreault (1995) attirent l'attention sur les milieux qui résistent à l'évaluation et qui sont difficilement pénétrables par un étranger.

4) Des stratégies pour vaincre la résistance à la mise en pratique de la recherche évaluative en santé mondiale

À travers l'explicitation d'une situation de recherche évaluative en santé mondiale, nous avons tenté dans ce chapitre de présenter une analyse fidèle des enjeux observés sur le terrain marocain. Bien que la littérature stipule que l'évaluation sommative engendre une plus grande menace que l'approche formative (Taut & Brauns, 2003), il ressort de notre expérience d'évaluation formative des défis qui méritent l'attention: d'ordre psychologique (relatifs aux attitudes des acteurs), méthodologique et sociopolitique. Les constats observés nous invitent à poser un regard réflexif sur la conduite de la recherche évaluative, à identifier des interventions afin de contourner ces défis et évoquer des pistes pour en améliorer le processus.

La pratique participative semble être une avenue intéressante évoquée consensuellement dans les écrits comme une approche à adopter en matière d'évaluation (Greene, 1988; Patton, 2002; Ridde, 2006). Qualifiée comme étant un processus évaluatif conduit selon une démarche de partenariat entre des évaluateurs et des personnes concernées par l'évaluation, mais qui ne sont pas des évaluateurs (Ridde, 2006, p. 4), elle semble être une condition essentielle pour

déjouer les résistances à l'évaluation et réduire les méfiances (Beaudoin, Lefrançois, & Ouellet, 1986). Ceci est soutenu par les propos de plusieurs auteurs. Citons, d'une part, Greene (1988) qui a démontré que la participation accrue des acteurs mène à un degré plus élevé d'acceptation de l'évaluation. D'autre part, Patton (2002) mentionne que des participants actifs dans une démarche évaluative ont probablement plus tendance à s'approprier non seulement les résultats, mais aussi le processus lui-même (Patton, 2002, p. 184). Weaver and Cousins (2004) ont identifié parmi les trois objectifs justifiant le recours à la recherche participative les objectifs pragmatique et politique. Le premier consiste à favoriser la réussite du processus évaluatif et à accroître l'utilisation des résultats et le deuxième, à promouvoir la justice sociale par la participation des individus à un processus rendu démocratique. En effet, dans une évaluation participative, les activités préconisées, entre autres la rétroaction et la communication, permettent de promouvoir la collaboration entre le chercheur et les participants et finalement de réduire la résistance (Patton, 1997; Whitemore, 1998).

Dans le contexte de la recherche mondiale, l'adoption d'une stratégie de partenariat entre le chercheur et les participants a été même considérée comme une exigence éthique (Tindana et al., 2007). Ainsi, une telle stratégie de participation où les participants occupent une place de partenaires dans l'évaluation favorise une dynamique de production des informations valides dans un contexte exempt d'attitudes de résistance (Beaudoin et al., 1986; Fontaine et al., 2004; Patton, 1997; Patton, 2002).

La littérature explorant le champ de conduite d'une démarche évaluative nous porte à mettre l'emphase sur deux axes principaux qui doivent être respectés pour pouvoir réussir cette dernière. Ce sont :

4.1 Le développement et le renforcement des capacités des acteurs locaux en recherche évaluative

Il ressort de notre expérience sur le terrain que des informations quoique détaillées à l'égard du processus évaluatif sont insuffisantes à elles seules pour éliminer les attitudes de résistance. Des activités éducatives des participants permettant l'explicitation de l'ensemble de la démarche d'évaluation - processus et finalités - s'avèrent indispensables. L'impact en est une communication de qualité, une meilleure connaissance à l'égard du processus et conséquemment une situation moins menaçante, un gain de confiance et une plus grande disponibilité à coopérer (Taut & Brauns, 2003). Il est impératif de mettre l'emphase sur les fonctions d'amélioration et de réajustement du plan visés par l'évaluation *versus* le contrôle et l'exercice de l'autorité. Les participants doivent être conscients que les résultats seront attribués au programme et non pas à la personne (Geva-May & Thorngate, 2003; Wilderman, 1979), ceci ayant des implications importantes sur les attitudes des participants telles qu'une meilleure acceptation de la démarche évaluative, comme le rapporte Wilderman (1979).

4.2 La considération de l'activité évaluative comme un travail de groupe collectif

Il s'agit d'un renouvellement de pratique permettant à l'ensemble des acteurs d'acquérir une meilleure compréhension des conditions de conduite de l'intervention et une participation active au processus évaluatif, et ce, afin d'améliorer la transparence et de désamorcer les craintes de contrôle (Beaudoin et al., 1986; Dubois, Champagne, & Bilodeau, 2009; Patton, 2002).

Ainsi, en se référant à la liste des principes primordiaux d'une recherche participative élaborée par Patton (2002), il serait pertinent :

- 1) d'engager activement les personnes concernées dans toutes les phases de l'évaluation : par exemple dans la conception de l'évaluation, dans la phase de collecte et d'analyse des données et dans la communication des résultats;

- 2) de prendre en considération leurs valeurs, leurs points de vue, leurs intérêts et leurs attentes, à toutes les étapes du processus d'évaluation;
- 3) de minimiser les différences de pouvoir et la distance entre l'évaluateur et les participants.

Conclusion

En guise de conclusion, nous constatons qu'une évaluation participative interactive ayant pour principe « *working with people* », comme le recommande Patton (2002, p. 183), démocratique et non hiérarchique, ouverte à tous les participants de l'action sociale tel que recommandé par Contandriopoulos (2009) et Dubois et al. (2009), construite avec les principaux acteurs, présente plusieurs avantages. La participation active des acteurs au processus évaluatif contribue non seulement à acquérir un climat de confiance (Ridde, Baillargeon, Ouellet, & Roy, 2003) et à entraîner conséquemment l'adhésion, mais aussi à les mettre en position d'acteurs-clés des changements visés par le programme (Fontaine et al., 2004; Patton, 1997).

L'évaluation participative, étant donné qu'elle vise à susciter des changements sociaux (Suárez-Herrera, Springett, & Kagan, 2009), est une piste à soutenir et à encourager en vue de renforcer les capacités de mise en pratique de la recherche évaluative en santé mondiale.

Références bibliographiques

- Barry, M. M., Domitrovich, C., & Lara, M. A. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion & Education, 12*(2_suppl), 30-36. doi: 10.1177/10253823050120020105x
- Beaudoin, A., Lefrançois, R., & Ouellet, F. (1986). Les pratiques évaluatives : enjeux, stratégies et principes. *Service social, 35*(1-2), 188-213.
- Bibeau, G., & Perreault, M. (1995). *Dérives montréalaises*. Montréal: Les Éditions du Boréal.
- Brousselle, A. (2006). Discours qui résistent à l'objectivation : Que peut-on en tirer pour l'évaluation? *The Canadian Journal of Program Evaluation, 21*(1), 83-106.
- Campbell, D. T. (1975). Assessing the impact of planned social change. Dans G. M. Lyons (dir.), *Social research and public policy*: Hanover, N.H, The Public Affairs Center.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2009). L'analyse de l'implantation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (p. 226-248). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z., & Denis, J.-L. (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (p. 35-56). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A.-P. (2009). Évaluer l'évaluation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (p. 273-282.). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science, 4*, 50. doi: 1748-5908-4-50 [pii] 10.1186/1748-5908-4-50 [doi]
- Dean, S. C., Harper, C. E., Cappuccio, F. P., Rink, E., Dirckx, C., Arnout, J., . . . Project, o. b. o. t. E. C. G. o. t. I. (2005). The challenges of cross-national research in primary health care across Europe. *Family Practice, 22*(3), 341-346. doi: 10.1093/fampra/cmi008
- Donaldson, S. I., Gooler, L. E., & Scriven, M. (2002). Strategies for Managing Evaluation Anxiety: Toward a Psychology of Program Evaluation. *American Journal of Evaluation, 23*(3), 261-273. doi: 10.1177/109821400202300303
- Dubois, C.-A., Champagne, F., & Bilodeau, H. (2009). Historique de l'implantation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulo & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (p. 13-34.). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Fontaine, D., Beyragued, L., & Miachon, C. (2004). Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social (p. 103). Lyon: Espace Régional de santé Publique (ERSP).
- Geva-May, I., & Thorngate, W. (2003). Reducing Anxiety and Resistance in Policy and Programme Evaluations. *Evaluation, 9*(2), 205-227. doi: 10.1177/1356389003009002006

- Greene, J. G. (1988). Stakeholder Participation and Utilization in Program Evaluation. *Evaluation Review*, 12(2), 91-116. doi: 10.1177/0193841x8801200201
- Hansen, M. K. (2007). The Effects of Incentives, Interview Length, and Interviewer Characteristics on Response Rates in a CATI-Study. *International Journal of Public Opinion Research*, 19(1), 112-121. doi: 10.1093/ijpor/edl022 Key: citeulike:1144992
- Hatem, M. (2008). Rapport de fin de mission: Assistance technique pour la révision du programme de formation des sages-femmes dans le Royaume du Maroc. Rapport inédit.
- Koplan, J. T., Bond, M., Mersion, K., Reddy, M., Rodriguez, N., Sewankambo, J., & Wasserheit. (2009). Towards a common definition of global health. *Lancet*, 373, 1993-1995.
- Love, A. (2004). Implementation Evaluation Dans J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (dir.), *Handbook of Practical program Evaluation* (2^e éd., p. 63-97). CA, San Francisco: Jossey-Bass.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2^{ème} éd.). Paris: De Boeck Université.
- Monsen, L. (2002). School-based evaluation in Norway: Why is it so difficult to convince teachers of its usefulness? Dans D. Nevo (dir.), *School-Based Evaluation: An International Perspective (Advances in Program Evaluation, Volume 8)* (p. 73-88). Oxford: JAI Elsevier Science.
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches Qualitatives* 26(1), 110-138.
- Nossent, J.-P. (2010). Évaluation ou contrôle : pour une différenciation radicale. *Analyse de l'IHOES*, no 63.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2005). Pour une grossesse à moindre risque : Le rôle capital de l'accoucheur qualifié. Une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO. Repéré à http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591692/fr/index.html
- Organisation Mondiale de la Santé. (2009). Statistiques sanitaires mondiales 2009. Genève.
- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-Focused Evaluation : The New Century Text*. (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3rd éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ridde, V. (2006). Suggestions d'améliorations d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative Suggestions for improving a conceptual framework for participatory evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21 (2), 1-23.
- Ridde, V., Baillargeon, J., Ouellet, P., & Roy, S. (2003). L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue. *Service Social*, 50(1), 263-279. doi: <http://id.erudit.org/iderudit/009972ar>
- Ryu, E., Couper, M. P., & Marans, R. W. (2006). Survey Incentives: Cash vs. In-Kind; Face-to-Face vs. Mail; Response Rate vs. Nonresponse Error. *International Journal of Public Opinion Research* 18(1), 89-106. doi: 10.1093/ijpor/edh089 Key: citeulike:527015

- Stenson, A. L., Kapungu, C. T., Geller, S. E., & Miller, S. (2010). Navigating the challenges of global reproductive health research. *Journal of Women's Health, 19*(11), 2101-2107. doi: 10.1089/jwh.2010.2065
- Stephen, C., & Daibes, I. (2010). Defining features of the practice of global health research: an examination of 14 global health research teams. *Glob Health Action, 3*. doi: 10.3402/gha.v3i0.5188
- Suárez-Herrera, J. C. (2008). L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine Dans V. Ridde & K. Mohindra (dir.), *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec* (p. 41-56). Montréal: Acfas.
- Suárez-Herrera, J. C., Springett, J., & Kagan, C. (2009). Critical Connections between Participatory Evaluation, Organizational Learning and Intentional Change in Pluralistic Organizations. *Evaluation, 15*(3), 321-342. doi: 10.1177/1356389009105884
- Taut, S., & Alkin, C. M. (2002). Barriers to Program Evaluation: UCLA Outreach Program Staff Perspectives *Occasional Report #10*. Los Angeles, University of California: Graduate School of Education and Information Studies.
- Taut, S., & Brauns, D. (2003). Resistance to Evaluation : A psychological perspective. *Evaluation, 9*(3), 247-264. doi: 10.1177/13563890030093002
- Tindana, P. O., Singh, J. A., Tracy, C. S., Upshur, R. E. G., Daar, A. S., Singer, P. A., . . . Lavery, J. V. (2007). Grand Challenges in Global Health: Community engagement in research in developing Countries. *PLoS Med, 4*(9), e273. doi: 10.1371/journal.pmed.0040273
- Weaver, L., & Cousins, J. B. (2004). Unpacking the participatory process *Journal of MultiDisciplinary Evaluation, 1*(1), 19-40.
- Weiss, C. H. (1987). Where politics and evaluation research meet. Dans D. J. Palumbo (dir.), *The politics of program evaluation* (p. 47-70). Newbury Park, California: Sage.
- Whitemore, E. (1998). *Understanding and Practicing Participatory Evaluation, New Directions for Evaluation*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Wilderman, R. (1979). Evaluation research and the sociopolitical structure : A review. *American Journal of Community Psychology, 7*(1), 93-106.

Limites supplémentaires

Nous soulignons dans cette section des limites qui ont affecté surtout les données concernant le niveau de mise en œuvre du Plan d'Action. Le recours aux méthodes qualitatives (entrevues, observations et analyse des documents) et précisément à un guide d'entrevue semi-structuré qui n'a pas adressé les différentes composantes du Plan d'Action séparément n'a pas permis de générer des données suffisantes pour étoffer et développer toutes les dimensions du construit « *Executing* » pour toutes les activités mises en œuvre. Ainsi, la dimension intensité (qualité) n'a pu être couverte que pour deux objectifs.

De plus, les défis rencontrés sur le terrain ont aussi contribué à un manque d'accès à certaines données. Ainsi :

- *Concernant l'objectif 1* (formation GESTA) : il nous a été impossible de nous prononcer sur l'adhésion au contenu, la couverture et le respect des échéanciers de l'exécution des activités compte tenu de: l'absence des activités bien définies à ce niveau dans le plan original et que cette formation était sous la responsabilité d'une équipe canadienne et des défis rencontrés pour accéder aux rapports relatifs aux sessions implantées. Seule, l'évaluation de la qualité a été faite. Les données se sont majoritairement basées sur des entrevues auprès de deux groupes d'acteurs (enseignants ayant suivi la formation GESTA et formateurs GESTA) et ont porté essentiellement sur une appréciation de la satisfaction envers l'expérience de formation vécue et le déroulement des activités de la formation GESTA;
- *Concernant les objectifs 2 et 3* (formation des formateurs relative à l'APC et révision du programme de formation de SF): Les données ont permis d'évaluer les dimensions de la mise en œuvre. Toutefois, il est à noter qu'au niveau de la dimension « qualité », les données relatives à la satisfaction ont été extraites de sources secondaires (rapports de mission) et les questionnaires n'ont pas été conçus à priori par l'étudiante chercheuse. Ceci a engendré des conséquences comme des données incomplètes étant donné que les questionnaires de

satisfaction n'ont pas couvert les sessions de révision du programme, mais se sont limités à la session de Juin-Juillet 2010 soit celle de la formation des formateurs relative à l'APC.

Il semble aussi important de souligner que des limites propres au terrain et au financement n'ont pas permis un retour sur le terrain pour tenter d'amasser plus de données portant spécifiquement sur les activités de l'objectif (1) (formation GESTA).

Ces limites peuvent être surmontées à l'avenir en : i) ayant recours à une approche mixte (des méthodes quantitatives et qualitatives); et, ii) en adressant chaque objectif de l'intervention dans le guide d'entrevue. La combinaison de ces deux méthodes serait préférable pour une meilleure évaluation et précision des différentes dimensions du niveau de mise en œuvre, et ce au niveau de chaque composante (ou objectif) d'une intervention complexe en vue de pallier les données manquantes.

7.4 Pistes de recherche

Dans le prolongement des résultats de la présente recherche, et afin de trouver une réponse à l'échec de décision d'implanter la globalité du Plan d'Action à l'étude, il serait intéressant d'évaluer les facteurs conditionnant le changement des politiques concernant la SF et d'analyser le processus qui mène à « *l'agenda setting* ». Étant donné que la mise à l'agenda s'inscrit dans un processus plus vaste de formulation des politiques publiques, l'analyse politique (le modèle d'analyse de mise à l'agenda) pourrait être suggérée comme une piste de recherche pour : approfondir les résultats obtenus, comprendre l'échec de décision et précisément pourquoi l'implantation de la globalité du plan n'est pas passée à l'agenda décisionnel.

Par ailleurs, la présente étude permet de suggérer de nouvelles voies prometteuses pour les futures recherches dans le domaine de l'évaluation des interventions visant le changement d'un rôle professionnel des SF et d'autres professionnels de la santé.

En effet, elle a permis d'établir une assise conceptuelle et une base de données empiriques qui pourront alimenter de nouvelles pistes de recherche portant sur le sujet. Il serait intéressant en se basant sur notre cadre conceptuel de faire un état des lieux sur la situation actuelle de la profession de SF dans plusieurs pays (analyse diagnostique), de construire des interventions en fonction du diagnostic et des besoins de chaque pays, et d'analyser leur implantation. La comparaison des résultats émanant de plusieurs contextes permettra d'appliquer le cadre et de le tester empiriquement; d'identifier les facteurs les plus influents qui peuvent varier en fonction du contexte, de synthétiser les données provenant de plusieurs pays. Ceci permettra de tirer des conclusions générales utiles aux planificateurs, décideurs politiques et bailleurs de fonds afin de pouvoir anticiper et créer des conditions optimales à la production des effets et d'effectuer les ajustements nécessaires aux interventions concernant les SF.

Nous sommes conscients que le Rapport sur « la pratique de sage-femme dans le monde en 2011 » a fourni une base de données importante sur les problèmes confrontés par les SF dans 58 pays. Sur ce, nous suggérons dans le cas où des interventions ont déjà été mises en œuvre, que notre cadre soit utilisé comme un outil évaluatif permettant de juger de l'adéquation des interventions. Il pourra servir soit à approfondir le diagnostic établi et/ou à déceler les composantes négligées de l'intervention déjà développée et de rectifier la situation.

Chapitre 8 – Conclusion

La présente recherche se voulait une analyse de l'implantation d'une intervention visant à renforcer le rôle professionnel de la sage-femme (SF) dans le Royaume du Maroc. Cette étude est considérée parmi l'une des premières à adopter un cadre conceptuel d'évaluation global permettant d'investiguer la complexité de l'implantation d'une intervention adoptant une approche systémique. Elle témoigne de l'importance de considérer la cohérence de l'intervention dans son insertion au sein des trois systèmes dans lesquels évolue un rôle professionnel de la santé, pour évaluer une intervention visant à changer soit à renforcer un rôle professionnel de la santé.

Dans le cadre du mouvement international actuel qui met l'accent sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile, sur le renforcement des services de pratique SF comme priorité mondiale non négociable, cette thèse apporte un éclairage sur les interventions prometteuses qui pourraient être mises en œuvre pour renforcer le rôle professionnel de la SF, et sur les méthodes de leur évaluation. Les deux rapports sur « La pratique de sage-femme dans le monde » (United Nations Population Fund, 2011, 2014), en soutien à la Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme et de l'Enfant, appellent tous les gouvernements et les organismes donateurs à renforcer le rôle professionnel de la SF et à promouvoir l'autonomie de la profession afin de pouvoir fournir de soins de santé maternelle et néonatale de qualité. Nous considérons que les résultats de cette thèse se situent dans le prolongement des recommandations de ces rapports et des différents appels internationaux à l'action et à la recherche sur la pratique SF en général et l'évaluation en particulier. Ils servent à étayer la base de connaissances scientifiques considérée lacunaire en ce qui a trait à l'évaluation des interventions concernant les ressources humaines en santé en général, les SF en particulier (World Health Organization, 2010a); et à fournir des informations d'importance stratégique indispensables à l'amélioration des politiques de santé.

Bien que l'implantation du Plan d'Action de telle envergure se soit révélée ardue vu la complexité du processus d'implantation et l'interaction des différents facteurs en jeu au niveau des trois systèmes et de l'intervention elle-même, mise en évidence à travers les résultats, elle reste possible en présence d'une détermination politique qui se transforme en actions s'effectuant dans un espace de négociation et de travail collectif entre les acteurs.

Implanter l'intégralité du Plan d'Action représente certes un défi, mais permet d'assurer la viabilité des services de soins de santé maternelle et néonatale en fournissant un professionnel de santé qualifié apte à répondre aux besoins des utilisateurs des services, des mères et des nouveau-nés, et de la population.

Bibliographie

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Abou-Malham, S., Hatem, M., & Leduc, N. (2012). Défis associés à la pratique de la recherche évaluative en santé mondiale : le cas de la profession de sage-femme au Maroc. Dans J. C. Suárez-Herrera & M.-J. Blain (dir.), *La recherche en santé mondiale: perspectives socio-anthropologiques* (p. 229-244). Montréal: Acfas.
- Abou-Malham, S., Hatem, M., & Leduc, N. (2013). Understanding the implementation of a complex intervention aiming to change a health professional role: A conceptual framework for implementation evaluation. *Open Journal of Philosophy*, 3(4), 491-501. doi: 10.4236/ojpp.2013.34071
- Abric, J.-C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Adegoke, A., Utz, B., Msuya, S. E., & van den Broek, N. (2012). Skilled birth attendants: Who is who? A descriptive study of definitions and roles from nine Sub Saharan African countries. *PLoS One*, 7(7). doi: 10.1371/journal.pone.0040220
- Adegoke, A. A., Hofman, J. J., Kongnyuy, E. J., & van den Broek, N. (2011). Monitoring and evaluation of skilled birth attendance: A proposed new framework. *Midwifery*, 27(3), 350-359. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.03.006>
- Adegoke, A. A., & van den Broek, N. (2009). Skilled birth attendance-lessons learnt. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116, 33-40. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02336.x
- Adrian, A., & Chiarella, M. (2008). Review of the implementation of the role of NPs in South Australia. Adelaide, S. Australia.
- Ali, H., & Birley, S. (1999). Integrating deductive and inductive approaches in a study of new ventures and customer perceived risk. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 2(2), 103-110. doi: 10.1108/13522759910270016
- Allen, V. L., & Van de Vliert, E. (1984). *Role transitions: Explorations and explanations*. New York and London: Plenum Press.
- An Bord Altranais. (2000). Scope of Nursing and Midwifery Practice Framework. Repéré à <http://www.nursingboard.ie/en/policies-guidelines.aspx?page=2>
- Anadón, M., & Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive? *Recherches Qualitatives*, (Hors Série), 26-37. doi: <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>

- Anand, S., & Bärnighausen, T. (2004). Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. *The Lancet*, 364(9445), 1603-1609.
- Anderson, L. M., Petticrew, M., Rehfuss, E., Armstrong, R., Ueffing, E., Baker, P., . . . Tugwell, P. (2011). Using logic models to capture complexity in systematic reviews. *Research Synthesis Methods*, 2(1), 33-42. doi: 10.1002/jrsm.32
- Banathy, B. H. (1996). *Designing social systems in a changing world*. New York: Plenum Press.
- Banathy, B. H., & Jenlink, P. M. (2004). Systems Inquiry and its application in education. Dans D. H. E. Jonassen (dir.), *Handbook of Research for Educational Communications and Technology*. (2^e éd., p. 37-58). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Baribeau, C. (2005). Le journal de bord du chercheur. *Recherches Qualitatives, Hors Série*(2), 98-114.
- Baribeau, C., & Germain, M. (2010). L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches Qualitatives*, 29(1), 28-49.
- Barry, M. M., Domitrovich, C., & Lara, M. A. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion & Education*, 12(2_suppl), 30-36. doi: 10.1177/10253823050120020105x
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559. Retrieved from <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR513-544/baxter.pdf>.
- Beaudoin, A., Lefrançois, R., & Ouellet, F. (1986). Les pratiques évaluatives : enjeux, stratégies et principes. *Service Social*, 35(1-2), 188-213.
- Begley, C., Devane, D., Clarke, M., McCann, C., Hughes, P., Reilly, M., . . . Doyle, M. (2011). Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: a randomised trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 85.
- Begley, C., Murphy, K., Higgins, A., Elliott, N., Lalor, J., Sheerin, F., . . . MacNeela, P. (2010). Evaluation of Clinical Nurse and Midwife Specialist and Advanced Nurse and Midwife Practitioner Roles in Ireland (SCAPE) Final Report. Ireland: Dublin.
- Behrens, T., & Foster-Fishman, P. (2007). Developing operating principles for systems change. *American Journal of Community Psychology*, 39(3-4), 411-414.
- Belin, O. (2007). Expérience et recherche qualitative : appréhender « en complexité » des situations d'appropriation des outils d'intelligence collective. *Recherches Qualitatives Hors Série*(3), 540-556.
- Bertrand, Y., & Valois, P. (1982). *Les options en éducation*. Québec: Gouvernement du Québec, Ministère de l'Éducation, Direction de la recherche.

- Berwick, D. (2003). Disseminating innovations in health care. *Journal of the American Medical Association*, 289(15), 1969 - 1975.
- Bibeau, G., & Perreault, M. (1995). *Dérives montréalaises*. Montréal: Les Éditions du Boréal.
- Biddle, B. J. (1979). *Role Theory: Expectations, Identities, and Behaviors*. New York: Academic Press.
- Biddle, B. J. (1986). Recent development in role theory. *Annual Review of Sociology*, 12, 67-92. doi: 10.2307/2083195
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blais, R., & Joubert, P. (2000). Evaluation of the midwifery pilot projects in Quebec: an overview. L'Equipe d'Evaluation des Projets-Pilotes Sages-Femmes. *Canadian Journal of Public Health*, 91(1), 11-4.
- Bland, C. J., Starnaman, S., Wersal, L., Moorhead-Rosenberg, L., Zonia, S., & Henry, R. (2000). Curricular change in medical schools: How to succeed. *Academic Medicine*, 75(6), 575-594.
- Bloomberg, L. D., & Volpe, M. (2012). *Completing your qualitative dissertation: a road map from beginning to end*. (2nd^e éd.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Booth, J., Hutchison, C., Beech, C., & Robertson, K. (2006). New nursing roles : the experience of Scotland's consultant nurse/midwives. *Journal of Nursing Management*, 14(2), 83-89.
- Bourgeault, I. L., Kuhlmann, E., Neiterman, E., & Wrede, S. (2008). How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Repéré à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/75452/E93413.pdf
- Boxall, A.-m., & Flitcroft, K. (2007). From little things, big things grow: a local approach to system-wide maternity services reform in the absence of definitive evidence. *Australia and New Zealand Health Policy*, 4(1), 18.
- Brenner, H. (2004). Report to the Chief Executive Office of the Health Board : Domiciliary Births Group. Dublin: Domiciliary Birth Group.
- Brinkerhoff, R., & Gill, S. (1994). *The Learning Alliance : Systems thinking in human resource development*. San Fransisco, California: Jossey-Bass.
- Brodie, P. (2002). Addressing the barriers to midwifery—Australian midwives speaking out. *The Australian Journal of Midwifery*, 15(3), 5-14. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1031-170X\(02\)8003-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1031-170X(02)8003-4)
- Brousselle, A. (2006). Discours qui résistent à l'objectivation : Que peut-on en tirer pour l'évaluation? *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21(1), 83-106.

- Brown, M., & Dietsch, E. (2013). The feasibility of caseload midwifery in rural Australia : A literature review. *Women and Birth*, 26(1), e1-e4. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2012.08.003>
- Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540.
- Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles : development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519-529.
- Buchan, J., Ball, J., & O'May, F. (2001). If changing skill mix is the answer, what is the question? *Journal of Health Services Research and Policy*, 6(4), 233-238. doi: 10.1258/1355819011927549
- Buchan, J., & Calman, L. (2005). Skill-Mix and policy change in the health workforce: Nurses in advanced roles. *OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 17* Repéré à <http://www.oecd.org/health/health-systems/33857785.pdf>
- Buchan, J., & Dal Poz, M. (2002). Skill-mix in the health-care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(7), 575-580.
- Burchett, H. E., & Mayhew, S. H. (2009). Maternal mortality in low-income countries: What interventions have been evaluated and how should the evidence base be developed further? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 105(1), 78-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.12.022>
- Caldwell, R. (2003). The changing roles of personnel managers: old ambiguities, new uncertainties. *Journal of Management Studies* 40(4), 983-1004.
- Calhoun, J. G., Wrobel, C. A., & Finnegan, J. R., Jr. (2011). Current state in U.S. public health competency-based graduate education. *Public Health Reviews*, 33(1), 148-167.
- Campagne Environnements favorables à la pratique. (2010). Étude de cas du Maroc : Environnements favorables à la pratique: Alliance mondiale pour les personnels de santé.
- Campbell, D. T. (1975). Assessing the impact of planned social change. Dans G. M. Lyons (dir.), *Social research and public policy*: Hanover, N.H, The Public Affairs Center.
- Campbell, O. M. R., & Graham, W. J. (2006). Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *The Lancet*, 368(9543), 1284-1299. doi: 10.1016/s0140-6736(06)69381-1
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(1), 40.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Repéré à <http://bibvir1.uqac.ca/archivage/030079328.pdf>

- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., & Contandriopoulos, A.-P. (2011). Modéliser les interventions. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2ème mise à jour^e éd., p. 71-84). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2009). L'analyse de l'implantation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (p. 226-248). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., Contandriopoulos, A.-P., & Denis, J.-L. (2011). L'analyse de l'implantation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2ème mise à jour^e éd., p. 238-273). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z., & Denis, J.-L. (2009). L'évaluation dans le domaine de la santé. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (p. 35-56). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.-P., Brousselle, A., Hartz, Z., & Denis, J.-L. (2011). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (2ème mise à jour^e éd., p. 49-70). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F., & Denis, J.-L. (1992). Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : l'analyse de l'implantation. *Service Social*, 41(1), 143-163.
- Chang, A. M., Gardner, G. E., Duffield, C., & Ramis, M. A. (2012). Advanced practice nursing role development: factor analysis of a modified role delineation tool. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1369-1379. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05850.x
- Checkland, P. (1999). *Systems thinking, systems practice*. Wiley, John Chichester.
- Choi, J. N. (2007). Change-oriented organizational citizenship behavior: effects of work environment characteristics and intervening psychological processes. *Journal of Organizational Behavior*, 28(4), 467-484. doi: 10.1002/job.433
- Chopra, M., Munro, S., Lavis, J. N., Vist, G., & Bennett, S. (2008). Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *The Lancet*, 371(9613), 668-674. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60305-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60305-0)
- College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2009). A Discussion Paper on Scope of Nursing Practice for Registered Nurses in Nova Scotia. Repéré à <http://www.crnns.ca/documents/Scope%20of%20Practice%20Discussion%20Paper%20websiteNov2009.pdf>

- Collin, J., Blais, R., White, D., Demers, A., Desbiens, F., & L'Équipe d'évaluation des projets-pilotes sages-femmes. (2000). Integration of midwives into the Quebec health care system. *Canadian Journal of Public Health*, 91(1), 1-17.
- Collins, C. T., Fereday, J., Pincombe, J., Oster, C., & Turnbull, D. (2010). An evaluation of the satisfaction of midwives' working in midwifery group practice. *Midwifery*, 26(4), 435-441. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2008.09.004>
- Colvin, C. J., de Heer, J., Winterton, L., Mellenkamp, M., Glenton, C., Noyes, J., . . . Rashidian, A. (2013). A systematic review of qualitative evidence on barriers and facilitators to the implementation of task-shifting in midwifery services. *Midwifery*, 29(10), 1211-1221. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.001>
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *The Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.
- Contandriopoulos, A.-P. (2009). Évaluer l'évaluation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (p. 273-282.). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche: La définir, la structurer, la financer*. Montréal: gaetan morin éditeur-Chenelière Éducation.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions : the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*, 337, 979-983. doi: 10.1136/bmj.a1655
- Cruess, S. R., Johnston, S., & Cruess, R. L. (2004). "Profession": A working definition for medical educators. *Teaching and Learning in Medicine*, 16(1), 74-76. doi: 10.1207/s15328015t1m1601_15
- Cummings, G. G., Fraser, K., & Tarlier, D. S. (2003). Implementing advanced nurse practitioner roles in acute care : an evaluation of organizational change. *Journal of Nursing Administration*, 33(3), 139-145.
- Damanpour, F. (1991). Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators. *The Academy of Management Journal*, 34(3), 555-590. doi: 10.2307/256406
- D'Amour, D., Morin, D., Dubois, C. A., Lavoie-Tremblay, M., Dallaire, C., & Cyr, G. (2007). Evaluation de l'implantation d'un programme d'intéressement au titre d'infirmière spécialisée. Repéré à http://www.ferasi.umontreal.ca/fra/07_info/Rapport%20MSSSS%20%20IPS.pdf
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches Sociographiques*, 50(2), 301-320. doi: 10.7202/038041ar

- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice : a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. doi: 1748-5908-4-50 [pii] 10.1186/1748-5908-4-50 [doi]
- Damschroder, L. J., & Hagedorn, H. J. (2011). A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment. *Psychology of addictive behaviors*, 25(2), 194-205. doi: 10.1037/a0022284
- Dawson, A. J., Buchan, J., Duffield, C., Homer, C. S. E., & Wijewardena, K. (2013). Task shifting and sharing in maternal and reproductive health in low-income countries: a narrative synthesis of current evidence. *Health Policy and Planning*. doi: 10.1093/heapol/czt026
- de Bernis, L. (2003). Mortalité maternelle dans les pays en développement : Quelles stratégies adopter? *Médecine Tropicale*, 63, 391-399.
- de Bernis, L., Sherratt, D. R., AbouZahr, C., & Van Lerberghe, W. (2003). Skilled attendants for pregnancy, childbirth and postnatal care. *British Medical Bulletin*, 67(1), 39-57. doi: 10.1093/bmb/ldg017
- De Brouwere, V. (2007). The comparative study of maternal mortality over time : The role of the professionalisation of childbirth. *Social History of Medicine*, 20(3), 541-562.
- De Brouwere, V., Dieng, T., Diadhiou, M., Witter, S., & Denerville, E. (2009). Task shifting for emergency obstetric surgery in district hospitals in Senegal. *Reproductive Health Matters*, 17(33), 32-44. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080\(09\)33437-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0968-8080(09)33437-0)
- Dean, S. C., Harper, C. E., Cappuccio, F. P., Rink, E., Dirckx, C., Arnout, J., . . . on behalf of the European Collaborative Group of the IMMIDIET Project. (2005). The challenges of cross-national research in primary health care across Europe. *Family Practice*, 22(3), 341-346. doi: 10.1093/fampra/cmi008
- DeJong, J., Akik, C., El Kak, F., Osman, H., & El-Jardali, F. (2010). The safety and quality of childbirth in the context of health systems: mapping maternal health provision in Lebanon. *Midwifery*, 26(5), 549-557. doi: 10.1016/j.midw.2010.06.012
- Delamaire, M., & Lafortune, G. (2010). Nurses in advances roles : A description and evaluation of experiences in 12 developed countries. *OECD Health Working Papers*, 54, OECD Publishing., <http://dx.doi.org/10.1787/1785kmbrcfms1785g1787-en>.
- DeMaria, L., Campero, L., Vidler, M., & Walker, D. (2012). Non-physician providers of obstetric care in Mexico: Perspectives of physicians, obstetric nurses and professional midwives. *Human Resources for Health*, 10(1), 6.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative: guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill.

- Devane, D., Brennan, M., Begley, C., Clarke, M., Walsh, D., Sandall, J., . . . Normand, C. (2010). A systematic review, meta-analysis, meta-synthesis and economic analysis of midwife-led models of care. London: Royal College of Midwives.
- Devers, K. J. (1999). How will we know "good" qualitative research when we see it? Beginning the dialogue in health services research. *Health Services Research, 34*(5 Pt 2), 1153–1188.
- DiCenso, A., & Bryant-Lukosius, D. (2010). Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada. Synthèse d'aide à la décision (p. 128).
- DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Donald, F., Abelson, J., Bourgeault, I., . . . Harbman, P. (2010). Factors enabling advanced practice nursing role integration in Canada. *Nursing Leadership, 23*(Special Issue), 211-238.
- Dieleman, M., Gerretsen, B., & van der Wilt, G. J. (2009). Human resource management interventions to improve health workers' performance in low and middle income countries: a realist review. *Health Research Policy and Systems, 7*(1), 7.
- Domitrovich, C. E., & Greenberg, M. T. (2000). The study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational and Psychological Consultation, 11*(2), 193-221.
- Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Kilpatrick, K., Carter, N., . . . DiCenso, A. (2010). Clinical nurse specialists and nurse practitioners: title confusion and lack of role clarity. *Nursing Leadership, 23 Spec No 2010*, 189-201.
- Donaldson, S. I., Gooler, L. E., & Scriven, M. (2002). Strategies for managing evaluation anxiety: Toward a psychology of program evaluation. *American Journal of Evaluation, 23*(3), 261-273. doi: 10.1177/109821400202300303
- Dovlo, D. (2004). Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. *Human Resources for Health, 2*(1), 7.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques, 10*(1), 79-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Dubois, C.-A., Champagne, F., & Bilodeau, H. (2009). Historique de l'implantation. Dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulo & Z. Hartz (dir.), *L'évaluation : concepts et méthodes* (p. 13-34.). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Dubois, C.-A., & Dussault, G. (2002/3). La politique de ressources humaines et la transformation des systèmes de soins. *Gestion, 27*, 55-63. doi: 10.3917/riges.273.0055
- Dubois, C.-A., & Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systemic approach to health workforce management. *Human Resources for Health, 7*(1), 87.

- Durlak, J., & DuPre, E. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology, 41*, 327 - 350.
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research, 18*(2), 237-256.
- Dussault, G. (2001). Cadre pour l'analyse de la main-d'oeuvre sanitaire. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7*(2), 64-78.
- Dussault, G., & Dubois, C.-A. (2004). Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper: Human Resources For Health Policies: A Critical Component in Health Policies. Repéré à <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/DussaultDuboisHRHealthPolicies.pdf>
- Edward III, C. G. (1980). *Implementing Public Policy*. Washington: Congressional Quarterly Press.
- Ewens, A. (2003). Changes in nursing identities: supporting a successful transition. *Journal of Nursing Management, 11*(4), 224-228.
- Fahy, K. (2012). What makes a midwifery model of care safe? *Women and Birth, 25*(1), 1-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.12.003>
- Family Care International. (2002). Skilled care during childbirth country profiles: Tunisia, Sri Lanka, Malaysia, Bostwana. Repéré à http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/English/Country%20Profiles_English.pdf
- Family Care International. (2003). Soins qualifiés lors de l'accouchement-Livret d'informations. Repéré à <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/French/french%20info%20book.pdf>
- Fauveau, V., Sherratt, D., & de Bernis, L. (2008). Human resources for maternal health: multi-purpose or specialists? *Human Resources for Health, 6*(1), 21.
- Fereday, J., Collins, C., Turnbull, D., Pincombe, J., & Oster, C. (2009). An evaluation of Midwifery Group Practice: Part II: Women's satisfaction. *Women and Birth, 22*(1), 11-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2008.08.001>
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: A framework for change. *Milbank Quarterly, 79*(2), 281-315. doi: 10.1111/1468-0009.00206

- Filippi, V., Ronsmans, C., Campbell, O. M. R., Graham, W. J., Mills, A., Borghi, J., . . . Osrin, D. (2006). Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *The Lancet*, 368(9546), 1535-1541. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69384-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69384-7)
- Finlay, L. (2002). "Outing" the researcher: The provenance, process, and practice of reflexivity. *Qualitative Health Research*, 12(4), 531-545. doi: 10.1177/104973202129120052
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), 107-123. doi: 10.1093/intqhc/mzh030
- Fleuren, M. A., Vrijotte, S., Jans, M., Pin, R., van Hespén, A., van Meeteren, N. L., & Siemonsma, P. (2012). The implementation of the functional task exercise programme for elderly people living at home. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 13(1), 128.
- Flottorp, S., Oxman, A., Krause, J., Musila, N., Wensing, M., Godycki-Cwirko, M., . . . Eccles, M. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*, 8(1), 35.
- Fontaine, D., Beyragued, L., & Miachon, C. (2004). *Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social* (p. 103). Lyon: Espace Régional de santé Publique (ERSP).
- Forbat, L., & Henderson, J. (2005). Theoretical and practical reflections on sharing transcripts with participants. *Qualitative Health Research*, 15(8), 1114-1128. doi: 10.1177/1049732305279065
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal, Canada.
- Foster-Fishman, P., & Behrens, T. (2007). Systems change reborn: rethinking our theories, methods, and efforts in human services reform and community-based change. *American Journal of Community Psychology*, 39(3), 191-196. doi: 10.1007/s10464-007-9104-5
- Foster-Fishman, P., Nowell, B., & Yang, H. (2007). Putting the system back into systems change: a framework for understanding and changing organizational and community systems. *American Journal of Community Psychology*, 39(3), 197-215. doi: 10.1007/s10464-007-9109-0

- Frechtling, J. (2000). Evaluating systemic educational reform: Facing the methodological, practical, and political challenges. *Arts Education Policy Review*, 101(4), 25-30. doi: 10.1080/10632910009600263
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge* New York: Harper & Row.
- French, S., Green, S., O'Connor, D., McKenzie, J., Francis, J., Michie, S., . . . Grimshaw, J. (2012). Developing theory-informed behaviour change interventions to implement evidence into practice: a systematic approach using the Theoretical Domains Framework. *Implementation Science*, 7(1), 38.
- Fulton, B., Scheffler, R., Sparkes, S., Auh, E., Vujicic, M., & Soucat, A. (2011). Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Human Resources for Health*, 9(1), 1.
- Furlong, E., & Smith, R. (2005). Advanced nursing practice: policy, education and role development. *Journal of Clinical Nursing*, 14(9), 1059-1066.
- Gash, D. C., & Orlikowski, W. J. (1991). Changing frames: Towards an understanding of information technology and organizational change. Repéré à <http://dspace.mit.edu/bitstream/handle/1721.1/46959/changingframesto00gash.pdf>
- Geller, S. E., Adams, M. G., Kelly, P. J., Kodkany, B. S., & Derman, R. J. (2006). Postpartum hemorrhage in resource-poor settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 92(3), 202-211.
- Gemünden, H. G., Salomo, S., & Hölzle, K. (2007). Role models for radical innovations in times of open innovation. *Creativity And Innovation Management*, 16(4), 408-421. doi: 10.1111/j.1467-8691.2007.00451.x
- Geva-May, I., & Thorngate, W. (2003). Reducing anxiety and resistance in policy and programme evaluations. *Evaluation*, 9(2), 205-227. doi: 10.1177/1356389003009002006
- Giacomini, M. K., & Cook, D. J. (2000). Users' guides to the medical literature: XXIII. Qualitative research in health care A. Are the results of the study valid? Evidence-Based Medicine Working Group. *Journal of the American Medical Association*, 284(3), 357-362.
- Goldie, S. J., Sweet, S., Carvalho, N., Natchu, U. C. M., & Hu, D. (2010). Alternative strategies to reduce maternal mortality in India: A cost-effectiveness analysis. *PLoS Medicine*, 7(4), e1000264. doi: 10.1371/journal.pmed.1000264
- Goodman, S. (2007). Piercing the veil: The marginalization of midwives in the United States. *Social Science & Medicine*, 65(3), 610-621. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.03.052

- Graham, W. J., Bell, J. S., & Bullough, C. H. (2001). Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? . Dans V. De Brouwere & W. Van Lerberghe (dir.), *Safe motherhood strategies: a review of the evidence* (Vol. 18, p. 105-140). Antwerp, Belgium: ITGPress.
- Graham, W. J., Bell, J. S., & Bullough, C. H. W. (2001). L'assistance qualifiée à la naissance peut-elle réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement? Dans V. De Brouwere & W. Van Lerberghe (dir.), *Réduire les risques de la mortalité: stratégies et évidence scientifique* (p. 105-137): Studies in Health Services Organisation & Policy, 18.
- Greene, J. G. (1988). Stakeholder participation and utilization in program evaluation. *Evaluation Review*, 12(2), 91-116. doi: 10.1177/0193841x8801200201
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Grol, R. (1997). Personal paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ*, 315(7105), 418-421.
- Gruppen, L., Mangrulkar, R., & Kolars, J. (2012). The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. *Human Resources for Health*, 10(1), 43.
- Guest, D. E., Peccii, R., Rosenthal, P., Redfern, S., Wilson-Barrett, J., Dewe, P., . . . Sudbury, A. (2004). An Evaluation of the Impact of Nurse, Midwife and Health Visitor Consultants. Dans Kings College (dir.). London.
- Guilbert, J. (1987). *Educational Handbook For Health personnel*. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/1987/924170635X_eng.pdf
- Hansen, M. K. (2007). The Effects of Incentives, Interview Length, and Interviewer Characteristics on Response Rates in a CATI-Study. *International Journal of Public Opinion Research*, 19(1), 112-121. doi: 10.1093/ijpor/edl022 Key: citeulike:1144992
- Hargreaves, M. B. (2010). Evaluating system change: A planning guide. Repéré à http://www.mathematica-mpr.com/publications/PDFs/health/eval_system_change_methodbr.pdf
- Hartley, H. (2002). The system of alignments challenging physician professional dominance: An elaborated theory of countervailing powers. *Sociology of Health and Illness*, 24(2), 178-207.
- Hartz, D. L., Foureur, M., & Tracy, S. K. (2012). Australian caseload midwifery: The exception or the rule. *Women and Birth*, 25(1), 39-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.01.001>

- Hartz, D. L., White, J., Lainchbury, K. A., Gunn, H., Jarman, H., Welsh, A. W., . . . Tracy, S. K. (2012). Australian maternity reform through clinical redesign. *Australian Health Review*, 36, 169–175. doi: <http://dx.doi.org/10.1071/AH11012>
- Hassan-Bitar, S., & Narrainen, S. (2011). ‘Shedding light’ on the challenges faced by Palestinian maternal health-care providers. *Midwifery*, 27(2), 154-159. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.05.007>
- Hatem, M. (2008). Rapport de fin de mission: Assistance technique pour la révision du programme de formation des sages-femmes dans le Royaume du Maroc. Rapport inédit.
- Hatem, M. (2009). Rapport d'étape : Appui à l'intégration de la Santé de la Reproduction dans la Réforme de la Santé de la Reproduction : Révision du programme de formation des sages-femmes. Rapport inédit
- Hatem, M. (2013). Sages-femmes francophones : Quel présent ? Quel avenir ? Dans M. Hatem (dir.), *Les sages-femmes dans la francophonie.Témoins silencieuses de la vie... et de la mort* (p. 301-309). Montréal: CHU Sainte-Justine.
- Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4). doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2
- Hatem-Asmar, M. (1997). *Choix éducationnels pour la formation des professionnels de la santé: le cas de la profession de sage-femme au Québec* (Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal, Québec, Canada).
- Hatem-Asmar, M., & Fraser, W. (2004). La sage-femme du Québec : de la renaissance à la reconnaissance. *Santé, Société et Solidarité* 3 (1), 105-115
- Hatem-Asmar, M., Fraser, W., & Blais, R. (2002). Trois paradigmes pour développer un programme de formation des professionnels de la santé: le cas de la formation des sages-femmes au Québec. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 9(1), 86-102.
- Hauck, Y. L., Bayes, S. J., & Robertson, J. M. (2012). Addressing the workplace needs of Western Australian midwives: a Delphi study. *Australian Health Review*, 36(2), 176-183. doi: 10.1071/AH11026
- Hawkins, K., Newman, K., Thomas, D., & Carlson, C. (2005). Developing a Human Rights-Based Approach to Addressing Maternal Mortality-Desk Review. Repéré à http://www.hurilink.org/tools/Developing_aHRBA_to_Maternal_Mortality--DFID.pdf
- Health Service Executive. (2004). Report to the Chief Executive Officers of the Health Boards / Domiciliary Births Group.
- Hillman, A. M., & Chapparo, C. J. (1995). An Investigation of Occupational Role Performance in Men over Sixty Years of Age, Following a Stroke. *Journal of Occupational Science*, 2(3), 88-99. doi: 10.1080/14427591.1995.9686399

- Ho, L.-A., & Schwen, T. M. (2006). Evaluation in the design of complex systems. *Performance Improvement Quarterly*, 19(2), 135-154.
- Hoddinott, P., Britten, J., & Pill, R. (2010). Why do interventions work in some places and not others: A breastfeeding support group trial. *Social Science & Medicine*, 70(5), 769-778. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.067>
- Hodnett, E. D., Downe, S., & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8). doi: 10.1002/14651858.CD000012.pub4
- Hofmeyr, G. J., Haws, R. A., Bergström, S., Lee, A. C. C., Okong, P., Darmstadt, G. L., . . . Lawn, J. E. (2009). Obstetric care in low-resource settings: What, who, and how to overcome challenges to scale up? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 107, Supplement(0), S21-S45. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.07.017>
- Homer, C. S. E., Friberg, I. K., Dias, M. A. B., ten Hoope-Bender, P., Sandall, J., Speciale, A. M., & Bartlett, L. A. (2014). The projected effect of scaling up midwifery. *The Lancet*.
- Homer, C. S., Passant, L., Brodie, P. M., Kildea, S., Leap, N., Pincombe, J., & Thorogood, C. (2009). The role of the midwife in Australia: views of women and midwives. *Midwifery*, 25(6), 673-681. doi: 10.1016/j.midw.2007.11.003
- Huicho, L., Dieleman, M., Campbell, J., Codjia, L., Balabanova, D., Dussault, G., & Dolea, C. (2010). Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bulletin of World Health Organization*, 88(5), 357-363. doi: 10.2471/blt.09.070920
- Hummelbrunner, R. (2011). Systems thinking and evaluation. *Evaluation*, 17(4), 395-403. doi: 10.1177/1356389011421935
- Humphreys, A., Johnson, S., Richardson, J., Stenhouse, E., & Watkins, M. (2007). A systematic review and meta-synthesis: evaluating the effectiveness of nurse, midwife/allied health professional consultants. *Journal of Clinical Nursing*, 16(10), 1792-1808. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01757.x
- Ilott, I., Gerrish, K., Booth, A., & Field, B. (2012). Testing the consolidated framework for implementation research on health care innovations from South Yorkshire. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n/a-n/a. doi: 10.1111/j.1365-2753.2012.01876.x
- International Confederation of Midwives. (2011a). Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme 2010. Repéré à http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/fr/fr_ICM_2011_Essential_Competencies_2010.pdf
- International Confederation of Midwives. (2011b). Définition internationale de la sage-femme de l'ICM. Repéré à

- <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20FRE-2011-%20updated%20August%202011.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2011c). Normes globales pour la réglementation de la pratique de sage-femme. Repéré à http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/fr/fr_ICM_2011_Global_Standards_for_Midwifery_Regulation_2011.pdf
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2012). Le Misoprostol dans la prévention de l'hémorragie du postpartum: DIRECTIVES DE LA FIGO VERSION ANNOTEE. Repéré à http://www.hebamme.ch/x_data/news_pdf/Le%20Misoprostol%20dans%20la%20Prevention%20de%20l'HPP_Version%20Annotee.pdf
- Irvine, D., Sidani, S., Porter, H., O'Brien-Pallas, L., Simpson, B., McGillis Hall, L., . . . Nagel, L. (2000). Organizational factors influencing nurse practitioners' role implementation in acute care settings. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 13*(3), 28-35.
- Ison, R. L., Maiteny, P. T., & Carr, S. (1997). Systems methodologies for sustainable natural resources research and development. *Agricultural Systems, 55*(2), 257-272. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0308-521X\(97\)00010-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0308-521X(97)00010-3)
- Jackson, N., Waters, E., Promotion, f. t. G. f. S. R. i. H., & Taskforce, P. H. (2005). Criteria for the systematic review of health promotion and public health interventions. *Health Promotion International, 20*(4), 367-374. doi: 10.1093/heapro/dai022
- Johnson, C. A., Cen, S., Gallaher, P., Palmer, P. H., Xiao, L., Ritt-Olson, A., & Unger, J. B. (2007). Why smoking prevention programs sometimes fail. Does effectiveness depend on sociocultural context and individual characteristics? *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention, 16*(6), 1043-1049. doi: 10.1158/1055-9965.epi-07-0067
- Kabakian-Khasholian, T., Kaddour, A., DeJong, J., Shayboub, R., & Nassar, A. (2007). The policy environment encouraging C-section in Lebanon. *Health Policy, 83*(1), 37-49. doi: 10.1016/j.healthpol.2006.11.006
- Keith, R. E., Hopp, F. P., Subramanian, U., Wiitala, W., & Lowery, J. C. (2010). Fidelity of implementation: development and testing of a measure. *Implementation Science 5*(99). doi: 10.1186/1748-5908-5-99
- Keleher, H., Round, R., & Wilson, G. (2002). Report of the mid-term review of Victoria's Maternity Services Program. *Australian Health Review, 25*(4), 119-126. doi: <http://dx.doi.org/10.1071/AH020119>
- Kerouac, S., Temmar, F., & Vissandjee, B. (2005). Strengthening midwifery practices in Morocco: a gender perspective: Suzanne Kerouac, Fatima Temmar and Bilkis Vissandjee, from the University of Montreal, Quebec, Canada, explore current issues for Moroccan midwives. *International Midwifery, 18*(1), 8-9.

- Ketefian, S., Redman, R. W., Hanucharurnkul, S., Masterson, A., & Neves, E. P. (2001). The development of advanced practice roles: implications in the international nursing community. *International Nursing Review*, 48(3), 152-163. doi: 10.1046/j.1466-7657.2001.00065.x
- Kildea, S., Larsson, M., & Govind, S. (2012). A review of midwifery in Mongolia utilising the 'Strengthening Midwifery Toolkit'. *Women and Birth*, 25(4), 166-173. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.08.007>
- Kirchner, J. E., Parker, L. E., Bonner, L. M., Fickel, J. J., Yano, E. M., & Ritchie, M. J. (2012). Roles of managers, frontline staff and local champions, in implementing quality improvement: stakeholders' perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1), 63-69. doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01518.x
- Kislov, R., Nelson, A., de Normanville, C., Kelly, P. M., & Payne, K. (2012). Work redesign and health promotion in healthcare organisations: a review of the literature: Sheffield Hallam University.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: a conceptual framework. *Quality in Health Care*, 7, 149-158.
- Klein, M. C. (2002). *Working symposium on midwifery, building our contribution to maternity care*. Communication présentée A Family Physician's Observations, Vancouver, British Columbia, Canada.
- Klima, C., Norr, K., Vonderheid, S., & Handler, A. (2009). Introduction of centering pregnancy in a public health clinic. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(1), 27-34. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.05.008
- Knoche, L. L., Sheridan, S. M., Edwards, C. P., & Osborn, A. Q. (2010). Implementation of a relationship-based school readiness intervention: A multidimensional approach to fidelity measurement for early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, 25(3), 299-313. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecresq.2009.05.003>
- Koblinsky, M., Matthews, Z., Hussein, J., Mavalankar, D., Mridha, M. K., Anwar, I., . . . van Lerberghe, W. (2006). Going to scale with professional skilled care. *The Lancet*, 368(9544), 1377-1386. doi: 10.1016/s0140-6736(06)69382-3
- Kopec, J. A., & Esdaile, J. M. (1998). Occupational role performance in persons with back pain. *Disability and rehabilitation*, 20(10), 373-379.
- Koplan, J. T., Bond, M., Mersion, K., Reddy, M., Rodriguez, N., Sewankambo, J., & Wasserheit. (2009). Towards a common definition of global health. *Lancet*, 373, 1993-1995.
- Kotter, J. P. (1995). Leading Change: Why Transformations Efforts Fail. *Harvard Business Review*, 73(2), 59-67.

- Kreger, M., Brindis, C., Manuel, D., & Sassoubre, L. (2007). Lessons learned in systems change initiatives: benchmarks and indicators. *American Journal of Community Psychology*, 39(3-4), 301-320. doi: 10.1007/s10464-007-9108-1
- Kronus, C. L. (1987). The evolution of occupational power: an historical study of task boundaries between physicians and pharmacists. *Sociology of Work And Occupations* 3, 3-37.
- Krupp, K., & Madhivanan, P. (2009). Leveraging human capital to reduce maternal mortality in India: enhanced public health system or public-private partnership? *Human Resources for Health*, 7(1), 18.
- Kykyri, V.-L., Puutio, R., & Wahlström, J. (2010). Inviting participation in organizational change through ownership talk. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 46(1), 92-118. doi: 10.1177/0021886309357441
- Lalonde, A. B., Beaudoin, F., Smith, J., Plourde, S., & Perron, L. (2006). The ALARM International Program: A mobilizing and capacity-building tool to reduce maternal and newborn mortality and morbidity worldwide. *Journal of Obstetrics Gynaecology Canada* 28(11), 1004-1005.
- Larousse. (Dir.) (1993). *Dictionnaire général pour la maîtrise de la langue française la culture classique et contemporaine* (Les Éditions Françaises Inc^e éd.). Paris.
- Laszlo, A., & Krippner, S. (1998). Systems theories: Their origins, foundations, and development. Dans J. S. Jordan (dir.), *Systems theories and a priori aspects of perception* (p. 47-74). Amsterdam, The Netherlands: Elsevier Science.
- Lathlean, J. (2007). Researching the implementation of pioneering roles in nursing and midwifery: Empirical insights about lecturer practitioners, consultant nurses and nurse registrars. *Journal of Research in Nursing*, 12(1) (1), 29-39. doi: 10.1177/1744987106073582
- Laurant, M., Harmsen, M., Faber, M., Wollersheim, H., Sibbald, B., & Grol, R. (2010). Revision of professional roles and quality improvement: A review of the evidence. London, England: The Health Foundation.
- Leap, N., Barclay, L., & Sheehan, A. (2003). Results of the Australian Midwifery Action Project Education Survey. Paper 2: Barriers to effective midwifery education as identified by midwifery course coordinators. *Australian Midwifery*, 16(3), 6-11.
- Lehmann, U., Van Damme, W., Barten, F., & Sanders, D. (2009). Task shifting: the answer to the human resources crisis in Africa? *Human Resources for Health*, 7(1), 49.
- Lemay, A. R. (1999). Roles, identities, and expectancies: Positive contributions to Normalization and Social Role Valorization. Dans R. J. Flynn & R. A. Lemay (dir.), *A Quarter-Century of Normalization and Social Role Valorization: Evolution and Impact* (p. 219-240). Ottawa: University of Ottawa Press.

- Léssard-Hébert, M., Goyette, G., & Boutin, G. (1997). *La recherche qualitative: Fondements et pratique* (Éditions Nouvelles^e éd.)
- Lindberg, I., Christensson, K., & Öhrling, K. (2005). Midwives' experience of organisational and professional change. *Midwifery*, 21(4), 355-364. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2005.02.002>
- Lines, R. (2004). Influence of participation in strategic change: resistance, organizational commitment and change goal achievement. *Journal of Change Management*, 4(3), 193-215. doi: 10.1080/1469701042000221696
- Lipsey, M. W. (1993). Theory as method: Small theories of treatments. *New Directions for Program Evaluation*, 1993(57), 5-38. doi: 10.1002/ev.1637
- Lipsey, W. M., & Cordray, S. D. (2000). Evaluation methods for social intervention. *Annual Review of Psychology*, 51, 345-375.
- Lloyd Jones, M. (2005). Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 191-209.
- Lockwood, E. B., & Fealy, G. M. (2008). Nurse prescribing as an aspect of future role expansion: the views of Irish clinical nurse specialists. *Journal of Nursing Management*, 16(7), 813-820.
- Love, A. (2004). Implementation Evaluation Dans J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (dir.), *Handbook of Practical program Evaluation* (2^e éd., p. 63-97). CA, San Francisco: Jossey-Bass.
- Lukas, C. V., Meterko, M. M., Mohr, D., Seibert, M. N., Parlier, R., Levesque, O., & Petzel, R. A. (2008). Implementation of a clinical innovation: The case of advanced clinic access in the Department of Veterans Affairs. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 31(2), 94-108 10.1097/1001.JAC.0000314699.0000304301.0000314693e.
- Lukas, C. V., Mohr, D. C., & Meterko, M. (2009). Team effectiveness and organizational context in the implementation of a clinical innovation. *Quality Management in Healthcare*, 18(1), 25-39 10.1097/1001.QMH.0000344591.0000356133.0000344590.
- Lule, E., Ramana, G. N. V., Ooman, N., Epp, J., Huntington, D., & Rosen, J. E. (2005). Achieving the Millennium Development Goal of Improving Maternal Health: Determinants, Interventions and Challenges. *Health Nutrition and Population*
- Repéré à http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/04/14/000090341_20050414084408/Rendered/PDF/320370LuleAchievingtheMDGFinal.pdf

- MacFarlane, A., & O'Reilly-de Brún, M. (2011). Using a theory-driven conceptual framework in qualitative health research. *Qualitative Health Research*. doi: 10.1177/1049732311431898
- Macfarlane, F., Greenhalgh, T., Humphrey, C., Hughes, J., Butler, C., & Pawson, R. (2011). A new workforce in the making? A case study of strategic human resource management in a whole-system change effort in healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 25(1), 55-72.
- Maroc. Ministère de la Santé . (1997). *Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME) 1997*. Repéré à http://srvweb.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/PAPCHILD1997.pdf
- Maroc. Ministère de la Santé . (2005). *Enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) 2003-2004*. Calverton, Maryland, USA Ministère de la Santé et ORC Macro.
- Maroc. Ministère de la Santé (2008a). *Plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et infantile Période: 2008-2012*. Royaume du Maroc. Repéré à <http://www.dhsa.ma/images/pdf/plan.pdf>
- Maroc. Ministère de la Santé . (2008b). *Plan d'action santé, 2008-2012 « Réconcilier le citoyen avec son système de santé »*. Royaume du Maroc. Repéré à <http://www.sante.gov.ma/inas/pdf/Plan-action-08-12.pdf>
- Maroc. Ministère de la Santé . (2010a). Objectifs du Millénaire pour le développement Rapport national 2009. Repéré à <http://www.pnud.org.ma/pdf/rapports/omd2009Fr.pdf>
- Maroc. Ministère de la Santé . (2010b). *Plan National 2008-2012 pour l'accélération de la réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile: État d'avancement*. Royaume du Maroc. Repéré à http://www.dhsa.ma/images/pdf/etat_avancement.pdf
- Maroc. Ministère de la Santé . (2011). *Réduire la Mortalité Maternelle au Maroc: Partager l'expérience et soutenir le progrès*. UNFPA. Repéré à http://www.who.int/evidence/resources/policy_briefs/MoroccoPBFR.pdf
- Maroc. Ministère de la Santé . (2012a). *Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF-2011)*. Ministère de la Santé , Maroc.
- Maroc. Ministère de la Santé . (2012b). *Plan D'Action 2012 – 2016 Pour accélérer la réduction de la Mortalité maternelle et néonatale: Fin du Compte à rebours 2015*. UNICEF. Repéré à http://www.unicef.org/morocco/french/PA-MMN_Fr.pdf
- Marsden, J., Dolan, B., & Holt, L. (2003). Nurse practitioner practice and deployment: electronic mail Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 595-605.
- Martineau, S. (1999). Les professions : brève présentation pour se faire une idée. Repéré à <http://www.insertion.qc.ca/?Les-professions-breve-presentation>

- Masbah, H. (Avril, 2014). La formation des sages-femmes au Royaume du Maroc : Défis et opportunités. Communication présentée à l'atelier, Riyad, Arabie Saoudite.
- Masolo, C., Vieu, L., Bottazzi, E., Catenacci, C., Ferrario, R., Gangemi, A., & Guarino, N. (2004). *Social Roles and their Descriptions*.
- Masterson, A. (2010). Midwifery 2020 UK Policy Review Report. Repéré à http://www.nes.scot.nhs.uk/media/1892418/policy_review.pdf
- Mathauer, I., & Imhoff, I. (2006). Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 4(1), 24.
- May, C., Finch, T., Mair, F., Ballini, L., Dowrick, C., Eccles, M., . . . Heaven, B. (2007). Understanding the implementation of complex interventions in health care: the normalization process model. *BMC Health Services Research*, 7(1), 148.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320(7226), 50-52. doi: 10.1136/bmj.320.7226.50
- McKenna, H., Keeney, S., & Hasson, F. (2009). Health care managers' perspectives on new nursing and midwifery roles: perceived impact on patient care and cost effectiveness. *Journal of Nursing Management*, 17(5), 627-635. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00948.x
- McKenna, H., Richey, R., Keeney, S., Hasson, F., Sinclair, M., & Poulton, B. (2006). The introduction of innovative nursing and midwifery roles: the perspective of healthcare managers. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 553-562. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04047.x
- McKenna, M., Richey, R., Keeney, S., Hasson, F., Poulton, B., & Sinclair, M. (2008). The managerial and development issues of nurses and midwives in new roles. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 227-235.
- McLaughlin, J. A., & Jordan, G. B. (1999). Logic models: a tool for telling your programs performance story. *Evaluation and Program Planning*, 22(1), 65-72. doi: 10.1016/s0149-7189(98)00042-1
- McNamara, S., Giguère, V., St-Louis, L., & Boileau, J. (2009). Development and implementation of the specialized nurse practitioner role: Use of the PEPPA framework to achieve success. *Nursing & Health Sciences*, 11(3), 318-325. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00467.x
- McSherry, R., Mudd, D., & Campbell, S. (2007). Evaluating the perceived role of the nurse consultant through the lived experience of healthcare professionals. *Journal of Clinical Nursing*, 16(11), 2066-2080. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01594.x

- Mendel, P., Meredith, L., Schoenbaum, M., Sherbourne, C., & Wells, K. (2008). Interventions in organizational and community context: A framework for building evidence on dissemination and implementation in health services research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(1-2), 21-37. doi: 10.1007/s10488-007-0144-9
- Merriam, S. B. (1988). *Case study in education : A qualitative approach*. San Francisco, Ca Jossey-Bass.
- Merriam-Webster. (s.d.) Repéré à <http://www.merriam-webster.com/dictionary/role>
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2ème^e éd.). Paris: De Boeck Université.
- Monsen, L. (2002). School-based evaluation in Norway: Why is it so difficult to convince teachers of its usefulness? Dans D. Nevo (dir.), *School-Based Evaluation: An International Perspective (Advances in Program Evaluation, Volume 8)* (p. 73-88). Oxford: JAI Elsevier Science.
- Morocco. Ministry of Health. (2011). Reducing Maternal Mortality in Morocco: Sharing experience and sustaining progress. Repéré à http://www.who.int/evidence/resources/policy_briefs/MoroccoPBEN.pdf
- Mowbray, C. T., Holter, M. C., Teague, G. B., & Bybee, D. (2003). Fidelity Criteria: Development, Measurement, and Validation. *American Journal of Evaluation*, 24(3), 315-340. doi: 10.1177/109821400302400303
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches Qualitatives* 26(1), 110-138.
- Murray, T. A. (2007). Innovation in nursing education: Which trends should you adopt? *Nurse Educator*, 32(4), 154-160 110.1097/1001.NNE.0000281083.0000250711.b0000281086.
- Nancarrow, S., Moran, A., Wiseman, L., Pighills, A. C., & Murphy, K. (2012). Assessing the implementation process and outcomes of newly introduced assistant roles: a qualitative study to examine the utility of the Calderdale Framework as an appraisal tool. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 5, 307-317. doi: 10.2147/jmdh.s35493
- Narchi, N. Z. (2011). Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. *Midwifery*, 27(1), 23-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.007>
- National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery. (2008). Enhanced Midwifery Practice: Position paper 5. Repéré à <http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/254313/1/nc026.pdf>

- Nicholson, N. (1984). A Theory of Work Role Transitions. *Administrative Science Quarterly*, 29(2), 172-191.
- Nossent, J.-P. (2010). Évaluation ou contrôle : pour une différenciation radicale. *Analyse de l'IHOES*, no 63.
- O'Brien, B., Chalmers, B., Fell, D., Heaman, M., Darling, E. K., & Herbert, P. (2011). The experience of pregnancy and birth with midwives: Results from the Canadian maternity experiences survey. *Birth*, 38(3), 207-215. doi: 10.1111/j.1523-536X.2011.00482.x
- Organisation Mondiale de la Santé. (2005). Pour une grossesse à moindre risque : Le rôle capital de l'accoucheur qualifié. Une déclaration conjointe OMS, ICM, FIGO. Repéré à http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591692/fr/index.html
- Organisation mondiale de la Santé (2006). Travailler ensemble pour la santé - rapport sur la santé dans le monde 2006. Repéré à <http://www.who.int/whr/2006/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2009). Statistiques sanitaires mondiales 2009. Genève.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2011). Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2008. Estimations établies par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242500264_fre.pdf
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M., & Sandall, J. (2012). The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine*, 74(7), 973-981. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.023>
- Panisset, U., Koehlmoos, T. P., Alkhatib, A. H., Pantoja, T., Singh, P., Kengeya-Kayondo, J., & McCutcheon, B. (2012). Implementation research evidence uptake and use for policy-making. *Health Research Policy and Systems*, 10(1), 20.
- Paquette, F., & Chagnon, F. (2000). Cadre de référence pour le développement et l'évaluation des programmes. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/2892181267.pdf>
- Parkhurst, J. O., Penn-Kekana, L., Blaauw, D., Balabanova, D., Danishevski, K., Rahman, S. A., . . . Ssenooba, F. (2005). Health systems factors influencing maternal health services: a four-country comparison. *Health Policy*, 73(2), 127-138. doi: 10.1016/j.healthpol.2004.11.001
- Parsons, B. (2007). The state of methods and tools for social systems change. *American Journal of Community Psychology*, 39(3), 405-409. doi: 10.1007/s10464-007-9118-z
- Pathmanathan, I., Liljestrand, J., . Martins, J.M., Rajapaksa, C., Lissner, C., de Silva, A., Selvaraju, S. (2003). Investing in Maternal Health. Learning from Malaysia and Sri Lanka. Health, Nutrition and population. The World Bank. Washington: Health, Nutrition, and Population Series.

- Patton, M. Q. (1997). *Utilization-Focused Evaluation : The New Century Text*. (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2008). *Utilization-Focused Evaluation*. (4^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pawson, R., & Tilley, N. (2004). Realist Evaluation. Repéré à http://www.communitymatters.com.au/RE_chapter.pdf
- Paxton, A., Maine, D., Freedman, L., Fry, D., & Lobis, S. (2005). The evidence for emergency obstetric care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 88(2), 181-193. doi: 10.1016/j.ijgo.2004.11.026
- Pettigrew, A. M., Woodman, R. W., & Cameron, K. S. (2001). Studying organizational change and development: Challenges for future research. *The Academy of Management Journal*, 44(4), 697-713.
- Plager, K. A., & Razaonandrianina, J. O. (2009). Madagascar nursing needs assessment: education and development of the profession. *International Nursing Review*, 56(1), 58-64. doi: 10.1111/j.1466-7657.2008.00696.x
- Prata, N., Mbaruku, G., Campbell, M., Potts, M., & Vahidnia, F. (2005). Controlling postpartum hemorrhage after home births in Tanzania. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 90(1), 51-55. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2005.03.007>
- professional role. (s.d.). Definitions.net. Repéré à [http://www.definitions.net/definition/professional role](http://www.definitions.net/definition/professional%20role)
- Programme des Nations Unies pour le développement. (2013). Rapport sur le développement humain 2013- L'essor du Sud : le progrès humain dans un monde diversifié. Repéré à <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/librarypage/hdr/human-development-report-2013/>
- Pruhal, A. (2004). La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : Théorie et pratique. *Médecine Tropicale* 64(6), 569-575.
- Pyone, T., Sorensen, B. L., & Tellier, S. (2012). Childbirth attendance strategies and their impact on maternal mortality and morbidity in low-income settings: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(9), 1029-1037. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01460.x
- Reardon, K. K., Readon, K. J., & Rowe, A. J. (1998). Leadership Styles for the Five Stages of Radical Change. *Acquisition Review Quarterly*, 5, 129-146.

- Reiger, K. (2008). Domination or mutual recognition? Professional subjectivity in midwifery and obstetrics. *Social Theory & Health*, 6(2), 132-147.
- Remme, J. H. F., Adam, T., Becerra-Posada, F., D'Arcangues, C., Devlin, M., Gardner, C., . . . Terry, R. F. (2010). Defining research to improve health systems. *PLoS Medicine*, 7(11), e1001000. doi: 10.1371/journal.pmed.1001000
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., . . . Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*.
- Renger, R., & Titcomb, A. (2002). A Three-Step Approach to Teaching Logic Models. *American Journal of Evaluation*, 23(4), 493-503. doi: 10.1177/109821400202300409
- Research Power Inc. (2010). Implementation of Midwifery In Nova Scotia. Repéré à <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/documents/Evaluation-of-MW-Report.pdf>
- Reverso. (s. d.). Repéré à <http://dictionnaire.reverso.net/francais-definition/protectorat>
- Ridde, V. (2006). Suggestions d'améliorations d'un cadre conceptuel de l'évaluation participative Suggestions for improving a conceptual framework for participatory evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 21 (2), 1-23.
- Ridde, V., Baillargeon, J., Ouellet, P., & Roy, S. (2003). L'évaluation participative de type empowerment : une stratégie pour le travail de rue. *Service Social*, 50(1), 263-279. doi: <http://id.erudit.org/iderudit/009972ar>
- Ridde, V., & Dagenais, C. (2009). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Québec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Ritchie, J., Spencer, L., & O'Connor, W. (2003). Carrying out qualitative analysis. Dans J. Ritchie & J. Lewis (dir.), *Qualitative Research practice: A guide for social science students and researchers*. London: Sage Publications.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovation*. (5^e éd.). New York: Free Press.
- Ronsmans, C., & Graham, W. J. (2006). Maternal mortality: who, when, where, and why. *The Lancet*, 368(9542), 1189-1200. doi: 10.1016/s0140-6736(06)69380-x
- Rosengren, K., Engström, A. K., & Axelsson, L. (1999). The staff's experience of structural changes in the health and medical service in western Sweden. *Journal of Nursing Management*, 7(5), 289-298.
- Rossi, H. P., Lipsey, W. M., & Freeman, E. I. (2004). *Evaluation: A systematic approach*. (7^e éd.). Thousands Oaks, CA: Sage.
- Rousseau, S., Desmet, R., & Paradis, L. (1989). L'organisation selon Edgard Morin : Application à la communication et à l'éducation. *Revue des sciences de l'éducation*, 15(3), 433-447.

- Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Kitson, A., McCormack, B., Seers, K., & Titchen, A. (2002). Getting evidence into practice: ingredients for change. *Nursing Standard*, *16*(37), 38-43. doi: 10.7748/ns2002.05.16.37.38.c3201
- Ryu, E., Couper, M. P., & Marans, R. W. (2006). Survey incentives: Cash vs. in-kind; Face-to-face vs. mail; Response rate vs. Nonresponse error. *International Journal of Public Opinion Research* *18*(1), 89-106. doi: 10.1093/ijpor/edh089 Key: citeulike:527015
- Saizonou, J., De Brouwere, V., Vangeenderhuysen, C., Michèle Dramaix-Wilmet, M., Buekens, P., & Dujardin, B. (2006). Audit de la qualité de prise en charge des « échappées belle » (near miss) dans les maternités de référence du Sud Bénin. *Cahiers Santé*, *16*(1), 33-42.
- Saks, M. (2012). Defining a Profession: The Role of Knowledge and Expertise. *Professions and Professionalism, North America*, *2*(June).
- Saksvik, P. Ø., Tvedt, S. D., Nytrø, K., Andersen, G. R., Andersen, T. K., Buvik, M. P., & Torvatn, H. (2007). Developing criteria for healthy organizational change. *Work & Stress*, *21*(3), 243-263. doi: 10.1080/02678370701685707
- Sakyi, E. K., Awoonor-Williams, J. K., & Adzei, F. A. (2011). Barriers to implementing health sector administrative decentralisation in Ghana: a study of the Nkwanta district health management team. *Journal of Health Organization and Management*, *25*(4), 400-419.
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., & Burge, F. (2013). A case study of nurse practitioner role implementation in primary care: what happens when new roles are introduced? *BMC Nursing*, *12*(1), 1.
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., & DiCenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, *67*(6), 1178-1190.
- Scherman, S., Smith, J., & Davidson, M. (2008). The first year of a midwifery-led model of care in Far North Queensland. *The Medical Journal of Australia*, *188*(2), 85-88.
- Scott, L., & Caress, A.-L. (2005). Shared governance and shared leadership: meeting the challenges of implementation. *Journal of Nursing Management*, *13*(1), 4-12. doi: 10.1111/j.1365-2834.2004.00455.x
- Scott, S., & Ronsmans, C. (2009). The relationship between birth with a health professional and maternal mortality in observational studies: a review of the literature. *Tropical Medicine & International Health*, *14*(12), 1523-1533. doi: 10.1111/j.1365-3156.2009.02402.x
- Seidman, E. (1988). Back to the future, community psychology: Unfolding a theory of social intervention. *American Journal of Community Psychology*, *16*(1), 3-24. doi: 10.1007/bf00906069
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline*. New York: Currency Doubleday.

- Shaban, I., Barclay, L., Lock, L., & Homer, C. (2012). Barriers to developing midwifery as a primary health-care strategy: A Jordanian study. *Midwifery*, 28(1), 106-111. doi: 10.1016/j.midw.2010.11.012
- Shaban, I., & Leap, N. (2012). A review of midwifery education curriculum documents in Jordan. *Women and Birth*, 25(4), e47-e55. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2011.09.001>
- Sibbald, B., Shen, J., & McBride, A. (2004). Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of Health Services Research & Policy*, 9 Suppl 1, 28-38. doi: 10.1258/135581904322724112
- Sidani, S., & Irvine, D. (1999). A conceptual framework for evaluating the nurse practitioner role in acute care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 58-66. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01049.x
- Smith, A. (2011). Mise en place de conditions favorables à l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne : une recension des écrits et des meilleures pratiques. Repéré à www.asssm.veille.ac.ca.
- Spina, E. (2013). An evaluation of the professional status of Italian midwives. *Evidence Based Midwifery* 11(3), 88-93.
- Steckler, A., & Linnan, L. (2002). Process evaluation for public health interventions and research: An overview. Dans A. Steckler & L. Linnan (dir.), *Process evaluation for public health interventions and research* (p. 1 - 23). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Stenson, A. L., Kapungu, C. T., Geller, S. E., & Miller, S. (2010). Navigating the challenges of global reproductive health research. *Journal of Women's Health*, 19(11), 2101-2107. doi: 10.1089/jwh.2010.2065
- Stephen, C., & Daibes, I. (2010). Defining features of the practice of global health research: an examination of 14 global health research teams. *Global Health Action*, 3. doi: 10.3402/gha.v3i0.5188
- Stetler, C., Legro, M., Wallace, C., Bowman, C., Guihan, M., Hagedorn, H., . . . Smith, J. (2006). The role of formative evaluation in implementation research and the QUERI experience. *Journal of General Internal Medicine*, 21(2), S1-S8. doi: 10.1007/s11606-006-0267-9
- Suárez-Herrera, J. C. (2008). L'importance des communautés épistémiques participatives pour la création de réseaux transnationaux de recherche comparative dans la santé publique contemporaine Dans V. Ridde & K. Mohindra (dir.), *Développer et pratiquer la recherche et l'enseignement en santé mondiale au Québec* (p. 41-56). Montréal: Acfas.
- Suárez-Herrera, J. C., Springett, J., & Kagan, C. (2009). Critical connections between participatory evaluation, organizational learning and intentional change in pluralistic organizations. *Evaluation*, 15(3), 321-342. doi: 10.1177/1356389009105884

- Supovitz, J. A., & Taylor, B. S. (2005). Systemic education evaluation. *American Journal of Evaluation*, 26(2), 204-230. doi: 10.1177/1098214005276286
- Taut, S., & Alkin, C. M. (2002). Barriers to Program Evaluation: UCLA Outreach Program Staff Perspectives *Occasional Report #10*. Los Angeles, University of California: Graduate School of Education and Information Studies.
- Taut, S., & Brauns, D. (2003). Resistance to evaluation : A psychological perspective. *Evaluation*, 9(3), 247-264. doi: 10.1177/13563890030093002
- Temmar, F. (2005a). La formation de la sage-femme au Maroc. Document inédit.
- Temmar, F. (2005b). La formation des sages-femmes au Maroc comme ressource déterminante dans la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales. Document inédit.
- Temmar, F., Vissandjée, B., Hatem, M., Apale, A., & Kobluk, D. (2006). Midwives in Morocco: Seeking Recognition as Skilled Partners in Women-Centred Maternity Care. *Reproductive Health Matters*, 13(27), 83-90.
- ten Hoop-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., . . . Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*.
- The Evidence Centre For Skills For Health. (2011). Key changes in the Healthcare workforce: Rapid review of international evidence Report developed by The Evidence Centre for Skills for Health. Repéré à http://www.skillsforhealth.org.uk/component/docman/doc_view/1835-key-changes-in-healthcare-workforce-082011.html
- The Lancet, (2014). Midwifery: An Executive Summary for *The Lancet's* Series. Repéré à http://download.thelancet.com/flatcontentassets/series/midwifery/midwifery_exec_summary.pdf
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246. doi: 10.1177/1098214005283748
- Thompson, J. B., Fullerton, J. T., & Sawyer, A. J. (2011). The International Confederation of Midwives: Global standards for midwifery education (2010) with companion guidelines. *Midwifery*, 27(4), 409-416. doi: 10.1016/j.midw.2011.04.001
- Tindana, P. O., Singh, J. A., Tracy, C. S., Upshur, R. E. G., Daar, A. S., Singer, P. A., . . . Lavery, J. V. (2007). Grand challenges in global health: Community engagement in research in developing countries. *PLoS Medicine*, 4(9), e273. doi: 10.1371/journal.pmed.0040273

- Tracy, S. K., Hartz, D., Nicholl, M., McCann, Y., & Latta, D. (2005). An integrated service network in maternity- the implementation of a midwifery-led unit. *Australian Health Review*, 29(3), 332-339. doi: <http://dx.doi.org/10.1071/AH050332>
- Trochim, W. M., Cabrera, D. A., Milstein, B., Gallagher, R. S., & Leischow, S. J. (2006). Practical challenges of systems thinking and modeling in public health. *American Journal of Public Health*, 96(3), 538-546. doi: 10.2105/ajph.2005.066001
- Tseng, V., & Seidman, E. (2007). A systems framework for understanding social settings. *American Journal of Community Psychology*, 39(3-4), 217-228. doi: DOI: 10.1007/s10464-007-9101-8
- Tuohy, S., Reilly, P., & Hayday, S. (2006). Changing skill mix- A recipe for success. Repéré à <http://www.employment-studies.co.uk/pdflibrary/mp68.pdf>
- Turner, C., Keyzer, D., & Rudge, T. (2007). Spheres of influence or autonomy? A discourse analysis of the introduction of Nurse Practitioners in rural and remote Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 38-46. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04275.x
- Turner, R. H. (1990). Role Change. *Annual Review of Sociology*, 16(1), 87-110. doi: doi:10.1146/annurev.so.16.080190.000511
- Ulrich, D. (1997). *Humans Resource Champions: The next agenda for adding value and delivering results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Ulrich, D. (1998). A new mandate for human resources. *Harvard Business Review*, 76(January–February), 124–134.
- UNFPA, ICM, & OMS. (2006). « La pratique de sage-femme dans la communauté: Enseignements tirés»: 1er forum international sur la pratique de sage-femme dans la communauté 11- 15 décembre 2006, Hammamet, Tunis. Repéré à https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/midwifery_fre.pdf
- United Nations Children's Fund. (2008). Progrès pour les enfants: Mortalité maternelle, bilan statistique Numéro 7, septembre 2008. Repéré à <http://www.unicef.fr/userfiles/4328-4%281%29.pdf>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division. (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision, Volume II, Demographic Profiles (ST/ESA/SER.A/345). Repéré à <http://esa.un.org/unpd/wpp/Demographic-Profiles/index.shtml>
- United Nations Population Fund. (2004). Mise à jour sur la Mortalité Maternelle: accoucher en de bonne mains. Repéré à http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/mmupdat e05_fre.pdf

- United Nations Population Fund. (2006a). Mortalité Maternelle: Mise à jour 2006- Grossesse, accouchement et plus : Investir dans les sages-femmes et autres personnels compétents dans la pratique de sage-femme. Repéré à http://www.amddprogram.org/conference/assets/Resources/French%20Documents/UNFPA_MM-Investir%20Dans%20Les%20Sages-Femmes%20et%20Autres%20Personnels%20Competents_2006.pdf
- United Nations Population Fund. (2006b). Towards MDG5 : Scaling up the capacity of midwives to reduce maternal mortality and morbidity. Repéré à http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/midwives_mm.pdf
- United Nations Population Fund. (2010). Global Call to Action : Strengthen Midwifery to Save Lives and Promote Health of Women and Newborns. Repéré à <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/events/2010/midwifery/Join t Statement Symposium on Strengthening Midwifery Final 04JUN2010.pdf>
- United Nations Population Fund. (2011). The State of The World's Midwifery Report 2011: Delivering Health, Saving Lives. Repéré à http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/main_report/en_SOWMR_Full.pdf
- United Nations Population Fund. (2014). The State of the World's Midwifery 2014: A Universal Pathway. A Woman's Right to Health. Repéré à <http://unfpa.org/public/home/publications/pid/17601>
- USAID. (2009). Program Evaluation of the Pre-Service Midwifery Education Program in Afghanistan. Repéré à http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/library/R111_USAID_2009_Afghanistan_PreServiceMidwiferyEducationReport_Afghan_Nov2009.pdf
- Vadeboncoeur, H., Maheux, B., & Blais, R. (1996). Pourquoi le Québec at-il décidé d'expérimenter la pratique des sages-femmes tandis que l'Ontario légalisait la profession? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 3(224-242).
- Van kelst, L., Spitz, B., Sermeus, W., & Thomson, A. M. (2013). A hermeneutic phenomenological study of Belgian midwives' views on ideal and actual maternity care. *Midwifery*, 29(1), e9-e17. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.10.002>
- Van Lerberghe, W., & De Brouwere, V. (2001). Impasses et succès : les conditions historiques du déclin de la mortalité maternelle. Dans V. De Brouwere & W. Van Lerberghe (dir.), *Réduire les Risques de la Maternité : Stratégies et Evidence Scientifique* (p. 7-36): *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 18.
- Van Lerberghe, W., Matthews, Z., Achadi, E., Ancona, C., Campbell, J., Channon, A., . . . Turkmani, S. (2014). Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *The Lancet*.

- van Soeren, M. H., & Micevski, V. (2001). Success indicators and barriers to acute nurse practitioner role implementation in four Ontario hospitals. *AACN Clinical Issues*, 12(3), 424-437.
- Varkey, P., Horne, A., & Bennet, K. E. (2008). Innovation in health care: A primer. *American Journal of Medical Quality*, 23(5), 382-388. doi: 10.1177/1062860608317695
- Vink, P., Imada, A. S., & Zink, K. J. (2008). Defining stakeholder involvement in participatory design processes. *Applied Ergonomics*, 39(4), 519-526. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2008.02.009>
- Walsh, D., & Devane, D. (2012). A Metasynthesis of Midwife-Led Care. *Qualitative Health Research*, 22(7), 897-910. doi: 10.1177/1049732312440330
- Walton, C., Yiannousiz, K., & Gatsby, H. (2005). Promoting midwifery-led care within an obstetric-led unit. *British Journal of Midwifery*, 13(12), 750-755.
- Watson, J., Turnbull, B., & Mills, A. (2002). Evaluation of the extended role of the midwife: the voices of midwives. *International Journal of Nursing Practice*, 8(5), 257-264. doi: 10.1046/j.1440-172X.2002.00375.x
- Weaver, L., & Cousins, J. B. (2004). Unpacking the participatory process *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, 1(1), 19-40.
- Weiner, B. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(1), 67.
- Weiss, C. H. (1998). *Evaluation: Methods for Studying Programs and Policies (Second edition)*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Weiss, C. H. (1987). Where politics and evaluation research meet. Dans D. J. Palumbo (dir.), *The politics of program evaluation* (p. 47-70). Newbury Park, California: Sage.
- Whitemore, E. (1998). *Understanding and Practicing Participatory Evaluation, New Directions for Evaluation*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Wilderman, R. (1979). Evaluation research and the sociopolitical structure : A review. *American Journal of Community Psychology*, 7(1), 93-106.
- Williams, K., Lago, L., Lainchbury, A., & Eagar, K. (2010). Mothers' views of caseload midwifery and the value of continuity of care at an Australian regional hospital. *Midwifery*, 26(6), 615-621. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2009.02.003>
- Wilson, A., Pearson, D., & Hassey, A. (2002). Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care—the GP perspective. *Family Practice*, 19(6), 641-646. doi: 10.1093/fampra/19.6.641
- Woodward, V. A., Webb, C., & Prowse, M. (2006). Nurse consultants: organizational influences on role achievement. *Journal of Clinical Nursing*, 15(3), 272-280. doi: [p://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01295.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01295.x)

- World Health Organization. (2002). Nursing and midwifery services: strategic directions 2002-2008. Repéré à www.searo.who.int
- World Health Organization. (2003). Nursing and midwifery workforce management: Conceptual Framework. Repéré à http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_ConcepFramework_11Sep.pdf
- World Health Organization. (2005). The World Health Report 2005- Make Every Mother and Child Count. Repéré à http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf
- World Health Organization. (2008). Document technique: La promotion du développement des soins infirmiers et obstétricaux dans la Région de la Méditerranée orientale. *EM/RC55/5* Repéré à <http://www.emro.who.int/rc55/media/pdf/EMRC5505Fr.pdf>
- World Health Organization. (2009). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research. Dans D. d. Savigny & T. Adam (dir.). France.
- World Health Organization. (2010a). Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2011–2015. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HP_N_10.1_eng.pdf.
- World Health Organization. (2010b). Stratégie Mondiale pour la Santé de Femme et de l'Enfant. Repéré à http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_fr.pdf
- World Health Organization. (2011a). Présentation du rapport à venir sur l'État de la pratique de sage-femme dans le monde. Repéré à http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/pr/2011/midwiferyreport_fac_tsheet_fr.pdf
- World Health Organization. (2011b). Strengthening Midwifery Toolkit: Module 1- Strengthening Midwifery: A Background Paper. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module1_eng.pdf
- World Health Organization. (2011c). Strengthening Midwifery Toolkit: Module 2- Legislation and Regulation of Midwifery - Making Safe Motherhood Possible. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module2_eng.pdf
- World Health Organization. (2011d). Strengthening Midwifery Toolkit: Module 4- Competencies for Midwifery Practice. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module4_eng.pdf
- World Health Organization. (2011e). Strengthening Midwifery Toolkit: Module 5- Developing a Midwifery Curriculum for Safe Motherhood: Guidelines for Midwifery Education Programmes. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501965_module5_eng.pdf

- World Health Organization. (2012a). Enhancing nursing and midwifery capacity to contribute to the prevention, treatment and management of non communicable diseases. Repéré à <http://www.who.int/hrh/resources/observer12/en/index.html>
- World Health Organization. (2012b). WHO recommendations. Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. OPTIMIZIMNH. Repéré à
- World Health organization. (2014). Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Repéré à <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>
- Worster, A., Sarco, A., Thrasher, C., Fernandes, C., & Chemeris, E. (2005). Understanding the role of nurse practitioners in Canada. *Canadian Journal of Rural Medicine* 10(2), 89-94.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Designs and Methods*. (4^e éd.). Sage Publications, Inc.
- Zachariah, R., Ford, N., Philips, M., S.Lynch, Massaquoi, M., Janssens, V., & Harries, A. D. (2009). Task shifting in HIV/AIDS: opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(6), 549-558. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.trstmh.2008.09.019>
- Zink, K. J., Steimle, U., & Schröder, D. (2008). Comprehensive change management concepts: Development of a participatory approach. *Applied Ergonomics*, 39(4), 527-538. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.2008.02.015apergo>.

Annexes

**Annexe I : Rapport de fin de mission : Assistance technique pour la
révision du programme de formation des sages-femmes dans le
Royaume du Maroc**

CONSULTATION INTERNATIONALE
Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)
Sous programme de santé de la reproduction

Ministère de la Santé du Maroc
Institut de Formation des Cadres de la Santé

Rapport de fin de mission

ASSISTANCE TECHNIQUE POUR
LA REVISION DU PROGRAMME DE FORMATION DES SAGES-FEMMES

Présenté par: Marie Hatem, Ph.D.

TABLE DES MATIÈRES	
PRÉAMBULE.....	1
INTRODUCTION	1
DÉMARCHE SUIVIE POUR LA RÉVISION DU PROGRAMME DE SAGE-FEMME.....	3
RÉSULTATS	6
LES RECOMMANDATIONS.....	16
ÉTAPES À VENIR.....	23
L'ATELIER DE VALIDATION.....	30
CONCLUSION	30
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	32

PRÉAMBULE

Ce rapport couvre des activités accomplies à l'occasion d'une consultation effectuée dans le cadre du processus établi par le Ministère de la Santé du Maroc, appuyé par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA) en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelle (MM) dans le Royaume du Maroc. La démarche qui fait l'objet du présent rapport vise à :

Réviser le programme de formation des sages-femmes et introduire de nouvelles habiletés et compétences dans le contexte de la prise en charge globale de la femme

La responsable de cette mission, Marie Hatem est professeur-chercheur infirmière et sage-femme (SF) détenant un doctorat en santé publique – option organisation des soins par la planification et l'évaluation des programmes de formation des professionnels de la santé. Selon les termes de référence de sa mission et afin d'atteindre son objectif global, il lui est demandé, entre autres, de :

1. Analyser le programme de formation des SF au Maroc;
2. Élaborer des recommandations en terme d'amélioration du programme et de la formation et considérant tous les préalables y compris l'implication et l'habilitation des enseignants/encadrants;
3. Élaborer et valider un plan d'action et les modalités de sa mise en œuvre pour le renforcement de la formation des SF;
4. Organiser un atelier de présentation et validation du plan d'action .

Ainsi, le présent rapport fera état des résultats de cette mission. Dans ce qui suit seront présentés : 1) les SF et la mortalité maternelle : situation au Maroc, 2) la démarche suivie pour la révision des programmes : cadre de référence et étapes suivie, 3) le contexte socioculturel dans lequel la SF est appelée à opérer, 4) le rôle de la SF tel qu'il est perçu par différentes personnes-ressources consultées et certains documents analysés, 5) les caractéristiques du programme de formation des sages-également documentés à partir des personnes-ressources consultées et de certains documents analysés, 6) les recommandations en termes d'amélioration du programme et de la formation des SF et ce, dans leurs dimensions portant sur les fondements philosophiques, le contenu et les méthodes ainsi que les acteurs impliqués dans leur mise en place, 7) le plan d'action et les modalités de la mise en œuvre pour le renforcement de la formation; 8) l'atelier qui a pour objectif la validation du plan d'action avec les personnes concernées, et 9) le plan d'action validé et les échéanciers pour sa réalisation.

INTRODUCTION

Les SF et la mortalité maternelle : situation du Maroc

Toute femme court le risque de mourir à une des étapes de sa vie reproductive. En effet, 40% des femmes enceintes pourraient présenter des complications et 15% auraient besoin de soins obstétricaux pour éviter un danger de mort pour elles-mêmes ou pour leur enfant^[1]. Chaque jour, 1600 femmes meurent de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement; 99% proviennent de pays en développement, particulièrement africains^[2-4]. La mortalité maternelle (MM) est généralement définie comme suit:

« le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'interruption de la grossesse, quelles qu'en soient la durée, la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ».^[5]

La MM est la conséquence, entre autres, d'une mauvaise santé maternelle, et ses retombées influencent les aspects socio-économiques à différents niveaux. En effet, le décès d'une femme dans ces pays représente : 1) une perte de contribution à la gestion du foyer et aux soins à y offrir, 2) une perte de main d'œuvre, 3) une perte d'une « bénévole » déterminante pour la vie communautaire, et 4) une menace pour la santé, le bien-être et la survie des enfants.^[1] Toutefois, la MM est difficile à mesurer pour différentes raisons dont : 1) un sous enregistrement des décès maternels (ex. mort hors système, cause mal spécifiée, grossesse non signalée au moment du décès); 2) des décès classés de façon erronée (ex. information non fournie; erreur délibérée si ses raisons sont graves tels qu'en cas d'un avortement clandestin); et, 3) une faible fréquence des décès nécessitant, pour bien les cerner, de larges enquêtes à grands échantillons et à coûts très élevés.^[6-8]

Même si le risque de mort maternelle est difficile à prévoir, la MM est évitable dans la majorité des situations. Cependant, en dépit de tous les efforts consentis par les organismes internationaux et locaux de différents pays en développement depuis le lancement de l'Initiative « Maternité sans risque »^[9-12], le déclin de la morbidité et de la MM demeure trop lent. Réduire la MM, un des objectifs du millénaire des nations Unies pour le développement^[13], passe par des services de santé maternels de qualité, disponibles, accessibles durant et immédiatement après l'accouchement. En effet, les femmes meurent essentiellement, en raison de la limite de leur accès à des soins médicaux de base en pré, per et postnatal.^[12] Dans le prénatal: des millions de femmes n'ont pas accès à des soins satisfaisants; seulement 65% bénéficieraient de soins durant cette période. Dans le per-natal: 60 millions d'accouchements par année se déroulent sans aide, professionnelle ou non; seulement 53% des accouchements sont assistés par des professionnels qualifiés (médecins ou SF). Dans le postnatal, environ cinq à 30% des femmes bénéficient de soins de qualité.

Les indicateurs actuellement reconnus, pour mesurer l'amélioration de la qualité des soins et services en soins obstétricaux et la réduction de la MM, correspondent^[8, 14] : 1) au pourcentage d'accouchements assistés par un agent qualifié, médecin ou SF,^[7] dont l'augmentation, ces dernières décennies fut modeste particulièrement en Afrique du Nord alors qu'il n'a pas connu d'évolution en Afrique sub-saharienne; et, 2) à la proportion d'accouchement par césarienne, très peu élevée dans les pays en développement où les besoins sont très grands. Or, dans ces pays, les régions rurales et semi-urbaines manquent de personnel qualifié. En effet, la MM est plus élevée en milieu rural puisque la plupart des professionnels qualifiés se trouvent en milieu urbain;^[15] alors que ceux qui se trouvent dans les milieux ruraux ont une formation insuffisante particulièrement en ce qui a trait aux urgences obstétricales^[1, 16]. Ils reçoivent de bas salaires qui les poussent à s'orienter, entre autres, vers le secteur privé.^[17] Ainsi, pour contribuer à la réduction de la MM dans les milieux semi-urbains et ruraux de ces pays, il serait pertinent : i) d'améliorer la qualité des soins / services offerts en améliorant les ressources matérielles et humaines (personnel qualifié), et ii) d'agir sur les facteurs déterminants la MM et sur les niveaux de prise de décision^[18] par les femmes et leurs familles^[19] de recourir à ces services (voir figures 1-5 dans les annexes).

La SF semble être le catalyseur et le chaînon majeur pour réaliser cet effort dans la fabrique sociétale^[3, 20] du fait de sa proximité des femmes et de leurs familles en plus de son implication dans le milieu. En effet, les SF doivent « être en mesure de prendre toute responsabilité lors d'un accouchement, et de prodiguer les soins nécessaires au nouveau-né et au nourrisson »^[21] Elles doivent également jouer un rôle de conseillère et d'éducatrice au sein de la famille et de la collectivité. Toutefois, les rares SF qui travaillent dans les milieux semi-urbains et ruraux des pays en développement manquent de support, de ressources et de formation continue pour les habiliter à assumer pleinement leur rôle et contribuer à réduire la MM dans leur milieu.^[14, 16, 22] Qu'en est-il des SF marocaines?

Au Maroc, en dépit de différentes interventions implantées et expérimentées dans différents milieux en vue d'améliorer la qualité des services de santé de la reproduction (SR) et de contribuer à la réduction de la MM, les indicateurs ne sont toujours pas favorables. Ainsi, le taux de MM serait de 220/100000 naissances vivantes (390 en milieu rural), 45% des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals, et 40% des accouchements sont réalisés par un personnel qualifié.^[23] De tels résultats requièrent nécessairement une remise en question des services de SR en général de la répartition et des qualifications des professionnels, en l'occurrence la SF, en particulier. Cette qualification des SF passe nécessairement par l'assurance d'une formation solide et adéquate.

DÉMARCHE SUIVIE POUR LA RÉVISION DU PROGRAMME DE SAGE-FEMME

Cadre de référence

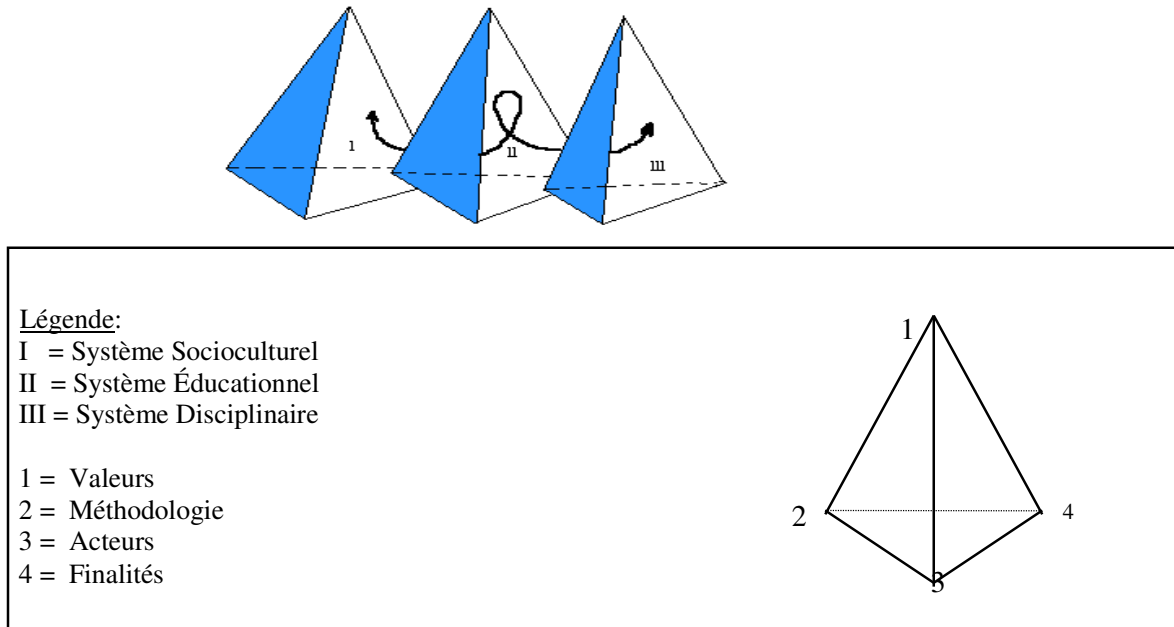
Selon les principes pédagogiques de la formation des professionnels de la santé, la pertinence d'une formation est déterminée en fonction des besoins de chaque pays. Ces besoins permettent de définir les tâches attendues de chaque professionnel à partir desquelles seront établis les objectifs pédagogiques à la base de la formation à offrir.^[24]

De plus, le développement et la révision des curricula de formation des professionnels de la santé reflètent ce qui est valorisé et considéré comme important par la société concernée.^[25] Ainsi, un changement ne procède point de spéculations mais des conjonctures qui l'appellent et, à la limite, l'entraînent.^[26] Il fournit également une idée sur ce qui est estimé important pour le futur. Alors, pour amener un changement dans un programme de formation il est nécessaire d'étudier objectivement ce que la société attend de l'établissement d'enseignement, c'est-à-dire étudier les ajustements requis par les finalités de l'enseignement qu'impose la dynamique sociale.^[27]

Par ailleurs, nous avons démontré^[28] que les contextes ou systèmes socioculturel et éducationnel ne sont pas suffisants pour cerner toutes les composantes nécessaires à l'élaboration ou à la révision d'un programme de formation des professionnels de la santé en général. Elle a mis en lumière la nécessité d'un troisième contexte ou système disciplinaire lié à la profession en soi et mettant l'emphase sur les caractéristiques propres à la profession considérée. Cette théorie repose sur l'interaction de ces trois systèmes à prendre en considération dans une démarche de révision d'un programme de formation en général celui des SF du Maroc en particulier.

À savoir que chacun de ces systèmes est représenté par un choix effectué à un moment donné par les décideurs concernés; choix qui a donné ses couleurs aux quatre (4) dimensions d'un système : les valeurs, la méthodologie, la finalité et les acteurs concernés. À titre d'exemple, un système socioculturel systémique, ne peut donner lieu qu'à un système éducationnel technologique avec une approche techno-systémique et un système disciplinaire médical alors qu'un système socioculturel existentiel donnerait lieu à un système éducationnel humaniste avec une approche organique et un système disciplinaire de santé.^[28, 29](voir annexe 1 : comparaison paradigme de la santé et paradigme médical). L'interaction entre ces trois systèmes socioculturels, éducationnels et disciplinaire est schématisée dans la Figure 1.

Figure 1. Structure des différents systèmes disciplinaire, socioculturel et éducationnel^[28, 29]



Ainsi, ce cadre a été utilisé pour procéder à l'analyse du programme de formation des SF marocaines en tant que système, respectant les systèmes socioculturels et disciplinaires avec lesquels ce programme interagit nécessairement.

Méthodes

Afin d'atteindre les objectifs fixés pour cette démarche de révision du programme de formation des SF marocaines, une approche constructiviste ethnographique a été adoptée. Elle a consisté à consulter le maximum de personnes impliquées ou engagées dans l'un ou l'autre des systèmes déterminant la formation des SF marocaines ainsi que les documents pertinents. Des visites des milieux de formation et de pratique des SF ont également été réalisées (voir annexes).

La collecte des données a eu recours à des entretiens semi-dirigés, des focus groupes essentiellement (voir annexes), des observations des lieux, une check-list (voir annexes) à compléter et l'analyse des sources documentaires pertinentes.

Ainsi, les personnes interviewées sont :

- le chef de division de la formation;
- le chargé de programme du FNUAP, programme africain de santé maternelle et néonatale;
- le conseiller principal en santé maternelle du FNUAP, programme africain de santé maternelle et néonatale, consultant pour la stratégie de lutte pour la réduction de la MM au Maroc;
- le médecin directeur de l'hôpital Ibn Al Khatib, Fes;

Les focus group ont donné l'occasion de rencontrer, par ordre chronologique :

- l'équipe de direction des enseignements et des enseignantes de l'IFCS, Rabat (10) : présentation de l'IFCS et du programme des SF; et, réception des documents du programme (ex. contenu, feuilles d'évaluation)
- des SF de l'Association des SF du Maroc, Rabat (2);
- la direction de la population (7);
- la direction des hôpitaux, responsable des SSP (2);
- les cadres de l'hôpital Ibn Sina, Rabat (16);
- les étudiantes de 3^{ème} année, IFCS Rabat (6);
- les enseignantes SF de l'IFCS, Rabat (4);
- les étudiantes de 1^{ère} année, IFCS Rabat (6);
- les SF cliniciennes du CH Ibn Sina (6);
- les SF clinicienne du milieu extra-hospitalier, Rabat (2)
- les enseignantes SF et polyvalentes de l'IFCS, Rabat (8 SF et 6 inf. polyvalents=14);
- les étudiantes de 3^{ème} année de l'IFCS, Fes (8).

Les visites et observations du terrain ont porté sur :

- la maternité de l'hôpital Souissi, Rabat;
- l'IFCS de Rabat;
- l'IFCS de Fes;
- la maternité de l'hôpital Ibn el Khatib, Fes – maternité SOUC.
- 2 maisons d'accouchement de la région de Fes.

La consultation des documents a porté sur :

- le document de programme de l'IFCS, Rabat,^[30]
- différents écrits (ex. rapports, résultats d'études)^[31-35] portant sur la profession de SF au Maroc.

Enfin, un check-list présentant les fonctions et les activités qu'une SF réalise ou qu'elle devrait être habilitée à remplir a été remis à tous les groupes rencontrés en vue d'avoir leur point de vue sur le sujet.

Les entrevues et focus groupes ont été enregistrés (accord des participant-e-s obtenu au préalable), ils ont été transcrits et analysés. Le check-list a permis d'avoir un profil des tâches accomplies par les SF ainsi que celui qu'elle devrait accomplir dans l'optique d'une éventuelle démarche élaborée en vue de contribuer la réduction de la MM. L'analyse des données provenant des différentes sources a été réalisée eu égard des trois systèmes d'intérêt (socioculturel, disciplinaire et éducationnel) et de leurs quatre dimensions : dans un sens longitudinal c'est-à-dire à travers chaque entrevue ou focus group transcrits et dans un sens transversal, par thème à travers ces différentes sources. Ils ont servi à l'établissement des forces -à exploiter- et des faiblesses -à traiter- dans le plan d'action qui a découlé de la démarche.

Toutefois, il est évident que cette démarche ne représente que la première étape du processus qui aboutira à la mise en place d'un programme de formation adapté au contexte marocain et répondant à ses exigences c.à.d. permettant aux SF diplômées suites à ce programme de contribuer ultimement à la réduction de la MM au Maroc.

En effet, le processus de changement d'un programme de formation n'est pas l'œuvre d'une personne ou de n'importe quel groupe de personnes. Il ne se produit pas à huis clos ni sous une forme linéaire. Guibert^[24] établit un plan d'action plutôt circulaire, pour agir au niveau du système éducatif, visant le développement d'un programme de formation des professionnels de la santé (voir

Tableau 1, page suivante), en huit étapes, impliquant l'intervention de différents groupes, comités, etc. Selon ce plan d'action, la présente démarche représenterait la première étape du processus.

Tableau 1: Le plan d'action pour le développement d'un programme de formation des professionnels de la santé^[24] (p: 3.15) (traduction libre)

Ordre chronologique	Définition des objectifs	Responsables de l'exécution	Conseiller
1	Étude prospective pour évaluer les besoins du pays (quantitative et qualitative) en termes de santé personnelle, prenant en compte ce qui est disponible et absorbable.	Ministères du Planning, de la Santé, de l'Éducation, etc.	Corps professoral, experts nationaux et internationaux
2	Définition des objectifs éducationnels de l'Institut des sciences de la santé en fonction des tâches que le professionnel aura à accomplir	Ministères de la Santé et de l'Éducation	Commission facultaire spéciale
3	Organisation d'un groupe d'information sur la planification éducationnelle en sciences de la santé	Corps professoral	Consultant en Éducation
4	Acceptation par le corps professoral des objectifs établis à la lumière des besoins du pays; formation des formateurs en planification de l'éducation		
5	Développement d'un système d'évaluation: • tests de certification; • évaluation formative continue indiquant l'atteinte des objectifs	Comité d'évaluation	Consultant en éducation
6	Modifications du programme et sélection des méthodes qui permettent l'atteinte des objectifs visés	Comité de programme	Consultant en Éducation
7	Organisation d'un groupe de recherche en éducation	Corps professoral	Consultant en Éducation
8	Ré-évaluation périodique des objectifs et des méthodes en fonction du changement des besoins du pays et à la lumière de l'évaluation	Ministères du Planning, de la Santé, de l'Éducation, etc.	Corps professoral; experts nationaux et internationaux

RÉSULTATS

Les données ainsi collectées et analysées ont permis de broser le tableau socioculturel, disciplinaire et éducationnel dans lequel évolue la SF marocaine et couvrent les forces et les faiblesses des différentes dimensions de ces systèmes : les valeurs, les finalités, la méthodologie et les acteurs. Ces résultats, en termes de forces, faiblesses et proposition faites par les participants, seront présentés dans ce qui suit.

Le système socioculturel dans lequel la SF est appelée à opérer

Socioculturel
<i>Valeurs</i>
<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programme conforme aux orientations politiques, des données et des besoins de la population; - SF au cœur de la problématique de la MM et maternité sans risques; particulièrement rural; - Rôle incontournable, capital -couple, famille marocaine- SR : pose du Dg d'urgence qui requiert un transfert ou une césarienne; - SF confidente, accompagnatrice; Chef de la maison d'accouchement; - SF traditionnelle, Kabila, impliquée dans tous événements de vie d'une famille; - Commission nationale de réduction de la MM <p>Faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise image et réputation de SF dans société; - Assise réglementaire ne répond pas au profil des SF; <ul style="list-style-type: none"> o Faute du gouvernement si SF change de comportement; - SF démissionne de son rôle de défenderesse/femme; - Cadre des 3 délais méconnu et dépasse compétence des SF; - Femme devrait apprendre à réclamer ses droits; - Taux d'analphabétisme très élevé chez femmes; - Si pas de SF, recycler les infirmières en 3 mois pour la remplacer; - Mot sexualité : connotation culturelle tabou; - Manque de confiance en jeunes SF; <p>Propositions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resserer les liens avec la femme et répondre à ses besoins individualisés : gagner leur confiance et considérer contexte (Accueil, empathie, écoute, etc.); - SF 5 étoiles, capable de mobiliser la société autour des maisons d'accouchements; - Augmenter l'effectif de SF dans les différents milieux; - Avoir des SF partout en périnatalité plutôt qu'infirmières ou autres et ajuster modèle en fonction; - Valoriser le rôle des SF et améliorer son image (MD, société, décideurs); - Réviser les assises réglementaires de la profession de SF au Maroc; - Plaidoyer en faveur des Droits sexuels et génésiques DSG; - SF doit bénéficier de ses droits et les voir représentés devant les syndicats, gouvernement, ministre, etc.
<i>Acteurs</i>
<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SF mieux accueillie par la société (mari) que le MD; - Femme marocaine a évolué (droits et législation); - Maisons d'accouchement (M. d'acc). créés pour éviter les grossesses à risque et toucher la population éloignée et isolée; <p>Faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SF=femme stigmatisée par la société : non respectée dans milieu; - Chômage des nouvelles SF au Maroc en dépit de l'effectif limité dans les milieux; - Proportion limitée de femmes bénéficient de services efficaces de SF; - Femme a tous les droits, théoriquement, pour la protéger au plan légal. - ASFM ne joue pas son rôle de plaidoirie=> développer et défendre l'identité et la valeur sociale de la SF; - Toutes les maternités ne sont pas bien équipées : pas de SOUs efficaces dans le milieu rural; - SF non motivées pour travailler dans le rural : elles y sont séparées de tout, isolées; - Rôle des infirmière-e-s. polyvalent-e-s dans la MM - Kabila travaille et mieux accueillie dans le rural; <p>Propositions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - voir disciplinaire!
<i>Finalités</i>
<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer des soins de qualité – femme, famille – pour réduire la MM;

Faiblesses :

- Influence des traditions dans la MM;

Propositions :

- Sensibiliser les femmes pour accoucher dans un milieu protégé pour réduire la MM;

Méthodologie**Forces :**

- Séminaire, encadrement offerts présentement (séances thématiques ex. urgences: réponse - transfert);
- Travail associatif régional SF : offre des séances éducatives pour se rapprocher des femmes (caravane) => développer une relation avec la femme qui est satisfaite, améliorer l'image de la SF, et milieu de formation des nouvelles SF;

Faiblesses :

- Recours à d'autres professionnelles recyclées pour accomplir l'Accouchement point; Système table sur des auxiliaires;
- Introduire des notions intimes dans l'approche professionnelle n'est pas encore possible socialement;
- Participation communautaire signifie insertion des professionnels: pas de consensus ni de vision claire;
- Cri de détresse des SF en région car leur sécurité personnelle n'est pas garantie : exposées à la violence;
- SF effectue des tâches qui dépassent de loin leur statut réglementaire=> tâches déléguées et risques pour la femme et les SF;
- SF ont réussi un programme de PF dans le temps par des visites dans la communauté mais pas suffisamment de SF actuellement;
- Méconnaissance des femmes prises en charge;
- Pas de SF dans les associations sociales pour accomplir des activités organisées;

Propositions :

- Augmenter le statut et le niveau de formation des SF (Ph.D) pour les habilitier à prescrire des médicaments et convaincre l'Ordre des MD de leur compétence;
- Critère d'évaluation et de certification des M. d'acc: intégration CPN et CPP au chapitre de l'intégration et de la continuité des soins;
- SF devrait jouer un rôle important dans la société en termes de prévention;
- Exiger les moyens minimaux (ex. transport) et l'accès à une personne de référence plus compétente qu'elle;
- Toute une politique à changer : services morcelés dans la façon de voir la profession, la formation et le rôle de la SF; pas d'approche continue dans la pratique;
- S'occuper des aides-anesthésistes pour régler problème de MM; avoir un service de réanimation chirurgicale, un bloc opératoire à renforcer en ressources et une formation continue au personnel de santé;

Le système disciplinaire de la SF marocaine**Disciplinaire****Valeurs****Forces :**

- Tâches élaborées suite à une réunion de consensus tenue par la commission nationale;
- SF = Corps professionnel conscient de ses responsabilités;
- grande responsabilité: 2 vies entre les mains;
- Rôle de la SF ne se termine jamais;
- SF=Femme sage dans ses gestes et dans son comportement;

Faiblesses :

- SF pilier de l'acc.; elle a énormément d'activités et de tâches;
- SF=soldat du front, inf. spécialisée en obst, polyvalente, personne tampon entre professions médicale et inf.;
- SF=compétence technique basée sur des connaissances théoriques;
- SF aide la femme dès la conception, en passant par la grossesse jusqu'à l'âge de 5 ans de son enfant; conseillère pour des jeunes qui se préparent au mariage, conseillère de SR (PF-incluant pose DIU); accompagne femme (équilibrer entre mère et enfant); près de la famille et de tout son entourage (conjoint); enseignement et counselling : tâches envisagées mais non accomplies régulièrement;
- Rôle varie en fonction du milieu de pratique-vrai rôle SF dans le milieu rural : fait tout et joue le rôle de tout le

monde;

- Pour MD: la SF est une auxiliaire;
- SF=Femme sage dans ses gestes et dans son comportement: ceci n'est pas possible dans certaines conditions de travail
- Tâches décrites plus haut : accomplies dans certains milieux (dépend des structures);

Propositions :

- Rôle d'accompagnante à développer dans la nouvelle génération; inclure la Mortalité infantile;
- Démontrer une maturité pour gagner la confiance des femmes;
- SF doit passer comme une mère, une super-mère (accueil, empathie);
- Importance de l'humanisation des soins et des services des SF;
- Ce n'est pas la formation qu'il faut changer mais tout le contexte (coutumes, traditions)
- Si la SF ne travaille pas dans de bonnes conditions, la réputation de toutes les SF sera remise en cause;
- Doit prendre des précautions pour se protéger... et pour protéger la femme;
- Vérifier les gestes délégués qui sauvent et autoriser la SF à les remplir d'office : être professionnelle;
- SF doivent offrir un meilleur modèle aux étudiantes;
- Besoin d'une stratégie et d'une intervention multidisciplinaires en équipe : pour assurer la continuité;
- Jeunes SF ont besoin d'être "boostées" dans le milieu rural : elles sont incapables de faire face à la problématique de MM;
- Faut revoir le processus dès le début: vocation ou conviction des étudiantes;
- Faut que les SF aient une conscience professionnelle= faire le travail sans rien attendre au retour càd sans attendre des cadeaux ni une rémunération, etc. travailler en présence de Dieu;
- SF doit avoir BONS côtés de la kabila : être avec la femme et humaine;
- Essayer de donner une bonne image de SF: travailler honnêtement;

Acteurs

Forces :

- Certaines SF ont une formation autre (informatique, administration, gestion);
- Peut travailler en CHU, hôpital provincial, centre de santé, maison d'acc. et dispensaires surtout en milieu rural; salles d'admission et d'accouchement, SdeC, SMI, gestion; partout où elle doit être en contact avec la population :
- Jeunes SF: CP, CPP, salle de soins (en absence de l'inf.), assurent des gardes, transfèrent les femmes à grossesse à risque;
- SF autorisée à remplir des actes en urgence : cadre des SOUCs;
- En milieu rural, la femme arrive pour accoucher avec toute sa famille: SF profite pour donner l'information même si c'est un stade tardif pour réussir un changement de comportement;
- Propagande des programmes de prévention se fait au centre de santé;

Faiblesses :

- SF n'occupe pas sa vraie place dans l'équipe multidisciplinaire en périnatalité pour être productive par rapport à la SMI;
- Charge de travail rend la profession très pénible;
- Constat du terrain: besoins de SF dans le milieu rural;
- Énorme différence entre SF du rural et celle de la ville;
- Cédule (12 h. sur 36h et 72 h. de repos) dans M. d'acc. dépend si une ou plusieurs SF avec ou sans inf;
- SF jeunes ne veulent pas se retrouver dans régions rurales, isolées des nouveautés: perdent l'énergie, la motivation, le dynamisme;
- 500 établissements avec maisons d'acc.
- Certaines SF participent à la CP si elle réussit à développer une entente mutuelle avec l'inf.;
- Au rural: SF non intégrée=> clientèle limitée aux femmes (les autres membres de la famille et de la communauté sont moins concernés).
- En milieu urbain c'est surtout la femme qui est cliente de la SF;
- Certaines structures n'offrent pas des services de SR;
- Rôle des "faisant fonctions" en milieu rural : meilleures que SF nouvellement formées; ne reçoivent pas de formation continue;
- SF cadres à la retraite selon un consensus!;
- Énormes différence entre les anciennes et nouvelles SF: régression;
- SF marocaine s'occupe de 30 femmes/j, SF canadienne s'occupe de 45/année!
- SF absente de quelques services: consultation et PF;
- Inf. polyvalente, Infirmier chef de service en PP et SF de salle d'acc, porte le titre d'Infirmière chef!;
- Femmes ne viennent pas à l'hôpital: transfert, analphabétisme, structures, etc.;
- SF non préparée pour apporter des changements sociaux;
- Pas de banque de sang pour transfusions dans un SOUC, Hygiène laisse à désirer, rôle SF aide opératoire;

- pas d'ambulance à la maison d'acc: trajet de 25 minutes pour arriver à l'hôp;
- 2 SF par équipe (parfois même pas le temps de se changer et travailler avec des vêtements salis). Travail: 24h/72h en milieu hospitalier;

Propositions :

- Quitter la prof. si la SF est non convaincue de son rôle auprès femme;
- SF doivent faire attention à sa tenue et à son attitude dans le milieu rural pour s'intégrer et être intégrée;
- Améliorer ses conditions de travail;
- SF doit être responsable de la maison d'acc.;
- Collaboration avec les autorités locales, le personnel et la population; elle fait partie de la communauté;
- Guidelines, algorithme à développer pour différentes urgences;

Finalités

Forces :

--

Faiblesses :

- Intérêt de la SF: accoucher des ventres plutôt que s'occuper de la femme; Faire rouler le service et l'institution et non la femme ou la société;
- Intérêt : Intégrer la fonction publique pour bénéficier de la sécurité salariale seulement.
- S'occuper de la femme de la porte à la porte, au rural et à l'urbain (SF_CHU);
- Refus de remplir les gestes délégués : conflits inter-professionnels;
- Jeunes se retrouvent seules dans les structures de santé rurales;

Propositions :

- Offrir l'information aux étudiantes du lycée (prévention à long terme de la MM);
- SF doit s'occuper de tous les pbs de la femme particulièrement ceux psychologiques et s'occuper de la femme dès son jeune âge, à travers l'âge de procréer jusqu'à ménopause;
- Doit avoir un rôle social (SF_Extra);
- Rôle des SF dans la détermination de leur affectation;
- SF a des limites à respecter en tant qu'être humain!;

Méthodologie

Forces :

- Certaines SF : essaient de garantir une continuité des services via la passation du dossier des femmes entre la M. d'acc et l'hôpital: voie possible pour une continuité de relation et non de personne;
- Référer la cliente au cas où vers d'autres professionnels de la santé;
- Collaboration responsable avec MD car reconnaissance de leurs compétences: elles contribuent à la formation des MD;
- SF peut aborder les questions intimes avec la femme lors des rencontres de PF;
- SF de certaines M.d'acc ont intégré les systèmes pré et postnatal: initiative et réflexion SF;
- SF explique à la famille la nécessité du transfert lorsque requis;
- SF compétentes en pratique selon des critères d'évaluation : description du nombre de prestations réalisées (ex. ventouse, réa. nn, etc.) sans évaluation de l'impact de ces interventions;

Faiblesses :

- SF non valorisée car elle n'a pas de responsabilité (prescriptions, echo);
- Presque exclue de ce qui est prénatal: ce qui est une aberration;
- Utiliser les médias (ex.radio) pour rejoindre la population et l'informer;
- Jeunes SF affectées à des responsabilités pour lesquelles elles ne sont pas bien préparées et à occuper des postes dans des zones rurales enclavées sans aucun encadrement (MD généraliste moins compétent);
- SF auront perdu un rôle important dans la société (60%); celles qui travaillent dans le milieu rural ont plus de chance de maintenir leur rôle;
- Femmes ne reçoivent pas nécessairement les informations requises pour leur suivi => raison invoquée: manque de temps, maternité comme usine! ;
- Rythme infernal de la SF;
- SF du rural font navette entre leurs lieu d'affectation et de résidence donc assurent seulement la garde dans le milieu : pas d'intégration ni possibilité d'engagement et impact de leur intervention sur la communauté.
- Elles s'arrangent pour que les femmes soient transférées aux maternités médicales;
- Difficile de convaincre les femmes quand le transfert est nécessaire;
- SF seule est disponible en tout temps et assure une permanence de 12h par jour; au rural 2 à 3 acc. par jour à la maison d'acc. parfois 2 à 3 mois;

- SF remplit tâches qu'elle ne devrait pas remplir: panseuse?;
- Attitude à l'égard des femmes change après la diplomation: acquisition du modèle de SF "inhumaine" (on ne frappe pas mais on crie);
- Perception des SF : Faut que les femmes viennent chez la SF pour apprendre à lui faire confiance;
- Système ne permet pas le porte-à-porte par les SF!;
- SF ne peut pas faire une demande de sang, mais doit attendre MD: aberrant;

Propositions :

- Faut 5 SF pour une M. d'acc.: présentement souvent une SF seule;
- SF doit intervenir à chaque fois que la situation se présente;
- Motiver SF financièrement pour le milieu rural;
- Continuité de suivi à créer dans le pré, per et postnatal;
- En plus de l'acc., SF doit faire CP, PF où la femme se présente pour différents besoins (gynéco, pédiatrie, etc.);
- Faut qu'elle éduque l'homme!!!
- Important que les SF communiquent avec les femmes pour que celles-ci leur fassent confiance et reviennent les voir;
- Donner des protocoles, des algorithmes, des lignes directrices aux SF particulièrement celles qui vont en région;
- SF doit rassurer la femme admise dans une maternité;
- Motiver la famille et la femme sur la nécessité de suivre femme en milieu protégé;
- Si la maternité n'est pas bien équipée, il faut transférer selon la régulation qui précise les modalités de transfert
- Faut changer l'image des maisons d'acc. aller vers la femme au rural;

Dans le cadre de l'analyse du système socioculturel, un regard particulier a été posé sur le cadre réglementaire et légal de la profession de sage-femme au Maroc. L'analyse a porté sur le texte de la loi (Dahir n° 1-59-367) et sur le document du Journal officiel sur le statut infirmier au Maroc.

Dahir n° 1-59-367 du 21 chaabane 1379 (19 février 1960) portant réglementation de l'exercice des professions de pharmacien, chirurgien dentiste, herboriste et sage-femme.
Publié au bulletin officiel n° 2470 du 26/02/1960

Analyse du cadre réglementaire et légal

Les articles qui font mention spécifique de la sage-femme sont les suivants :

Article 1. Nul ne pourra être autorisé à exercer sur le territoire du Royaume du Maroc les professions de pharmacien, chirurgien dentiste et sage-femme s'il n'est titulaire, selon le cas, du diplôme national délivré par une faculté de médecine et de pharmacie marocaine, de docteur en médecine dentaire délivré par une faculté de médecine dentaire marocaine ou de sage femme délivré par l'un des instituts marocains de formation aux carrières de santé, ou d'un diplôme ou titre reconnu équivalent conformément à la réglementation en vigueur.

Article 5. L'exercice simultané des professions de médecin, de chirurgien dentiste ou de sage-femme d'une part et celles de pharmacien ou d'herboriste d'autre part, est interdit même dans le cas de possession de titres ou de diplômes conférant le droit d'exercer ces professions.

L'exercice des professions de médecin, vétérinaire, chirurgien dentiste, sage-femme dans les officines de pharmacie ou d'herboristerie, ou dans les locaux communiquant avec celles-ci est interdit, hormis le cas d'urgence de soins à donner à un blessé ou à une personne trouvée malade sur la voie publique.

Toute convention d'après laquelle un médecin, un vétérinaire, un chirurgien dentiste, une sage-femme retirerait de l'exercice de sa profession un profit quelconque sur la vente des médicaments effectuée par un pharmacien est prohibée et nulle.

Les sages-femmes ne pourront exercer que l'article des accouchements Sauf en cas de force majeure, elles ne pourront pratiquer aucune opération chirurgicale sans l'assistance d'un médecin, ni prescrire aucun médicament, à l'exception de ceux spécifiés par décret. Elles pourront pratiquer les vaccinations et les revaccinations antivarioliques

Article 6. Toute personne, qui non munie du diplôme ou du titre visé à l'article premier ci-dessus pour l'exercice de la profession de médecin, de chirurgien dentiste, de sage-femme, prendra part habituellement ou par une direction suivie, au traitement des maladies ou des affections d'ordre chirurgical ainsi qu'à la pratique de l'art dentaire ou des accouchements sauf dans les cas d'urgence avérée ;

2° Toute sage-femme qui sortira des limites fixées pour l'exercice de sa profession par l'article 5 ci-dessus;

Article 7 : Toute usurpation du titre de médecin, pharmacien, chirurgien dentiste, sage-femme, herboriste sera considérée et sanctionnée comme un acte d'exercice illégal de la profession.

L'indication d'un titre quelconque autre que celui de médecin ou docteur en médecine, pharmacien ou docteur en pharmacie, dentiste ou chirurgien dentiste, sage-femme ou herboriste sera obligatoirement suivie du nom de la faculté ou de l'établissement hospitalier qui l'a décerné, ainsi que de la ville ou du pays où ce titre a été obtenu.

Article 14. L'ordonnance d'un médecin, d'un chirurgien dentiste, d'une sage-femme ou d'un vétérinaire devra être datée et rédigée lisiblement et formulée de sorte qu'elle puisse être exécutée dans toutes les pharmacies.

Article 18. Toute sage-femme qui recevra chez elle des pensionnaires sera tenue d'en faire la déclaration à l'autorité municipale ou locale qui fera procéder à l'inspection des locaux mis à la disposition des clientes, par le médecin-directeur du bureau municipal d'hygiène ou, dans les centres non dotés d'un bureau municipal d'hygiène, par un médecin désigné par le médecin-chef de la préfecture ou de la province.

Faiblesses du cadre légal de la pratique professionnelle de la sage-femme au Maroc

Dans le texte de la loi, il est fait plutôt mention du cadre organisationnel et des interdits à la pratique de la profession ou plutôt du « métier de sage-femme » (car ce n'est pas une vraie profession dans le contexte marocain!). Il n'est nulle part fait mention de sa définition, du champ de sa pratique, des activités et des tâches autorisées, des gestes techniques qu'elle peut remplir, etc.

Le journal officiel qui semble gérer la pratique des sages-femmes, s'adresse aux infirmiers auxiliaires et licenciés. Si la sage-femme doit être traitée au même titre que les infirmières de niveau Licence, il y aurait une contradiction majeure à l'esprit de la loi puisque celle-ci traite les sages-femmes au même titre que les médecins chirurgiens dentistes et les pharmaciens; alors que le décret du journal officiel sur la pratique infirmière place celle-ci sous la responsabilité des médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens!

Dans ce contexte, les sages-femmes vivent une grande ambiguïté puisqu'elles sont forcées, surtout dans les maisons d'accouchement, d'accomplir des gestes « médicaux » tels l'application d'une ventouse, alors que ce geste est médical donc elles sont forcées à œuvrer dans une quasi illégalité.

Il en est de même pour la prescription de médicaments. Puisqu'il n'y a aucune liste indicative ou de situations précises où elle est autorisée à prescrire, elle peut être poursuivie pour prescription illégale.

De plus, puisque les limites de sa pratique ne sont pas définies, il n'est pas clair dans quelles situations elle doit faire référence au médecin.

Le texte de la loi limite la pratique de la sage-femme à l'accouchement; pas étonnant que les étudiantes et les cliniciennes se définissent en fonction : comment les amener à une approche globale dans ce contexte.

Enfin, le milieu de pratique spécifique à la sage-femme s'intitule : maison d'accouchement. N'est-ce pas assez éloquent pour définir la sage-femme marocaine présentement?

Le système éducationnel de la SF marocaine : Analyse du programme de formation

1. Forces

Principes directeurs :

- Le programme est élaboré sur la base des tâches professionnelles ce qui permet de coller à la réalité du contexte de la pratique professionnelle (mais pas nécessairement à la réalité socioculturelle). Il a été révisé suite à un atelier (1998);
- Il est supposé préparer la sage-femme marocaine selon un profil qui s'approche le plus possible de la définition de sage-femme internationale (ICM, OMS, FIGO);
- La Stratégie 2008-2012 vise à actualiser le programme selon les nouveautés et le contexte donc assurer une structure de formation à l'écoute de l'environnement: ne pas décider pour lui;
- Le programme est fructueux; il répond aux qualités d'une bonne formation en général;
- Tels que formulés dans le document du programme, les objectifs sont de permettre de préparer une sage-femme capable de:
 - * Assurer la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches, du nourrisson en bonne santé et la PF dans les situations normales, y compris IEC;
 - * Dépister les pathologies et les situations à risque et orienter les patientes vers les secteurs de références;
 - * Faire face à l'urgence imprévisible et inéluctable en l'absence de structure médicalisée;
 - * Participer à la gestion des services de soins obstétricaux et de SMI – PF;

Ces objectifs sont assez globaux pour couvrir différents aspects de la périnatalité, mais, ils peuvent s'adapter au profil de formation d'autres professionnels de la santé tels un obstétricien ou un médecin de famille dans la dimension obstétricale de leurs tâches.

Ressources humaines concernées par le programme

- Les enseignantes encadrantes jouent un rôle dans le développement du savoir-être des étudiantes et non simplement dans l'appropriation des gestes techniques;
- Les étudiantes trouvent que leur formation les prépare à être des leaders. Elles sont fières d'être et de se dire sage-femme (elle reçoit un don de Dieu). Elles ont reçu, dans certains cas, une formation autre que celle de sage-femme avant d'aborder leur formation professionnelle. Certaines sont motivées et ambitieuses et visent la formation au 2^e cycle. Elles ont le souci de leur formation personnelle: elles font des recherches et s'inscrivent à des cours dans d'autres cursus et disciplines (MD, gynéco) et ce, à leur propre compte, si elles jugent que ces cours pourraient les aider dans leur formation de sage-femme; auto-formation : ex. toxémie, listériose, toxoplasmose, anémie. Certaines trouvent qu'être une sage-femme et une femme sage n'a rien avec l'âge et la jeunesse. Donc, les étudiantes sont bien sélectionnées.
- Les familles des étudiantes semblent s'attendre à ce qu'elles amènent un changement de la mauvaise image de la sage-femme dans la société;
- La population ciblée par la formation sage-femme comprend: la femme, l'enfant, la famille, la société, l'équipe soignante;

Méthodes pédagogiques

- Selon le texte du programme: les méthodes pédagogiques sont celles les mieux adaptées aux objectifs, au volume horaire prévu, aux moyens et aux supports pédagogiques disponibles;
- Les principes d'apprentissage visent à favoriser la participation active des étudiantes à leur formation; aller du concret vers l'abstrait;
- Le programme cherche à développer : l'esprit d'observation, l'esprit de synthèse, la capacité à analyser les situations et à résoudre les problèmes, l'esprit de recherche et de travail en équipe.
- L'évaluation est formative et sommative.

- Lieux de formation: médecine, chirurgie, pédiatrie, SMI, SSbase, salles admission, travail, accouchement; suites-de-couches, PF et référence; urgences gynéco-obst; consultation MST, bloc opératoire; service de réanimation et de prématurés;

- Le Modèle des trois délais est introduit par certaines enseignantes et ce, en l'absence d'objectifs de cours ;

- Les étudiantes de certains milieux participent aux équipes mobiles pour l'éducation des femmes;

- Éducation offerte par les étudiantes dans les services des suites-de-couches au groupe de femmes dans les chambres: psychologie, soins et hygiène, allaitement maternel, etc.; elles accompagnent la femme pour son 1er lever, ses soins du périnée, etc.

2. Faiblesses

Principes directeurs :

- L'Approche par objectif du programme assure une formation riche en contenu, et amène les étudiantes à se voir comme une professionnelle ayant des connaissances plutôt que des compétences générales;
- Pour les étudiantes: sage-femme équivaut à « accouchement » et elles ne veulent rien faire d'autre; elles n'ont pas de vision globale et de la nécessité de prendre en charge le suivi complet de la femme;
- La Formation en trois ans est insuffisante pour permettre aux futures sages-femmes de jouer un rôle efficace dans la problématique de mortalité maternelle;
- De plus, la formation actuelle est morcelée : ne permet pas la vision globale, ni l'approche globale pour la prise en charge des problématiques en périnatalité;
- Les sages-femmes requièrent une formation continue : car leur formation initiale s'avère insuffisante et inadaptée pour le terrain marocain;
- La réputation de la sage-femme marocaine semble problématique et selon certains avis, cela serait dû en grande partie au fait que cette professionnelle soit une femme donc nos suffisamment respectée dans la société et qu'elle doit faire compétition avec les accoucheuses traditionnelles, bien intégrée dans le milieu rural surtout; le souci et encore plus important sur le plan international;
- Les Droits sexuels et génésiques ne sont pas connus dans le milieu donc la sage-femme n'est pas formée en conséquence;
- Les sages-femmes ne sont pas formées à assurer un bon accueil de la clientèle dans le milieu clinique ni à entretenir des relations humaines empathiques au moins.
- En général, la formation est plutôt théorique que pratique;

- Les Écoles de sages-femmes privées poussent comme des champignons donnant lieu à deux types de formation: celles-ci sont formées pour servir les obstétriciens et les institutions et non la femme nécessairement; Ces étudiantes ne reçoivent pas une formation professionnelle sérieuse (ex. pas de cours d'éthique ni de déontologie);

Ressources humaines concernées

- Mari écarté en raison de la culture et de l'effectif de sages-femmes;
- Tout ce qui touche au mari, à l'adolescence, à l'avortement provoqué, à la santé sexuelle n'est pas abordé dans le programme et les enseignants elles-mêmes n'ont pas la formation à ces sujets;
- Changement de caractère des étudiantes, d'une année à l'autre, en fonction du modèle de sage-femme du milieu;
- Les étudiantes sont centrées sur elles-mêmes dans leur formation et non sur la clientèle qu'elles ont à desservir; pas de sens de l'initiative et de la responsabilité;
- La mauvaise réputation des sages-femmes et la mauvaise image que la société se fait d'elle inquiète les étudiantes et doit inquiéter les responsables de la formation;
- Pas d'identité professionnelle des étudiantes, manque de confiance et d'estime d'elles-mêmes; les étudiantes sages-femmes n'assument pas leur rôle sur le terrain: le modèle de sage-femme est inadéquat;
- Les étudiantes de 1ère année ne perçoivent pas l'importance des cours généraux (inf. polyvalente); elles ont hâte de se trouver à salle d'accouchement : mauvaise perception de leur rôle et pas de disposition pour l'approche globale requise;
- Mal traitées dans les milieux de stage, gouvernées, contrôlées, soumises, pas de prise de décision; non protégées ni par les SF ni par les encadrantes enseignantes;
- Certaines étudiantes ont de la difficulté d'expression en Français et trouvent le vocabulaire médical ardu;
- La charge de travail du cours est trop importante compte tenu des responsabilités que les filles ont dans la société : les étudiantes n'ont pas le temps en trois ans d'assimiler tout le savoir requis et de se reposer;
- Débordées en 3e année: théorie, pratique mémoire, concours d'affectation: c'est trop!;
- Pbs de personnalités et de caractères => les unes et les autres seraient capables ou non d'être un leader dans le milieu de pratique;
- Le rôle de la femme par rapport à la prise en charge de ces droits n'est pas clairement perçu par les enseignantes;
- Les enseignantes ne sont pas formées pour aborder les questions de sexualité et certaines problématiques auxquelles fait face la sage-femme selon une approche globale;
- Les limites de temps et de matériel de formation sont très handicapantes pour la mise en place des enseignements adéquats;

Méthodes pédagogiques

- L'utilisation du modèle infirmier de Virginia Henderson pour former à la préparation des plans de soins est inadéquat. Même les infirmières ne l'utilisent plus et il n'est pas du tout adapté à la profession de sage-femme;
- La formation à la recherche et à son utilisation dans la pratique est limitée au mémoire de fin d'études; pas de formation à la lecture et critique d'articles scientifiques;
- Méconnaissance des modèles entourant l'analyse et la prise en charge de la MM : délais et facteurs déterminants insuffisamment abordés et non intégrés à la formation;
- Les objectifs de stage doivent correspondre aux tâches de la sage-femme selon la loi ce qui n'est pas évident et si cela était le cas, ces tâches ne permettent pas à la sage-femme d'adopter une approche globale de la santé reproductive de la femme et du couple;
- pas de référence au nombre de suivis complets ou non;

- Différences entre ce qui est appris à l'IFCS et ce qui est pratiqué en stage: les enseignantes ont l'impression de mentir;
- La durée du stage en maison d'accouchement (40heures) et en milieu rural (80heures) sont insuffisantes pour bien former une sage-femme, particulièrement une jeune diplômée, à assumer des responsabilités dans ces milieux;
- L'organisation des stages se fait sur une base morcelée : par service et non par compétences à développer selon une approche globale;
- Le nombre d'accouchements qu'une étudiante réalise durant sa formation n'est pas déterminé; seules les heures de stage le sont (nb insuffisant quoi qu'il en soit);
- Les terrains de stage offerts se situent plus particulièrement dans les CHU alors que les autres milieux de soins de périnatalité de la réalité du Maroc ne sont pas pris en considération;
- L'encadrement est insuffisant et les jeunes diplômées manquent de modèle senior adéquat dans les milieux de pratique;
- Comme le nombre d'encadrantes enseignantes est limité, celles-ci sont absentes du milieu ce qui entraîne un débordement des surveillantes et des sages-femmes du milieu : les étudiantes sont laissées à elles-mêmes;
- Les encadrantes du milieu sont également insuffisantes : suite au départ volontiers;
- Les sages-femmes dans les CHU ne remplissent pas toutes leurs tâches et les laissent au médecin privant ainsi l'étudiante de la possibilité de se pratiquer (la sage-femme n'a pas le droit d'appliquer la ventouse dans une des maternités en raison de la médicalisation et du nombre des étudiants en médecine); mais les sages-femmes du milieu sont ainsi soulagées car elles sont débordées;
- Il est impossible pour une étudiante de s'occuper de près des femmes dans les maisons d'accouchement.
- Besoin de travaux de laboratoire et de pratique sur des mannequins puisque le milieu de pratique ne permet pas toujours la possibilité de pratiquer toutes les techniques;
- Besoin de jeux de rôle durant la formation pour développer le savoir-être : ce genre de formation est apporté à l'occasion d'un cours de communication en 1ère année alors que les étudiantes n'ont pas assez de bagage en obstétrique pour intégrer;
- Certaines méthodes d'enseignement sont inadéquates: anatomie dictée par l'enseignant avec un schéma unique occasionnel par cours, pas d'illustrations; Cours enseignés par les vacataires, MD;
- La durée de formation (3 mois) sur les soins de base à faire de la literie est trop longue pour la durée totale des études et les stages plus pertinents pour la pratique professionnelle;
- Trois mois avant la fin de leur études et de leur diplomation, les étudiantes de 3^{ème} année n'ont pas reçu de formation sur les urgences obstétricales;
- La formation par objectifs est insatisfaisante: elle ne prépare pas à des prises de décision efficaces dans les situations difficiles;
- L'évaluation de la pratique professionnelle ne correspond pas au profil recherché;

Les recommandations

À partir de ces résultats et tenant compte de la situation idéale du modèle de pratique requis pour permettre aux SF d'être plus efficaces et efficientes dans leur contribution aux soins de SR de qualité - favorisant la réduction de la MM au Maroc-, nous avons dégagé les recommandations suivantes qui seraient souhaitables de voir accomplir pour implanter un programme de formation approprié.

Programme de formation des sages-femmes

<i>Valeurs</i>	<i>Qui? Comment?</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Changer l'approche par objectifs et s'orienter vers l'approche globale par compétences; - Former une SF qui répond aux attentes de la société marocaine de valeur internationale; - Tabler sur les normes appliquées jusque-là : programme élaboré sur la base des tâches professionnelles; celles-ci découlant du rôle que la professionnelle doit jouer dans le milieu; - Prendre en considération le rôle de l'encadrante des étudiantes et des jeunes professionnelles; - Aller au-delà de la technique dans la formation; - Permettre aux étudiantes de contribuer à modifier l'image de la sage-femme dans la société; - Construire sur les bases solides du programme actuel; - Encourager les jeunes étudiantes à ne pas redouter leur jeunesse; - Orienter le programme en fonction des Droits Sexuels et Génésiques et des modèles de prise en charge de la mortalité maternelle; - Intégrer le conjoint dans l'approche de l'étudiante; - Élargir l'image de la SF chez les étudiantes : SF = rôle dans SR, DSG, etc. et non accouchement point; - Centrer la formation sur l'étudiante et lui apprendre à centrer son intervention et ses intérêts sur la femme et sa communauté : lui apprendre le respect, l'éthique, la morale, l'humanisation, etc. - Permettre aux candidates de développer leur processus intellectuel pour analyser de nouvelles situations se basant sur les données probantes; - Favoriser dans le programme la couverture de thématiques de DSG telles : violence faites aux femmes, santé de l'adolescente, avortements, VIH/SIDA, etc. - Équilibrer le programme et ajuster sa durée en fonction des besoins de formation; - Former les formateurs et les membres de l'équipe multidisciplinaires en vue de cette nouvelle approche; 	<p>Comité de programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suivre le plan de préparation d'un programme éducationnel (Guibert, 1987); - Prendre en considération les recommandations concernant les cours théoriques, les stages, les laboratoires; - IFSC et institution de formation continue dans CH) : formation continue des encadrantes surtout les enseignantes nouvelles; - IFCS : développer bibliothèque et laboratoires (mannequins); - IFSC : organiser la formation des formateurs en un 1^{er} temps : identité, globalité, utilisation de la recherche; urgences obstétricales (GESTA international) - Comité de programme et associations professionnelles multidisciplinaires en périnatalité : formation des encadrantes du terrain qui assureront l'encadrement suivi des étudiantes;
<i>Acteurs</i>	<i>Qui? Comment?</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Réorganiser les stages pour répondre aux choix éducationnels de continuité, d'humanisation d'approche centrée sur l'étudiante et sur la clientèle et non sur les objectifs techniques à atteindre : - Permettre aux étudiants de développer leur personnalité-leur confiance en soi- et d'avoir une formation et des outils de réflexion, de pratique et de comportement, enrichis; - Les former pour être autonomes et non au service d'autres professions pour leur permettre d'assumer les responsabilités de leur rôle; - Leur apprendre à gérer le stress et les conflits; - Favoriser en stage une prise en charge de clientes suffisante pour le développement des compétences requises pour le rôle; - Favoriser un modèle d'encadrement de l'institution de formation et des milieux de stage qui favorise l'acquisition des activités requises par le rôle de SF; - Offrir un contenu de formation et un équilibre entre la théorie et la pratique cohérents avec le profil professionnel; - Offrir un support aux étudiantes pour améliorer la langue française, langue des études : cours de communication orale, occasion de se 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsables de l'organisation des stages de l'IFCS et les responsables des milieux; - IFCS : laboratoire sur communication, développement de la personnalité, éthique et morale et gestion du stress; - IFCS : formation sur l'utilisation de la recherche et la création d'une culture de recherche dans la pratique professionnelle; - IFCS : formation sur la gestion et l'administration en santé; - IFCS avec groupes sur allaitement : cours sur l'allaitement maternel et les hôpitaux et centres amis des BB; - IFCS : court de français scientifique et de communication; - IFSC, encadrantes et responsables des unités de stage : comité et réglementation

<ul style="list-style-type: none"> - pratiquer, etc. - Planifier la charge de cours et de stage en faveur d'une vie personnelle et estudiantine équilibrée; - Assurer la formation des formateurs pour combler les éventuelles lacunes en vue de l'orientation vers l'approche proposée; - Interdire la maltraitance des étudiantes dans les différents milieux de formation veiller à faire respecter leur droit humain et leur droit d'étudiante et de future responsable dans la société; - Favoriser l'engagement responsable de l'étudiante dans sa formation et dans sa préparation à son rôle professionnel; - Leur apprendre à gérer et à administrer une unité de santé; 	<p>pour respecter les droits des étudiantes;</p>
Finalités	Qui? Comment?
<ul style="list-style-type: none"> - Définir les compétences que doit atteindre et développer une candidate aux études de sage-femme; - Revoir les objectifs pédagogiques en fonction des compétences; - Les former à développer leur leadership; - Développer le cadres de référence sous-jacents à la gestion de la MM; - Permettre l'épanouissement de la personnalité des candidates; - Les former à devenir des enseignantes et des gestionnaires; - Déterminer le nombre des candidates en fonction des besoins mais aussi en fonction des ressources disponibles; - Réorienter la formation vers les besoins de la femme et de la société dans sa lutte contre la mortalité maternelle; 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité du programme comité du profil et comité sur la réglementation; - IFCS : Insérer les cadres sous-jacents à la gestion de la mortalité maternelle dès le début du programme et tout au long : ex. études de cas;
Méthodologie	Qui? Comment?
<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser des méthodes pédagogiques adaptées à l'approche (philosophie humaniste centrée sur l'étudiante et la femme-société) choisie par le programme; - Favoriser la participation active des étudiantes à leur formation; aller du concret vers l'abstrait; - Offrir une formation selon une approche globale qui apprendra à l'étudiante d'avoir, à son tour, une approche globale des problématiques rencontrées dans sa vie professionnelle; - Stage et formation théorique alternés : un mois de formation théorique et de laboratoires et un ou deux mois de pratique en stage; - Varier les milieux de stage qui doivent être pertinents à la pratique SF : hospitalier et extra; selon une approche continue; - Offrir à des SF du milieu une formation continue : <ul style="list-style-type: none"> o introduisant l'orientation du nouveau programme, o les habilitant à encadrer, à être compétentes en termes d'urgences obstétricales et de réanimation maternelle et infantile, à utiliser les données probantes dans sa pratique o et orientant vers une pratique visant la réduction de la mortalité maternelle : modèle des 3 délais, Droits Sexuels et Génésiques et facteurs déterminants la mortalité maternelle); suggestion du programme GESTA international; - Offrir la formation GESTA international aux autres professionnels de la santé en périnatalité qui doivent gérer des urgences obstétricales et qui prennent en charge la santé des femmes pour généraliser l'approche autant que possible; - Leur attribuer une reconnaissance (certification et formation continue) pour être reconnues sages-femmes encadrantes associées à l'institution de formation (2703 SF au Maroc; sages-femmes sortantes : [2008=289 sages-femmes], [2009=266], [2010=175]); - Associer une candidate (ou 2 au maximum) à une de ces sages-femmes du milieu pour toute la durée du stage : suivre la sage-femme dans toutes ses activités; - Associer une étudiante à une cliente dans les milieux stages pour une 	<ul style="list-style-type: none"> - IFCS et comité du programme; - IFCS responsables de mettre en place les recommandations (appui de la FNUAP à tous les niveaux)

<ul style="list-style-type: none"> prise en charge continue; - Offrir une formation continue régulière pour valider les compétences; - Offrir des plages horaires et des cours pertinents qui permettent l'épanouissement des étudiantes; - Amener les sages-femmes enseignantes et encadrant à s'impliquer dans la formation théorique et clinique des sages-femmes. 	
---	--

Le Système socioculturel

<i>Valeurs</i>	<i>Qui? Comment?</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître : <ul style="list-style-type: none"> o Nécessité de fonder le programme sur les orientations politiques mais surtout sur les besoins de la population; o la SF est au cœur de la problématique de la MM; o le rôle important de la SF dans la société; o le modèle traditionnel de la matrone, la « kabila » - Bénéficier de la volonté du gouvernement de faire face à la MM ; - Agir sur l'image et sur la réputation de la SF dans la société : lui redonner confiance en elle, la valoriser; - Agir sur certaines traditions culturelles ayant un impact sur la profession féminine; <ul style="list-style-type: none"> o la femme, son analphabétisme et son rôle dans la prise de décision; o le langage tabou touchant à la santé (ex. SSG); - Empêcher le remplacement de la SF par d'autres professionnels moins compétents en périnatalité; - Répondre aux besoins des femmes en lui offrant une SF empathique, humaine, en plus d'être compétente médicalement; - Plaidoyer pour les DSG - Avoir une SF idéale, 5 étoiles, bien formée; - Augmenter l'effectif des SF particulièrement dans le rural; - Valoriser le rôle de la SF dans la société et dans le milieu de la périnatalité; - Réviser la réglementation de la profession et de sa formation (loi, association, ordre de SF) : « SF accoucheuse » classée dans la catégorie du personnel infirmier et technicien; 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de programme et suivre étapes selon Guibert (1987); - Directement : comité de marketing IEC et ASFM; - Indirectement : par le changement dans la formation et dans la pratique; - Réglementation de la profession et de la formation : comité de travail selon les exigences gouvernementales marocaines; - Ordre de SF marocaines à créer un jour; - Responsable de la politique de contingentement et d'affectation des ressources, particulièrement de la SF;

<i>Acteurs</i>	<i>Qui? Comment?</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Histoire de la SF : la kabila à valoriser pour en tirer des leçons; - Contribuer à l'application des droits de la femme dans la société en général en termes de SG en particulier; - Amortir les M. d'acc. en général car c'est une entité importante; - Permettre à la SF d'occuper la place qui lui revient; la motiver : au rural, compétition avec Kabila, infirmières polyvalentes et MD; - Veiller à une meilleure utilisation de la SF par la société : au chômage, rejetée par les femmes, - Veiller à bien équiper les maternités dans le rural; 	<ul style="list-style-type: none"> - ASFM et autres associations à mobiliser; - SF dans le milieu rural et IEC local, régional, central : publicité à développer; - Direction des ressources humaines au niveau central : affectation; - Ministère de la Santé du Maroc (équipement des M. d'acc);
<i>Finalités</i>	<i>Qui? Comment?</i>
<p>Forces, faiblesses et propositions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire face aux traditions culturelles pour implanter la SF dans le milieu rural et urbain et surtout pour assurer des soins de qualités qui contribuent à réduire la MM; 	<ul style="list-style-type: none"> - différentes associations féminines, ASFM, IEC et marketing :
<i>Méthodologie</i>	<i>Qui? Comment?</i>

<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la formation continue offerte dans les CHU; - Favoriser le travail associatif régional; - Éviter le remplacement de la SF par d'autres professionnels en périnatalité; - Le tabou qui entoure la vie reproductive limite les thèmes à enseigner; - Aider les SF à s'intégrer particulièrement dans le rural; - SF malmenées dans le rural : <ul style="list-style-type: none"> o Assurer leur sécurité personnelle; o Bien définir et réglementer les tâches déléguées et spécifier les rôles du MD et de la SF; - Favoriser une relation plus adéquate avec les femmes; - Encourager la participation des SF dans les associations sociales et surtout dynamiser l'ASFM; - Revoir le rôle et les services de la SF marocaine : fonction, activités autorisées (CPN, CPP, prévention), continuité; - Assurer les ressources requises à l'accomplissement de son rôle : matérielles et humaines (transfert, MD); - S'occuper des autres professionnels de l'équipe multidisciplinaire en périnatalité : infirmière polyvalente, MD, aide-anesthésiste, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Responsables de la formation continue des CHU, collaboration des IFCS; - Associations de SF et autres; - Réglementation gouvernementales (centrale ou régionale) pour assurer la sécurité des SF dans les M. d'acc; - Implication des associations féministes et sociales en général; - comités et entités citées plus haut;
---	--

Le Système disciplinaire

<i>Valeurs</i>	Qui? Comment?
<ul style="list-style-type: none"> - Maintenir la tradition du consensus pour développer les tâches de la SF; - Travailler le profil « professionnel » de la SF qui ne l'est pas réellement à part entière ; - Encourager les étudiantes à maintenir leur intérêt et leur fierté à être SF en plus de travailler dans le rural surtout : les outiller en ressources personnelles et matérielles (modèle, formation basée sur les compétences, formation continue, salaire etc.); - Définir clairement le rôle de la SF mal défini par toutes les personnes concernées : image morcelée, certaines définitions débute pas un déni des problèmes et des limites; variété de définition; rôle limité à l'accouchement; - Clarifier l'identité SF au sein de l'équipe multidisciplinaire, MD surtout; - Aider les SF à mieux s'identifier et identifier leur tâches sans hésitation; (tâches citées avec un certain effort car non accomplies partout de la même manière); - Spécifier la variation dans le rôle de SF entre le rural et l'urbain; - Améliorer le rôle, l'image et l'identité de la SF dans la société : comportement professionnel irréprochable de la SF (honnêteté, conscience professionnelle; humanisme, maturité); - Comprendre l'importance de l'engagement dans cette profession : vocation ou conviction; - Instaurer une stratégie pour la continuité des soins; - Agir sur le contexte pour changer la formation; - Réglementer les gestes délégués et assurer la protection de la SF; 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité d'étude et de validation du rôle et des fonctions des SF : comité de programme, SF du milieu, ASFM, femmes; Comité multidisciplinaire, etc.; - Développer des activités qui valorisent le rôle de la SF : journée des SF en mai, journée des femmes, colloques locaux, nationaux et internationaux, etc. - Formation continue et occasions spéciales; - Impliquer les ASFM centrale et régionales; - Responsables des milieux de pratique en général, des stages en particulier : étudier l'organisation de la pratique; - Comité d'étude de la loi (ci-dessus)
<i>Acteurs</i>	Qui? Comment?
<ul style="list-style-type: none"> - SF peut travailler dans différents milieux du système de santé : lui permettre de jouer ce rôle; - Autoriser clairement la SF à remplir des gestes d'urgence via le programme SOUCs; - Lui donner l'occasion d'être en contact avec l'entourage de la femme : conjoint, enfants, famille, etc.; 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de Réglementation et distribution des ressources humaines; - IEC, marketing, ASFM, SF elles-mêmes, responsables des institutions de santé; - IFSC : Formation continue des SF pour

<ul style="list-style-type: none"> - Faire la propagande des services de SF et autres (ex. préventifs) dans les centres de santé et ailleurs dans le système; - Permettre à la SF de choisir le milieu de son affectation; - Équilibrer la charge de travail de la SF entre milieux rural et urbain : meilleure organisation; - Motiver jeunes SF à s'engager, s'intégrer et jouer leur plein rôle en milieu rural car elles le redoutent et le fuient; - Éviter la concurrence entre différents professionnels : faisant-fonction, infirmières polyvalentes, MD, Kabila; externes, internes; - Garantir une identité précise à la SF et un titre de fonction valorisant (infirmière chef de salle d'accouchement!); - Assurer les moyens requis aux maternités rurales (ex. banque de sang, ambulances) et les ressources humaines; - Encourager les femmes à avoir recours au système, à la M. d'acc et à la maternité selon ses besoins et sa situation (transfert si requis) ; - Augmenter l'effectif des SF limité en général; - Uniformiser les profils de SF pour éviter la confusion du milieu social et professionnel (inf. SF, SF accoucheuse, SF (3 années); SF du privé, etc.) - Lui donner les moyens pour atteindre sa finalité : <ul style="list-style-type: none"> o Collaboration et intégration, o Guidelines et algorithmes; o Responsabilité et conditions de travail; - Attirer l'attention des SF sur leur image de marque : tenue et attitude professionnelle; 	<p>urgences obstétricales et comité de réglementation des tâches de SF;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organisation de la pratique dans les milieux en fonction du rôle de la SF; - Organisme responsable des professions : spécifier le rôle, les activités et les compétences des différentes professionnelles du milieu de la périnatalité; - Responsables de l'approvisionnement du ministère de la Santé : étudier les ressources du milieu en fonction du rôle de la SF et assurer el nécessaire de façon régulière; - Comité des programmes et spécialistes multidisciplinaires (guidelines, etc.)
Finalités	Qui? Comment?
<ul style="list-style-type: none"> - Uniformiser la vision du rôle de la SF et de la finalité de son existence dans le système; - Éliminer la perception du rôle « technique » et limité de la SF en fonction de l'accouchement, de l'institution, du MD, etc. - Offrir l'information aux étudiantes lycée (long terme MM); - Permettre à la SF d'offrir ses services à la femme dans tous les cycles de sa vie particulièrement les aspects psychologiques, comportementaux, sociaux, etc. - Aider la SF à respecter ses limites personnelles; 	<ul style="list-style-type: none"> - Comité de réglementation du rôle de la SF; - ASFM; - Système et institutions de santé;
Méthodologie	Qui? Comment?

<ul style="list-style-type: none"> - avoriser une pratique et un suivi continus (continuité de relation plutôt que de personne) des femmes; - Informer la SF sur ses rôles délégués et sur ses limites de responsabilité; - Être auprès de la femme pour répondre à ses questions intimes et lui donner toute l'information requise par son état de santé et celui de sa famille si besoin est, à un moment adéquat; - Expliquer aux femmes et à la famille (conjoint) les conditions d'un éventuel transfert; - Développer les compétences des SF en fonction de son rôle et permettre sa mise à jour régulièrement; - Définir les responsabilités de la SF dans le cadre de ses fonctions; - Bien préparer les jeunes SF avant de les affecter à un poste rural (formation continue, stages encadré, pratique en milieu hospitalier, jumelage, etc.); - Redonner à la SF son rôle dans la société : un rôle selon une approche globale permettant de contribuer à réduire la MM : <ul style="list-style-type: none"> o Modèle des 3 délais à intégrer à son approche; o le cadre des facteurs déterminants la MM; o Continuité du suivi et élargissement de sa clientèle; o Élargissement de ses services non morcelés; - Mettre à la disposition des SF des protocoles, des algorithmes, des lignes directrices - Régulariser le rythme et l'organisation du travail de la SF pour lui permettre de s'intégrer et s'engager dans le milieu rural : période déterminée dans le milieu, équipe d'au moins 3 ou 4 SF, fixer les gardes et être sur appel durant toute la période d'affectation; rotation par périodes pré-déterminées entre le rural et l'urbain; - Éviter que la SF ait à remplir des tâches qui ne lui reviennent pas de droit pour quelle que raison que ce soit; - Développer les compétences en fonction des activités perçues par les participants à cette démarche de révision de la formation des SF; activités requises pour accomplir son rôle (list dans annexes) : insister sur celles non réalisées actuellement dans la pratique et adaptation des autres si requis au contexte de pratique choisi; - Aller vers la femme et la communauté quel que soit le milieu de pratique pour développer la confiance de la population en elle; - Favoriser un modèle de pratique encourageant et valorisant : <ul style="list-style-type: none"> o Formation des formateurs aux relations humaines et à l'identité de la SF, o Formation continue des SF sur le terrain, o incitatifs pour avoir une meilleure approche, o modifier le milieu de pratique : suivi continu? - Permettre aux SF de prescrire les traitements et les interventions requises par ses fonctions; - Motiver la SF pour travailler dans le rural : incitatif financier, support, etc. - Rehausser l'image de la M. d'acc. au sein de la population : propagande centrale, régionale et locale; 	<ul style="list-style-type: none"> - Institution responsables de l'organisation des services et de la répartition des ressources humaines; - Comités de formation continue (IFCS et responsables de la formation continue dans CHU); - Comité de travail sur les activités et tâches de la SF : consulter la checklist utilisée pour l'étude (résultats dans annexes); - SF dans les différents milieux élaborent des activités dans la communauté avec les ressources du milieu;
---	---

ÉTAPES À VENIR

Dans ce qui suit, nous présenterons le diagnostic porté sur le contexte socioculturel, sur la pratique de la SF marocaine et sur son profil éducationnel. Nous ferons nos recommandations générales à ces sujets pour arriver à dégager un plan d'action qui serait souhaitable d'être instauré à court, moyen et long termes, en vue d'atteindre le but ultime de cette démarche : permettre aux SF de contribuer à la réduction de la MM au Maroc.

Le diagnostic de la situation des SF

Dans le cadre de la société marocaine actuelle, la SF marocaine :

- n'a pas d'identité propre : elle l'a perdue à travers les années;
- sa situation de « femme » dans le contexte culturel n'est pas un bon atout à son développement d'où sa place dans la société n'est pas favorisée par une image et une réputation négatives qu'elle s'est forgées; et,
- son champ de pratique n'est pas défini et est régi par une loi ou une réglementation qui date d'un demi siècle; ceci ne lui donne pas de reconnaissance professionnelle proprement dite : son rôle est confondu avec de multiples professions ou métiers en SR, ses associations ne sont pas fonctionnelles, elle brille par son absence sur les tables de négociation et de planification des services de SR, etc.

Au niveau de la pratique professionnelle, les effets du contexte socioculturel se font ressentir à travers:

- une pratique morcelée, sans continuité;
- une technicité, son principal atout, sur laquelle elle table pour se créer une place et une identité;
- une intégration limitée dans le système : la collaboration dont elle dispose n'est pas favorable à sa pratique autonome;
- une relation limitée et de piètre qualité, avec la femme et la communauté; et,
- des milieux de pratique qui ne sont pas toujours favorables ni à son épanouissement professionnel, ni à son épanouissement personnel;

Au plan éducationnel disciplinaire et du programme de formation, il est évident que la formation offerte présentement à la SF marocaine lui offre:

- un modèle de formation académique différent de celui de la réalité du terrain : les enseignantes font un effort pour inculquer une image de la professionnelle que le terrain ne permet pas de développer; particulièrement en ce qui a trait au sens de la responsabilité, à l'autonomie, à la collaboration, et à l'éthique;
- un programme par module et des objectifs d'apprentissage qui la préparent déjà à une pratique morcelée visant plus la technique que l'accompagnement global de la femme et de sa communauté ainsi que des problématiques de SR;
- un bagage théorique quand même suffisant pour lui permettre de répondre aux exigences de certains milieux de sa pratique professionnelle (pas le rural);
- des méthodes d'enseignement pas toujours adaptées au contenu (ex. anatomie par rédaction du texte à mémoriser);
- une planification de l'enseignement non conforme avec les réalités du terrain donc de la pratique professionnelle; et,
- une évaluation ciblée sur la performance en général, sur la technique en particulier.

Dans cet état des choses, il s'avère évident que la SF est formée dans un « système éducationnel technique », qui la prépare à une pratique selon un « système disciplinaire

médical » et ce, dans un système socioculturel systémique où l'individu n'est pas nécessairement considéré.

Or, ce que la société attend de la SF présentement et à l'avenir c'est qu'elle puisse offrir des services et des soins globaux pour contribuer à réduire une problématique de santé publique : la MM. Puisque la réduction d'une problématique d'une telle envergure ne relève pas des efforts d'une seule professionnelle, il s'agit alors que la SF soit intégrée et qu'elle puisse contribuer au fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire comme une « professionnelle à part entière » capable d'assumer des responsabilités, de développer des activités de prévention, de s'occuper de sa clientèle, etc. Bref, *il faut que la SF puisse travailler selon un « système disciplinaire de santé ».*

Pour qu'elle puisse y arriver, il faut que sa formation la prépare à cette prise en charge globale centrée sur la clientèle. À cette fin, il faut qu'elle bénéficie de modèles éducationnels qui l'y préparent à commencer par la formation de sa personne. D'où la nécessité qu'elle soit formée dans un « système éducationnel humaniste » centré sur la professionnelle en devenir, dans son apprentissage, en vue de développer des interventions centrées sur sa clientèle, la femme et sa communauté dans le cas de la SF au Maroc.

Exemples de compétences de sage-femme

Principales compétences que le programme de formation de sages-femmes marocaines pourrait développer chez les candidates à la profession :

1. Accompagner la femme à travers tous les cycles de sa vie (enfant, adolescente, jeune femme, etc.) dans leur impact sur la santé génésique et reproductive;
2. Accompagner la femme et le couple à travers tout le processus de la naissance;
3. Assurer le plaidoyer pour la santé de la femme, de l'enfant et de la famille
4. Agir avec humanisme et créativité;
5. Intervenir en conjuguant son action à celle des personnes, des familles et des autres membres de l'équipe interdisciplinaire dans toutes les situations de santé;
6. Approcher les activités professionnelles avec rigueur scientifique;
7. Communiquer de manière efficace dans les relations interpersonnelles, dans les groupes, dans ses écrits;
8. Agir avec professionnalisme;
9. Contribuer aux décisions en équipe;
10. Agir avec les femmes, les familles et les collectivités en vue de favoriser des communautés en santé
11. Assurer la continuité et l'intégration des soins des femmes/enfants/couples présentant des problèmes de santé complexes.

Ces suggestions, données à titre d'exemple, devront être révisées par le comité qui se penchera sur la reformulation du programme de formation de la sage-femme marocaine.

Plan d'action

Il se dégage du diagnostic précédemment établi que pour d'atteindre les objectifs visés par ce travail et pour réussir le projet d'adaptation du programme de formation des SF du Maroc, il serait important d'agir sur les trois systèmes dans lesquels évolue la SF marocaine. À cet effet, des recommandations générales ont été présentées dans ce qui suit pour favoriser ce « shift » dans le profil de SF à créer à l'avenir par une formation adéquate aux besoins et aux exigences du contexte socioculturel marocain en évolution. Pour cela, il

serait souhaitable que cinq dimensions stratégiques soient prises en considération, de façon parallèle:

1. Formation

Organiser et mettre en place des programmes de formation, sur la base des recommandations faites précédemment. Ces programmes seront adressés:

- aux formateurs; et,
- aux encadrantes, aux SF du terrain et aux membres de l'équipe multidisciplinaire (MD en particulier) ;

Cette activité mériterait d'être mise en place dès que possible. En effet, la formation sera l'occasion de mettre, les acteurs concernés, sur le même diapason quant au profil de sage-femme à offrir au Maroc et aux fondements et valeurs importants à prendre en considération pour la mise en place des activités subséquentes. Cette formation aura l'effet d'une « boule de neige » et atteindra doucement, tranquillement, la majorité des intervenants œuvrant dans le milieu de la SR. Elle fera en sorte que des activités soient implantées dans le milieu, débutant ainsi son changement : sensibilisation de la femme, de la communauté, etc.

2. Comités

Créer les comités pertinents à la réalisation de certaines activités citées dans les recommandations ci-dessus. Il s'agit du :

- Comité du programme regroupant les personnes et les entités pertinentes : activités selon les huit étapes de Guibert;
- Comité du profil des SF : vérification des fonctions, activités et tâches de la SF marocaine;
- Comité de travail sur la réglementation et le lobbying gouvernemental;

Les participants au comité seront choisis en fonction des activités à accomplir et des différentes contingences socioculturelles à considérer (gouvernement, associations multidisciplinaires, femmes, étudiantes, etc.).

3. Activités socioculturelles et légales

Le but des activités socioculturelles et légales envisagées est de donner de la visibilité à la SF en la revalorisant. Elles peuvent inclure, entre autres, les activités suivantes qui consistent à :

1. *Dynamiser les ASFM*, centrale et locales, pour arriver un jour à un Ordre professionnel; étape importante pour permettre à la SF d'être respectée en tant que professionnelle à part entière et qu'elle ait des comptes à rendre à la société;
2. Activer le comité de travail sur la réglementation;
3. Mener le lobbying interdisciplinaire et institutionnel: collaboration et ententes;
4. Implanter une stratégie de marketing de la profession : société, femmes, profession, etc.;
5. Ajuster des ressources des entités offrant des services SR au Maroc : humaines et matérielle;
6. Impliquer les acteurs ciblés : étudiantes, SF du rural, IEC, associations féministes, ASFM, Association des ObGyn, etc.

Ainsi, ces activités veilleront à mobiliser le milieu et à amadouer les obstacles potentiels qui risqueraient de ralentir l'avancement du projet et l'atteinte de ses objectifs.

4. Évaluation

Afin de garantir la réussite de tout le projet et l'atteinte des objectifs, il serait souhaitable d'envisager un processus d'évaluation de:

- l'implantation : une telle intervention permet d'ajuster le cours du projet au fur et à mesure de sa réalisation;
- l'impact à court, moyen et long termes.

5. Organisation

Tout le projet sera irréalisable si les aspects organisationnels ne sont pas envisagés dès sa conception. Ainsi, il faudrait avant tout :

- Bénéficiaire et compter sur le support du FNUAP et du Ministère de la Santé du Maroc : ce sera la garantie de l'aboutissement du projet;
- Confier la responsabilité de l'organisation à une personne, disposant d'un support logistique, pour veiller sur la mise en place des différentes activités et sur la pérennité du projet et son succès.

Dans ce qui suit, sera présenté une ébauche du plan d'action ainsi que l'échéancier prévisionnel pour sa mise en œuvre.

Proposition de projet pour mettre en place les recommandations émanant de la mission sur la révision du programme de SF-Maroc (FNUAP – MSM)

Objectifs	Intervention logique	Objectifs mesurables & indicateurs	Vérification des sources
<p>Objectif 1: Organiser et mettre en place un programme de formation adressé aux formateurs</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planifier le programme GESTA international avec la SOGC; - Planifier la 2^e semaine de formation selon les recommandations; - Assurer la formation de tous les formateurs du Maroc (3 ou 4 ateliers) ; 	<ul style="list-style-type: none"> - # sessions de formateurs organisées; - # de formatrices formées; - # d'instructeurs GESTA formés; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapports des formateurs SOGC; 2. Résultats des évaluations des formateurs
<p>Objectif 2 : Organiser et mettre en place un programme de formation adressé aux encadrantes, aux SF du terrain et aux membres de l'équipe multidisciplinaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assurer la formation de tous les formateurs du Maroc (3 ou 4 ateliers) avec les instructeurs marocains; 	<ul style="list-style-type: none"> - # de sessions de formation organisées; - # de personnes formées par session; - Représentativité des personnes et institutions dans ces sessions; 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport des formateurs; - Rapport de la coordonnatrice du projet;
<p>Objectif 3 : Créer et mobiliser le Comité du programme</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer les personnes et les institutions qui doivent participer et les inviter à faire partie du comité; - Organiser les rencontres du comité et établir les échéances aux différentes activités - Suivre les étapes du cadre de référence pour établir le programme (Guibert) 	<ul style="list-style-type: none"> - # de personnes participant au comité; - # de rencontres planifiées; - # de rencontres effectuées; - Programme établi; - Cours planifiés et réorganisés; - # de syllabus retravaillés; - Bibliographies et laboratoires développés; - # de ressources humaines recrutées si besoin est; 	<ul style="list-style-type: none"> - PV des rencontres du comité; - Rapport de la coordonnatrice du projet; - Document du programme élaboré; - Rapport de la direction des IFCS;
<p>Objectif 4 : Créer et mobiliser le Comité du profil des SF</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer les personnes et les institutions qui doivent participer et les inviter à faire partie du comité; - Organiser les rencontres du comité et établir les échéances aux différentes activités 	<ul style="list-style-type: none"> - # de personnes participant au comité; - # de rencontres planifiées; - # de rencontres effectuées; - Texte décrivant le profil de la SF marocaine; 	<ul style="list-style-type: none"> - PV des rencontres du comité; - Rapport de la coordonnatrice du projet; - Document du programme élaboré;

Proposition de projet pour mettre en place les recommandations émanant de la mission sur la révision du programme de SF-Maroc (FNUAP – MSM)

<p>Objectif 5 : Créer et mobiliser le Comité de travail sur la réglementation et lobbying gouvernemental</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer les personnes et les institutions qui doivent participer et les inviter à faire partie du comité; - Organiser les rencontres du comité et établir les échéances aux différentes activités 	<ul style="list-style-type: none"> - # de rencontres effectuées; - # d'activités réalisées; - Loi régissant la profession de SF modifiée; 	<ul style="list-style-type: none"> - PV des rencontres; - Rapport de la coordonnatrice; - Promulgation d'un nouveau texte de loi sur la profession; 	
<p>Objectif 6 : Dynamiser les ASFM centrale et locales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inciter les ASFM à <ul style="list-style-type: none"> - se rencontrer; - se mobiliser et intervenir aux différentes tables de négociations en SR et sur la profession; - Œuvrer pour l'identité de la SF et sa reconnaissance de professionnelle; 	<ul style="list-style-type: none"> - # d'assemblées générales tenues; - # de membres de CA élus; - Contacts établis en vue de créer un éventuel Ordre de la profession; 	<ul style="list-style-type: none"> - PV des assemblées et rencontres; - Rapport de la coordonnatrice; - Activités réalisées en vue de préparer un éventuel Ordre professionnel; 	
<p>Objectif 7 : Veiller à mobiliser le Lobbying interdisciplinaire et institutionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amener les différents membres de l'équipe multidisciplinaire en SR à se rencontrer et à discuter de leur collaboration; - Amener les représentants institutionnels à se rencontrer avec les représentants de la profession de SF (formation et pratique) pour discuter du rôle de la SF et de la ré-organisation de sa pratique 	<ul style="list-style-type: none"> - # de personnes (professionnels et représentants institutionnels) participant aux activités; - Nouveaux modèles organisationnels discutés et planifiés; - Amélioration de la collaboration; 	<ul style="list-style-type: none"> - PV des rencontres; - Rapport de la coordonnatrice; - Rapport des institutions; - Satisfaction des SF, des autres professionnels, de la femme et sa famille; 	
<p>Objectif 8 : S'assurer de la mise en place d'activités de marketing sur la profession</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un groupe de travail sur le marketing : SF cliniciennes, étudiantes, formatrices, ASFM, institutions, directions, etc.; - Organiser différentes activités visant la valorisation de la SF dans la société 	<ul style="list-style-type: none"> - # et profil des personnes impliquées dans le groupe de travail; - Type d'activités organisées et leur résultat à court terme : colloques organisés et participation, # de feuillets d'information publiés et # distribués, activités communautaires, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - PV des rencontres du groupe; - Rapport de la coordonnatrice; - Résultats d'études de satisfaction; 	

Proposition de projet pour mettre en place les recommandations émanant de la mission sur la révision du programme de SF-Maroc (FNUAP – MSM)

<p>Objectif 9 : Veiller sur la mobilisation des responsables de la planification et de l'attribution des ressources humaines et matérielles dans le système marocain</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Négocier avec les responsables des entités concernées par la distribution des ressources humaines et matérielles au système de santé : membres des comités sur le profil de SF et du lobbying, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Modification des modalités d'affectation des SF aux lieux de pratique professionnelle; - Attribution des ressources nécessaires pour mener à bien leur rôle, selon les normes : # et type de ressources déployées; 	<ul style="list-style-type: none"> - PV des comités concernés; - Rapport de la coordonnatrice; - Satisfaction des SF dans leurs milieux de pratique; - Satisfaction des femmes et de la communauté;
<p>Objectif 10 : Mettre en place un processus d'évaluation de l'implantation et de l'impact (satisfaction, morbidité, mortalité, coûts)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Préparer les protocoles de recherche visant la réalisation des ses évaluations; - Planifier les ressources humaines et matérielles requises; - Implanter les projets et disséminer leurs résultats; 	<ul style="list-style-type: none"> - Projets préparés, validés et financés, - Professionnels requis (assistants de recherche, experts, étudiants, etc.) engagés; - Rapports soumis aux sources concernées; - Autres moyens de diffusion et de communication des résultats dans les milieux pertinents et par les moyens adéquats : # de publications, # et types de rencontres et population ciblée; 	<ul style="list-style-type: none"> - Rapport des équipes d'évaluation ainsi créées; - Rapport de la coordonnatrice; - Rapport des organismes financiers potentiels;
<p>Objectif 11 : Assurer la mise en place et la pérennité du projet</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Engager une personne ressource pour être coordonnatrice du projet; - Offrir un support logistique; 	<ul style="list-style-type: none"> - Personne compétente engagée; - Ressources humaines et matérielles requises mises à sa disposition; - Collaboration, des entités impliquées aux différents stades de la réalisation du projet, acquise. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participation active de la personne engagée et son unité de coordination; - Production de tous les travaux exigés précédemment à la satisfaction de toutes et de tous.

L'ATELIER DE VALIDATION

La dernière activité de la mission a consisté en l'organisation et la mise en place d'un atelier de validation du plan d'action. Une cinquantaine de personnes ont été invitées et étaient présents à l'atelier. Il s'agit du représentant du FNUAP, du directeur de la division de la formation de l'IFCS de Rabat, des directeurs de la division de la formation de quelques IFCS, des directeurs et responsables des divisions de la planification et de la population du ministère du Maroc, des représentants des directions des soins de quelques centres hospitaliers, des SF hospitalières et du milieu extra-hospitalier et des étudiantes de 3^{ème} année de l'IFCS de Rabat.

L'atelier a duré 5 heures. Le plan de la journée a couvert :

- Objectifs de la mission
- La Mortalité Maternelle et les SF
- La démarche suivie pour l'évaluation
- Les résultats: aspects socioculturels, disciplinaires et éducationnels
- Les recommandations
- Le plan d'action

Un débat a suivi la présentation et a permis aux participants de donner leurs suggestions et recommandations au sujet du projet et de sa mise en place.

En général, les réactions des SF étudiantes et professionnelles étaient très positives. Elles étaient très favorables et satisfaites de l'approche et des modalités organisationnelles suggérées au niveau des trois systèmes considérés particulièrement en ce qui a trait à la formation et à la pratique professionnelle. Les étudiantes étaient même frustrées de ne pas pouvoir en profiter dans le cadre de leur formation et auraient hâte de participer à la formation continue qui ferait partie du projet à venir.

Quant aux responsables et cadres, certains parmi eux, quoique appréciant le projet et ses approches, ils s'inquiètent quant à l'étendue des activités à venir, alors qu'ils s'attendaient à une révision du contenu du programme en soi. Ils redoutaient l'ampleur du travail qui leur sera confié dans le contexte de ce projet. Ils ont été rassurés aux faits que : i) ce projet sera l'affaire de plusieurs personnes, et comités; il sera étalé dans le temps respectant les contingences du milieu, ii) les activités ne seront pas mises en branle en même temps; et iii) les activités de formation des ressources sera la première à envisager, tel que mentionné précédemment.

En quittant en fin de journée, les personnes ont signifié leur satisfaction du travail effectué et du projet proposé.

CONCLUSION

La plupart des participants étaient soucieux quant au réalisme de la mise en place du projet et le cas échéant, quels seraient les délais à attendre. La seule réponse qu'il était possible de leur fournir, lors de l'atelier, consistait à leur rappeler : 1) le moment pertinent à la survenue de cette planification par rapport à la stratégie générale du ministère de la Santé visant la réduction de la MM sur le territoire du Royaume du Maroc; 2) l'appui inconditionnel offert par le FNUAP et exprimé par son représentant qui a veillé à la réalisation de la mission qui fait l'objet du présent rapport; et 3) la motivation des principales personnes concernées : les SF enseignantes, les SF cadres et les étudiantes par la mise en place du projet. En effet, ces dernières ont manifesté leur intérêt à inclure dans le programme actuel et dès à présent, quelques unes des recommandations.

Ainsi, dans un tel contexte constructiviste, où toutes les conditions gagnantes sont à la portée des personnes-ressources impliquées, jusque-là, dans la mise en place du projet pour favoriser sa réalisation, la mobilisation ne sera pas difficile à réaliser. L'histoire récente démontre les capacités de ces ressources, appuyées par des experts au besoin, à mettre en place des projets et des programmes de formation très importants (ex. Maîtrise en sciences infirmières, programme de 2^{ème} cycle), elles seront en mesure d'assumer la charge d'une telle entreprise et de la mener à terme avec succès.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Group, F.C.I.I.-A. *Maternité sans risques. Fiches d'informations*. 1998 [cited].
2. Hill, K., C. AbouZhar, and T. Wardlaw, *Estimates of maternal mortality for 1995*. Bull World Health Organ, 2001. **79**(3): p. 182-93.
3. Kwast, B.E., *Quality of care in reproductive health programmes: concepts, assessments, barriers and improvements--an overview*. Midwifery, 1998. **14**(2): p. 66-73.
4. Musgrove, P., *Investing in health: the 1993 World Development Report of the World Bank*. Bull Pan Am Health Organ, 1993. **27**(3): p. 284-6.
5. Pavillon, G. and P. Maguin, [*The 10th revision of the International Classification of Diseases*]. Rev Epidemiol Sante Publique, 1993. **41**(3): p. 253-5.
6. Unicef, U., WHO. *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. 2001 [cited; Available from: http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_9_maternal_mortality_1995/maternal_mortality_estimates_1995.pdf].
7. Unicef, U., WHO. *Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. 2004 [cited; Available from: http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf; http://www.childinfo.org/eddb/mat_mortal/].
8. AbouZahr, C. and T. Wardlaw, *Maternal mortality at the end of a decade: signs of progress?* Bull World Health Organ, 2001. **79**(6): p. 561-8.
9. WHO, *The safe motherhood initiative: a call to action. Concluding statement of the International Safe Motherhood Conference. (Nairobi, 10-13 February 1987)*. Int Nurs Rev, 1987. **34**(4): p. 110-1.
10. *The International Conference on Population and Development, Cairo Egypt, September 5-13, 1994*. Pathways, 1994. **8**(2): p. 1-2.
11. *The Fourth World Conference on Women*. Afr Popul Newsl, 1995(68): p. 4-5.
12. *Pregnancy is special -- let's make it safe. Special feature -- safe motherhood facts*. Safe Mother, 1998(25): p. 4-9.
13. ONU. *Les objectifs du millénaire pour le développement*. 2004 [cited; Available from: http://www.un.org/french/millenniumgoals/goal_5.html].
14. UNICEF, W., UNFPA. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. 1997 [cited; Available from: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/unicef/index.html>].
15. *Reaching help on time in an emergency delivery*. Safe Mother, 1991(5): p. 5-7.
16. Kwast, B.E., *Quality of care in reproductive health programmes: education for quality improvement*. Midwifery, 1998. **14**(3): p. 131-6.
17. 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.
18. Thaddeus, S. and D. Maine, *Too far to walk: maternal mortality in context*. Soc Sci Med, 1994. **38**(8): p. 1091-110.
19. UNFPA. *Un meilleur avenir pour les filles rurales : Kit d'information du responsable de programmes*. 2004 [cited; Available from: http://www.familycareintl.org/ruralgirls/pdfs/RuralGirls_French.pdf].
20. Ndiaye, D.F., *Training of the midwife in Senegal*. J Famil Health Train, 1982. **1**(2): p. 3-5.
21. ICM, *Définition de la sage-femme*. 2005, Confédération Internationale des sages-femmes: Brisbane, Australie.
22. WHO/AFRO, *Report of the Consultative Meeting on Nursing and Midwifery Education and Practice in Africa*. 2000, WHO/AFRO - Division of Health Systems and Services Development Human Resources Development: Durban, Douth Africa. p. 38.
23. Cook, R., B. Dickens, and M. Fathallah, *Santé de la reproduction et droits humains: intégrer la médecine, l'éthique et le droit*. 1ère ed, ed. J.h.e.S. Holm. 2005, Paris: Masson. 557.

24. Guibert, J., *Educational Handbook For Health personnel*. . revised edition ed, ed. WHO. Vol. Offset Publication n035. 1987, Geneva.
25. Torres, G. and M. Stanton, *Curriculum Process in Nursing: A Guide to Curriculum Development*. 1982: Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
26. Avanzi, G., *Introduction aux Sciences de l'Éducation: Les Orientations de la Recherche et le Développement des Méthodes dans le Champ de l'éducation Moderne*, ed. M. Privat. 1976. 200.
27. Filloux, J., *La Sociologie Dit aux Éducateurs Ce Vers Quoi Tend la Société et Ceux-ci en Imprégnant leurs Élèves, Collaborent à la Réalisation de ces Buts. Pédagogie et Groupe.*, in *Bulletin de Psychologie*. 1969-70. p. 428-439.
28. Hatem-Asmar, M., *Choix éducationnels pour la formation des professionnels de la santé : Le cas de la profession de sage-femme au Québec*, in *Groupe de recherche interdisciplinaire en santé*. 1997, Université de Montréal: Montréal. p. 218 (Annexes p. 426).
29. Hatem-Asmar, M., et al., *Choix du Paradigme Éducationnel pour la Formation de Sages-Femmes au Québec*. Ruptures, 2003. **9**(1): p. 86-102.
30. IFCS, *Programme de formation des sages-femmes*. 1998, Service de la formation de base, Division de la formation, Direction des ressources humaines, Ministère de la Santé , Royaume du Maroc.
31. MSM, *Carnet de stage de l'élève SF, P. Sage-femme*, Editor. 2006, Ministère de la Santé . p. 50.
32. Filali, H. and F. Temmar, *Étude qualitative sur les conditions d'exercice des sages-femmes: Région de Marrakech Tensift Al Haouz et province d'Azilal*. 2003, Ministère de la Santé , Direction des ressources humaines, Division de la Population. p. 93.
33. Ibn-Sina, C.H., *Rapport d'activités 2006*. 2006, Ministère de la Santé , Royaume du Maroc-Service de Communication. p. 104.
34. Temmar, F., *La pratique de la sage-femme au Maroc: une analyse selon la perspective genre*. 2005, IFCS: Rabat. p. 17.
35. Temmar, F., F. Barich, and M. Cherkaoui, *Synthèse de l'analyse du contexte de formation et du programme du 2ème cycle des études paramédicales*. 2007, IFCS: Rabat. p. 10.

Annexe II : Lettre d'information concernant le projet

Sabina Abou-Malham
Candidate au Doctorat en Santé publique

Objet : Projet de recherche sur l'implantation d'un Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la sage-femme dans le Royaume du Maroc

Monsieur le,

Ce courriel (cette lettre) vous est adressé (e) par l'équipe de chercheurs professeur agrégée Mme Marie Hatem et de la candidate au Doctorat en santé publique Mlle Sabina Abou-Malham de l'université de Montréal. Comme vous le savez, notre projet de recherche sur l'implantation d'un Plan d'Action pour renforcer le rôle professionnel de la sage-femme dans le Royaume du Maroc a reçu une évaluation positive de votre ministère de la Santé. Brièvement, je vous rappelle que ce Plan a été élaboré dans le cadre du processus établi par le ministère de la Santé du Royaume du Maroc, appuyé par le Fonds des Nations Unies pour la Population en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelles au Royaume du Maroc. Le projet de recherche actuel, objet de ce courriel, constitue l'objectif 10 -*mettre en place un processus de l'analyse de l'implantation*- du Plan d'Action émanant de la mission accomplie par professeur agrégée Marie Hatem sur la révision du programme de formation des sages-femmes au Maroc en 2008. En effet, il s'agit du Plan d'Action pour lequel vous avez eu l'information complète et dont vous avez assisté à un atelier de sa validation.

Une étude de cas sera réalisée. Elle impliquera une cueillette de données s'étalant sur 1 à 2 mois qui sera menée par la candidate au doctorat. Votre participation consistera en la réalisation d'une ou de plusieurs entrevues individuelles portant sur le thème de l'étude. La candidate au doctorat en santé publique procèdera aussi au recueil et à l'étude de documents relatifs aux activités du Plan d'Action à l'étude.

À cet effet, nous solliciterons par la présente votre collaboration pour une entrevue et pour l'obtention des documents nécessaires.

En cas de réponse positive, vous êtes priés de répondre à ce courriel, Dans ce cas, la candidate communiquera de nouveau avec vous, par courriel/courrier ou télécopie selon votre convenance, pour :

- vous fournir un document qui comporte une description détaillée des objectifs et étapes de l'étude,
- et pour organiser un rendez-vous auprès de vous en fonction de vos disponibilités. Vous serez de même invité à lire, à signer et retourner un formulaire de consentement à la candidate une fois rendue au Maroc afin de répondre aux exigences du comité d'éthique de l'université de Montréal.

En tout temps, n'hésitez pas à communiquer par, courriel courriel/courrier ou télécopie selon votre convenance, avec la candidate au doctorat en santé publique qui sera prête à répondre à tous vos questionnements.

Les résultats de cette étude permettront d'avancer les connaissances en ce qui a trait au développement et au renforcement de la profession sage-femme et d'apporter les ajustements nécessaires à la mise en place du Plan d'Action à l'étude et ce afin de contribuer à atteindre l'objectif ultime qu'est la réduction des ratios élevés de mortalité maternelle au Maroc.

Nous espérons sincèrement que vous accepterez de participer à notre étude. Vu que vous êtes considéré comme acteur clé ayant participé à la validation du Plan d'Action à l'étude, votre collaboration est importante pour assurer le succès de ce projet et sera certainement très appréciée. Nous vous remercions de votre collaboration et nous vous prions d'agréer l'expression de nos salutations les plus distinguées.

Sabina Abou-Malham, Candidate au Doctorat en santé publique

Annexe III : Affiche de recrutement



Lancement d'une étude sur l'analyse de l'implantation Profession de sage-femme au Maroc

L'équipe de recherche de l'université de Montréal en collaboration avec le Ministère de la Santé du Maroc sollicite la participation des étudiantes sages-femmes à une étude portant sur l'analyse de l'implantation d'un Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la sage-femme dans le Royaume du Maroc. Ce Plan d'Action a été élaboré dans le cadre du processus établi par le Ministère de la Santé du Royaume du Maroc en collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour la Population en vue de réduire la mortalité et la morbidité maternelles au Royaume du Maroc.

Objectif de l'étude:

L'étude permet d'identifier les facteurs facilitant et entravant la mise en œuvre de ce Plan.

Votre point de vue à l'égard des facteurs facilitant ou entravant l'implantation du Plan d'Action visant le renforcement du rôle professionnel des sages-femmes dans le Royaume du Maroc est très important.

Participation à l'étude :

Nous vous invitons vivement à participer à cette étude. Pour ce faire, veuillez enregistrer vos noms et vos coordonnées sur une liste qui vous sera communiquée par les responsables de votre institut. Vous serez contactés par courriel par l'équipe de recherche pour de plus amples informations et pour une description détaillée de l'étude.

Avantages de votre participation

Par votre participation à l'étude, vous contribuerez à :

- Fournir des données importantes quant aux facteurs facilitant ou entravant la mise en œuvre du Plan d'Action à l'étude,
- Permettre, à la lumière de ces données, à l'équipe de chercheurs d'élaborer des recommandations pour améliorer la mise en œuvre du Plan d'Action,
- Réduire la mortalité maternelle par le renforcement du rôle des SF considérées comme les principales dispensatrices des soins obstétricaux aux femmes enceintes autour du monde.

Équipe de recherche : Investigatrice principale : Candidate au doctorat en santé publique : Mlle Sabine Abou Malham

Annexe IV : Guide d'entrevue semi-structurée

Guide d'entrevue semi-structurée

Région.....Ville.....

Date et heure.....

Numéro du participant :.....

- Nom et prénom :
- Profession :
- Poste occupé :
- Expérience professionnelle : (nombre d'années)
 - en milieu urbain :
 - en milieu rural :
- Milieu de pratique (Type, lieu de pratique) :

1. Niveau d'informations :

Êtes-vous informé au sujet du Plan d'action qui a été développé et de ses différentes activités qui ont été implantées ou sont en cours d'implantation en vue de renforcer la profession de SF au Royaume du Maroc ? (Comment ? par qui ?)

2. Niveau de mise en œuvre :

- Pouvez-vous me parler du Plan d'Action? Comment se déroulent ses activités? Quel est le rôle de chacun ? Quelle équipe est impliquée dans sa mise en œuvre ?
- Avez-vous participé à une activité de ce Plan? Si oui laquelle?
- Décrivez-moi l'activité, son contenu, son déroulement, votre participation, vos perceptions?

Facteurs facilitant et ou entravant l'implantation du Plan d'action de renforcement de la profession sage-femme :

3. Caractéristiques propres au Plan d'Action :

Selon votre point de vue, existe-t-il des éléments relatifs aux caractéristiques du Plan d'Action et de ses activités qui peuvent être considérés comme des barrières ou des facilitateurs à son implantation ?

Exemples : En ce qui concerne les éléments suivants :

- Les avantages et bénéfices apportés
- La facilité ou la difficulté d'implanter les activités
- Les ressources utilisées pour les mettre en œuvre

Vous pouvez vous exprimer sur n'importe quelle autre caractéristique qui vous semble facilitante ou contraignante.

4. Systèmes disciplinaire, éducationnel et socioculturel :

4.1 Selon votre point de vue, quels sont les éléments qui peuvent être considérés comme des barrières ou des facilitateurs pour mettre en œuvre les activités du Plan d'Action pour renforcer le rôle de la sage-femme?

En ce qui concerne les dimensions suivantes :

- Méthodes (ex. relations interprofessionnelles, ressources)
- Valeurs (ex. règlements, croyances, culture)
- Acteurs (ex. motivation, capacités)
- Finalités (ex. but à atteindre)

et ce, au niveau des :

- Instituts de formation ?
- Milieux cliniques (maternités, centres de santé)?
- Associations professionnelles (sages-femmes)?
- Différents comités du Plan d'Action ?

4.2 Selon vous, comment le gouvernement marocain, le ministère de la Santé et les différentes directions dans le système marocain, la population, les organismes internationaux ont-ils contribué ou contribuent-ils à l'implantation de ce Plan d'Action?

De quelle façon croyez-vous que ces différents niveaux ont soutenu ou nui à l'implantation des activités du Plan d'Action?

4.3 Pensez-vous que la société marocaine en général (femmes, etc.) contribue ou peut contribuer à la mise en œuvre du Plan d'action ? Comment ?

5. Selon vous, jusqu'à ce jour quels ont été les principaux obstacles et facilitateurs pour l'implantation du Plan d'Action et de ses différentes activités

Annexe V : Description des méga-codes et des construits du CFIR

Méga-codes	Description	Règles de codage
Valeurs	Elle correspond aux valeurs, croyances, principes, lois et règlements du système	Énoncés concernant les principes, les valeurs, les croyances, les dispositions légales et réglementaires qui facilitent et ou entravent l'implantation de l'intervention
Méthodes	Elle est définie comme étant les procédures organisationnelles soit les moyens, méthodes et techniques utilisées dans le système	Énoncés concernant les procédures organisationnelles soit les moyens, méthodes et techniques utilisées dans le système qui peuvent comprendre des facilitateurs et ou des barrières à l'implantation. Il peut s'agir des mécanismes de communication et de coordination; de la disponibilité des ressources physiques, humaines, matérielles, ressources-formation, etc.
Acteurs	Il s'agit des êtres considérés comme physiquement et mentalement impliqués dans le fonctionnement du système	Énoncés concernant les acteurs impliqués dans le fonctionnement du système dont les caractéristiques (ex. capacités, compétences, motivation, attitudes) peuvent faciliter et ou entraver le processus d'implantation
Finalité	Elle correspond à une variété d'intentions, de buts, de finalités et de solutions du système	Énoncés concernant les buts, les finalités du système qui peuvent jouer un rôle soit pour faciliter et ou entraver le processus d'implantation
Processus d'implantation <i>Executing</i>	Il correspond à la réalisation de l'implantation (exécution des activités) conformément au plan prévu	Énoncés concernant les différentes dimensions conceptuelles de ce construit : - fidélité - Intensité (qualité) - ponctualité de l'exécution des activités - degré d'engagement dans le processus d'implantation
Caractéristiques de l'intervention <i>Intervention Characteristics</i>	Toute caractéristique de l'intervention affectant l'implantation	Énoncés concernant toute caractéristique relative à l'intervention (ex. avantage, difficultés) perçue comme facilitant et ou entravant l'implantation

Construits du CFIR	Description	Règles d'identification et de mappage des codes
Exécution ou mise en œuvre des activités <i>Executing</i> - <i>Fidelity: Content adherence, coverage</i> - <i>Intensity (quality)</i> - <i>Timeliness of task completion</i> - <i>Degree of engagement</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Adhésion au contenu : la réalisation des activités principales telles que prévues ou décrites par l'intervention - Couverture : atteinte de la population cible visée par l'intervention ; ou si l'intervention rejoint la population prévue - Intensité (qualité) : satisfaction envers l'expérience de formation vécue - Ponctualité : respect du calendrier, des délais d'exécution des activités - Engagement : engagement des personnes dans le processus d'implantation 	<ul style="list-style-type: none"> - Énoncés concernant les activités principales qui ont été réalisées et non réalisées - Énoncés sur les personnes qui ont participé aux activités principales des objectifs du Plan d'Action - Énoncés concernant l'expérience et la satisfaction envers les activités implantées - Énoncés concernant le respect du calendrier, les délais et le changement survenu à ce niveau - Énoncés concernant l'engagement, le travail en équipe pour implanter l'intervention
Politiques externes et incitatifs <i>External policy and incentives</i>	Il s'agit d'un construit large comportant les stratégies externes pour diffuser les interventions : politiques, régulations (gouvernementales ou centrales), mandats externes, directives et recommandations etc.	Codes concernant un ou des éléments de la description
Besoins des patients <i>Patient needs and resources</i>	L'étendue selon laquelle les besoins et les demandes, ainsi que les barrières et les facilitateurs afin de répondre à ces besoins sont connus et considérés comme prioritaires par l'organisation	Codes concernant un ou des éléments de la description
Culture <i>Culture</i>	Normes, valeurs d'une organisation	Codes concernant un ou des éléments de la description
Réseautage et communication	Nature et qualité des réseaux sociaux et de la communication au sein d'une organisation	Codes concernant un ou des éléments de la description

<i>Networks and communications</i>		
Niveau de préparation à l'implantation <i>Readiness for implementation</i> Leadership <i>Disponibilité des ressources</i> <i>Available resources</i> Accès à la connaissance et l'information <i>Access to knowledge and information</i>	Indicateurs immédiats et tangibles de l'engagement pour implanter l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> - Leadership: engagement, implication, des leaders et managers dans l'implantation - Disponibilité des ressources : les ressources dédiées à l'implantation incluant les ressources financières, la formation, l'éducation, les ressources physiques - Accès à l'information et aux connaissances relatives à l'intervention 	Codes concernant un ou des éléments des trois sous-dimensions du niveau de préparation
Attributs personnels <i>Personal attributes</i>	Un construit large qui porte sur les traits, l'habileté intellectuelle, la motivation, les compétences, la capacité et le style d'apprentissage	Codes concernant un ou des éléments de la définition
Source de l'intervention <i>Intervention source</i>	Perceptions des acteurs clés quant à la source de l'intervention : si elle est externe ou développée à l'interne	Codes concernant les éléments de la définition
Complexité <i>Complexity</i>	Perceptions quant aux difficultés de l'implantation en ce qui concerne la durée, la nature radicale, la complexité et le nombre des étapes requises pour l'implantation	Codes concernant un et ou des éléments de la définition
Avantages <i>Relative advantage</i>	Perceptions des acteurs quant aux avantages d'implanter l'intervention versus une autre solution	Codes concernant les éléments de la définition

Annexe VI : Certificat d'approbation éthique de l'Université de Montréal

Université 
de Montréal

No de certificat : CERFM

Faculté de médecine
Vice-décanat à la recherche

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CERFM)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

Titre du projet : Analyse de l'implantation de la stratégie de renforcement de la profession sage-femme dans le Royaume du Maroc

REQUÉRANT : Sabina Abou Malham, Candidate au PhD,

SOUS LA DIRECTION DE : Marie Hatem, Professeure agrégée,

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CERFM qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CERFM.

Selon les exigences éthique en vigueur, un **suivi annuel** est minimalement requis pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi vous sera transmis par courriel avant l'échéance du présent certificat et peut être consulté sur la [page Web du CERFM](http://www.med.umontreal.ca/recherche/informations_chercheurs/ethique_recherche.html).

Dianne Audet, coordonnatrice

Isabelle Boutin-Ganache, présidente

Approuvé : 17 mai 2010

Certificat valide jusqu'au 1^{er} juin 2011

http://www.med.umontreal.ca/recherche/informations_chercheurs/ethique_recherche.html

7 Février 2012

Objet : Certificat d'éthique – 1^{er} renouvellement - « Analyse de l'implantation de la stratégie de renforcement de la profession sage-femme dans le Royaume du Maroc »

No de certificat : CERFM 2009-10 #377

Mme Sabina Abou Malham,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) –anciennement connu sous le nom de Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM)- a étudié votre demande de renouvellement pour le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences qui prévalent. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat; copie également envoyée à votre directeur/directrice de recherche et à la technicienne en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible et afin d'en tirer pour tous le plus grand profit, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Guillaume Paré, conseiller en éthique de la recherche.
Coordonnateur
Université de Montréal

Cc. Gestion des certificats
Marie Hatem, Faculté de médecine

Annexe VII : Autorisation du Ministère de la Santé du Royaume du Maroc

ROYAUME DU MAROC
Ministère de la Santé

364



المملكة المغربية
وزارة الصحة

ATTESTATION

Le chef de la Division de la Formation/Direction des Ressources Humaines du Ministère de la santé au Royaume du Maroc atteste que la nommée Sabina Abou Malham de nationalité libanaise et doctorante en santé publique à l'université de Montréal au Canada a obtenu l'accord de la Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires du Ministère de la santé au Royaume du Maroc pour mener son travail de recherche doctorale sur l'expérience de renforcement des compétences des sages-femmes et qui est intitulé : Analyse de l'implantation de la stratégie de renforcement de la profession de sage-femme dans le Royaume du Maroc.

Cette attestation est communiquée par mail à l'intéressée suite à sa demande parvenue au chef de la Division de la Formation par mail le 24/06/2010.

Fait à Rabat le 24 juin 2010.

P. La Ministre de la Santé et par Délégation
Le Chef de la Division de la Formation

Signé : Dr. MOUHOUCHE Tahar



5221

DF

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé



المملكة المغربية
وزارة الصحة

17 MAI 2010

0016

Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires

-> Soutenu
par Mme Marie Houtou
17/05/2010

Monsieur le Directeur des Ressources Humaines

Objet : Autorisation pour préparation de doctorat en Sciences Infirmières d'une étudiante Canadienne.

Réf : Demande d'avis au sujet d'une demande d'autorisation pour préparation de doctorat en Sciences Infirmières d'une étudiante Canadienne.

Suite à votre demande citée en référence, j'ai l'honneur de vous communiquer l'accord de la Direction des Hôpitaux et Soins Ambulatoires pour encadrer l'étudiante Sabina Abou Malham, de la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Montréal au Canada, en vue de mener son travail de recherche doctorale sur l'expérience de renforcement des compétences de sages-femmes au Maroc et qu'est intitulé « Analyse de la stratégie de renforcement de la profession de sage-femme dans le Royaume du Maroc ».

En vous remerciant de votre collaboration, veuillez agréer Monsieur le Directeur l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Directeur des Hôpitaux et
des Soins Ambulatoires

D. Y. HAMOUI

DE LA DIVISION
DE LA FORMATION
COURRIER 1360 LE 21 MAI 2010

Annexe VIII : Formulaire d'information et de consentement

À l'intention des différents acteurs des systèmes socioculturel (cadres administratifs médicaux, directeurs des divisions, des délégations au ministère de la Santé), disciplinaire (professionnels de la santé et directeurs médicaux, cadres infirmiers, sages-femmes) et éducationnel (directeurs académiques, enseignantes et étudiantes sages-femmes)
(Groupe entretues, observations)

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Titre du projet : Analyse de l'implantation du Plan d'Action de renforcement du rôle professionnel de la sage-femme dans le Royaume du Maroc

Noms des chercheurs :

Chercheurs responsables du projet au Royaume du Maroc :

Hatem Marie, Ph.D., Faculté de médecine- Médecine sociale et préventive

Leduc Nicole, Ph.D, Faculté de médecine- Département d'administration de la santé

Sabina Abou Malham, candidate Ph.D, Faculté de médecine- Médecine sociale et préventive

Description du projet :

La Mortalité Maternelle (MM) représente jusqu'à ce jour une problématique centrale pour la santé des femmes dans le monde. Selon les estimations de l'OMS (2005), 525.000 décès maternels dus à des problèmes -souvent évitables- reliés à la grossesse et à l'accouchement sont chaque année enregistrés dans le monde, dont 99 % sont le lot des pays en développement (PED). Tous les organismes internationaux en concertation avec les ministères de la Santé des PED touchés par ce drame et en particulier tous les pays de l'Afrique, considèrent comme actions prioritaires la promotion d'une stratégie pour professionnaliser les soins obstétricaux parmi l'éventail des actions visant la réduction de la MM. Tel est le cas du Maroc qui est fortement engagé dans la stratégie préconisée. En effet, la surmortalité maternelle établie à 240 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes constitue un aspect négatif des résultats sanitaires de ce pays. Afin d'accélérer la réduction de la MM à 50 pour 100.000 naissances vivantes, le ministère de la Santé du Royaume du Maroc a adopté une stratégie en 2008 englobant une politique de ressources humaines pour renforcer les compétences des sages-femmes considérées comme principales dispensatrices des soins obstétricaux. Dans le cadre de ce processus, une mission d'« assistance technique pour la révision du programme de formation des sages-femmes » réalisée par le professeur Marie Hatem de l'Université de Montréal a permis de poser le diagnostic de la profession de sage-femme marocaine et de proposer conséquemment un Plan d'Action afin de renforcer le rôle professionnel des sages-femmes et de leur permettre de contribuer à la réduction de la MM au Maroc.

Ce Plan d'Action consiste en l'introduction d'un changement dans les systèmes socioculturels, disciplinaires et éducationnels dans lesquels évolue la SF marocaine soit *un nouveau rôle professionnel et de nouvelles responsabilités pour les sages-femmes en regard de la prestation des services périnataux*. Cependant, le Plan d'Action à l'étude n'est pas implanté dans un champ

neutre. Il est soumis à une combinaison d'éléments qui pourraient être favorables ou défavorables au succès de son implantation.

Étant donné que l'introduction de ce changement est un processus sensible à beaucoup d'éléments, la présente étude consiste en *une analyse des obstacles et des facteurs facilitateurs de l'implantation du plan à l'étude*.

Elle a pour objectifs d'identifier les dimensions des trois systèmes disciplinaire, éducationnel et socioculturel et celles propres au Plan d'Action qui agiraient comme des barrières ou des facilitateurs à son implantation.

Procédures : Comme stratégie de recherche, une étude de cas est considérée la plus appropriée à appliquer à la profession de sage-femme dans le Royaume du Maroc. La population visée comprend différents groupes d'acteurs appartenant aux trois systèmes sur lesquels agit le Plan d'Action : système éducationnel (ex. instructeurs GESTA, équipe enseignante des instituts de formation, etc.), disciplinaire (ex. groupes professionnels de l'équipe multidisciplinaire, membres des associations professionnelles, etc.), socioculturel (ex. leaders politiques : représentant du FNUAP, direction du ministère de la Santé , population féminine etc.). Des sources multiples de données seront utilisées (ex : entretiens semi-structurés, individuelles et de groupe, observations, notes de terrain, documents) :

Il est à savoir qu'accepter de participer à cette étude et au groupe (*entretiens, observation*) signifie que vous autoriserez la chercheuse ou les membres concernés du personnel travaillant sous sa responsabilité à vous rencontrer et ce pour réaliser une entrevue individuelle et/ou de groupe, pour effectuer des observations du milieu professionnel et des réunions des différents comités auxquels vous participez et à y prendre des notes ; et finalement à consulter les documents nécessaires relatifs à l'implantation du Plan d'Action en question.

L'entrevue sera réalisée dans un endroit convenable et selon le choix du participant. La durée moyenne des entretiens individuelles et de groupe sera de 50 à 90 minutes.

Les entretiens : semi-structurés seront réalisés auprès des acteurs appartenant aux trois systèmes sur lesquels le Plan d'Action agit (ex. leaders politiques, directeurs des centres hospitaliers, des instituts de formation, coordonatrice du projet, représentants des différents comités, etc.). Ces entretiens permettront de recueillir l'information relative aux perceptions et aux attitudes que manifestent ces différents acteurs quant aux composantes des trois systèmes disciplinaire, éducationnel et socioculturel visés par le Plan d'Action et celles propres au Plan d'Action qui peuvent représenter des facilitateurs ou des obstacles à l'implantation du Plan d'Action de renforcement de la profession sage-femme au Maroc.

Les focus group : seront menés auprès de différents groupes : professionnels, membres des différents comités, des différentes associations professionnelles, communautaires de femmes, etc, dans le même but.

L'analyse documentaire : ciblera les documents de différentes natures relatifs aux activités du Plan d'Action afin de retracer l'histoire de son implantation. Elle permettra aussi de trianguler les données et d'accroître les preuves des autres sources.

Notes de terrain et l'observation : de plusieurs situations relatives à l'implantation du Plan : réunions de divers comités, des milieux de formation et de pratique clinique seront effectuées.

Avantages et bénéfiques :

Les résultats de l'étude serviront à reconnaître les principaux facteurs favorables à l'implantation du Plan d'Action de renforcement de la profession sage-femme au Maroc afin d'en faciliter l'expansion et les facteurs non favorables afin de les contrôler. Ils serviront à dégager les ajustements à effectuer dans l'environnement de la stratégie en question; de tirer des leçons et de suggérer des pistes qui améliorent l'implantation de la stratégie au Maroc à court terme et dans d'autres régions présentant des caractéristiques similaires, à long terme. Cette étude pourrait ainsi contribuer à réduire la MM par le renforcement et le développement du rôle des sages-femmes, considérées comme les principales dispensatrices des soins obstétricaux aux femmes, au Maroc. De même, les résultats émergeant de cette étude seraient d'une grande utilité pour les différents planificateurs et acteurs et leaders qui chercheraient à compléter éventuellement l'implantation de ce type de stratégie dans d'autres contextes africains confrontés à des problématiques de mortalité similaires.

Risques et inconvénients :

L'étude ne présente aucun risque ni inconvénient directs connus pour vous. Le moment et le lieu de l'entrevue seront choisis selon votre convenance de telle sorte que votre confort sera respecté.

Critères d'exclusion :

L'absence de consentement sera une raison d'exclusion des participants de toute catégorie.

Confidentialité :

Toute l'information au sujet de votre participation sera gardée strictement confidentielle. Toutes les données d'entrevue se verront octroyer un numéro d'identification pour remplacer les noms ou tout autre identifiant. Les formulaires de consentement signés et tous les autres documents d'identification seront gardés dans des classeurs conservés sous clé, accessibles uniquement au chercheur responsable. Les données recueillies seront exportées à Montréal et au Liban lieux de séjour du chercheur. Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, le comité d'éthique de la recherche aura accès aux données, à la demande, pour vérifier le bon déroulement de l'étude tout en adhérant évidemment à une politique de stricte confidentialité. À des fins de protection et afin de respecter les normes d'archivage de l'Université de Montréal, votre nom et prénom, vos coordonnées ainsi que toutes les données de recherche concernant votre participation au projet seront conservées au moins 7 ans après la fin du projet par le chercheur responsable.

Éventualité d'une suspension de l'étude :

Votre participation à cette étude peut être interrompue si la /les chercheuse/s considèrent que c'est dans l'intérêt des participants ou pour des raisons de sécurité ou de respect des chartes de droit de la personne.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela ne nuise à vos relations avec les différents membres de l'équipe engagée dans l'implantation du plan d'action. En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi. De plus, vous ne libérez pas les investigateurs et le promoteur de leur responsabilité légale et professionnelle.

Personnes-ressources :

Si vous avez une question ou un doute sur la procédure de cette étude, n'hésitez pas à contacter la responsable de l'étude- Professeur agrégé Marie Hatem :

Marie Hatem, Ph.D.

Professeure agrégée

Université de Montréal

Vous pouvez communiquer avec le bureau de l'Ombudsman de l'Université de Montréal, pour obtenir des renseignements éthiques ou faire part d'un incident ou formuler des plaintes ou des commentaires au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca. (L'ombudsman accepte les appels à frais virés).

Ajouter des coordonnées locales si les participants pressentis souhaitent communiquer avec une personne-ressource

Adhésion au projet et signatures : J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

Nom du, des participant (s) Signature du, des participant (s) Date

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom du Chercheur Signature du chercheur Date

Informations de type administratif :

- L'original du formulaire sera conservé avec le chercheur responsable(candidate au Doctorat) et une copie signée sera remise au participant
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM le (17-Mai 2010)

:

- No de référence : **CERFM 2009-10 #377**

- Date de la version du présent formulaire