

## Échapper à la mort sous les tropiques

Pour la majorité de la population mondiale qui n'a pas la chance d'être née dans un pays riche, la lutte contre les maladies infectieuses avait à peine commencé en 1945. Pourtant, il ne fut pas nécessaire de revivre l'histoire, ou du moins pas au même rythme glacé. En 1850, la théorie microbienne n'était pas encore établie. En 1950, elle faisait partie du savoir partagé, de sorte qu'au moins quelques-unes des améliorations qui avaient pris un siècle à se mettre en place dans le peloton de tête purent se produire plus vite parmi les suivants. Si l'Inde possède aujourd'hui une espérance de vie supérieure à celle de l'Écosse en 1945, malgré un revenu par tête que la Grande-Bretagne avait atteint dès 1860, cela illustre la manière dont le savoir peut court-circuiter l'histoire. La baisse inégale mais rapide de la mortalité infantile dans les pays pauvres a permis à des millions d'enfants de vivre alors qu'autrement ils seraient morts, et a causé l'« explosion démographique » – de 2,5 milliards en 1950 à 7 milliards en 2011 –, explosion qui touche peu à peu à sa fin. Après 1945, l'espérance de vie des pays pauvres se rapprocha de celle des pays riches, du moins jusqu'aux années 1990, quand le sida/VIH en Afrique anéantit les progrès de l'après-guerre dans les pays les plus gravement touchés. Les inégalités dans l'espérance de vie, qui s'étaient creusées à partir de 1850, quand les pays riches avaient décollé, diminuèrent après 1950 à mesure que les pays pauvres rattrapaient leur retard, puis augmentèrent à nouveau avec l'arrivée de la nouvelle épidémie.

Dans beaucoup de pays, un pourcentage important d'enfants meurent encore, et dans une trentaine de pays, plus de 10 % d'entre



eux meurent avant l'âge de cinq ans. Ils ne meurent pas de maladies « nouvelles » comme le sida, ou de maladies tropicales exotiques pour lesquelles on ne possède pas de remède. Ils meurent des mêmes maladies qui tuaient les enfants d'Europe aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, infections intestinales et respiratoires ou malaria, que nous savons traiter depuis longtemps, pour la plupart. Ces enfants meurent à cause de l'endroit où ils sont nés, et ils échapperaient à la mort s'ils étaient nés en Grande-Bretagne, au Canada, en France ou au Japon.

Qu'est-ce qui entretient ces inégalités ? Pourquoi est-il si dangereux d'être né en Éthiopie, au Mali ou au Népal, et pourquoi est-il sans danger de naître en Islande, au Japon ou à Singapour ? Même dans un pays comme l'Inde, où les taux de mortalité chutent très vite, une forte proportion d'enfants souffre encore de malnutrition ; ils sont plus maigres et plus petits qu'ils ne devraient être à leur âge, et leurs parents comptent parmi les plus petits adultes de la planète, peut-être même plus petits que les adultes rabougris de l'Angleterre du XVIII<sup>e</sup> siècle. Aujourd'hui encore, alors même que l'Inde est l'un des pays dont la croissance est la plus rapide au monde, pourquoi tant d'Indiens sont-ils prisonniers du dénuement qui fut le fruit de la révolution néolithique ?

Dans les années qui suivirent la Seconde Guerre mondiale, dans ce que les Nations unies appellent les régions moins développées du monde, un grand nombre d'enfants continuèrent à mourir en bas âge. Au début des années 1950, plus d'une centaine de pays perdaient plus d'un cinquième de leurs enfants avant leur cinquième anniversaire. Ces pays incluaient toute l'Afrique subsaharienne, le sud et le sud-est de l'Asie. En 1960, la Banque mondiale estimait que quarante et un pays avaient un taux de mortalité juvénile (avant l'âge de 5 ans) de plus de 20 %, et dans quelques cas, proche de 40 %. Dans les années 1950 et 1960, la majeure partie du monde avait des taux de mortalité pas très différents de ceux de la Grande-Bretagne cent ou deux cents ans auparavant. Mais le changement était en cours.

Les hausses les plus rapides de l'espérance de vie arrivèrent très vite après la guerre. Le démographe Davidson Gwatkin souligne

que vers 1950, dans des pays comme la Jamaïque, la Malaisie, l'île Maurice et le Sri Lanka, l'espérance de vie connut pendant plus d'une décennie une hausse *annuelle* de plus d'une année<sup>1</sup>. Sur l'île Maurice, on passa de 33,0 années en 1942-1946 à 51,1 années en 1951-1953 ; au Sri Lanka, l'espérance de vie augmenta de quatorze années dans la période de sept ans qui suivit 1946. Bien sûr, cette course à l'immortalité ne peut durer toujours, et elle n'est possible que par une réduction colossale de la mortalité infantile et juvénile, réduction qui ne se produit pas deux fois. Cette baisse fut causée en partie par l'introduction de la pénicilline, devenue accessible pendant la guerre ; en partie par l'usage des sulfamides, un peu plus anciens ; et sans doute surtout par ce qu'on appelle la « lutte antivectorielle », l'attaque chimique contre les animaux porteurs de maladie, en particulier les moustiques et notamment les anophèles, qui véhiculent le paludisme. L'essentiel du progrès contre la malaria fut ensuite anéanti quand les moustiques devinrent résistants et quand le DDT, insecticide très efficace, fut interdit dans l'ensemble de la planète à cause de ses effets sur l'environnement (liés à un usage abusif dans l'agriculture des pays riches). Même si l'effet sur le paludisme fut temporaire, il fut énorme, et les pertes furent amplement compensées par les avancées réalisées ensuite dans d'autres directions, comme les campagnes d'immunisation.

L'Unicef, branche des Nations unies chargée de la santé et du bien-être des plus jeunes, reçut le prix Nobel de la paix en 1965 pour son travail auprès des enfants du monde. Aussitôt après la Seconde Guerre mondiale, l'Unicef vaccina les petits Européens contre la tuberculose, puis étendit son action dans les années 1950, avec des campagnes mondiales contre la tuberculose, le pian, la lèpre, la malaria et le trachome ; elle parraina aussi des campagnes d'assainissement et de filtration de l'eau. Le Programme élargi de vaccination (PEV) fut lancé en 1974 par l'OMS ; il encourageait

1. Davidson R. Gwatkin, « Indications of Change in Developing Country Mortality Trends. The End of an Era ? », *Population and Development Review*, 1980, vol. 6, n° 4, p. 615-644.



l'immunisation contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (le vaccin DTP couvre les trois), ainsi que contre la rougeole, la polio et la tuberculose. Plus récemment, l'Alliance du vaccin (GAVI) fut créée en 2000, afin de redynamiser l'action du PEV. Les progrès de l'immunisation ont un peu ralenti ces dernières années, peut-être parce que les populations les plus faciles à atteindre et les plus volontaires sont déjà couvertes. Autre innovation importante pour aider à un déclin régulier du taux de mortalité, l'efficacité de la thérapie par réhydratation orale fut démontrée pendant un assaut de choléra dans les camps de réfugiés au Bangladesh et en Inde en 1973. Un soluté à base de sel et de glucose, dilué dans l'eau, absorbé par voie orale, empêche la déshydratation qui tue beaucoup d'enfants par la diarrhée. Le traitement ne coûte que quelques centimes par dose, et il fut salué par la revue médicale *The Lancet* comme « peut-être l'avancée médicale la plus importante du siècle<sup>1</sup> ». La TRO est un autre bon exemple montrant comment un besoin pressant, associé à la méthode scientifique par essais et erreurs, peut parfois mener à une innovation qui sauve des vies de manière spectaculaire.

Ces avancées techniques et médicales furent mises en place même dans des lieux aux ressources limitées. Les moustiques pouvaient être vaporisés par des experts étrangers ou par des contractants dirigés par des experts étrangers, et les campagnes d'immunisation pouvaient être orchestrées depuis l'OMS à Genève comme des opérations à court terme, quasi militaires, en employant des infirmiers locaux pour les piqûres. Les vaccins étaient (et restent) peu coûteux et faisaient souvent l'objet de commandes centralisées par l'Unicef ou l'OMS, à des prix avantageux. Ces campagnes, appelées « programmes de santé verticaux », ont permis de sauver des millions de vies. D'autres initiatives verticales incluent la campagne victorieuse pour éliminer la variole dans le monde, la campagne contre la cécité des rivières montée conjointement par la Banque mondiale, le Carter Center, l'OMS et Merck, ainsi

1. « Water with Sugar and Salt », *The Lancet*, 5 août 1978, p. 300-301, p. 300.

que les tentatives en cours (mais encore incomplètes) pour éliminer la polio.

L'histoire ne se borne pas aux progrès de la médecine et de la santé publique ; une meilleure éducation et un revenu plus élevé aident aussi. Depuis la Seconde Guerre mondiale, les taux de croissance économique sont élevés par rapport au passé, et il y a eu des progrès dans l'éducation, pas partout mais dans beaucoup de pays. Les femmes ont plus de chances de recevoir une instruction qu'auparavant. En Inde, au Rajasthan, où j'ai participé à la collecte de données, presque toutes les femmes que nous avons interrogées ne savaient ni lire ni écrire. Pourtant, nous croisions régulièrement des rangées de jeunes filles en uniforme, en route pour l'école. Entre 1986 et 1996, la proportion de jeunes Indiennes rurales scolarisées passa de 43 à 62 %, et même si les écoles sont parfois lamentables, une femme ayant reçu une éducation déficiente a des chances d'être une meilleure mère qu'une femme qui n'a reçu aucune éducation. De nombreuses recherches réalisées en Inde et dans d'autres pays montrent que les enfants de mères plus instruites surmontent mieux les obstacles qu'ils rencontrent depuis les premières heures de leur existence ; par ailleurs, les femmes instruites ont moins d'enfants et peuvent consacrer plus de temps et d'attention à chaque enfant. Une fertilité moindre est bonne aussi pour les mères, cela limite les risques liés à la grossesse et à l'enfantement, et accorde aux femmes plus d'opportunités dans leur vie.

Les progrès de l'éducation sont peut-être aujourd'hui la cause principale de meilleure santé dans les pays à faible revenu.

La croissance économique met plus d'argent dans les mains des familles, qui sont plus aptes à nourrir leurs enfants, ainsi que dans les mains des autorités locales et nationales, qui sont plus aptes à améliorer l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la lutte antiparasitaire. En 2001, dans la plupart des régions de l'Inde, plus de 60 % des foyers avaient accès à l'eau courante, alors que vingt ans auparavant, c'était le cas de très peu de régions ; l'eau courante n'est pas toujours sans danger, mais elle est beaucoup plus sûre que l'eau venant de sources traditionnelles.



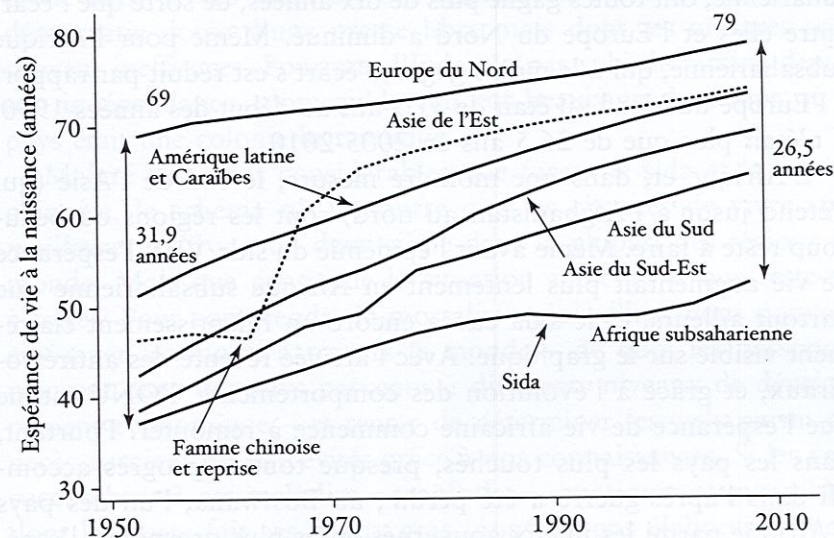
En 1975, le démographe Samuel Preston, le plus sagace observateur de la mortalité, estimait que moins d'un quart de la hausse de l'espérance de vie entre les années 1930 et les années 1960 était lié à la hausse du niveau de vie domestique, l'essentiel venant en revanche de nouvelles pratiques, de la lutte antivectorielle, de nouveaux médicaments et de l'immunisation<sup>1</sup>. Les calculs de Preston portaient sur le groupe limité de pays pour lesquels il disposait de données, dont plusieurs n'étaient pas pauvres en 1945. Sa conclusion lui fut inspirée par des graphiques comme le schéma n° 3 du chapitre 1. Il calcula de combien l'espérance de vie aurait augmenté si la courbe associant espérance de vie et revenu était restée fixe et si les pays s'étaient déplacés le long de la courbe selon leur croissance économique (contribution du revenu à une meilleure santé), et à quel point l'amélioration venait du mouvement de la courbe vers le haut (contribution de nouvelles méthodes qui permettent une meilleure santé sans aucune hausse du niveau de vie).

Des auteurs postérieurs répartissent différemment le mérite entre innovation et revenu, et il n'y a aucune raison de supposer que l'équilibre sera toujours le même, comme le soulignait Preston lui-même. Les nouveaux moyens de sauver des vies – antibiotiques, lutte antivectorielle, immunisation – arrivent à un rythme qui n'est ni régulier ni prévisible, et quand l'un d'eux s'épuise, rien ne garantit qu'un autre viendra prendre le relais. Pourtant les grandes questions sont toujours là : revenu d'une part, traitement et innovation d'autre part, ou marché contre santé publique, l'éducation améliorant l'efficacité dans tous les cas. Si les maladies des pays pauvres sont bel et bien des « maladies de pauvres » au sens où elles disparaîtront si l'on réduit la pauvreté, alors les interventions directes sur la santé peuvent s'avérer moins importantes que la croissance économique. Celle-ci serait « deux fois bénie » : elle augmenterait directement le niveau de vie matériel, tout en améliorant la santé par ailleurs.

1. Samuel H. Preston, « The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development », art. cité.

Si les découvertes de Preston sont encore vraies – j'y reviendrai plus loin dans ce chapitre –, la magie du revenu ne suffira pas, et une intervention directe est nécessaire pour améliorer la santé. On remarque la similitude entre les résultats de Preston et la conclusion du chapitre 2 : le déclin de la mortalité en Europe et en Amérique du Nord de 1850 et 1950 fut avant tout dû à la conquête de la maladie par de nouvelles pratiques en matière de santé, la croissance économique jouant un rôle important mais subsidiaire.

Schéma n° 1. L'espérance de vie dans diverses parties du monde depuis 1950



Quelle qu'en soit la raison, l'ampleur de la réduction de la mortalité ne fait aucun doute. Selon l'ONU, durant la quinzaine d'années allant de 1950-1955 à 1965-1970, les « régions moins développées » du monde ont connu une hausse de l'espérance de vie de plus de dix années, passant de 42 à 53 ans. En 2005-2010, la hausse était de treize années, portant l'espérance de vie à 66 ans. Même si des améliorations continuèrent dans les « régions plus développées »,



elles étaient beaucoup plus lentes ; voir le schéma n° 1, qui montre le progrès dans quelques régions du monde. La ligne du haut correspond à l'Europe du nord, qui inclut le Danemark, l'Estonie, la Finlande, la Grande-Bretagne, les îles de la Manche, l'Irlande, l'Islande, la Lettonie, la Lituanie, la Norvège et la Suède. Dans ces pays pris tous ensemble, l'espérance de vie était initialement de 69 ans et elle avait gagné dix années quand démarra le *xxi*<sup>e</sup> siècle. J'examinerai au prochain chapitre comment cela s'est produit. Les autres régions, l'Est de l'Asie (Japon inclus), l'Amérique latine et les Antilles, le Sud-Est asiatique, le Sud de l'Asie et l'Afrique subsaharienne, ont toutes gagné plus de dix années, de sorte que l'écart entre elles et l'Europe du Nord a diminué. Même pour l'Afrique subsaharienne, qui a le moins gagné, l'écart s'est réduit par rapport à l'Europe du Nord : il était de 31,9 ans au début des années 1950, il n'était plus que de 26,5 ans en 2005-2010.

L'Afrique et, dans une moindre mesure, le sud de l'Asie (qui s'étend jusqu'à l'Afghanistan au nord) sont les régions où beaucoup reste à faire. Même avant l'épidémie du sida/VIH, l'espérance de vie augmentait plus lentement en Afrique subsaharienne que partout ailleurs, et le sida causa encore un ralentissement clairement visible sur le graphique. Avec l'arrivée récente des antirétroviraux, et grâce à l'évolution des comportements, l'ONU estime que l'espérance de vie africaine commence à remonter. Pourtant, dans les pays les plus touchés, presque tout le progrès accompli dans l'après-guerre a été perdu ; au Botswana, l'un des pays d'Afrique parmi les mieux gouvernés et les plus prospères, l'espérance de vie s'est élevée de 48 à 64 ans pour retomber à 49 ans en 2000-2005, tandis qu'au Zimbabwe, l'un des plus mal gouvernés et des moins prospères, elle était plus faible en 2005-2010 qu'en 1950-1955. De toute évidence, les graves épidémies qui tuent des millions de personnes – selon l'OMS, fin 2011, le sida avait fait 34 millions de morts – n'ont pas pris fin avec l'épidémie de grippe de 1918-1919, et rien ne permet d'imaginer un avenir exempt de toute nouvelle épidémie.

Personne ne sait exactement comment l'épidémie du sida a commencé, mais on ne peut en dire autant de la famine chinoise de 1958-1961, dont j'ai évoqué les origines au chapitre 1 et dont les effets sont clairement visibles sur le schéma n° 1. Comme nous le verrons bientôt, le règne du parti unique en Chine est capable de promouvoir la santé publique en adoptant des mesures qui se heurteraient parfois à une opposition résolue dans les démocraties. Cependant, quand les mesures sont cause de catastrophes, il n'existe pas non plus de frein à leur application, malgré leurs effets désastreux. On compare souvent la Chine, avec son manque de démocratie mais où les mesures sont appliquées, à l'Inde, qui est une démocratie dotée d'une presse libre mais dont les mesures sont souvent inefficaces. Pourtant, l'Inde n'a pas subi de famine depuis son indépendance, alors qu'il y en eut beaucoup du temps où le pays était une colonie britannique.

Malgré les reculs considérables que furent le sida et la famine chinoise, le schéma n° 1 montre que les chances de vivre sont *meilleures* qu'il y a un demi-siècle dans la plupart des régions du monde. Mais que penser de la situation actuelle, et que reste-t-il à faire ? Pour comprendre la mortalité aujourd'hui, nous pouvons envisager les morts à travers le monde – de quoi les personnes meurent dans des pays parvenus à différents niveaux de développement économique – et tenter de déterminer lesquels parmi ces décès auraient pu être évités grâce à nos connaissances. Si les gens succombent à ces maladies « tropicales », exotiques et incurables, dont la presse fait ses choux gras, nous devons élaborer de nouveaux remèdes et de nouveaux médicaments. À l'inverse, s'ils succombent à des maladies qui ont depuis longtemps disparu des pays riches, nous devons nous demander pourquoi des hommes meurent encore de maladies que nous savons empêcher. On le verra, si le besoin de traitements nouveaux et meilleurs existe certainement, le problème majeur reste que trop d'enfants continuent à mourir de maladies qui devraient être aisément évitables.



Tableau n° 1. Mortalité planétaire en 2008, dans les pays les plus riches et les plus pauvres

	Monde	Bas revenus	Revenus élevés
<i>Pourcentage par rapport à l'ensemble des morts (pourcentage par rapport à l'ensemble de la population)</i>			
De 0 à 4 ans	14,6 (9)	35 (15)	0,9 (6)
60 ans et plus	55,5 (11)	27 (6)	83,8 (2)
Cancer	13,3	5,1	26,5
Maladies cardiovasculaires	30,5	15,8	36,5
<i>Nombre de morts en millions</i>			
Infections respiratoires	3,53	1,07	0,35
Décès périnatal	1,78	0,73	0,05
Maladie diarrhéique	2,6	0,8	0,04
Sida/VIH	2,46	0,76	0,02
Tuberculose	1,34	0,4	0,01
Malaria	0,82	0,48	0
Maladies infantiles	0,45	0,12	0
Carences nutritionnelles	0,42	0,17	0,02
Mortalité maternelle	0,36	0,16	0
Toutes causes confondues	56,89	9,07	9,29
Population totale	6,737	826	1,077

Source : Organisation mondiale de la santé, base de données de l'Observatoire de la santé mondiale, téléchargé le 3 février 2013

Notes : Les maladies cardiovasculaires incluent les attaques cérébrales. Les infections respiratoires affectent principalement les voies respiratoires inférieures (pneumonie, bronchite et grippe, qui frappent en dessous des cordes vocales, peuvent aussi affecter les voies supérieures). Le décès périnatal est la mort d'enfants à la naissance ou aussitôt après, et inclut la mort de prématurés ou de bébés au poids très faible, les bébés qui meurent pendant l'accouchement, et ceux qui succombent à des infections aussitôt après la naissance. Les maladies infantiles sont la coqueluche, la diphtérie, la polio, la rougeole et le tétanos. Environ deux tiers des morts liées à des carences nutritionnelles viennent d'un manque de protéines ou d'énergie, et un tiers d'entre elles sont causées par l'anémie.

Le tableau n° 1 traduit les données publiées par l'OMS en 2008 sur la mortalité planétaire. Les chiffres incluent beaucoup d'estimations et ne doivent pas être considérés comme exacts dans le détail, mais la vue d'ensemble est fiable. La deuxième colonne indique les décès pour l'ensemble de la planète, la troisième pour les pays pauvres, et la quatrième pour les pays riches. Cette division du monde selon le revenu vient de la Banque mondiale, qui répartit les pays en quatre catégories : revenu bas, revenu moyen inférieur, revenu moyen supérieur, revenu élevé. Je n'ai retenu ici que les groupes extrêmes afin de me focaliser sur les inégalités entre les plus riches et les plus pauvres. Pour donner une idée des pays concernés, parmi les trente-cinq pays à revenu bas, vingt-sept se situent en Afrique ; les huit autres sont l'Afghanistan, le Bangladesh, le Cambodge, la Corée du Nord, Haïti, le Myanmar (Birmanie), le Népal et le Tadjikistan. L'Inde ne fait plus partie des pays à revenu bas. Il existe soixante-dix pays à revenu élevé, dont la plupart des pays d'Europe, l'Amérique du Nord et l'Australasie, le Japon, quantité de petits pays producteurs de pétrole et une poignée d'États insulaires.

Le haut du tableau montre comment les morts se répartissent entre enfants et personnes âgées, ainsi que la part due aux principaux tueurs non infectieux, le cancer et les maladies cardiovasculaires. Les décès causés par les maladies cardiovasculaires incluent les arrêts cérébraux et les crises cardiaques, tout ce qui peut être attribué à une maladie du cœur ou des veines. La deuxième colonne indique la proportion pour l'ensemble du monde, la troisième et la quatrième pour les pays pauvres et riches. Le bas du tableau indique les nombres bruts en millions de morts, en se concentrant sur les principaux tueurs dans les pays pauvres.

Le haut du tableau indique entre parenthèses le pourcentage de la population pour chaque groupe d'âge ; le bas indique la population totale de chaque région. À noter que la majeure partie de la population mondiale habite des pays à revenu moyen qui n'apparaissent pas ici. L'autre fait important, pour le haut du tableau, c'est que les pays pauvres sont beaucoup plus *jeunes* que les pays riches. Les gens ont plus d'enfants dans les pays pauvres ; quand la population



croît, chaque génération est plus nombreuse que la précédente et la population est jeune. Dans certains pays riches, les enfants du *baby-boom* de l'après-guerre sont maintenant vieillissants, ce qui augmente les dimensions du groupe des plus de 60 ans. Dans les pays pauvres, les 0 à 4 ans sont plus de deux fois plus nombreux que les 60 ans et plus ; dans les pays riches, les personnes âgées sont plus de trois fois plus nombreuses que les enfants. Même si les risques étaient les mêmes dans les pays pauvres et dans les pays riches, il y aurait plus de décès d'enfants dans les uns et plus de décès de personnes âgées dans les autres.

Les nouveau-nés et les enfants représentent 15 % de tous les décès de la planète, alors que les 60 ans et plus en représentent plus de la moitié. Pourtant, ces chiffres ne valent pas pour les pays les plus pauvres, ni pour les plus riches. Dans les pays pauvres, plus d'un tiers des décès touchent les moins de 5 ans, et moins d'un tiers concernent les personnes âgées. Dans les pays riches, où les décès d'enfants sont rares, plus de 80 % des morts sont des personnes de plus de 60 ans, et la grande majorité des nouveau-nés atteint l'âge adulte. Ces différences s'expliquent en partie par la beaucoup plus forte proportion de personnes âgées, mais pas seulement : le rapport entre décès d'enfants et nombre de jeunes est beaucoup plus élevé dans les pays pauvres. Le contraste entre riches et pauvres vient de la transition épidémiologique, selon laquelle la mort même « vieillit » à mesure qu'un pays se développe. Le passage de la mort dans l'enfance à la mort dans la vieillesse s'accompagne d'un changement dans les causes du décès, lorsqu'on passe de la maladie infectieuse à la maladie chronique. La part de la population qui meurt du cancer, d'AVC et de maladie cardiaque triple lorsqu'on quitte les pays pauvres pour aborder les pays riches. En général, les personnes âgées meurent de maladie chronique, et les enfants, de maladie infectieuse.

Dans les pays pauvres, les principaux tueurs sont aujourd'hui à peu près les mêmes maladies que celles qui tuaient autrefois les enfants dans les pays devenus riches : les infections des voies respiratoires inférieures, la diarrhée, la tuberculose, et ce que l'OMS appelle

« maladies infantiles » : coqueluche, diphtérie, polio, rougeole et tétanos ; à elles quatre, elles causent près de huit millions de morts par an. Parmi les autres grandes causes de décès, citons la malaria et le sida (pour lesquels les traitements sont encore loin d'être au point), la mort à la naissance (périnatale), la mort en couches, et la mort liée à des carences nutritionnelles, surtout au manque de protéines ou d'énergie (nourriture insuffisante), et la mort d'anémie (qui résulte d'un régime alimentaire dont l'apport en fer est trop faible, souvent lié au végétarisme). En dehors de la pneumonie, qui cause 350 000 morts par an parmi les personnes âgées des pays riches, quasiment *personne* ne meurt de ces causes dans les pays riches, où de meilleures mesures de santé publique ont grandement réduit le risque de voir les enfants mourir de diarrhée, de pneumonie et de tuberculose. Le paludisme n'est pas un risque dans les pays riches, même si ce fut un danger dans certains pays jusque peu après la Seconde Guerre mondiale ; dans les pays pauvres, il cause surtout des décès parmi les enfants. Les antirétroviraux et les changements dans le comportement sexuel ont fortement réduit le nombre de morts causées par le sida. L'immunisation quasi universelle des enfants a largement éliminé les « maladies infantiles », et les soins anté- et postnataux ont fait chuter très bas la mortalité périnatale et maternelle. Dans les pays riches, rares sont les gens qui meurent par manque de nourriture, et si l'anémie n'est pas inconnue, il n'existe pas dans le monde riche de population importante qui manque de micronutriments vitaux comme le fer.

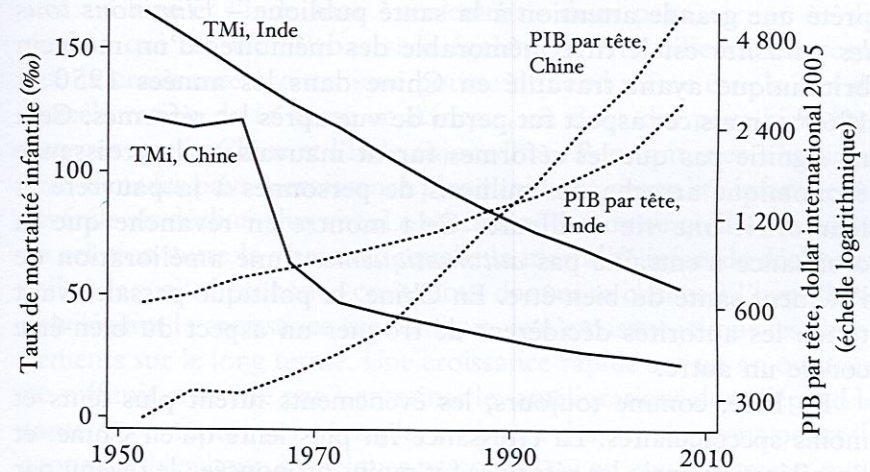
Nous sommes donc face à une énigme. Pourquoi les enfants meurent-ils dans les pays pauvres alors qu'ils ne mourraient pas s'ils étaient nés dans des pays riches ? Qu'est-ce qui empêche le savoir gratuit et efficace dans le monde riche de sauver la vie de millions de personnes qui meurent dans le monde pauvre ? La pauvreté semble être l'explication la plus vraisemblable. La classification que j'ai adoptée, en opposant pays riches et pays pauvres, suggère que c'est le revenu qui compte. Tout comme dans le contexte historique, nous concevons la diarrhée, les maladies respiratoires, la tuberculose et la sous-alimentation comme des « maladies de



pauvres », de même que nous concevons le cancer, les maladies cardiaques et l'AVC comme des « maladies de riches ». Comme aux XVIII<sup>e</sup> et XIX<sup>e</sup> siècles, le revenu doit certainement jouer un rôle ; les gens qui ont de l'argent peuvent en général se procurer autant de nourriture qu'il leur en faut, et la croissance économique contribue à fournir les fonds nécessaires pour la lutte antivectorielle, l'assainissement et le traitement de l'eau, pour les cliniques et les hôpitaux. Malgré tout, la conception qui fait tout reposer sur le revenu est au mieux incomplète ; se focaliser sur la pauvreté peut nous faire perdre de vue à la fois ce qu'il faut faire et qui devrait s'y employer.

Comme toujours, il y a beaucoup à apprendre en examinant ce qui s'est produit en Chine et en Inde. La Banque mondiale ne les considère plus comme des pays à faible revenu, mais comme des pays à revenu moyen inférieur (l'Inde) et à revenu moyen supérieur (la Chine). Toutes deux se sont rapidement développées, ces dernières années, mais elles figuraient encore parmi les pays les plus pauvres du monde dans les années 1950. Plus d'un tiers de la population mondiale habite dans l'un ou l'autre de ces deux pays, de sorte qu'il est essentiel de comprendre ce qui s'y passe. Le schéma n° 2 envisage la croissance économique et la mortalité infantile dans ces deux nations au cours des cinquante-cinq dernières années. Le revenu national, ou plus précisément le PIB par tête, est indiqué par l'axe vertical de droite ; une fois de plus, j'ai utilisé une échelle logarithmique, où un taux de croissance constant aurait la forme d'une ligne droite. En fait, pour les deux pays, la croissance accélère avec le temps, surtout pour la Chine, et de manière spectaculaire. Pour l'Inde aussi, après quarante ans de croissance économique anémique, il y eut une accélération après 1990, en particulier à la toute fin de la période. Les deux pays engagèrent des réformes économiques auxquelles on attribue la hausse du taux de croissance, la Chine après 1970, quand les prix agricoles furent relevés et que les fermiers furent encouragés à cultiver et à vendre plus, et en Inde après 1990, quand beaucoup des anciennes lois et réglementations bureaucratiques furent éliminées.

Schéma n° 2. Mortalité infantile et croissance économique en Chine et en Inde



Le taux de mortalité infantile a chuté à mesure que l'Inde et la Chine sont devenues plus riches. Le profil de la courbe de mortalité juvénile (de 0 à 4 ans) est très semblable, raison pour laquelle je ne l'ai pas fait figurer ici. En Chine, cette baisse fut ralentie par la famine, qui vit mourir près d'un tiers de la cohorte de naissance (le schéma propose des moyennes pour chaque période de cinq années, de sorte que l'effet est très réduit), mais la famine mise à part, la courbe générale montre un déclin rapide jusque 1970 environ, suivi par un déclin beaucoup plus lent après 1970. C'est précisément le contraire de ce que l'on attendrait si la chute de la mortalité infantile avait été motivée par la croissance économique, ce qui serait le cas si la mort de bébés était la conséquence directe de la pauvreté. Ce qui s'est passé en Chine n'est pas un mystère. Quand les autorités décidèrent de se concentrer sur la croissance, les ressources furent consacrées à faire de l'argent et détournées de tout le reste, dont la santé publique et les soins médicaux. Même les gens chargés de lutter contre les moustiques



se transformèrent en agriculteurs pour participer à cette ruée vers la croissance. Dans les premières années, le parti communiste avait prêté une grande attention à la santé publique – *Éliminons tous les parasites* est le titre mémorable des mémoires d'un médecin britannique ayant travaillé en Chine dans les années 1950 et 1960<sup>1</sup> – mais cet aspect fut perdu de vue après les réformes. Cela ne signifie pas que les réformes furent mauvaises ; la croissance économique arracha des millions de personnes à la pauvreté et leur offrit une vie meilleure. Cela montre en revanche que la croissance n'entraîne pas *automatiquement* une amélioration de l'élément santé du bien-être. En Chine, la politique passait avant tout : les autorités décidèrent de troquer un aspect du bien-être contre un autre.

En Inde, comme toujours, les événements furent plus lents et moins spectaculaires. La croissance fut plus lente qu'en Chine, et l'accélération après les réformes fut moins prononcée ; le revenu par tête de l'Inde était autrefois plus élevé que celui de la Chine, mais au début du *xxi*<sup>e</sup> siècle, il était inférieur à la moitié du revenu chinois. (Comme nous le verrons dans la deuxième partie, ces comparaisons sont entachées d'énormes incertitudes.) Néanmoins, la mortalité infantile a connu en Inde un déclin remarquablement régulier – qui ne reflète absolument pas l'évolution du taux de croissance – et le déclin absolu du nombre de morts parmi les nouveau-nés – de 165 pour 1 000 au début des années 1950 à 53 pour 1 000 en 2005-2010 – est en fait *supérieur* en chiffres absolus au déclin observé en Chine, de 122 à 22. Même s'il reste plus dangereux de naître en Inde qu'en Chine, les résultats de l'Inde en matière de santé ne sont pas manifestement inférieurs à ceux de la Chine, malgré d'immenses différences dans la croissance économique de ces deux pays. De plus, la réussite de l'Inde s'est accomplie sans la coercition et la perte de liberté associées à la politique chinoise de l'enfant unique ; comme l'ont noté les économistes Jean Drèze et

1. Joshua H. Horn, *Away with All Pests. An English Surgeon in the People's Republic of China, 1954-1969*, Monthly Review Press, 1970.

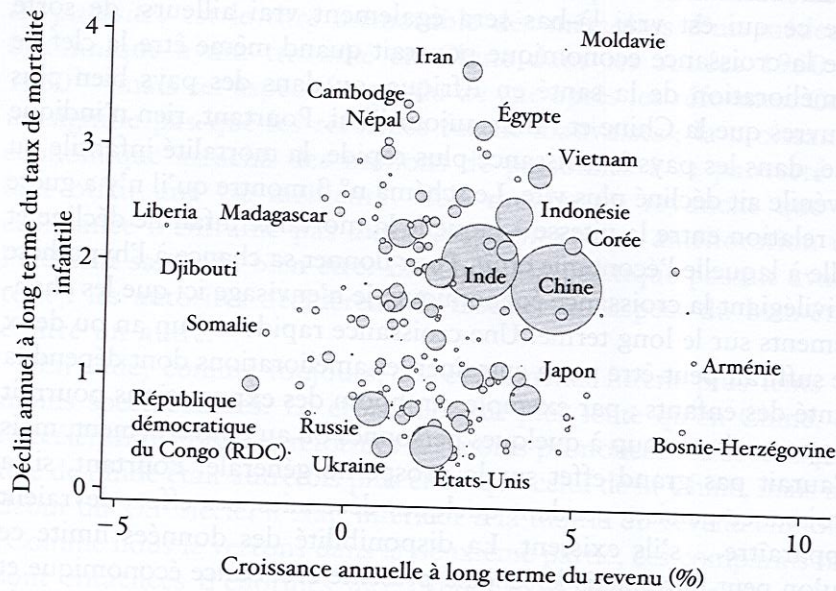
Amartya Sen, les régions du sud de l'Inde se portent aujourd'hui nettement mieux que la Chine<sup>1</sup>.

La Chine et l'Inde sont « seulement » deux pays, et rien ne dit que ce qui est vrai là-bas sera également vrai ailleurs, de sorte que la croissance économique pourrait quand même être la clef de l'amélioration de la santé en Afrique, ou dans des pays bien plus pauvres que la Chine et l'Inde aujourd'hui. Pourtant, rien n'indique que, dans les pays à croissance plus rapide, la mortalité infantile ou juvénile ait décliné plus vite. Le schéma n° 3 montre qu'il n'y a guère de relation entre la vitesse à laquelle la mortalité infantile décline et celle à laquelle l'économie croît. Pour donner sa chance à l'hypothèse privilégiant la croissance économique, je n'envisage ici que les changements sur le long terme. Une croissance rapide sur un an ou deux ne suffirait peut-être pas à entraîner les améliorations dont dépend la santé des enfants ; par exemple, un boom des exportations pourrait rapporter beaucoup à quelques personnes ou au gouvernement, mais n'aurait pas grand effet sur la prospérité générale. Pourtant, si la croissance persiste pendant quelques décennies, ses effets devraient apparaître... s'ils existent. La disponibilité des données limite ce qu'on peut faire, mais le schéma présente croissance économique et déclin de la mortalité sur des périodes d'au moins quinze ans – de quarante-deux ans en moyenne – à partir de 1950 dans certains cas et au-delà de l'année 2005. L'axe vertical montre le *déclin* annuel du taux de mortalité infantile, donc plus un pays se situe haut, meilleurs sont ses résultats. Puisque ce taux se mesure en nombre de décès pour mille enfants, un chiffre comme 2 (pour l'Inde, par exemple) signifie que durant la période pour laquelle je dispose de données (cinquante-cinq ans), le taux de mortalité infantile de l'Inde a diminué de 2 x 55, soit 110 morts pour 1 000 naissances. J'ai inclus dans ce schéma les pays riches, mais comme leur taux était déjà faible, ils n'ont connu qu'un déclin limité durant cette période, et ils se pressent tous en bas du graphique, près du milieu, de sorte que leur exclusion n'aurait pas changé grand-chose.

1. Jean Drèze, Amartya Sen, *India. Development and Participation*, Oxford, 2002.



Schéma n° 3. Mortalité infantile et croissance économique dans le monde depuis 1950



Le graphique donne l'impression d'une relation positive, mais c'est parce que j'ai suivi mon habitude de tracer des cercles dont la taille est proportionnelle à la population. En l'occurrence, trois grands pays, la Chine, l'Inde et l'Indonésie, ont connu une croissance relativement rapide et ont vu le taux moyen de mortalité décliner plus vite encore. Cependant, pour vérifier si c'est bien la croissance qui réduit la mortalité, nous ne devrions pas tenir compte de l'ampleur de la population. La question que nous posons est : « Les pays à croissance rapide connaissent-ils un déclin rapide de la mortalité infantile ? » De ce point de vue, chaque pays est une expérience distincte, et il n'y a pas de raison de traiter ces expériences différemment. Quand nous regardons le graphique ainsi, en accordant le même poids à chaque pays, aucune relation n'apparaît.

Du point de vue historique, du moins, les pays à croissance rapide n'ont pas vu leur taux de mortalité infantile s'améliorer rapidement. Les exemples sont nombreux. À Haïti, dont l'économie s'est contractée entre 1960 et 2009, la mortalité infantile a connu un déclin tout à fait respectable, plus rapide qu'en Chine ou en Inde. Pour les seize économies qui ont eu une croissance négative, le taux moyen annuel de déclin de la mortalité était d'1,5 par an, soit un peu mieux que le taux des 177 pays représentés sur le schéma. Il est à coup sûr possible pour la mortalité infantile de diminuer alors que la croissance économique est nulle.

Il est étonnant qu'il n'y ait *aucun* lien entre croissance et vies sauvées. Les témoignages historiques nous apprennent que d'autres facteurs – comme la maîtrise des maladies – comptent autant ou davantage, mais il reste difficile de croire que l'argent n'aide pas du tout. De fait, il y a des raisons de penser que le schéma n° 3 est trompeur, car il ne tient pas compte de la rétroaction du déclin de la mortalité infantile sur le taux de croissance économique. Lorsqu'on sauve des enfants qui, autrement, seraient morts, la population augmente, et cela peut faire chuter le revenu par tête, ou du moins le faire croître moins vite que cela aurait été le cas sans les innovations sauveuses de vies. Les enfants ainsi sauvés finiront par devenir des adultes productifs, et rien n'indique ni ne permet de supposer que les populations plus nombreuses soient nécessairement plus pauvres. Malgré tout, dans les premières années où la mortalité infantile diminue, les personnes sauvées sont des enfants, dont la contribution à l'économie reste à venir, de sorte qu'une mortalité infantile plus faible commence par réduire la part de chacun dans le revenu national. Ce phénomène s'oppose aux effets qu'un revenu par tête plus élevé peut avoir sur la mortalité des enfants et peut même l'annuler, d'où le manque de corrélation dans le schéma n° 3.

Pourtant, la réalité ne confirme pas ce raisonnement. Il est vrai que les pays où le taux de mortalité infantile a baissé plus vite sont aussi ceux dont la population a augmenté le plus vite. Les pays riches, dont le taux de mortalité infantile était déjà faible,



n'ont guère vu décliner leur mortalité infantile et ont connu une croissance démographique limitée. Les pays pauvres ont vu un déclin bien plus rapide de leur mortalité infantile, et leur croissance démographique fut également plus rapide. Mais à l'intérieur des pays pauvres, à l'intérieur de l'Afrique, de l'Asie et de l'Amérique latine, il n'existe aucun lien entre le déclin de la mortalité infantile et le taux de croissance démographique, soit parce que d'autres facteurs furent importants, soit parce qu'en quarante ans, le taux de fertilité a eu le temps de s'ajuster. Comme le montre le schéma n° 3, il n'y a aucun lien entre croissance économique et déclin de la mortalité, même dans les pays pauvres, et cela ne peut être expliqué par l'effet du déclin de la mortalité qui masquerait la croissance démographique.

Si la pauvreté n'est pas la raison pour laquelle tant d'enfants meurent dans les pays pauvres, et si la croissance économique n'élimine pas automatiquement ces décès, pourquoi continuent-ils, même quand la plupart d'entre eux seraient évitables grâce aux connaissances scientifiques et médicales d'aujourd'hui ?

Tournons-nous une fois encore vers les causes de décès énumérées dans le tableau n° 1, et voyons comment chacune pourrait être affrontée, car des causes différentes appellent des solutions différentes. Pour la tuberculose, le paludisme, la diarrhée et les maladies des voies respiratoires inférieures, il faut modifier l'environnement. Il faut mieux lutter contre les parasites, fournir une eau plus pure et améliorer l'assainissement : tout cela exige une action collective, organisée par les autorités locales ou centrales. Ce qu'on pourrait appeler le système de santé patient-médecin ne peut pas grand-chose pour ces problèmes-là. Ils relèvent de la santé publique et non privée, même si les soins médicaux peuvent parfois en atténuer les conséquences. Un meilleur niveau de vie aiderait aussi, même si cela ne semble pas suffire, comme nous l'ont montré les données.

Les décès causés par les maladies infantiles, par les pathologies périnatales et maternelles ou par la faim pourraient tous être évités par de meilleurs soins anté- et postnataux : en donnant des

conseils aux mères avant et après la naissance de leur enfant, en créant des infrastructures hospitalières pour les urgences et les complications, en prévoyant des cliniques et des infirmiers pour vérifier que l'immunisation des jeunes enfants est à jour, afin qu'ils grandissent comme ils le devraient, et pour conseiller les parents. Dans les pays pauvres, c'est après le sevrage que les enfants sont particulièrement exposés, lorsqu'ils passent d'une alimentation relativement riche, complète et sans danger – le lait maternel – à une alimentation qui peut être insuffisante, monotone et à risque. Les mères instruites peuvent faire beaucoup de choses par elles-mêmes, mais les médecins, les infirmiers et les cliniques peuvent aider les enfants et les mères à traverser ces moments dangereux. Pour ces causes de mort, le système de santé patient-médecin est donc important. Néanmoins, beaucoup de pays dépensent très peu pour leur système de santé, et il est pratiquement impossible de faire beaucoup de bien avec les 100 dollars par personne dont on se contente en général en Afrique subsaharienne, chiffre qui inclut les dépenses publiques et privées. En 2010, par exemple, selon les calculs de la Banque mondiale, en dollars 2005 ajustés pour tenir compte de l'inflation, la Zambie a dépensé en 90 dollars par personne, le Sénégal 108, le Nigeria 124, et le Mozambique seulement 49. Par comparaison, la Grande-Bretagne en a dépensé 3 470 et les États-Unis 8 362.

Pourquoi le gouvernement des pays pauvres dépense-t-il si peu alors que les habitants sont en si mauvaise santé ? Pourquoi les habitants dans le besoin ne se tournent-ils pas vers les soins médicaux privés quand le gouvernement ne fait rien ? Et qu'est devenue l'aide étrangère, essentielle pour améliorer certaines dimensions de la santé internationale ?

Hélas, les gouvernements n'agissent pas toujours pour améliorer la santé ou le bien-être des citoyens. Même dans les démocraties, les hommes politiques et les gouvernements sont très libres de poursuivre leurs propres objectifs, et il existe souvent des désaccords très nets sur ce qui devrait être fait pour améliorer la santé, même lorsque tous s'entendent sur la nécessité d'agir. Mais beaucoup



de pays ne sont pas démocratiques et, plus largement, beaucoup de gouvernements ne sont pas tenus d'agir dans l'intérêt de la population, que ce soit par les circonstances – pour persuader la population d'accepter une hausse d'impôt, par exemple – ou par les règles et les contraintes constitutionnelles. C'est clairement vrai dans les régimes militaires ou dictatoriaux, dans les pays où un gouvernement répressif a recours aux forces armées ou à la police secrète pour maîtriser la population. Dans d'autres cas, les gouvernements sont financés par la vente des ressources naturelles – minerais, pétrole – et n'ont donc pas besoin de soumettre la population à l'impôt. Ces gouvernements peuvent donc utiliser leurs revenus pour entretenir un système de protection et de népotisme qui ne se soucie guère de la santé ou du bien-être de la population. Dans les cas extrêmes, surtout en Afrique, l'aide étrangère est assez significative pour agir de la même manière, en offrant des ressources aux gouvernements mais en les privant de toute motivation pour dépenser correctement. Même avec la meilleure volonté du monde, il est difficile pour les donateurs d'éviter ce mésusage des fonds offerts, question sur laquelle je m'attarderai au dernier chapitre.

Les gouvernements ne sont pas seuls responsables. Dans certains pays, les gens ne semblent pas comprendre que leur santé pourrait être meilleure – là encore, l'éducation pourrait aider – ou que le gouvernement pourrait avoir les moyens de contribuer à son amélioration. En Afrique, la société Gallup demande régulièrement aux habitants sur quels points leur gouvernement devrait se focaliser. Les questions de santé ne figurent pas très haut sur la liste des priorités, et viennent bien après tout ce qui concerne l'emploi ou la lutte contre la pauvreté ; la population se déclare parfois satisfaite de gouvernements qui mettent l'accent sur la création d'emplois, même de postes inutiles au sein d'une fonction publique déjà surabondante. Dans notre travail sur la région d'Udaipur, au Rajasthan, nous avons découvert que les gens se savaient très pauvres, mais alors même qu'ils souffraient d'une large gamme de maladies évitables – ce que l'économiste et militant Jean Drèze appelle « un océan de maladie », – ils estimaient leur santé excellente. Il est facile de

dire qu'il y a beaucoup de gens plus riches que vous, mais il est bien plus difficile de voir qu'ils sont en meilleure santé, ou que leurs enfants risquent moins de mourir ; ces choses-là ne sont pas visibles au même titre que la richesse, le logement ou les biens de consommation.

En Afrique, où hommes et microbes ont coévolué, la présence des uns et des autres indique bien que, sur ce continent, la maladie a toujours été la compagne des humains. Plus largement, comme nous l'avons vu au chapitre 2, c'est tout récemment que les hommes ont pu échapper à la maladie et à la mort prématurée, où que ce soit dans le monde, et beaucoup de gens ne comprennent toujours pas que cette évasion est possible, ou qu'une bonne santé peut être la voie de la liberté. Le Gallup World Poll observe régulièrement que le pourcentage d'individus satisfaits de leur santé est à peu près le même dans les pays pauvres et dans les pays riches, malgré d'énormes différences objectives. Dans beaucoup de pays, les gens ont une grande confiance en leur système médical, malgré les mauvais résultats et un investissement limité. À l'inverse, les Américains ont une très faible confiance en leur système de soins, malgré tout l'argent qu'ils dépensent ; selon une étude, les États-Unis étaient classés 88<sup>e</sup> sur 120 pays, moins bien que Cuba, l'Inde et le Vietnam, et seulement trois places devant la Sierra Leone<sup>1</sup>.

Le scandale des soins de santé dans beaucoup de pays, c'est l'absentéisme des médecins et des infirmiers sur leur lieu de travail. Au Rajasthan, seule environ la moitié des petites cliniques étaient même ouvertes quand nous avons procédé à des contrôles aléatoires ; les grandes étaient bien ouvertes, mais il y manquait une partie du personnel. La Banque mondiale a procédé à des enquêtes sur l'absentéisme, et il s'avère que dans de nombreux pays – mais pas tous, bien entendu – c'est un énorme problème dans le secteur de la santé et de l'éducation<sup>2</sup>. Dans certains cas, ces emplois sont

1. Angus Deaton, « Income, Health, and Wellbeing around the World », art. cité.

2. Nazmul Chaudhury, Jeffrey Hammer, Michael Kremer, Karthik Muralidharan, F. Halsey Rogers, « Missing in Action. Teacher and Health Worker in Developing Countries », *Journal of Economic Perspectives*, 2006, vol. 20, n° 1, p. 1-116.



assez mal payés, comme s'il existait un contrat implicite entre travailleurs et employeurs : le gouvernement fait semblant de verser des salaires, et les salariés font semblant d'aller travailler. Pourtant, la faiblesse du salaire n'est pas toujours l'explication. Quand les gens n'attendent pas grand-chose de leur système de santé, l'absentéisme peut s'épanouir aisément. Au Rajasthan, il était difficile même d'obtenir des gens qu'ils admettent que tel infirmier n'était pas venu depuis des semaines ; pour beaucoup, cette médiocre qualité de service est ce qu'on peut attendre du système public. Mais pas partout. L'État indien du Kerala est célèbre pour le militantisme de sa population, et pour les manifestations virulentes qui ont suivi l'incapacité d'une clinique à ouvrir ses portes. Au Kerala, l'absentéisme est rare, et les gens comptent sur les cliniques pour leur apporter les soins voulus. Si nous savions comment rapprocher les attitudes du Rajasthan de celles du Kerala, le problème serait en grande partie résolu.

Les médecins privés font souvent des affaires dans les pays pauvres, et leurs services contribuent à combler les défaillances des soins fournis (ou pas) par l'État. Pourtant, le secteur privé a ses propres soucis. En particulier, lorsqu'on n'a pas fait d'études de médecine il est difficile de savoir de quoi l'on a besoin lorsqu'on est malade. Acheter des soins de santé, ce n'est pas comme acheter de la nourriture quand a faim ; c'est plutôt comme conduire sa voiture chez le garagiste. Les gens mieux informés sont ceux-là mêmes qui offrent les soins, ils ont leurs propres motivations, leurs propres intérêts. Dans le secteur privé, les prestataires gagnent plus d'argent s'ils offrent plus de soins ou des soins plus rentables ; leurs motivations les poussent à offrir aux gens ce dont les gens croient avoir besoin, que cela soit vrai ou pas. En Inde, les médecins privés ont l'habitude de prescrire aux gens les antibiotiques qu'ils exigent, souvent sous forme de piqûres : leurs clients sont satisfaits et se sentent (provisoirement) mieux. Les intraveineuses ont également beaucoup de succès, elles sont vigoureusement promues par les médecins indiens, et tout comme aux États-Unis, on cherche à vendre des radios du corps entier ou des tests de dépistage du cancer

de la prostate. Dans les cliniques et les hôpitaux publics en Inde, les médecins n'administrent pas d'antibiotiques ou d'intraveineuses sur demande – et c'est une bonne chose – mais ils n'ont pas forcément le temps de procéder à des tests pour savoir de quoi un patient a réellement besoin – et c'est une moins bonne chose. Le choix entre un médecin public ou privé relève donc du hasard, même si vous vous sentirez sans doute mieux traité avec un médecin privé, à court terme du moins.

Tout cela serait moins gênant si les soins étaient fiables dans le secteur public, et si les soins du secteur privé étaient plus soigneusement réglementés. Le problème est double dans beaucoup de pays. De fait, même dans les pays les plus riches, la mise en place et la réglementation des soins de santé est l'une des fonctions les plus délicates d'un gouvernement, les plus sujettes à controverse et les plus politiquement chargées. La plupart des « docteurs » privés que consultaient les gens à qui nous avons parlé au Rajasthan n'étaient pas des médecins qualifiés mais des charlatans, du genre qu'on appelle dédaigneusement « docteurs bengalis ». Plusieurs de ces « docteurs » n'étaient même jamais allés au lycée. Le manque de compétence administrative explique l'échec des soins publics et privés. Le gouvernement ne peut ni fournir lui-même les soins ni réglementer et surveiller ce qui pourrait être un système privé efficace et sans danger.

L'argent aussi est un problème, et il est sans doute vrai que l'Inde (et beaucoup de pays d'Afrique) ne pourrait avoir un meilleur système de santé sans dépenser beaucoup plus que ce n'est le cas actuellement. Pourtant, il est également facile d'imaginer un système bien plus coûteux sans être meilleur, où les médecins absentéistes sont payés encore plus pour ne pas venir travailler. Sans population instruite et sans capacité gouvernementale – structure administrative efficace, cadres bureaucratiques instruits, système de statistique, cadre juridique bien défini et bien appliqué –, il est difficile, voire impossible, pour un pays d'offrir un système de soins correct.