Générer une priorité politique pour la réduction de la mortalité néonatale au Bangladesh

Jeremy Shiffman, PhD, et Sharmina Sultana, MBA, MBBS

La faible priorité que la plupart des pays à faible revenu accordent à la mortalité néonatale, qui représente aujourd'hui plus de 40 % des décès d'enfants de moins de 5 ans, est un obstacle à la réalisation mondiale de l'objectif du Millénaire pour le développement relatif à la survie de l'enfant. Le Bangladesh est une exception à ce manque d’attention. Entre 2000 et 2011, la survie des nouveau-nés est sortie de l'ombre pour occuper une place relativement importante dans le programme de politique sanitaire du gouvernement. En nous appuyant sur un cadre de politique publique, nous avons analysé comment cette attention est apparue. Les facteurs critiques comprenaient le plaidoyer national, l'engagement du gouvernement envers les objectifs du Millénaire pour le développement et les ressources des donateurs. L'émergence de l'attention politique a impliqué des interactions entre les facteurs mondiaux et nationaux plutôt que l’un ou l’autre de ces facteurs pris à part. Ce cas offre des indications sur la façon de donner une priorité aux problèmes de santé négligés dans les pays à faible revenu. (*Am J Public Health.* 2013 ; 103 : 623–631. doi : 10.2105/AJPH.2012. 300919)

questions attirent l'attention et les ressources des décideurs politiques et aux raisons pour lesquelles elles le font.7 –11 Les spécialistes des sciences sociales qui étudient l'élaboration des politiques de santé dans les pays à faible revenu se sont également penchés sur les processus d'établissement des programmes.12--16 Cette recherche suggère que, bien que le hasard joue un rôle, il y a des éléments systématiques. En nous appuyant sur ces travaux, nous avons élaboré un cadre que nous avons utilisé pour analyser la variance de l'attention politique accordée à la survie maternelle dans cinq pays en développement (tableau 1). Ce cadre se compose de 9 facteurs répartis en 3 catégories : l’influence transnatio-

En 2001, les États membres des Nations unies se sont mis d'accord sur 8 objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), des objectifs de réduction de la pauvreté à atteindre d'ici 2015. L'objectif 4 concerne la survie de l’enfant : "Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans." 1 Bien que les analystes s'attendent à ce que le monde atteigne une grande partie des 8 objectifs 2, seuls 31 des 137 pays en développement devraient atteindre l'OMD 4.3

La lente diminution du nombre de décès de nouveau-nés – âgés de 28 jours et moins – constitue un obstacle majeur. La mortalité néonatale précoce (0---6 jours) n'a diminué que de 1,7 % par an depuis 1990, soit moins que celle des enfants de plus de 28 jours.3 En conséquence, les nouveau-nés représentent désormais plus de 40 % de tous les décès d'enfants de moins de 5 ans.

Ce lent déclin peut s'expliquer en partie par la basse priorité que la plupart des pays à faible revenu accordent à la réduction de la mortalité néonatale. Bien que de nombreux gouvernements se soient penchés sur la question de la survie des enfants, peu d'entre eux se sont concentrés sur la période néonatale. 4 Le Bangladesh fait exception à la règle. Entre 2000 et 2011, la survie des nouveau-nés est passée de la quasi-obscurité

à une place importante dans le programme de politique sanitaire du gouvernement. Ce changement est surprenant, car il n'y a pas eu de propagation rapide d'un agent pathogène nuisible aux nouveau-nés ni d'augmentation soudaine du nombre de décès de nouveau-nés ; au contraire, les taux de mortalité des nouveau-nés ont diminué dans le pays, bien que lentement. 5

Nous avons analysé comment la survie des nouveau-nés est apparue comme une priorité sanitaire au Bangladesh. Nous nous sommes inspirés d'un cadre de politique publique élaboré précédemment pour expliquer l'attention politique portée à la réduction de la mortalité maternelle dans 5 pays en développement. 6 L'apparition d'une question dans un programme politique national n'est qu'un des multiples facteurs qui sous-tendent l'efficacité des politiques et ne suffit guère à garantir que le système politique mettra en œuvre des plans ou que ces plans réussiront à réduire la mortalité néonatale. Cependant, atteindre l'agenda politique facilite l'efficacité des politiques et il est donc utile de l'étudier.

**LE CADRE**

Les politologues s'intéressent depuis longtemps à la manière dont certaines

nale, la défense des intérêts nationaux et l'environnement politique national (une discussion plus approfondie de ce cadre se trouve dans Shiffman 6).

Les organisations internationales et les défenseurs utilisent plusieurs mécanismes pour influencer les systèmes politiques nationaux afin d'embrasser les causes qui les concernent. L'un d'eux est la promotion des normes (facteur 1) : ils tentent de convaincre les gouvernements qu'il est approprié, pour des raisons éthiques, d'aborder une question particulière.10,11 Par exemple, le programme conjoint des Nations unies sur le VIH et le sida et d'autres organisations présentent le VIH/sida comme une maladie exceptionnelle et encouragent les gouvernements à mettre en place des institutions à la prévention et au contrôle du sida. Un autre mécanisme est la mise à disposition de ressources (facteur 2) : l'incitation financière et l'assistance technique aux gouvernements s'ils acceptent d'adopter des priorités et des politiques particulières. 17

Bien que dans certains cas, les acteurs internationaux puissent inscrire des questions à l'ordre du jour mondial et national, le plus souvent, les facteurs nationaux sont tout aussi cruciaux. L'un de ces facteurs est la cohésion de la communauté politique (facteur 3).

## TABLEAU 1— Facteurs influençant le degré de réduction de la mortalité maternelle dans les programmes politiques nationaux de 5 pays en développement : du début des années 1990 au milieu des années 2000

Facteur Catégorie Description

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Promotion des normes | Influence transnationale | Efforts des agences internationales pour une norme mondiale sur le caractère inacceptable de la mort maternelle |
| 2. Mise à disposition des ressources | Influence transnationale | Offre de ressources financières et techniques des agences internationales pour lutter contre la mortalité maternelle |
| 3. Cohésion de la communauté politique | Défense des intérêts nationaux | Mesure dans laquelle les promoteurs nationaux de la maternité sans risque se sont ralliés en tant que force politique poussant le gouvernement à agir |
| 4. Entrepreneuriat politique | Défense des intérêts nationaux | Présence de champions politiques nationaux respectés et compétents, désireux de promouvoir la cause |
| 5. Indicateurs crédibles | Défense des intérêts nationaux | Disponibilité et déploiement stratégique de preuves pour démontrer la présence d'un problème de mortalité maternelle |
| 6. Événements phares | Défense des intérêts nationaux | Organisation de forums pour susciter l'attention nationale pour la cause |
| 7. Alternatives politiques claires | Défense des intérêts nationaux | Disponibilité d'alternatives politiques claires pour démontrer aux dirigeants politiques que le problème est surmontable |
| 8. Transitions Politiques | Environnement politique national | Changements politiques, tels que la démocratisation, qui ont eu un effet positif ou négatif sur les perspectives de promotion de la maternité sans risque |
| 9. Priorités concurrentes en matière de santé | Environnement politique national | Priorité aux autres causes de santé qui ont détourné l'attention des décideurs politiques de la réduction de la mortalité maternelle |

*Note*. Les 5 pays en développement à partir desquels ces données ont été obtenues sont le Guatemala, le Honduras, l'Inde, l'Indonésie et le Nigéria.

*Source*. Shiffman.6

Les communautés politiques sont des réseaux d'acteurs issus de différents types d'organisations - agences gouvernementales, corps législatifs, organisations non gouvernementales (ONG) et autres - engagés dans des causes communes. Parmi les facteurs qui déterminent leur degré d’inﬂuence figurent leurs niveaux d'autorité morale, de connaissances et de cohérence. 18 Les entrepreneurs politiques (facteur 4) façonnent également la priorité politique 7 - les personnes politiquement inﬂuentes et particulièrement compétentes et prêtes à faire des efforts pour faire avancer une cause. L'ancien directeur du Fonds des Nations unies pour l'enfance, James Grant, qui a beaucoup fait pour faire avancer la cause de la survie de l'enfant dans le monde, est un prototype. Des indicateurs crédibles (facteur 5) ont également leur importance. 7,19 Ces derniers font la différence car ils ont l'effet unique et puissant de donner de la visibilité à ce qui est resté caché, servant de catalyseurs qui peuvent inciter les élites politiques à agir. Les événements phares (facteur 6), c'est-à-dire les événements de grande envergure tels que les crises, les conférences et les découvertes qui attirent l'attention d'un large public - comme les indicateurs, donnent de la visibilité aux questions cachées.20 En outre, des alternatives politiques claires (facteur 7) ont une influence : les décideurs politiques sont plus susceptibles d'agir sur un problème

s'ils reçoivent des propositions claires qui les convainquent qu'un problème est surmontable.7,9 Les environnements politiques et sociaux dans lesquels les défenseurs internationaux et nationaux travaillent déterminent également l'attention politique. Nombre de ces facteurs peuvent avoir une influence, notamment les barrières culturelles, la composition ethnique des sociétés, les conflits civils, la faiblesse des infrastructures administratives et la corruption endémique. Deux facteurs, cependant, peuvent être particulièrement critiques dans l'établissement des programmes de santé. Les transitions politiques (facteur 8) sont des changements politiques majeurs, tels que la démocratisation et la décentralisation du secteur public, qui modifient les priorités publiques en donnant aux nouveaux acteurs le pouvoir de définir les programmes et en changeant les processus d'élaboration et de mise en œuvre des politiques publiques.21,22 Les priorités sanitaires concurrentes (facteur 9) peuvent rendre plus difficile l'attention portée à de nouvelles questions, car la plupart des secteurs de la santé dans les pays à faible revenu manquent de ressources et les causes sanitaires doivent s'affronter pour obtenir ces maigres financements.

**CONCEPTION DE L'ÉTUDE**

# Nous avons cherché à reconstituer l'histoire

# des efforts de survie des nouveau-nés au

# Bangladesh afin d'évaluer le niveau d'attention porté à la question et les facteurs et processus à l'origine de l'émergence de cette attention. Nous avons choisi une approche d'étude de cas, qui est mieux adaptée pour atteindre ces objectifs que d'autres méthodologies de recherche, telles que les enquêtes structurées ou les analyses statistiques de l'utilisation des services de santé.23 Ceci est vrai parce que la caractéristique déterminante de l'étude de cas est qu'elle considère un phénomène dans son contexte réel, ce qui lui donne la capacité de révéler les processus sous-jacents. Dans le langage de la méthodologie des études de cas, notre enquête était de nature holistique et a été sélectionnée sur la base de ses caractéristiques révélatrices et uniques.23 En d'autres termes, nous avons analysé l'État-nation du Bangladesh de manière holistique en tant qu'unité, plutôt qu'une de ses sous-régions ; nous avons cherché à utiliser notre accès aux décideurs politiques et autres responsables pour révéler des informations qui n'auraient peut-être pas été disponibles autrement ; et nous avons justifié la sélection du Bangladesh pour l'analyse en raison de son caractère unique en tant que l'un des rares pays à faible revenu où la survie des nouveau-nés a apparemment fait l'objet d'une attention politique importante.

# Nous avons utilisé 5 types de sources pour mener cette étude, en triangulant entre elles pour minimiser les biais : entretiens avec des informateurs clés, rapports et documents

# gouvernementaux, rapports de donateurs et d'ONG, recherches publiées sur la survie des nouveau-nés au Bangladesh et observations des sites de plusieurs projets de survie des nouveau-nés. En 2009 et 2010, nous avons mené 26 entretiens, d'une durée moyenne de 60 minutes, avec 3 groupes d'individus : ceux qui sont impliqués de manière centrale dans les efforts de survie des nouveau-nés, ceux qui sont en mesure d'observer et d'offrir des informations faisant autorité sur l'efficacité de ces efforts, et ceux qui sont critiques de ces efforts. Nous avons identifié ces personnes grâce à des documents accessibles au public, des commentaires et des consultations avec des personnes travaillant sur la question au Bangladesh – un informateur clé plutôt qu'une stratégie de sélection d'échantillons.

# Nous avons interviewé des personnes des organisations suivantes : le secteur gouvernemental (le ministère de la Santé et du bien-être de la famille - Bureau du secrétaire commun, le ministère de la Santé et du bien-être de la famille - Direction générale des services de santé, le ministère de la Santé et du bien-être de la famille - Direction générale du planning familial), le secteur de la société civile (Société périnatale du Bangladesh, Forum néonatal du Bangladesh, Comité de promotion rurale du Bangladesh, Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques - Bangladesh, Société d'obstétrique et de gynécologie du Bangladesh) et les partenaires de développement (Fondation Gates, Agence japonaise de coopération internationale, Pathfinder International, Programme intégré de santé maternelle et infantile, Save the Children USA, programme Saving Newborn Lives [SNL], Fonds des Nations unies pour l'enfance, Agence des États-Unis pour le développement international [USAID]).

# Nous avons informé les personnes interviewées qu'elles ne seraient pas identifiées dans le texte. Nous n'avons pas enregistré les entretiens car un certain nombre de personnes interrogées se sentaient mal à l'aise avec cette pratique, mais avons pris des notes détaillées sur chacune d'entre elles. Plutôt que de suivre un ensemble de questions structurées, nous avons cherché, par le biais de questions ouvertes, à obtenir les connaissances uniques que chaque informateur détenait sur les efforts déployés pour assurer la survie des nouveau-nés. En outre, nous avons entrepris une recherche d'archives sur l'histoire des efforts de survie des nouveau-nés au Bangladesh, en rassemblant et en examinant 105 documents.

# Parmi les documents que nous avons revus se trouvent des plans nationaux de santé, des évaluations de ces plans par des agences indépendantes, des rapports d'évaluation de projets des donateurs et du gouvernement, des dossiers et des analyses statistiques, des documents internes de partenaires de développement, des recherches commandées sur la survie des nouveau-nés au Bangladesh, et des articles publiés sur cette question. Nous avons également visité plusieurs sites de mise en œuvre. Nous avons notamment observé un projet urbain de santé maternelle, néonatale et infantile à Dhaka, géré par l'ONG bangladaise, le Comité de promotion rurale du Bangladesh et l'Université de médecine Bangabondhu Sheikh Mujib. Nous avons sélectionné des sites où d'importants programmes de survie néonatale ou de recherche étaient menés.

# Une fois que tous les entretiens ont été menés et les documents recueillis, nous les avons saisis dans le logiciel NVIVO 8 (QSR International, Melbourne, Australie), un programme qui facilite l'analyse des données qualitatives. Nous avons regroupé les documents connexes provenant de sources multiples en catégories, y compris les principales évolutions historiques et les facteurs du cadre défini ci-dessus. Nous avons ensuite reconstitué l'histoire des efforts pour la survie des nouveau-nés et analysé les données sur le niveau d'attention politique et l’influence causale des facteurs du cadre. Par la suite, nous avons examiné l'adéquation du cadre et ses limites pour expliquer l'émergence de l'attention.

# Des études de cas comme celles-ci, qui reposent largement sur des entretiens avec les acteurs concernés, sont susceptibles d'être biaisées. Afin de minimiser cette possibilité, nous avons utilisé plusieurs techniques recommandées par les experts en méthodologie des études de cas pour traiter les erreurs potentielles. 23--25 Nous avons tout d'abord procédé à une triangulation entre les sources. Nos données historiques ne proviennent pas seulement d'entretiens, mais aussi de publications et de rapports indépendants. Deuxièmement, nous ne nous sommes pas principalement appuyés sur des entretiens individuels pour vérifier l'exactitude historique, car ceux-ci étaient susceptibles de répéter les biais ; au contraire, lorsque les personnes interrogées ont signalé un événement important, nous avons vérifié la littérature ou les rapports publiés pour les corroborer. Nous nous sommes également renseignés sur ces événements auprès de plusieurs répondants. Enfin, nous avons reçu un retour d’informations sur une ébauche de la part de 3 personnes connaissant l'histoire des efforts de survie des nouveau-nés dans le pays. L'une de ces personnes n'était pas directement impliquée dans la survie des nouveau-nés mais était bien placée pour témoigner car elle possédait une connaissance considérable de l'histoire des initiatives liées à la survie de l'enfant dans le pays.

# La conception de la recherche impose des limites à la validité interne et externe. L'exploration approfondie nous permet de développer des hypothèses sur les raisons de l’émergence de l’attention pour la survie des nouveau-nés au Bangladesh, et de suggérer des propositions générales concernant l'établissement de programmes de politique de santé dans les pays à faible revenu. D'autre part, la conception crée une incertitude quant aux conclusions, car elles sont fondées sur la prise en compte d'un seul cas. Des recherches comparatives supplémentaires sur d'autres pays qui envisagent des explications alternatives seront nécessaires pour évaluer le pouvoir de causalité des facteurs que nous identifions. En outre, toute généralisation à d'autres contextes doit être faite avec prudence, étant donné que les éléments du contexte sociopolitique et sanitaire présentés sont propres au Bangladesh.

# **LE CAS DE LA SURVIE DES NOUVEAU-NÉS AU BANGLADESH**

Il y a dix ans, les dirigeants des gouvernements et les donateurs se souciaient peu de la survie des nouveau-nés. 26 Le plan de santé global du pays de 1998 à 2003 a intégré les soins essentiels aux nouveau-nés, mais

seulement en tant qu’un des huit éléments de la santé reproductive. La mortalité néonatale ne figurait pas parmi les indicateurs utilisés par le gouvernement pour mesurer les performances du secteur de la santé. L'attention a été obfusquée par le fait que de nombreux responsables de la santé pensaient, sans preuves réelles, que les interventions existantes étaient suffisantes pour s'attaquer au problème.

À la fin des années 1990, les conditions nationales étaient favorables à l'émergence de ce soutien.

Adopté en 1998, un programme pour le secteur de la santé et de la population promettait une plus grande cohérence du secteur de la santé après deux décennies de coordination inefficace du gouvernement et de projets fragmentés des donateurs. Aussi, le gouvernement bangladais était déjà préoccupé par la question de la survie des enfants. 27 En outre, en 1999, quatre associations médicales partageaient une certaine préoccupation pour la santé des nouveau-nés, dont une se consacrant exclusivement aux nouveau-nés - le Forum Néonatal du Bangladesh. Parmi les dirigeants de ces associations figuraient 4 médecins qui, grâce à une formation médicale à l'étranger et à l'observation des conditions dans le pays, étaient parvenus à la conclusion que le Bangladesh avait un grave problème de mortalité néonatale.

Au niveau mondial également, les conditions de la fin des années 1990 étaient favorables à l'émergence de soutiens. Les OMD avaient une inﬂuence sur l’adoption des normes par les gouvernements nationaux. 28 Plusieurs éléments indiquent que l'OMD relatif à la survie de l'enfant a façonné les priorités du gouvernement bangladais. En août 2007, le gouvernement a mis en place un groupe de travail national sur les OMD relatifs à la survie de l'enfant et de la mère, qui se réunit encore régulièrement 29, et la réalisation des OMD relatifs à la santé est devenue l'un des piliers du programme de santé du gouvernement pour la période 2003-2011.30

De plus, en 2000, un programme mondial exclusivement axé sur la mortalité néonatale a été créé - le programme SNL de Save the Children USA - avec un financement de 50 millions de dollars de la Fondation Gates. 31 Peu après sa création, SNL a cherché à formaliser une alliance mondiale d'organisations s'intéressant à la survie des nouveau-nés, en aidant à créer et en devenant le secrétariat du Partenariat mondial pour la santé des nouveau-nés. Les dirigeants de SNL ont choisi le Bangladesh comme l'un des six pays focaux de base, une décision inﬂuencée par la présence de longue date de Save the Children dans ce pays et par la mortalité infantile élevée qui y règne.

Attention nationale entre 2001 et 2004

Les responsables de SNL ont rapidement mis en place un programme bangladais, le premier effort organisé à grande échelle dans le pays exclusivement axé sur la réduction de la mortalité néonatale. En octobre 2000, les dirigeants de SNL, basés à Washington, DC, ont effectué une visite de reconnaissance dans le pays. Avec le bureau local de Save the Children, ils ont engagé un médecin bangladais de la faculté de l'université de Dhaka, qui venait de terminer une formation de troisième cycle à Londres, pour mener une analyse de la situation des nouveau-nés dans le pays. Elle et un collègue ont interviewé des acteurs du secteur de la santé et ont produit un rapport révélant un manque d'attention sur ce problème. Elle a présenté des résultats préliminaires lors d'une réunion en février 2001 pour faciliter l'élaboration d'une stratégie nationale de SNL. De nombreux responsables du secteur de la santé qu'elle avait interviewés étaient présents. Les participants ont pris connaissance des données préliminaires de l'enquête démographique et sanitaire du Bangladesh de 1999-2000 32 qui révèle un taux élevé de mortalité néonatale de 42 pour 1000 naissances vivantes 32 et ont appris que deux tiers des décès d'enfants de moins d'un an étaient des nouveau-nés. Les participants ont également appris les causes biomédicales de la mortalité néonatale et les preuves de la traçabilité du problème grâce aux travaux d'un médecin indien, Abhay Bang, qui avait démontré dans une étude contrôlée une baisse de 25 % de la mortalité néonatale dans une zone de traitement. 33 En septembre 2001, le rapport a été lancé publiquement lors d'une réunion dans la capitale, Dhaka, attirant une large attention des médias, y compris une couverture télévisée nationale et des articles dans 11 quotidiens. 34

À partir de 2001, SNL a cherché à obtenir le soutien des responsables gouvernementaux, des donateurs et des associations médicales pour la survie des nouveau-nés. La première action que l’organisation a entreprise a peut-être été la plus importante : elle a engagé le médecin bangladais qui a effectué l'analyse de la situation de survie des nouveau-nés. Travaillant discrètement dans les coulisses, elle est devenue, au cours des cinq années suivantes, la principale championne de la survie des nouveau-nés dans le pays et a été largement considérée parmi les personnes travaillant au Bangladesh dans le domaine de la survie des enfants comme très efficace dans ses efforts. Conformément à sa stratégie globale et sous sa direction, SNL a décidé de ne pas adopter une approche insulaire qui se ferait l'écho du nouveau-né et isolerait les soins aux nouveau-nés de ceux des mères et des enfants. 35 Au lieu de cela, SNL a plutôt cultivé l'appropriation de la question par de nombreuses organisations et personnes, en particulier au sein du gouvernement, et a encouragé l'intégration des soins de santé pour les nouveau-nés, les mères et les enfants.

Le premier effort de SNL pour stimuler l’appropriation a été la présentation publique des résultats préliminaires du rapport de situation. Sa deuxième étape a été la création, en juin 2001, d'un groupe de travail sur les nouveau-nés qui a réuni une douzaine de personnes concernées par la survie des nouveau-nés. 36 Le médecin bangladais a d'abord déployé des efforts considérables pour rallier des responsables réticents. Au cours des deux années suivantes, le groupe a pris de l'ampleur et est devenu un forum mensuel régulier avec un mandat officiel. 37 Parmi les membres les plus actifs étaient les 4 professeurs des associations médicales qui s'intéressaient à la survie des nouveau-nés. Leur intérêt pour la survie des nouveau-nés était antérieur à l'existence de SNL, et ils constituaient l'épine dorsale du groupe de travail. Cependant, ce n’est qu’après que SNL soit bien établie qu'une communauté politique - un réseau d'individus et d'organisations en contact régulier les uns avec les autres et partageant un intérêt pour la question - a commencé à se regrouper. L'existence de SNL, la persistance du médecin bangladais et la création du groupe de travail ont facilité l'émergence de cette communauté. Comme l'a dit l'un de ces médecins : "S'il n'y avait pas eu de SNL, il n'y aurait peut-être pas eu de priorité, car notre première priorité était en tant que cliniciens, et le gouvernement ne s'est pas impliqué ; nous ne nous sommes pas non plus adressés à eux. ”

Des membres de cette communauté politique ont identiﬁé plusieurs problèmes contribuant à la lenteur du déclin de la mortalité néonatale, notamment le faible nombre d'infirmières sages-femmes, le manque de compétences des agents de santé communautaires et la faible couverture des soins postnataux. 38 Ils ont activement cherché à promouvoir l'adoption de bonnes pratiques de soins pour nouveau-nés. Par exemple, en 2002, ils ont élaboré un module sur les soins essentiels aux nouveau-nés 39, que le gouvernement a ensuite approuvé et intégré dans son plan opérationnel. 40 Les membres de la communauté politique ont également réussi à faire ajouter la santé des nouveau-nés comme l'un des cinq éléments de la Gestion intégrée des maladies infantiles, une stratégie adoptée par le gouvernement du Bangladesh en 2002. 41

Les efforts de la communauté politique ont été aidés par un événement ciblé en 2003 qui a permis d'accroître la visibilité de la question auprès des responsables du gouvernement et a inﬂuencé des politiques et programmes gouvernementaux. À la suggestion du médecin bangladais, le Partenariat pour la santé des nouveau-nés a organisé une réunion à Dhaka. Ouverte par le ministre de la santé et du bien-être familial, la réunion a rassemblé 31 donateurs et organisations non gouvernementales. Elle s'est tenue en même temps que le premier Congrès international périnatal Bangladais, auquel ont participé plus de 500 médecins et professionnels de la santé du Bangladesh et d'autres pays. 42 La coïncidence de ces deux réunions a permis aux professionnels de la santé du monde entier d'interagir avec des néonatologistes, des obstétriciens et autres médecins. 43 À l'issue de ces réunions, le secrétaire du Ministère de la santé et du bien-être familial a présidé une session politique qui a débouché sur la "Déclaration de Dhaka pour la santé néonatale mondiale" 43, appelant à plus d’attention au niveau national et mondial sur la survie des nouveau-nés. 34 Un mois plus tard, la Société périnatale du Bangladesh, soutenue par SNL, a organisé un atelier de travail, impliquant le secrétaire, sur l'incorporation des soins pour nouveau-nés dans le plan de santé national.

Ces réunions ont eu des effets concrets. Plus particulièrement, le ministère de la santé et du bien-être familial a ajouté pour la première fois un objectif de survie des nouveau-nés dans son plan national de santé : réduire la mortalité néonatale de 42 à 32 pour 1000 naissances vivantes d'ici la mi-2006. 44 En outre, le gouvernement a alloué des fonds pour former les travailleurs de la santé aux soins essentiels aux nouveau-nés, et au milieu des années 2000, ces soins représentaient environ 11 % du budget de formation professionnelle en soins de santé primaires du gouvernement. 45

Les preuves de la traçabilité du problème ont facilité le plaidoyer de la communauté politique en faveur de la survie des nouveau-nés, contribuant à modifier les perceptions des décideurs politiques concernant le potentiel de réduction de la mortalité par des interventions peu coûteuses. Les travaux d'Abhay Bang ont eu une inﬂuence certaine. 33 Une étude menée dans le district de Sylhet, une région où l'accès aux soins de santé est difficile, a également été influente. En 2002, des chercheurs de l'institut de recherche bangladais International Centre for Diarrhoeal Disease Research au Bangladesh et de l'université Johns Hopkins ont lancé le projet Projahnmo, avec un financement de l'USAID et de SNL. Des femmes agents de santé communautaires ont identiﬁé des femmes enceintes, ont effectué des visites pré et postnatales à domicile, et ont orienté ou traité les nouveau-nés malades, ce qui a entraîné une baisse spectaculaire de la mortalité néonatale : 34% au cours des 6 derniers mois de l'étude dans la zone de traitement. 46 Plutôt que de travailler de manière isolée, les concepteurs du projet ont pris contact avec les décideurs gouvernementaux dès le début pour s'assurer qu'ils en accepteraient les résultats, en créant un secrétariat qui comprenait la supervision du projet par le gouvernement et en diffusant les résultats tout au long de la période d'étude. Ces résultats ont convaincu l'USAID de lancer un programme de survie néonatale de 15 millions de dollars au Bangladesh en 2006, formant une pierre angulaire de la stratégie nationale pour la santé néonatale, qui a été adoptée en 2009. 47

Des indicateurs crédibles démontrant la sévérité du problème ont également facilité la sensibilisation. Les données sur la mortalité néonatale élevée de l'enquête démographique et sanitaire du Bangladesh de 1999-2000, présentées lors de la réunion de planification stratégique de SNL 2001, ont alerté les responsables du secteur de la santé sur la gravité du problème. En 2003, le médecin de SNL au Bangladesh a convaincu l'USAID d'inclure 6 indicateurs essentiels de soins de nouveau-nés dans l'enquête démographique et sanitaire du Bangladesh de 2004 48, l'inclusion d'un ensemble aussi large d'indicateurs de soins aux nouveau-nés dans cette enquête à l’échelle globale était une première. Le DHS 2004 comprenait une mesure de la mortalité néonatale comme par le passé, révélant la persistance d'une mortalité néonatale élevée (41 pour 1000), et le DHS 2007 indiquait sa part croissante dans la mortalité infantile globale (57 %). 49 Le DHS 2007 a également révélé un faible niveau de pratique des comportements essentiels de soins aux nouveau-nés ; par exemple, moins de 20 % des nouveau-nés ont vu leur premier bain retardé d'au moins 72 heures après la naissance. Ces données du DHS sont devenues des points de référence pour les responsables des politiques de santé dans le suivi des progrès réalisés sur cette question et ont renforcé leur perception que les perspectives du pays pour atteindre l'OMD 4 pourraient être entravées s'ils ne s'occupaient pas de la survie des nouveau-nés.

Élargir les initiatives de 2005 à 2011

Influencé par ces activités communautaires de politiques, événements ciblés, alternatives politiques et indicateurs, à partir de 2005, le gouvernement a intensifié son engagement dans la réduction de la mortalité néonatale. En 2006, il a ajouté un poste pour les nouveau-nés dans l'unité de Gestion intégrée des maladies infantiles du ministère de la santé et du bien-être familial. Cette même année, il a également lancé un système de bons de santé maternelle pour encourager l'utilisation des soins pré, intra et postnataux pour les femmes enceintes. 41

En outre, dans la seconde moitié de la décennie, cinq grands programmes impliquant des donateurs, des organisations gouvernementales et des ONG ont été lancés, avec d’importantes composantes de survie des nouveau-nés. L'un d'eux est le programme USAID de 2006, inspiré par les résultats du programme Projahnmo. 50 En 2007, l'ONG nationale Bangladesh Rural Advancement Committee a lancé un projet de santé maternelle, néonatale et infantile couvrant une population de 8 millions de personnes dans les bidonvilles urbains, avec 25 millions de dollars de financement de la Fondation Gates. 51 En outre, l'Australie, le Royaume-Uni et la Commission européenne ont versé 71,5 millions de dollars pour financer 3 programmes de survie des mères, des nouveau-nés et des enfants impliquant le gouvernement dans 15 des 64 districts du Bangladesh. 52

L'émergence de ces programmes n'est pas seulement due à un plaidoyer national, mais aussi aux inﬂuences transnationales. Au cours de la décennie, les organisations impliquées dans la santé mondiale sont devenues de plus en plus désireuses de consacrer des ressources au niveau national à la survie des nouveau-nés. Beaucoup en sont venus à reconnaître que les progrès réalisés au niveau mondial pour atteindre l'OMD 4 exigeaient une réduction de la mortalité néonatale, la composante la plus lente de la mortalité infantile. 31 Cette prise de conscience s'est faite en partie grâce à la promotion d'un réseau mondial informel de champions de la survie des nouveau-nés qui s'était formé au cours de la deuxième moitié des années 2000 et qui, de concert avec SNL, avait exercé un leadership mondial sur la question. 31

En 2009, le Bangladesh est devenu l'un des rares gouvernements de pays à faible revenu à mettre en place une stratégie officielle exclusivement axée sur la santé néonatale. 47 Ce document détaillé, publié par le Ministère de la santé et du bien-être familial, décrit les stratégies pour la survie des nouveau-nés et réitère un appel tiré d'un rapport sur le plan national de santé pour réduire la mortalité néonatale à 22 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2015.30

L’apparition du document était inattendue.

Une discussion a commencé en 2006 après une réunion régionale au Myanmar à laquelle ont participé le Fonds des Nations unies pour l'enfance et l'Organisation mondiale de la santé. En 2007, SNL a organisé un voyage au Népal pour plusieurs responsables, dont un secrétaire-adjoint du ministère de la santé et du bien-être familial, afin d'étudier les pratiques de traitement de la septicémie du nouveau-né. Le secrétaire a appris que le Népal avait sa propre stratégie nationale de santé néonatale et a demandé aux membres de la délégation pourquoi le Bangladesh n'avait pas la même. Sentant une opportunité, le nouveau dirigeant de SNL Bangladesh et d'autres champions de la survie néonatale ont lancé un processus d'élaboration d'une telle stratégie. Ils ont convoqué environ 80 personnes, y compris des responsables du gouvernement, des organismes donateurs, des ONG et des associations médicales. Après de longues consultations et négociations, certaines difficiles du fait que les agences ont toutes des programmes différents, une ébauche a été produite en 2008, qui a obtenu l'approbation officielle du gouvernement en 2009.

L'émergence de cette stratégie a beaucoup à voir avec les activités d'un réseau informel de 6 personnes qui, à la fin de la décennie, en sont venues à constituer le noyau de la communauté politique du pays en matière de survie des nouveau-nés. Avec la mise en relation des partisans de la survie des nouveau-nés au sein du SNL, de 2 des associations médicales, d'une unité du Ministère de la santé et du bien-être familial et d’un institut de recherche bangladais, ils ont lancé le processus d’élaborer l’ébauche du document et ont assumé des postes officiels dans les groupes de travail qui ont produit la stratégie. Ce réseau a ensuite continué à fonctionner en coulisses pour guider une orientation nationale sur la question, en exerçant autant d’inﬂuence que n'importe quelle organisation officielle travaillant sur la survie des nouveau-nés. Chaque fois qu'un développement majeur se produisait dans le domaine de la survie des nouveau-nés, ces personnes se réunissaient au préalable pour planifier la stratégie.

Influence de l'environnement politique et sanitaire de 1998 à 2011

Des inﬂuences dans l'environnement politique ont également façonné la promotion de la survie des nouveau-nés. En cultivant l'attention du gouvernement et des donateurs, les champions ont dû faire face à des obstacles liés à la politique nationale et à la gouvernance du secteur de la santé. Depuis l'indépendance en 1971, la politique bangladaise a été caractérisée par un régime instable et semi-démocratique, ponctuée par la loi martiale, les assassinats politiques et les gouvernements par intérim. 53 Depuis 1991, le pouvoir a alterné entre 2 partis politiques : la laïque Awami League et le Bangladesh National Party, parti de centre-droite. Chaque fois qu’un parti a remporté des élections, l'autre a été réticent à concéder le pouvoir, organisant des grèves nationales, accusant l'autre partie de fraude de votes et de corruption, et adoptant des mesures de boycott parlementaire. Cette instabilité a créé des problèmes pour la continuité des politiques. Il n'est jamais certain que le nouveau régime maintienne les priorités de son prédécesseur, un problème qui a des conséquences sur la survie des nouveau-nés. Par exemple, les partisans de la survie des nouveau-nés ont dû rééduquer les nouveaux politiciens et fonctionnaires sur les politiques existantes chaque fois qu'il y a eu changement de régime.54

Le système de gouvernance de la santé a également posé des difficultés pour la promotion de la survie des nouveau-nés. Au sein du Ministère de la santé et du bien-être familial, le centre de contrôle sur la question de la survie des nouveau-nés est fragmenté, avec au moins 3 unités revendiquant une certaine autorité, ce qui entrave la capacité du gouvernement à prendre le leadership sur la question de la survie des nouveau-nés. Le ministère a un problème de longue date avec la gouvernance et la fragmentation, en partie à cause de la bifurcation et de la rivalité entre ses deux directions générales, un problème

qui s'est avéré difficile à résoudre politiquement malgré plusieurs efforts de réforme. 55 Cela a entraîné des tensions, même parmi les travailleurs de terrain, avec des implications pour la survie des nouveau-nés. Il n'est pas clair de quelle direction générale seront issus les cadres en charge des soins aux nouveau-nés.

Un autre problème de gouvernance en matière de santé est l’insuffisance des capacités en ressources humaines, bien que cela ait affecté la mise en œuvre plus que l’attention politique. Le Bangladesh connaît

## **TABLEAU 2 - Interventions liées à la survie des nouveau-nés : Bangladesh, 2000-2011**

Indicateur

Milieu à Fin des années 2000, %

Début des années 2000, %

Mères ayant commencé à allaiter dans un délai de 1h 17,032 43,049

Mères ayant un contrôle postnatal dans les 2 j suivant l'accouchement 10,658 22,556

Mères recevant > 4 visites de soins prénataux 11,658 23,456

Accouchements par du personnel qualifié 12,058 26,556

Naissances dans un établissement de santé 9,258 23,456

Mères recevant > 2 vaccins contre le tétanos 64,032 83.049

une grave pénurie d'infirmières et de sages-femmes et de centres de santé bien équipés 30, 55, et seulement 26,5 % des femmes accouchent avec l'aide de personnel qualifié et seulement 23,4 % dans des centres. 56 Malgré plusieurs programmes visant à résoudre ce problème, notamment une initiative gouvernementale visant à former des accoucheuses qualifiées au niveau local, cette question ne sera probablement pas résolue avant des décennies. 30

## Impact des efforts de promotion de la survie des nouveau-nés jusqu'en 2011

En dépit de ces obstacles, il est évident que la question de la survie des nouveau-nés est passée d'une position d'attention à une préoccupation gouvernementale au cours d'une décennie et que les efforts de sensibilisation ont façonné ce changement. estimé pour ce plan opérationnel est de 384 millions de dollars, soit 14 % du budget total et le deuxième plus important des 32 programmes du secteur de la santé. Notant explicitement la lenteur des progrès en matière de survie des nouveau-nés, le programme comprend un objectif de réduction de la mortalité néonatale à 21 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2016.

L'adoption des interventions au niveau national s'est également améliorée au cours de la décennie (tableau 2). Le pourcentage de mères qui ont commencé à allaiter dans l'heure qui a suivi la naissance est passé de 17,0 % à 43,0 %, et le pourcentage de celles qui ont bénéficié d'un examen postnatal dans les deux jours qui ont suivi l'accouchement est passé de 10,6 % à 22,5 %. En outre, la mortalité néonatale pourrait avoir diminué de 31,0 % au cours de la décennie, passant de 42,7 pour 1000 naissances vivantes en 2000 à 29,5 en 2009 (figure 1) selon les estimations d'une étude récente, bien que celle-ci utilise un modèle statistique, il y a donc une incertitude sur l'ampleur de la variation. 5 Le rôle du plaidoyer dans l’adoption de ces interventions ainsi que dans ces changements de mortalité n'est pas clair, car d'autres facteurs y ont probablement contribué, comme l'amélioration des conditions socio-économiques, les programmes de santé non liés à la survie néonatale et les activités de santé du secteur privé.

**ANALYSE**

En 2000, le gouvernement et les donateurs ne se sont guère souciés de la survie des nouveau-nés. En 2011, la question est devenue une préoccupation pour les deux parties. Les facteurs du cadre contribuent à expliquer ce changement (tableau 3).

La création de la Stratégie nationale de santé néonatale, l'inclusion de la réduction de la mortalité néonatale comme objectif dans les plans de santé nationaux et le lancement de multiples programmes gouvernementaux et de donateurs ayant pour objectif la survie des nouveau-nés sont autant d'indices de l'émergence de l'attention et de l'impact de la sensibilisation. En outre, la mortalité néonatale est une priorité du secteur de la santé publique pour la période 2011-2016. Le programme inclut les soins aux nouveau-nés comme service clé 57, avec un plan opérationnel exclusivement consacré aux services de santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents. Ce plan prévoit la mise en place de 13 500 agents de santé communautaires chargés de fournir des soins de santé primaires à la base, y compris les soins aux nouveau-nés. 40 Le budget

45

40

35

30

25

20

15

10

5

0

Mortalité néonatale/1000 naissances vivantes



42.7

41.1

39.5

37.9

36.4

35.0

33.5

32.2

30.8

29.5

**FIGURE 1— Estimation du taux de mortalité néonatale : Bangladesh, 2000-2011.**

*Source*. Oestergaard, Inoue, Yoshida, et al.5

Année

1998 2000 2002 2004 2006 2008 2010

**TABLEAU 3— Facteurs du cadre appliqué à l'attention politique pour la survie des nouveau-nés : Bangladesh, 2000-2011**

Facteur Statut avant 2000 Statut en 2011

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.Promotion des normes | Aucune norme mondiale concernant le sauvetage des vies des nouveau-nés | L'OMD 4 contribue à l’avancement d’une norme selon laquelle les gouvernements doivent agir pour protéger la vie des enfants, y compris les nouveau-nés ; l'État du Bangladesh adhère à cette norme |
| 2. Mise à disposition des ressources | Aucune grande agence internationale ne fournit de ressources importantes exclusivement pour la survie des nouveau-nés | SNL est créé, avec un accent exclusif sur la survie des nouveau- nés et une forte présence au Bangladesh ; la Fondation Gates, l'USAID, l'UNICEF et d'autres agences soutenant des projets dans le pays |
| 3. Cohésion de la communauté politique | Pas de politique de survie des nouveau-nés | Une communauté politique cohésive pour la survie des nouveau- nés est en place |
| 4. Entrepreneuriat politique | Certains professionnels de la médecine se préoccupent de la survie des nouveau-nés ; aucun ne pousse systématiquement le gouvernement bangladais | Plusieurs professionnels de la santé issus d'associations médicales agissent en tant que champions politiques ; un médecin bangladais de SNL joue un rôle central pour lancer et cultiver l'attention |
| 5. Indicateurs crédibles | Des données crédibles sur la survie des nouveau-nés n'ont pas été déployées pour le plaidoyer | La communauté politique et le gouvernement utilisent activement les données sur la survie des nouveau-nés, y compris celles du BDHS, pour promouvoir l'action et évaluer les progrès |
| 6. Evènements phares | Pas d'événement phare pour la survie des nouveau-nés | Plusieurs événements ciblés ont été organisés ; le plus influent est une réunion conjointe en 2003 du Partenariat pour la santé des nouveau-nés et du Congrès périnatal international |
| 7. Alternatives politiques claires | La plupart des professionnels de la santé estiment que les nouveau-nés très malades ne peuvent pas être sauvés en raison d’indisponibilité de haute technologie | Le projet Projahnmo et le travail d'Abhay Bang convainquent de nombreux décideurs politiques bangladais que beaucoup peut être fait pour sauver des vies de nouveau-nés |
| 8. Transitions politiques | Instabilité politique constante au Bangladesh alors que le pouvoir s’alterne entre deux partis rivaux | La même dynamique politique persiste, obligeant les partisans de la survie des nouveau-nés à rééduquer constamment les fonctionnaires |
| 9. Priorités concurrentes en matière de santé | La survie des nouveau-nés n'est pas une priorité, mais il n'est pas certain que cela soit dû à l'attention portée par les décideurs politiques à d'autres questions | Il n'est pas clair si des priorités sanitaires concurrentes ont entravé l'attention portée à la survie du nouveau-né ; cependant, l'attention portée à la survie de l'enfant peut avoir facilité la priorité accordée à la survie du nouveau-né |

*Note*. BDHS = Bangladesh Demographic and Health Survey; OMD = Objectifs du millénaire pour le développement; SNL = Saving Newborn Lives; UNICEF = United Nations Children’s Fund; USAID = United States Agency for International Development.

Des influences transnationales y ont contribué : les agences internationales et les gouvernements ont approuvé l'OMD 4 en 2001, qui a servi à faire progresser une norme mondiale existante (facteur 1) selon laquelle les États doivent agir pour sauver la vie des enfants. Au fur et à mesure que les preuves se sont répandues que les nouveau-nés constituaient plus de 40 % de la mortalité infantile, la garantie de la survie des nouveau-nés est devenue un élément de plus en plus important de cette norme. Les ressources financières et techniques (facteur 2) de plusieurs agences internationales ont suivi, notamment Save the Children, USAID et la Fondation Gates. L'État bangladais a adopté la norme de survie de l'enfant de l'OMD 4 et a été un bénéficiaire de ces ressources.

Mais ces influences transnationales ont été insuffisantes par elles-mêmes pour faire de

la survie du nouveau-né une priorité politique ; la défense des intérêts nationaux a également joué un rôle. Des entrepreneurs politiques nationaux (facteur 4) sont apparus qui ont soigneusement cultivé l'attention et le soutien de l'État bangladais, en particulier un médecin bangladais de la SNL et les dirigeants de plusieurs associations médicales nationales qui se préoccupent depuis longtemps de la survie des nouveau-nés. Ils se sont regroupés en une communauté politique (facteur 3) et ont finalement formé un réseau informel exerçant un leadership sur la question, reliant le gouvernement, SNL, une agence des Nations unies, ces associations médicales et une institution de recherche bangladaise.

La communauté politique a également organisé des événements phares (facteur 6) qui ont attiré l'attention - notamment une réunion conjointe en 2003 du Partenariat

pour la santé des nouveau-nés et du Congrès périnatal du Bangladesh - et qui ont permis de faire croître l'attention. Ils ont également généré des indicateurs crédibles (facteur 5) par l'insertion de mesures sur la couverture des soins essentiels aux nouveau-nés dans les enquêtes démographiques et sanitaires du Bangladesh, et des alternatives politiques réalisables (facteur 7) concernant les soins à domicile et au sein de la communauté, qui ont émergé en particulier de la recherche Projahnmo.

Ces éléments ont fourni des preuves de la gravité et de la traçabilité du problème.

L'environnement politique national a aussi influencé les efforts de plaidoyer. L'instabilité politique permanente due à la concurrence entre la Ligue Awami et le Parti national du Bangladesh (facteur 8, en gros) a empêché les défenseurs de la cause de progresser ; cependant, l'engagement de longue date du gouvernement en faveur de la survie de

l'enfant, comme priorité en matière de santé (facteur 9, en gros) a facilité le plaidoyer.

Cette étude de cas révèle un certain besoin de modification dans le cadre. Bien que les deux premières catégories – influence transnationale et plaidoyer national – identifient les facteurs qui ont façonné l'attention politique au Bangladesh (Tableau 3 ; facteurs 1-7), les facteurs de la troisième catégorie de l'environnement politique national nécessitent une modification. Les deux éléments du cadre de cette catégorie - les transitions politiques et les priorités sanitaires concurrentes (tableau 3 ; facteurs 8 et 9) – sont applicables à cette étude de cas, mais uniquement si on leur applique une définition élargie. Il n'y a pas eu de transition politique fondamentale au Bangladesh pendant cette période. Le système politique a persisté en tant que système instable et semi-démocratique car deux partis politiques rivaux se sont alternés au pouvoir, chacun refusant d'abandonner le pouvoir selon les normes démocratiques. Ce ﬂux et reflux a posé des problèmes aux partisans, car ils n'étaient jamais sûrs qu'un nouveau gouvernement adopterait les priorités de son prédécesseur. L'instabilité politique, plutôt que la transition politique, a été la force à l'œuvre dans ce cas. Des recherches transnationales supplémentaires sont nécessaires pour identifier l'ensemble des caractéristiques des systèmes politiques qui ont le plus d’influence sur l'établissement des programmes de santé dans les pays à faible revenu.

De plus, bien que des priorités sanitaires concurrentes aient pu entraver l'attention portée à la survie des nouveau-nés (nos données ne nous ont pas permis de l'évaluer), nous avons trouvé des preuves d'une autre dynamique facilitant l'attention : la priorité permanente de la survie des enfants, une préoccupation de l'État bangladais depuis les années 1970. Plutôt que de parler de priorités sanitaires concurrentes, il serait peut-être préférable de parler de "priorités sanitaires existantes", car celles-ci peuvent dans certains cas entraver l'attention en réclamant des ressources limitées et dans d'autres cas la faciliter, surtout si une nouvelle question sanitaire est en accord avec les priorités existantes.

L’étude de cas peut montrer la nécessité d'une modification encore plus fondamentale pour le cadre. Le cadre sépare clairement les influences nationales et transnationales, comme il est d’usage dans la recherche concernant les processus de politique publique internationale. Mais ces influences sont-elles si bien séparées ? Le médecin-femme du SNL Bangladais était membre de réseaux mondiaux et nationaux d'acteurs concernés par la survie des nouveau-nés et des enfants, ce qui lui a permis d’influencer l'État du Bangladesh. Il n'est ainsi pas évident de déterminer si elle est mieux comprise en tant qu’acteur transnational, acteur national ou un mélange des deux. De même, la plupart des principaux membres de la communauté politique pour la survie des nouveau-nés (tous des ressortissants du Bangladesh) avaient des liens transnationaux ; par exemple, certains étaient des employés d'agences internationales, et d'autres étaient des chercheurs internationaux reconnus. Les mêmes questions peuvent être soulevées à propos d'autres influences causales – les OMD, les indicateurs du BDHS, les alternatives politiques adoptées – et même l'identité de SNL en tant qu'ONG au Bangladesh. Tous étaient composés d'éléments transnationaux et nationaux. Le cadre, et plus généralement l'analyse de la politique de santé mondiale, doit-il se passer de simples démarcations qui classent certaines influences causales comme transnationales et d'autres comme nationales, et de la question conventionnelle à savoir quels jeux d’influences sont les plus puissants dans la définition des programmes politiques nationaux ? Est-il nécessaire de se demander comment les identités des acteurs et les processus sont fusionnés et comment la démarcation des frontières et des identités nationales est de moins en moins pertinente pour l’analyse des politiques en matière de santé ? Nous n'avons pas apporté de réponse claire à ces questions, mais nous les soulevons comme des points de réflexion qui ressortent de l’analyse du cas.

**CONCLUSIONS**

La survie des nouveau-nés au Bangladesh est un cas de plaidoyer réussi pour le placement d’une question de santé à l'ordre du jour politique d’un pays à faible revenus. Négligée en 2000, la réduction de la mortalité néonatale est devenue, en 2011, une priorité du gouvernement en matière de santé. La continuité et la croissance de l'attention politique pour la survie des nouveau-nés peuvent dépendre des facteurs identifiés dans le cadre, notamment les suivants :

* des entrepreneurs politiques compétents qui continuent à défendre la cause,
* la persistance d’une communauté politique cohésive,
* la publication continue de données crédibles sur l'utilisation des interventions et les niveaux de mortalité,
* un consensus fondé sur des preuves concernant l'ensemble des interventions et des alternatives politiques nécessaires pour progresser en matière de survie des nouveau-nés,
* des accords à l’échelle mondiale sur la survie de l'enfant qui exercent une pression normative sur les États-nations pour qu'ils agissent, et
* la disponibilité de ressources provenant de donateurs internationaux pour augmenter les fonds que le gouvernement est disposé à fournir.

Ces facteurs peuvent également être pertinents pour la promotion d'autres questions de santé dans les milieux à faibles revenus. Certains facteurs, tels que l'émergence d'entrepreneurs politiques compétents, ne sont pas faciles à cultiver. Ces personnes ne sont pas courantes et doivent prendre leurs propres décisions pour soutenir un problème de santé. D'autres facteurs, cependant, sont au moins en partie sous la coupe de communautés qui cherchent à faire avancer des questions de santé particulières. Si les communautés politiques sont divisées sur la stratégie, elles peuvent prendre des mesures pour surmonter leurs différences afin de faire avancer leur cause. Lorsqu'il n'existe pas de données crédibles ni d'alternatives politiques, les communautés politiques peuvent soutenir les efforts visant à générer ces données afin de démontrer la gravité et la traçabilité du problème. Et au niveau mondial, où les sources sont limitées et où il n'existe pas d'accords mondiaux, les communautés politiques peuvent plaider en faveur d'engagements mondiaux qui exercent une pression normative sur les donateurs pour qu'ils fournissent ce soutien et sur les États-nations pour qu'ils agissent. Le cas de la promotion de la survie des nouveau-nés au Bangladesh suggère que, bien que les communautés politiques ne puissent pas contrôler tous les éléments du processus de définition de l'agenda, elles peuvent renforcer la probabilité que leurs problèmes de santé reçoivent une priorité politique si elles agissent stratégiquement pour cultiver l'attention.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**A propos des auteurs**

*Jeremy Shiffman travaille au Département de l'Administration Publique et de la Politique, Faculté des Affaires Publiques, à l’Université Américaine de Washington, DC. Au moment de la recherche, Sharmina Sultana était consultante indépendante.*

*Toute correspondance doit être envoyée à Jeremy Shiffman, School of Public Affairs, American University, 4400 Massachusetts Ave, NW, Washington, DC 20016-8070 (e-mail :* [*jshiffma@american.edu). Les*](mailto:jshiffma@american.edu) *réimpressions peuvent être commandées sur* [*http://www.ajph.org*](http://www.ajph.org/) *en cliquant sur le lien* "*Reprints*".

*Cet article a été accepté le 22 mai 2012.*

**Contributeurs**

Les deux auteurs ont participé à la conception de la recherche, à la collecte des données, à la réalisation des entretiens et à la rédaction de l'article.

**Remerciements**

Cette étude a été financée par le programme mondial Saving Newborn Lives (SNL) de Save the Children USA (prix 433).

Nous tenons à remercier le programme SNL de Save the Children USA, financé par la Fondation Gates, pour son soutien à cette étude. Nous remercions également Shyam Thapa pour son aide à la conceptualisation et le soutien du projet et Allisyn Moran pour ses précieux commentaires sur une ébauche de cet article. Nous exprimons notre gratitude aux personnes du Bangladesh qui ont partagé avec nous leur temps et leurs idées dans le processus de collecte des données pour cet article.

**Protection des participants humains**

Cette recherche a été exemptée d'examen par les comités d'examen institutionnels de l'Université de Syracuse et de l'Université Américaine, car elle a été jugée comme étant une orientation de politique publique et comme présentant un risque minimal pour les informateurs.

**Références**

1. Nations Unies. *Objectifs du millénaire pour le développement des Nations unies*. New York ; 2005. Disponible à [: http://www.un.org/](http://www.un.org/millenniumgoals/childhealth.shtml)milleni[um goals /childhealth.shtml](http://www.un.org/millenniumgoals/childhealth.shtml). Consulté le 24 octobre 2010.
2. Nations Unies. *Le rapport 2010 sur les objectifs du Millénaire pour le développement*. New York, 2010.
3. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, et al. Progrès vers les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement sur la mortalité maternelle et infantile : une analyse systématique actualisée. *Lancet*. 2011;378(9797):1139-- 1165.
4. Lawn JE, Cousens S, Zupan J ; Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 millions de décès néonatals : quand ? où ? pourquoi ? *Lancet*. 2005;365(9462): 891--900.
5. Oestergaard MZ, Inoue M, Yoshida S, et al. Niveaux de mortalité néonatale pour 193 pays en 2009 avec les tendances depuis 1990 : une analyse systématique des progrès, des projections et des priorités. *PLoS Med*. 2011 ; 8(8) : e1001080.
6. Shiffman J. Génération d'une priorité politique pour la réduction de la mortalité maternelle dans 5 pays en développement. *Am J Santé publique*. 2007 ; 97(5):796---803.
7. Kingdon JW. *Agendas, alternatives et politiques publiques*. Boston : Little, Brown and Company ; 1984.
8. Baumgartner FR, Jones BD. *Agendas et instabilité dans la politique américaine*. Chicago : University of Chicago Press ; 1993.
9. Sabatier P. Le cadre de la coalition de plaidoyer : révision et pertinence pour l'Europe. *J Eur Politique publique*
10. Finnemore M. *Intérêts nationaux dans la société internationale*. Ithaca, NY : Cornell University Press ; 1996.
11. Keck ME, Sikkink K. *Activists Beyond Borders : Réseaux de défense d'intérêts en politique internationale*. Ithaca, NY : Cornell University Press ; 1998.
12. Pelletier DL, Frongillo EA, Gervais S, et al. Nutrition agenda setting, policy formulation and implementation : lessons from the Mainstreaming Nutrition Initiative. *Plan de politique de santé*. 2012;27(1):19---31.
13. Reich MR. La politique de définition de l'agenda en matière de santé internationale : la santé des enfants par rapport à la santé des adultes dans les pays en développement. *J Int Dev*. 1995 ; 7(3):489--502.
14. Ogden J, Walt G, Lush L. The politics of "branding" in policy transfer : the case of DOTS for tuberculosis control. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):179---188.
15. Smith SL, Neupane S. Factors in health initiative success : learning from Nepal's newborn survival initiative. *Soc Sci Med*. 2011;72(4):568--575.
16. Rushton S. Framing AIDS : securitization, development- ization, rights-ization. *Glob Health Gov*. 2010;4(1): 1—17.
17. Stone D. Tirer des leçons et transférer la politique à travers le temps, l'espace et les disciplines. *Politique*. 1999;19(1) : 51---59.
18. Haas PM. Introduction : les communautés épistémiques et la coordination des politiques internationales. *Int Organ*. 1992 ; 46(1) : 1---35.
19. Walker JL. Écarts de performance, recherche politique et entrepreneurs politiques : vers une théorie de la définition de l'agenda. *Policy Stud J*. 1974 ;3(1) :112---116.
20. Birkland TA. *Après le désastre : Agenda Setting, Public Policy, and Focusing Events*. Washington, DC : Georgetown University Press ; 1997.
21. Linz JJ, Stepan AC. *Problèmes de la transition et de la consolidation démocratiques : Europe du Sud, Amérique du Sud et Europe post-communiste*. Baltimore, MD : Johns Hopkins University Press ; 1996.
22. Cheema GS, Rondinelli DA, eds. *Décentralisation et développement : Mise en œuvre des politiques dans les pays en développement*. Beverly Hills, CA : Sage ; 1983.
23. Yin R. *Recherche sur les études de cas : Conception et méthodes*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA : Sage ; 1994.
24. Brady HE, Collier D, eds. *Rethinking Social Inquiry : Diverse Tools, Shared Standards*. 2e éd. Landham, MD : Rowman & Littleﬁeld ; 2010.
25. Gerring J. *Méthodologie des sciences sociales : A Uniﬁed Framework*. 2e éd. Cambridge, UK : Cambridge ; 2012.
26. Sauver des vies de nouveau-nés. *État des nouveaux-nés dans le monde : Bangladesh*. Dhaka, Bangladesh : Save the Children ; 2001.
27. Ministère de la santé et du bien-être de la famille. *Stratégie du secteur de la santé et de la population*. Dhaka, Bangladesh : Gouvernement du Bangladesh ; 1997.
28. Fukuda-Parr S, Hulme D. International norm dy- namics and the "end of poverty" : understanding the Millennium Development Goals. *Glob Gov*. 2011;17(1) : 17---36.
29. Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. *Mémo : MOHFW/Plan/SAC/FP-3/MDG 4&5/07/06/28 Date : 12 août 2007*. Dhaka, Bangladesh ; 2007.
30. Ministère de la santé et du bien-être de la famille et partenaires du développement. *Programme du Bangladesh pour le secteur de la santé, de la nutrition et de la population, Annual Program Review, Aide Mémoire*. Dhaka, Bangladesh ; 2009.
31. Shiffman J. Issue attention in global health : the case of newborn survival. *Lancet*. 2010;375(9730):2045--- 2049.
32. Institut national de recherche et de formation en matière de population, Mitra, et associés ; ORC Macro. *Enquête démographique et sanitaire du Bangladesh 1999---2000*. Dhaka, Bangladesh ; 2001.
33. Bang AT, Bang RA, Baitule SB, Reddy MH, Deshmukh MD. Effet des soins néonatals à domicile et gestion de la septicémie sur la mortalité néonatale : ﬁeld essai dans l'Inde rurale. *Lancet*. 1999;354(9194):1955---1961.
34. Sauver des vies de nouveau-nés. *Réalisations en matière de défense des droits*. Dhaka, Bangladesh : Save the Children.
35. Sauver des vies de nouveau-nés. *SNL Bangladesh Strategic Plan 2001*. Dhaka, Bangladesh ; 2001.
36. Sauver des vies de nouveau-nés. *Programme et activités de recherche par IR : Bangladesh*. Dhaka, Bangladesh ; 2001.
37. Sauver des vies de nouveau-nés. *Étude sur les soins postnatals communautaires au Bangladesh : Résumé du projet*. Dhaka, Bangladesh : Save the Children ; 2009.
38. Institut national de recherche et de formation en matière de population. *Étude de base sur les soins postnatals communautaires au Bangladesh*. Dhaka, Bangladesh ; 2008.
39. Sauver des vies de nouveau-nés. *Documenta- tion de formation ENC*. Dhaka, Bangladesh : Save the Children ; 2004.
40. Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. *Plan opérationnel : Santé maternelle, néonatale, infantile et des adolescents. Programme de développement du secteur santé, population et nutrition, juillet 2011---juin 2016*. Dhaka, Bangladesh : Direction générale des services de santé, ministère de la santé et du bien-être de la famille ; 2011.
41. Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. *Système d'information de gestion, Direction générale des services de santé. Bulletin de santé*. Dhaka, Bangladesh ; 2009.
42. Partenariat pour la santé des nouveau-nés. *Résolution de Dhaka pour la santé mondiale des nouveau-nés*. Dhaka, Bangladesh ; 2003.
43. Lawn J, Sines E, Bell R. *The Healthy Newborn Partnership : Améliorer la survie et la santé des nouveau-nés par le biais de partenariats, de politiques et d'actions*. Washington, DC : Save the Children and Population Reference Bureau ; 2004.
44. Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. *Programme du secteur de la santé, de la nutrition et de la population du Bangladesh (révisé)*. Dhaka, Bangladesh ; 2006.
45. Sauver des vies de nouveau-nés. *Évaluation du programme du Bangladesh*. Dhaka, Bangladesh : Save the Children ; 2005.
46. Baqui AH, El-Arifeen S, Darmstadt GL, et al. Effet d'un ensemble d'interventions communautaires en matière de soins aux nouveau-nés mis en œuvre par le biais de deux stratégies de prestation de services dans le district de Sylhet, au Bangladesh : un essai clinique randomisé par groupes. *Lancet*. 2008 ; 371(9628) : 1936---1944.
47. Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. *Stratégie nationale de santé néonatale et lignes directrices pour le Bangladesh*. Dhaka, Bangladesh : Ministère de la santé et du bien-être de la famille ; 2009.
48. Save the Children USA. *Réalisations de SNL au Bangladesh*. Dhaka, Bangladesh ; 2004.
49. Institut national de recherche et de formation en matière de population ; Mitra et associés ; Macro International. *Enquête démographique et sanitaire du Bangladesh 2007*. Dhaka, Bangladesh ; 2009.
50. Riggs-Perla J, Mannan I, Kak L, Chakraborty K. *Accès : Maternité sans risque et soins aux nouveau-nés : Évaluation du projet*. Washington, DC : Projet d'assistance technique en matière de santé mondiale ; 2008.
51. Comité de promotion rurale du Bangladesh. *Manoshi : Projet de santé urbaine, maternelle, néonatale et infantile*. Dhaka, Bangladesh ; 2009.
52. Fonds des Nations unies pour l'enfance. *Santé maternelle et néo-natale au Bangladesh : Statistiques clés*. New York ; 2009.
53. Rahaman MM. Origines et pièges de la politique de confrontation au Bangladesh. *S Surv*. *asiatique* 2007;14(1):101--- 115.
54. Sauver des vies de nouveau-nés. *Rapport annuel de l'exercice 2008 : Année 3*. Dhaka, Bangladesh ; 2008.
55. Équipe d'examen indépendante. *Programme sectoriel de santé, de nutrition et de population du Bangladesh (HNPSP). Rapport provisoire de l'examen à mi-parcours*. Vol. 1. Dhaka, Bangladesh ; 2008.
56. Agence américaine pour le développement international ; Agence autrichienne pour le développement international ; Fonds des Nations unies pour la population ; Évaluation des mesures ; Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques, Bangladesh ; Institut national de recherche et de formation en matière de population. *Enquête 2010 sur la mortalité maternelle et les soins de santé au Bangladesh : Résumé des principales conclusions et implications*. Dhaka, Bangladesh ; 2010.
57. Gouvernement de la République populaire du Bangladesh. *Plan stratégique pour le programme de développement du secteur santé, population et nutrition (HPNSDP) : 2011---2016.* Dhaka, Bangladesh ; 2011.
58. Institut national de recherche et de formation sur la population ; ORC Macro ; Université Johns Hopkins ; Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques, Bangladesh. *Enquête sur les services de santé maternelle et la mortalité maternelle au Bangladesh, 2001*. Dhaka, Bangladesh ; 2003.