

CHILI

La logique cruelle de la privatisation

ANA MARIA ARTEAGAN¹

« Au-delà des euphémismes, la privatisation de la santé, de la sécurité sociale et de l'éducation mise en œuvre par les néolibéraux a imposé une logique brutale : les soins de santé, la qualité de l'enseignement pour vos enfants et vos pensions de retraite sont dispensés en fonction de vos moyens financiers. Si vous êtes privilégié, vous aurez accès à des services privilégiés. Si vous êtes pauvre, vous devrez vous contenter de ce que le système public est en mesure de vous donner ».²

Les prestations sociales de base : une question de marché

La citation ci-dessus illustre les effets sur la majorité des chiliens des diverses réformes des systèmes de santé, d'éducation et de sécurité sociale introduites dans les années quatre-vingts par le régime militaire (1973-1989). Au nombre de ces changements figure la rupture d'avec l'orientation des politiques sociales en vigueur depuis les années 80, qui visaient essentiellement à réduire les inégalités sociales grâce à la redistribution du revenu, l'élargissement de la sécurité sociale et l'extension des systèmes d'éducation primaire, secondaire et universitaire.

Ce changement radical a été introduit par le régime militaire qui s'appuyait sur une double argumentation, d'une part en attribuant à l'Etat une inefficacité patente en tant qu'entité de gestion et de distribution des ressources et, d'autre part, en soutenant que la croissance économique est le seul moyen d'améliorer le bien-être de la population. Cherchant à réduire de façon maximale les dépenses sociales et les prestations et à incorporer le marché en tant que fournisseur, l'Etat a joué un rôle secondaire, n'intervenant que dans les situations de faiblesse structurelle dans des segments spécifiques abandonnés à eux-mêmes pour la satisfaction de leurs besoins les plus fondamentaux. De fait, la dimension économique a été imposée comme critère fondamental dans l'application de politiques sociales.

Les postulats du gouvernement militaire ont entraîné deux actions substantielles : la focalisation des dépenses sociales et l'entrée de sociétés privées et du marché dans des domaines traditionnellement sous la responsabilité de l'Etat, à savoir l'éducation, la santé, la sécurité sociale et le logement. Dans tous ces domaines, les mécanismes de financement et d'accès ont été modifiés, restaurant l'idée du « consommateur » en tant qu'élément de base du système, qui aurait la liberté de choix dans l'éventail de possibilités offertes par le marché. A cette fin, il est devenu essentiel de promouvoir l'individualisme, un concept totalement opposé à la culture de collectivité et de participation sociale qui avait été promue par les gouvernements précédents, objectif facilité par la dissolution des diverses organisations existantes et l'interdiction par décret de toute forme d'organisation sociale.³

¹ L'auteur tient à remercier de leur collaboration Josefina Hurtado (du Collectif CON/SPIRANDO) et Lorena Fries (Programa Ciudadania, Corporación La Morada).

² Fernando de Laire. « El discurso del 21 de mayo y los debates emergentes », *Revista Mensaje*, juillet 2002.

³ Voir : Javier Martinez et Margarita Palacios, *Informe sobre la Decencia*, Editions SUR, Santiago, Chili, 1996.

Education : stratification sociale accrue

Durant les années quatre-vingts, adoptant la perspective du « rôle secondaire de l'Etat », le régime militaire a transféré la totalité des écoles primaires publiques aux municipalités ; promu la participation du secteur privé grâce à des subventions par tête équivalentes à celles octroyées aux écoles publiques ; modifié le financement de l'enseignement supérieur ; facilité la création d'universités privées et transféré la plupart des centres d'enseignement technique à des associations professionnelles.⁴

Bien que ces réformes soient effectivement parvenues à réduire la charge de l'éducation sur les dépenses publiques et aient réalisé une gestion plus efficace du système, elles ont entraîné une augmentation spectaculaire de la ségrégation et de l'inégalité des chances dans la population scolaire, en raison des différences de ressources et d'équipement existant dans les municipalités elles-mêmes et des avantages offerts aux opérateurs privés. En plus de la subvention par tête équivalant à celle octroyée aux écoles publiques, les écoles privées étaient autorisées à choisir le type d'élèves à admettre, et à collecter une partie des droits d'inscription par l'intermédiaire d'agents, de sorte que dans les écoles privées s'est axé sur les segments des familles les plus aisées. En conséquence, les établissements publics ont des concentrations de plus en plus grandes d'élèves issus des tranches de revenu inférieures (87,22% de leurs effectifs totaux) tandis que dans les écoles privées subventionnées, ce pourcentage ne dépasse guère 56% des effectifs.⁵

En fait, les évaluations des résultats scolaires par le ministère de l'Education indiquent l'existence d'une corrélation étroite entre le niveau socio-économique et les résultats scolaires. Les évaluations ont établi que, malgré les programmes spéciaux appliqués par les trois derniers gouvernements démocratiques pour améliorer la qualité de l'éducation parmi la population scolaire à faible revenu, un écart considérable demeure entre les résultats des élèves issus de foyers à revenu élevé et ceux des élèves issus de foyers à faible revenu.⁶

Ces constatations peuvent être ajoutées à celles découlant cette année du Test d'Aptitude académique que passent les élèves du secondaire désireux d'entrer à l'université, qui indiquent que, parmi les élèves ayant obtenu les résultats les plus faibles, 61% venaient de l'enseignement public. Cette situation montre que, bien que des progrès aient été réalisés en termes d'universalisation de l'enseignement de base et de l'enseignement secondaire, ceci n'a pas d'effet de démocratisation sur l'enseignement supérieur.

En raison de ces différences considérables dans la qualité de l'éducation, de plus en plus de familles évitent de choisir l'enseignement public pour leurs enfants (bien que ce soit le seul enseignement gratuit disponible), étant donné qu'il est considéré comme limitant l'accès à l'enseignement supérieur et donc, la possibilité de mobilité sociale que cela implique habituellement. C'est ce qui ressort d'une étude menée auprès de parents d'enfants en âge d'être scolarisés, confrontés à l'alternative de devoir choisir, et dont 60% ont déclaré préférer un établissement privé

⁴ Entre autres mesures, les droits d'inscription ont été considérablement rehaussés, des prêts ont été consentis aux étudiants et un système de concours pour l'obtention de fonds publics a été créé. Jusqu'à l'introduction de la réforme, seuls des établissements publics dispensaient l'enseignement supérieur.

⁵ Ministère de la planification, Enquête CASEN, 2000, Santiago, Chili.

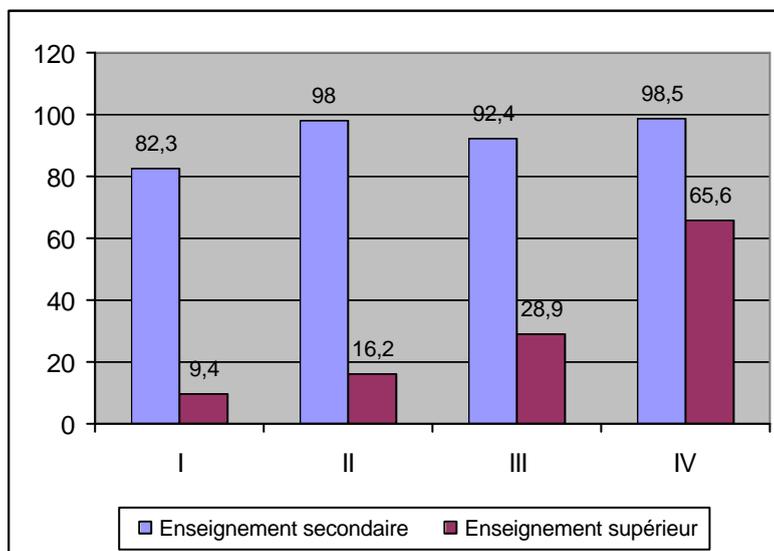
⁶ Le Programme MECE (Amélioration de la qualité et de l'équité dans l'enseignement), focalisé sur l'ensemble des écoles publiques, a été le plus réussi jusqu'ici. Les programmes actuels, «900 Ecoles» et «L'école secondaire pour tous» visent à améliorer les résultats scolaires et l'accès à l'enseignement supérieur pour les élèves démunis.

subventionné à une école publique.⁷ Cette option a entraîné l'augmentation du nombre d'inscrits dans les écoles privées subventionnées, de 15% en 1981 à 35,8% actuellement, tandis que les effectifs de l'enseignement public ont chuté de 78% du nombre total d'inscrits à 53,7%.⁸

Bien que les dépenses publiques pour l'éducation aient doublé depuis le milieu des années quatre vingt dix et que d'importantes réformes aient été introduites dans le système éducatif, dans la pratique, les politiques visant expressément la réalisation d'une plus grande équité ont été rares et leurs résultats assez médiocres. Le problème central ne se situe donc plus au niveau de la couverture du système scolaire – assez satisfaisant depuis des décennies maintenant pour ce qui concerne l'éducation de base (98,6%) et l'éducation secondaire (90%).⁹ Le défi majeur que les autorités doivent relever aujourd'hui consiste à inverser une tendance que les taux de couverture globale ne montrent pas pleinement : une ségrégation et une inégalité des chances de plus en plus grandes générées par le système, en raison des différences dans la qualité actuelle de l'enseignement. En définitive, le modèle continue d'être imparfait pour ce qui concerne les critères d'équité, dans la mesure où, jusqu'à présent, il n'a pas pu empêcher que la plus mauvaise qualité d'enseignement soit dispensée dans les segments les plus pauvres du point de vue matériel et culturel.

GRAPHIQUE 1

Couverture de l'enseignement secondaire et supérieur par quintile de revenu (%)



Le système de santé : des intérêts privés pour des services publics

Le sentiment d'insécurité et la défiance par rapport au système éducatif se retrouvent également vis-à-vis du système de santé et du régime de pension qui, ensemble constituaient les prétendues « modernisations » du domaine social introduites à la fin des années soixante dix. C'est ce qui est ressorti d'une étude nationale sur la

⁷ Enquête du CEP (Centre d'Etudes Publiques), Santiago, décembre 1996.

⁸ Ministère de l'Éducation, *Compendio de Información Estadística*, 2000.

⁹ Ministère de la Planification, Enquête CASEN, 2000, Santiago, Chili.

Sécurité humaine qui a montré que la majorité de la population n'est pas sûre de recevoir de l'attention nécessaire en temps opportun, pas plus qu'elle n'est en mesure de payer les coûts des soins de santé en cas de maladie grave.¹⁰

Avant la réforme, le système national de santé chilien était géré par l'Etat dont dépendaient les établissements et formations sanitaires les plus importants. Reconnu pour sa qualité, le système assurait une large couverture à la population, tandis qu'un nombre restreint de services et cliniques privés ciblaient les segments de revenus les plus élevés.

La réforme menée à la fin des années soixante dix portait essentiellement sur la décentralisation du système officiel et la privatisation d'une part importante des services. Suite aux réformes du système, chaque salarié devait choisir entre le système officiel et l'adhésion à une Institution d'Assurance Santé (ISAPRE) où il devait payer un pourcentage (7%) de sa rémunération totale et cotiser librement d'autres ressources, en fonction de ses capacités. En pratique, chaque individu a son propre régime et la qualité des prestations et de la couverture dépend essentiellement du niveau de revenu de l'assuré(e). De fait, l'ISAPRE n'est pas un système d'assurance maladie – bien qu'il en ait le statut – mais un système d'assurances santé privées dans lequel le montant de la prime est déterminé par les variables âge, sexe et état de santé.¹¹

Au Chili où un fort pourcentage de la population manque de ressources pour faire face personnellement aux coûts des soins de santé, le système ISAPRE s'est avéré particulièrement discriminatoire à l'encontre des femmes.¹² En premier lieu, l'accès au système dépend du revenu de chaque individu, ce qui fait, manifestement, met les femmes en situation d'inégalité, en raison de leur plus faible capacité de gain (elles gagnent proportionnellement 40% de moins que les hommes) ; en outre, la plupart des femmes ne font pas partie de la main-d'œuvre rémunérée et sont, par conséquent, exclues d'une relation directe avec le système de sécurité sociale.¹³ En second lieu, le système augmente de façon considérable le coût des soins de santé pour toutes les prestations associées à la grossesse, l'accouchement et la maternité.

De fait, la police d'assurance d'une travailleuse en âge de procréer peut coûter de trois à quatre fois plus que celle d'un homme du même âge. Cela veut dire que la vie reproductive de la femme est pénalisée.¹⁴ L'ampleur de la discrimination est telle que certaines ISAPRE sont même allées jusqu'à proposer des « plans sans utérus » invitant les femmes à éviter la grossesse et ainsi, ne pas accroître leurs coûts en matière de santé.¹⁵ La discrimination ne se limite pas aux femmes : elle touche également les personnes de plus de 50 ans. Ainsi, des personnes qui ont cotisé pendant plus de 20 ans à la même ISAPRE verront progressivement augmenter le

¹⁰ Enquête CEP-PNUD 1997 in : *Desarrollo Humano en Chile. Las paradojas de la modernización*, PNUD, 1998

¹¹ Voir Apolonia Ramirez C. « Situación de la mujer trabajadora en el sistema de ISAPRES », in : *Economía y trabajo en Chile*, Rapport annuel No 7, Programme d'Economie du Travail (PET), Santiago, Chili, 1998.

¹² Au Chili, 20,6% de la population (3,81 millions) ne dispose pas du revenu mensuel nécessaire pour l'achat d'une ration alimentaire de base. Ministère de la Planification, Enquête CASEN, 2000.

¹³ Selon l'INE (Institut national de la statistique), seulement 36,1% des femmes font partie de la population active, contre 74,9% des hommes.

¹⁴ Le système de soins de santé public n'est pas exempt de ce type de situation. Par exemple, il ne permet pas à un adhérent de considérer sa partenaire comme personne à charge, exigeant que le couple soit légalement marié, pas plus qu'il ne permet à une adhérente de considérer un homme comme personne à charge, membre de sa famille.

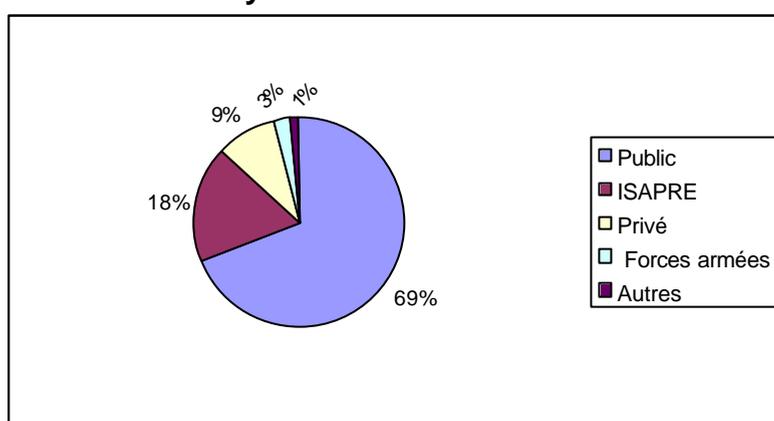
¹⁵ Centro de Estudios de la Mujer – CEM, *Argumentos para el Cambio* No 52, juin 2002, Santiago, Chili.

montant de leurs primes à mesure qu'elles prennent de l'âge, et leur plan peut devenir 8 fois plus cher qu'au moment de leur adhésion au système.¹⁶

Les coûts du système de soins de santé privé ont été déterminants dans l'évolution du système ISAPRE et les adhésions ont considérablement baissé de 1,7 millions depuis 1977 à 1,3 millions en juin 2001. La participation des femmes était de 34,4% du total de juin 2001, un chiffre très proche du taux de participation féminine à la main-d'œuvre. Il convient également de noter que le taux d'accroissement du nombre de femmes bénéficiaires a considérablement chuté ces dix dernières années, passant de 20,8% en 1991 à 1,7% en 1997 ; il a même affiché un pourcentage non négligeable de retraits du système qui atteignait 5,5% en juin 2001.¹⁷

GRAPHIQUE 2

Population féminine dans le système d'assurance santé



Récemment, la discussion sur la discrimination fondée sur le sexe dans les systèmes de soins de santé est devenue particulièrement pertinente – et a placé le mouvement des femmes en alerte maximum – à cause de la proposition du gouvernement de financer en partie le Plan AUGE (Accès universel avec garanties explicites) pour la réforme des soins de santé, avec des ressources utilisées par l'Etat pour payer les congés maternité.¹⁸ Rejetant activement la proposition, le mouvement a souligné avec insistance aux autorités et au public l'erreur commise en confondant les droits au travail avec les droits à la santé, en raison du fait que ce que l'on appelle à tort « subvention maternelle » n'est rien de plus qu'un salaire de maternité alloué pour les congés prénatal et postnatal, un droit consacré au Chili depuis 1924 et internationalement reconnu par les conventions internationales sur les droits des travailleurs.¹⁹ Comme l'ont soutenu les spécialistes du Centre d'études sur les femmes (CEM), « ... le pays a besoin d'une réforme du système de santé.

¹⁶ Journal *El Mercurio*, 19 octobre 2002.

¹⁷ Apolonia Ramirez. « Genero y sistema de ISAPRES », in : *Genero, equidad y reforma de la salud en Chile. Voces y Propuestas desde la Sociedad Civil*, OPS, MINSAL, SERNAM, Santiago, mars 2002.

¹⁸ Le Plan AUGE est une partie importante des réformes promues par le gouvernement pour élargir le droit et l'accès aux soins de santé.

¹⁹ Voir : « Propuestas para la Reforma de la Salud en Chile », *Parlamentos de Mujeres por la Reforma de la Salud*, 28 mai 2002.

L'objectif principal, en termes d'équité entre les sexes, est d'éliminer les diverses discriminations dont les femmes font l'objet dans le système ISAPRE ». ²⁰

ACTIVA <activa@terra.cl>
Area Ciudadanía, Corporación La Morada
Centro de Estudios de la Mujer (CEM)
Colectivo CON-SPIRANDO
Colectivo EN-SURANDO (Valdivia)
EDUK
FORO, Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos

²⁰ *Argumentos para el Cambio, CEM, op. cit.*