

La protection sociale au Chili: des réformes pour plus de justice

Carmelo MESA-LAGO*

Résumé. *Au début des années quatre-vingt, le Chili – imité ensuite par d'autres pays – a lancé une réforme privatisant en partie ou totalement les systèmes de l'assurance maladie et des retraites. Mise en œuvre sans concertation sociale, la réforme se fera aux dépens des principes de solidarité et de justice sociale, contribuant à la progression de la pauvreté et des inégalités. Depuis, les gouvernements démocratiques ont apporté bien des corrections. L'auteur analyse les progrès réalisés, mais aussi les inégalités qui persistent – vues sous l'angle de la couverture, du sexe et de la contribution financière – et les problèmes qui restent à résoudre.*

En 1990, date du retour à la démocratie, le Chili se distingue par une situation économique plus florissante et le marché le plus libre de toute la région, mais ces résultats ont été obtenus au prix de sacrifices considérables sur le plan social, imposés pendant les dix-sept années de régime militaire aux dépens des travailleurs et des revenus les plus faibles, d'une progression de la pauvreté et des inégalités, et d'un net recul des droits politiques et civils. Compte tenu des bons résultats sur le plan de la croissance comme de la stabilité budgétaire et des contraintes juridiques et politiques pesant sur la démocratie renaissante, la Concertation (alliance des deux tendances politiques principales) conserve le modèle en vigueur tout en lui apportant certaines modifications destinées à lutter contre la pauvreté et à renforcer les prestations sociales, mais sans réduire véritablement les inégalités (Mesa-Lago, 2000 et 2004).

* Professeur émérite de sciences économiques à l'Université de Pittsburgh. Prix de l'OIT pour la recherche sur le travail décent, 2007. Courriel: cmesa@usa.net.

L'auteur remercie pour leurs observations Silvia Leiva Parra, économiste de la Direction du budget du Chili, et Fabio Bertranou, spécialiste principal de la sécurité sociale au Bureau international du Travail à Santiago du Chili.

Les articles paraissant dans la *RIT*, de même que les désignations territoriales utilisées, n'engagent que les auteurs et leur publication ne signifie pas que le BIT souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

Le taux de pauvreté¹ passe de 17 à 57 pour cent entre 1970 et 1976, descend à 48 pour cent en 1980, puis à 39 pour cent en 1990 (soit deux fois plus encore qu'avant le coup d'Etat). La démocratie le ramène à 13,7 pour cent en 2006, taux inférieur à celui de 1970 et à ceux de tous les autres pays de la région. Avant 1973, il n'existe pas de chiffre fiable du coefficient de Gini (qui va de 0, inégalité absolue, à 1, égalité absolue), mais les estimations portant sur la période du régime militaire permettent de conclure à sa nette augmentation. Le coefficient de Gini est de 0,554 en 1990 et de 0,549 en 2006, niveau comparable à celui de sept autres pays de la région bien moins développés (CEPAL, 1997 à 2007a)². Depuis 1993, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) établit un classement de 177 pays sur la base d'un indicateur du développement humain qui accorde plus d'importance à deux indicateurs sociaux, à savoir l'éducation et la santé, qu'à un seul indicateur économique (PIB par habitant). Le Chili occupe le quatrième rang du classement régional en 1992, mais le deuxième de 2002 à 2005 (soit le quarantième rang du classement mondial), grâce à la progression de l'indicateur économique notamment mais aussi à celle des indicateurs sociaux (PNUD, de 1993 à 2007-2008).

La viabilité du modèle chilien était élevée mais, pour améliorer et pérenniser le système, il fallait le rendre plus juste et plus solidaire et réduire les inégalités en réformant les régimes d'assurance maladie, de retraite et d'aide sociale.

Un sondage sur la perception du degré de solidarité relevant de l'enquête *Latinobarómetro* de 2003 montre que les Chiliens classent leur pays en tête sur ce plan par rapport aux autres pays d'Amérique latine, avec un taux de 77 pour cent contre une moyenne régionale de 54 pour cent. Cependant, le pays occupe l'avant-dernier rang en ce qui concerne la disposition du citoyen à sacrifier son avantage personnel pour l'intérêt général, avec un chiffre de 51 pour cent contre une moyenne régionale de 61 pour cent. Les pays où la perception de la solidarité est supérieure sont ceux dont les institutions de politique sociale et les programmes de lutte contre la pauvreté sont les plus actifs (CEPAL, 2007b).

Cet article fait le point sur les inégalités sociales au Chili. Nous y recensons les avancées de la justice sociale enregistrées sous la démocratie grâce au dialogue social et à la réforme de l'assurance maladie, des retraites et de l'aide sociale et relevons les difficultés à venir. Au début des années quatre-vingt, le Chili était parmi les premiers à lancer une réforme structurelle des régimes de retraite et d'assurance maladie. Les Etats de la région et certains pays en développement ont tout intérêt à connaître les rectifications apportées depuis dix-huit ans au modèle initial.

¹ Au Chili, le «seuil de pauvreté national» équivaut à la valeur de deux paniers alimentaires de base, soit 43 000 pesos (environ 80 \$EU) par mois et par personne en 2006. Il existe aussi un «seuil national d'indigence» égal au revenu minimal nécessaire pour acheter un panier alimentaire par mois et par personne.

² Le rapport entre le quintile inférieur et le quintile supérieur de la répartition des revenus était de 1 à 13 en 2006. Grâce aux investissements sociaux, il est aujourd'hui de 1 à 6,8 (Consejo, 2008, p. 7).

Réformes du système d'assurance maladie

La réforme du système d'assurance maladie du gouvernement d'Augusto Pinochet est entrée en vigueur en 1981, sans débat public préalable, débouchant sur l'instauration d'un système à deux volets. Un volet public repose sur le Fonds national d'assurance maladie ou FONASA (Fondo Nacional de Salud), le système national des services de santé, chargé d'assurer les deuxième et troisième niveaux de soins à l'échelle des régions, et les communes qui fournissent les soins de santé primaires; le régime spécial des forces armées relève aussi de ce volet. Un volet privé repose sur les ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), assurances privées qui perçoivent des cotisations ainsi qu'une participation aux frais de leurs assurés et fournissent des soins au sein de leur propre réseau ou par l'intermédiaire de prestataires privés indépendants ou des hôpitaux publics. Jusqu'à dans les années quatre-vingt-dix, les ISAPRE n'étaient placées sous la supervision d'aucune autorité, mais après le retour de la démocratie un large débat a abouti aux réformes des années 1991-2005 (sauf mention contraire, la présente section se fonde sur Mesa-Lago, 2005 et 2008).

En théorie, les citoyens peuvent choisir en toute liberté entre le système public ou le système privé. Dans les faits cependant, ce sont les revenus intermédiaires supérieurs qui adhèrent aux ISAPRE, parce qu'ils peuvent assumer les participations aux frais, qu'ils ne sont pas exclus du fait d'un profil de risque défavorable, et qu'ils résident pour la plupart en milieu urbain (dans certaines zones rurales, il n'y a pas de prestations privées). En conséquence, les ménages démunis ou au revenu insuffisant, ceux qui présentent des risques élevés et les habitants de certaines régions rurales n'ont pas d'autre solution que d'adhérer au FONASA.

Inégalités de couverture et d'accès

La part de la population couverte par les différents régimes d'assurance maladie est passée de 71 pour cent en 1973 à 62 pour cent en 1980, l'année qui précède la réforme. Entre 1984 et 2006, le taux de couverture du FONASA passe de 83 à 59 pour cent avant de remonter à 70 pour cent; celui des ISAPRE passe de 3 à 26 pour cent, puis retombe à 16 pour cent; la couverture de la catégorie «Autres» (assurés du régime des forces armées et des assurances privées et personnes non assurées) se maintient aux alentours de 14 à 15 pour cent (FONASA, 2007). En 2006, 5,1 pour cent des citoyens ne sont pas affiliés, mais seulement 0,5 pour cent sont véritablement démunis et peuvent ne pas être couverts du tout, et la grande majorité d'entre eux ont une assurance privée ou acquittent les prestations directement (éléments tirés de CASEN, 2007).

En théorie, même si la couverture est universelle, il existe des différences importantes selon le revenu, la situation dans la profession, la région, l'origine ethnique, l'accès aux prestations et le sexe. Ces inégalités sont plus marquées dans le système privé que dans le secteur public. Les gouvernements de la démocratie sont parvenus à en atténuer, voire à en éliminer certaines. Ainsi, en 2006,

la ventilation de la population couverte par quintiles de la répartition du revenu par habitant met en évidence que 92 pour cent du quintile inférieur et 89 pour cent du quintile immédiatement supérieur sont couverts par le FONASA, alors que 44 pour cent du quintile le plus élevé adhèrent à une ISAPRE. Au sein du FONASA, les assurés sont, en proportion, de moins en moins nombreux lorsque le revenu augmente. La situation est inverse dans le cas des ISAPRE, du régime des forces armées et des assurances privées. Dans tous les quintiles (même le quintile supérieur), la couverture diminue avec l'âge et les risques de maladie dans le système privé (notamment parce que les ISAPRE demandent un taux de participation aux frais plus élevé aux assurés âgés), alors qu'elle augmente dans le système public (éléments tirés de CASEN, 2007).

En ce qui concerne la situation dans l'emploi, les travailleurs indépendants, qui représentent 20 pour cent de la population active, constituent seulement 9 pour cent du total des membres affiliés aux ISAPRE (il s'agit pour la plupart de travailleurs intellectuels ou au revenu élevé). En ce qui concerne le FONASA, ce taux est de 21 pour cent, car l'affiliation et les prestations sont gratuites ou subventionnées pour les indigents et les travailleurs à bas revenus. De ce fait, 75 pour cent des indépendants sont couverts par le système public (éléments tirés de CASEN, 2007).

La couverture du FONASA varie aussi selon la région, passant ainsi en 2002 de 54 pour cent en Antofagasta à 78 pour cent en Maule. Parallèlement, 58 pour cent des assurés des ISAPRE vivent dans la région métropolitaine qui, cependant, accueille seulement 36 pour cent de la population totale (Surintendance de la santé, 2007a). En 2000, à la différence de ce qui prévaut dans d'autres pays d'Amérique latine, au Chili, la population autochtone ne représente que 6,6 pour cent de la population totale, mais elle est concentrée dans les trois régions présentant les taux de pauvreté et de mortalité infantile les plus élevés; en outre, l'espérance de vie des intéressés est inférieure à celle des autres habitants. Pourtant, 80 pour cent des autochtones sont couverts par le FONASA, dont 47 pour cent vivent au-dessous du seuil d'indigence. Il y a des inégalités socio-économiques importantes entre les communes, sur le plan de l'éducation, du logement, de l'accès à l'eau potable et aux systèmes d'assainissement, etc., ce qui influe sur la mortalité et d'autres indicateurs relatifs à la santé. Le recours aux soins de santé primaires varie ainsi du simple au triple selon la commune, et le recours aux services d'urgence du simple au quadruple.

Les délais de prise en charge sont courts pour les plus riches, mais longs pour les bas revenus et les pauvres. En 2000, sur l'ensemble des personnes touchées par une maladie ou un accident, 15 pour cent parmi le quintile inférieur de la distribution des revenus n'ont pas été soignés faute de ressources suffisantes. Les ISAPRE peuvent restreindre l'accès aux prestations par divers moyens, dont des délais de carence pendant lesquels le droit de l'assuré aux prestations est suspendu ou réduit, des délais d'attente ou l'exclusion en cas de maladie préexistante ou de grossesse, et des réserves quant à certaines pathologies ou risques particulièrement coûteux. Dans le cas du FONASA, il n'y a ni plafonds,

ni franchises, ni réserves, ni délais de carence. Dans certaines villes du nord et certaines régions rurales très isolées du sud, les conditions géographiques et climatiques et les difficultés de transport empêchent l'accès aux soins d'urgence ou entraînent des retards de prise en charge pour les soins relativement complexes, et les listes d'attente sont longues dans les hôpitaux publics et pour les traitements difficiles.

Inégalités selon le sexe

En 2002, deux tiers des assurés titulaires des ISAPRE sont des hommes, contre seulement un tiers de femmes. L'écart entre les sexes est bien moindre au sein du FONASA (57 pour cent et 43 pour cent respectivement) et, si l'on considère l'ensemble des bénéficiaires (les assurés titulaires mais aussi les ayants droit), il s'annule (FONASA, 2007)³. La discrimination à l'encontre des femmes s'explique en partie par des facteurs extérieurs: une moindre participation à la vie active (39 pour cent contre 73 pour cent pour les hommes), un salaire représentant un tiers seulement du salaire masculin, une surreprésentation dans le secteur informel (qui emploie 45 pour cent des femmes actives) et, dans la plupart des cas, une couverture au titre de personne à charge d'un assuré masculin.

L'écart découle aussi des conditions très inéquitables faites aux femmes dans le système privé. En effet, les produits d'assurance des ISAPRE sont beaucoup plus chers pour les femmes, qui présentent jusqu'à deux fois plus de risques que les hommes. Ainsi, dans les ISAPRE, la prime exigée des femmes en âge de procréer, si le contrat prévoit la prise en charge intégrale de la grossesse, pourra être de 1,9 à 3,4 fois supérieure à celle qui est exigée des hommes de la même tranche d'âge (20-40 ans). Le coût de la maternité est donc financé par les femmes exclusivement, alors que, même dans le cas des contrats d'assurance qui excluent la prise en charge de l'accouchement, la prime est plus élevée pour les femmes que pour les hommes à âge égal⁴. De ce fait, la grande majorité des femmes en âge de procréer sont couvertes par le FONASA, qui octroie des subventions aux ISAPRE à cette fin. En outre, lors du renouvellement annuel des contrats, les primes peuvent être réévaluées selon l'âge de la femme et le nombre des personnes à sa charge. Jusqu'en 2002, malgré ces pratiques discriminatoires, les ISAPRE prenaient en charge le congé maternité et bénéficiaient d'une subvention équivalant à 2 pour cent du salaire imposable.

³ En 2006, cet écart a diminué. Les assurés titulaires masculins représentent, dans le cas des ISAPRE, 61 pour cent de l'ensemble des assurés contre 39 pour cent pour les femmes, parts qui passent respectivement à 60 et 40 pour cent dans le cas du FONASA, et à 74 et 26 pour cent dans le cas des assurances privées. Si l'on tient compte de l'ensemble des bénéficiaires (titulaires et dépendants), on compte 52 pour cent d'hommes contre 48 pour cent de femmes dans le cas des ISAPRE, taux qui passent respectivement à 47 et 53 pour cent dans le cas du FONASA, et à 60 et 40 pour cent dans le cas des assurances privées (éléments tirés de CASEN, 2007).

⁴ Information communiquée à l'auteur par Silvia Leiva Parra, à Santiago du Chili, le 3 juillet 2008.

Inégalités relatives au financement

Le système chilien de santé souffre de deux problèmes chroniques: les inégalités en matière de financement et le manque de solidarité. Les ISAPRE procèdent à un écrémage, c'est-à-dire qu'elles refusent les candidats au profil de risque défavorable, qui sont moins rentables, au profit de ceux qui courent moins de risques et sont plus riches. En outre, elles demandent une participation aux frais à leurs assurés. Elles engrangent ainsi des fonds importants. De son côté, le secteur public doit prendre en charge les catégories au profil de risque moins favorable, qui entraînent des coûts supérieurs, et qui sont moins fortunés (soit les assurés les moins rentables). Il perçoit donc moins de ressources. En 2000, les ISAPRE assurent 20 pour cent des citoyens, qui sont à l'origine de 43 pour cent des dépenses totales de santé; de son côté, le FONASA assure 66 pour cent des citoyens, qui sont à l'origine de 57 pour cent des dépenses totales de santé, soit proportionnellement, moitié moins que les assurés des ISAPRE.

La réforme a uniformisé et augmenté la part salariale qui est passée de 4 pour cent du salaire en 1981 à 7 pour cent en 1986 (une part identique est retenue sur la pension). Le salaire pris en compte pour le calcul de la cotisation est plafonné, mesure qui tend à privilégier les revenus les plus élevés; la part de l'employeur disparaît, et le régime des forces armées reçoit des subventions considérables. Le groupe des revenus intermédiaires et supérieurs transfère la cotisation de 7 pour cent aux ISAPRE, et le FONASA perd ainsi le gros des contributions, alors qu'il assure la prise en charge de la population âgée, des femmes en âge de procréer, des pauvres et des petits revenus, qui présentent un risque de maladie supérieur. Les cotisations (assurance maladie et retraite) aux régimes public et privé sont exonérées d'impôt sur le revenu, alors que les participations aux frais des assurés des ISAPRE sont exonérées de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), ce qui favorise les revenus supérieurs. Les ISAPRE ont des frais administratifs très élevés du fait de grosses dépenses de marketing et de leurs bénéficiaires. Certains individus classés parmi les pauvres ne le sont pas en réalité et sont pris en charge gratuitement par le FONASA (les «free riders», personnes qui profitent de la distribution inadaptée des prestations) alors que d'autres, qui sont assurés par une ISAPRE, se font soigner dans le réseau public (notamment pour les urgences, les accidents, la grossesse et l'accouchement, et certaines maladies très graves répertoriées comme particulièrement coûteuses) parce que ces services sont plus accessibles ou moins chers que ceux du système privé. Or ces deux catégories d'individus et les ISAPRE reçoivent des subventions qui favorisent, dans les faits, les revenus supérieurs. Les ISAPRE augmentent le taux de participation aux frais chaque année (sans plafond légal) compte tenu de l'augmentation du risque, elles font en sorte de décourager ou de refuser les patients coûteux (personnes âgées, malades chroniques ou incurables, femmes enceintes) qui sont contraints d'utiliser les services du secteur public, augmentant ainsi leurs coûts. En 2006, les ISAPRE assurent 5 pour cent de la population de 60 ans et plus, alors que le FONASA couvre 90 pour cent de cette catégorie, dont 72 pour cent sont pauvres ou à bas revenu. Au moment du départ

à la retraite, le revenu diminue alors que les frais de santé augmentent, et c'est pour cela que les ISAPRE demandent une prime supérieure aux assurés retraités, qui renoncent pour beaucoup au privé au profit du FONASA. Au sein des ISAPRE, la prime d'un assuré pourra être près de trois fois supérieure à celle de la tranche d'âge 18-44 ans s'il a entre 60 et 65 ans, et près de 5,5 fois supérieure s'il a plus de 75 ans⁵. Jusqu'en 1996, une exonération d'impôt était consentie sur la part patronale versée à hauteur de 2 pour cent de la rémunération des salariés en cas de niveau de cotisation insuffisant ne permettant pas l'affiliation à une ISAPRE (soit 4,7 pour cent du revenu), mais cette contribution s'éteignait au moment du départ à la retraite.

Avant 1990, il existe déjà au moins un élément en faveur de l'égalité qui s'est consolidé avec le retour de la démocratie. Le FONASA couvre les ménages au-dessous du seuil d'indigence et octroie aux citoyens restants une allocation inversement proportionnelle à la capacité de paiement. A cette fin, quatre catégories de revenus sont définies, le nombre des personnes à charge de l'assuré étant pris en compte:

- A. les assurés vivant au-dessous du seuil de pauvreté, qui sont exemptés de cotisation, ont accès au système public uniquement et bénéficient de la gratuité des soins;
- B. les assurés dont le revenu est inférieur au salaire minimum, qui sont soumis à cotisation et bénéficient de la gratuité des soins dans le service public;
- C. les assurés dont le revenu est compris entre une fois et 1,45 fois le salaire minimum, qui sont soumis à cotisation et à une participation aux frais de 10 pour cent pour bénéficier des soins dans le service public;
- D. les assurés dont le revenu est supérieur à 1,45 fois le salaire minimum, qui sont soumis à cotisation et à une participation aux frais de 20 pour cent pour bénéficier des soins dans le service public⁶.

Les deux premières catégories (autochtones y compris) reçoivent des prestations pour une valeur bien supérieure à ce qu'elles versent. La situation est inverse dans le cas des deux dernières. Les transferts des deux derniers groupes vers les deux premiers tendent à favoriser les plus pauvres et, donc, à promouvoir l'égalité. Tous les assurés du FONASA ont accès au même éventail de prestations indépendamment de leur revenu, des cotisations qu'ils versent et de leur profil de risque, si bien qu'il y a une redistribution des ressources des assurés

⁵ Information communiquée à l'auteur par Silvia Leiva Parra, à Santiago du Chili, le 3 juillet 2008. Les personnes âgées tombent plus souvent malades, mais si c'est le cas, elles ne reçoivent pas d'indemnité pour perte de salaire (puisqu'elles ne travaillent plus), élément qui n'est pas pris en compte aux fins de réductions éventuelles.

⁶ En 2006, les assurés se répartissaient comme suit: 30 pour cent dans la catégorie A, 35 pour cent dans la catégorie B, 20 pour cent dans la catégorie C, et 15 pour cent dans la catégorie D (CASSEN, 2007).

au revenu supérieur vers les assurés moins fortunés et des personnes en bonne santé vers les malades.

Effet des réformes du système d'assurance maladie sur la justice sociale

Les gouvernements de la démocratie ont largement augmenté le budget de la santé publique, notamment les postes de dépenses d'infrastructures et d'équipement. Une volonté toujours plus manifeste de contrôler, superviser et limiter les abus commence avec la réforme de 1995 et la création d'une Surintendance des ISAPRE. Cet organe doit assurer la conformité aux normes des contrats d'assurance et régler les exclusions, établir un barème des frais et taux maximaux dans le cas des contrats couvrant les personnes âgées et les femmes enceintes, régler la prise en charge des affections préexistantes, uniformiser l'information pour une comparaison plus aisée entre les différents contrats d'assurance maladie (40 586 en 2006) et arbitrer les conflits entre les ISAPRE et leurs assurés. En 1996, l'Etat supprime l'exonération d'impôt sur la contribution patronale équivalant à 2 pour cent du salaire des employés, mesure qui était destinée à favoriser l'affiliation aux ISAPRE. Les dépenses publiques de santé, en pesos constants, ont été quasi multipliées par quatre entre 1995 et 2005, et la composante fiscale de ces dépenses par cinq. Le coût des prestations par bénéficiaire augmente de 66 pour cent. Les cotisations versées au FONASA sont retenues sur des salaires relativement modestes et ne suffisent donc pas à financer les services. En conséquence, le financement de l'Etat passe de 41 à 55 pour cent entre 1990 et 2004, et la part des cotisations de 45 à 34 pour cent. Au sein des ISAPRE, la somme des cotisations et des participations moyennes aux frais est supérieure de 3,5 fois au montant de la cotisation moyenne des assurés du FONASA, mais seulement de 1,4 fois si l'on tient compte des subventions publiques. En 2006, 61 pour cent des assurés du FONASA, soit 100 pour cent des assurés du groupe A et 40 pour cent des assurés du groupe B, ne versent pas de cotisations (FONASA, 2007).

En 2002, le Président Ricardo Lagos a déclaré qu'«il fallait mettre fin aux inégalités criantes qui caractérisent le système de santé au Chili», inégalités dues à la charge financière qui pèse sur les familles et aux écarts importants dans les délais de prise en charge et la qualité des soins (Chili, 2002). Deux propositions de réforme formulées en 2002-2004 ont été dénoncées par les partis conservateurs de l'opposition, les ISAPRE et l'ordre des médecins. Il était proposé de constituer un fonds de solidarité devant financer, par l'impôt, la cotisation des indigents au FONASA (afin que l'accès aux soins et le coût des assurances ne dépendent pas de la capacité de paiement et du profil de risque de l'individu) et de créer un fonds de compensation devant assurer le financement des congés de maternité dans les deux systèmes (ce deuxième fonds devait être financé par un prélèvement de 0,6 pour cent sur la cotisation de 7 pour cent, une participation aux frais des revenus intermédiaires et supérieurs et une augmentation de la TVA). En 2002, l'Etat reprend à sa charge le financement du

congé de maternité⁷, indépendamment de l'assureur et du revenu de l'assurée, il met fin à la discrimination pratiquée par les ISAPRE et supprime la subvention versée à ces institutions. Désormais, le financement de la prestation n'est pas progressif puisqu'il repose sur l'impôt mais proportionnellement au salaire. Ainsi, la moitié de la population reçoit 80 pour cent du total des allocations de maternité, qui sont financées par des impôts, dont beaucoup sur la consommation, versés par l'ensemble des citoyens.

Les lois n^{os} 19.937, 19.949 et 19.966 promulguées en 2004 ont encore limité les injustices (Chili, 2004a, 2004b et 2004c). Elles ont renforcé le pouvoir du ministère et instauré la Surintendance de la santé, qui absorbe la Surintendance des ISAPRE et a pour mandat de coordonner et de renforcer la supervision et le contrôle sur l'ensemble du système. Plusieurs mesures sont adoptées pour améliorer l'accès aux soins: campagnes de vaccination gratuite contre la grippe, gratuité des communications téléphoniques pour la prise de rendez-vous médicaux dans le cas des soins de santé primaires, mise en place de nouveaux services d'urgence, réduction des listes d'attente pour les prestations en milieu hospitalier ou en établissement ambulatoire, octroi de prêts pour soins de santé, meilleure prise en charge des pauvres et des bas revenus et subvention des frais d'approvisionnement en eau potable et des frais d'assainissement dans le cas des ménages pauvres. Le FONASA répartit les ressources en fonction d'un «indice de capitation» fondé sur un calcul de la pauvreté qui favorise les communes les plus pauvres, ce qui contribue à réduire les injustices sur le plan de la santé comme de la retraite. Certaines de ces prestations existaient déjà précédemment (avec la couverture du groupe A dans le cas du FONASA et la prise en charge partielle des frais d'approvisionnement en eau potable) mais le programme «Chile Solidario» (Chili solidaire) – lancé en 2002, institutionnalisé par la loi n^o 19.949 (Chili, 2004b) et prorogé en 2006 – introduit une perspective intégrée et pluridimensionnelle axée sur la pauvreté extrême⁸. Ce programme comporte plusieurs mesures particulièrement novatrices:

- mise en relation des prestations en espèces et des prestations en services, avec l'accès garanti au FONASA pour le groupe A, versement de pensions au titre de l'aide sociale, information du public, augmentation de l'allocation pour approvisionnement en eau potable (pris en charge à 100 pour cent jusqu'à 15 m³), etc.;
- détermination du revenu sur la base de plusieurs indicateurs et participation volontaire des ménages subordonnée à l'enregistrement auprès d'un système tel que le régime d'assurance maladie;

⁷ Cette prestation comprend un congé de six semaines avant l'accouchement et de douze semaines après, avec le versement de l'intégralité du salaire, l'obligation de réintégrer l'assurée dans son poste de travail et l'interdiction de la licencier pendant l'année qui suit (Bibliothèque du Congrès, 2008).

⁸ Les bénéficiaires de ce programme présentent des indicateurs plus défavorables que la moyenne nationale sur les plans suivants: chefs de famille âgés, sexe féminin, analphabétisme, chômage, travail dans le secteur agricole ou informel, accès limité au réseau public d'approvisionnement en eau potable, absence de couverture de sécurité sociale et d'allocations familiales.

- meilleure information des citoyens quant à leurs droits en vue de promouvoir l'accès aux prestations publiques et concrétisation de cinquante-trois droits (santé, éducation, logement, emploi, revenu) à la fin du programme;
- regroupement des opérations administratives et financières au sein du ministère de la Planification.

En 2006, 290 123 ménages et presque un million de personnes ont bénéficié du programme qui vise à venir à bout de la pauvreté extrême d'ici à 2010 (Pérez, 2006; Chile Solidario, 2008; Ministère de la Planification, 2008; Barrientos et Santibáñez, à paraître).

Le nouveau modèle de prise en charge vise à favoriser les examens de médecine préventive et les diagnostics précoces dans le cas de certaines maladies, ainsi que la mise sur pied de services de santé primaires capables d'absorber une grande partie des urgences. A ce titre, le pourcentage des dépenses publiques consacrées aux soins de santé primaires passe de 12 à 21,4 pour cent entre 1995 et 2005. La justice sociale gagne du terrain du fait de la suppression des contributions versées par le secteur public au secteur privé et d'un contrôle plus étroit sur les assurés des ISAPRE qui utilisent les services publics. Deux institutions clefs voient le jour, le programme dénommé Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE) et le Fonds de compensation de solidarité, qui sont présentés ci-dessous.

En 2002, le Président Lagos a déclaré que «pour assurer le droit à la santé, les déclarations d'intention ne suffiront pas. Il faut aussi mettre en place des garanties expresses en ce qui concerne l'accès aux prestations, les délais de prise en charge, la qualité des soins et la contribution maximale de l'assuré. [...] Tous les individus résidant sur le territoire doivent avoir accès à des soins de qualité, dans des délais raisonnables, indépendamment de l'âge, du sexe, du niveau d'instruction, de l'origine ethnique et du revenu» (Chili, 2002, pp. 3-4). En vertu d'un mécanisme précurseur pour la région reposant sur un ensemble de «garanties expresses en matière de santé», ou plan AUGE, institué par la loi n° 19.966 (Chili, 2004c), les assurés des différents régimes peuvent prétendre à certaines garanties quant à la qualité des soins, aux délais de prise en charge et aux contributions maximales qui pourront leur être demandées dans le cas d'une liste de prestations (y compris le suivi de l'accouchement) qui couvrira à terme l'ensemble des principales pathologies causes de mortalité et d'invalidité (56 en 2007), et ce indépendamment du revenu, de l'âge, du sexe et du profil de risque de l'assuré. En outre, le programme fixe un délai d'attente maximal dans le cas de chaque prestation et précise la définition de la notion d'affection préexistante. Les prestations couvertes sont gratuites pour les pauvres et les personnes âgées affiliées au système public, indépendamment du profil socio-économique. La Surintendance fixe une prime dite «communautaire» et universelle qui reflète le coût moyen annuel du plan AUGE (cette prime est la même pour tous et doit rester inchangée pendant trois ans), et elle définit un taux maximal de participation aux frais et des tarifs plancher et plafond pour les usagers des deux systèmes, avec des coûts maximaux qui dépendent du revenu du ménage. Les usagers ont le droit

d'exiger l'application des garanties auprès du FONASA et des ISAPRE et, en cas de litige, ils peuvent saisir la Surintendance, qui peut condamner les organismes fautifs à une amende, une suspension ou d'autres sanctions. Des sondages d'opinion ont été réalisés périodiquement sur le programme AUGE. A la question de savoir si elles sont plutôt bien ou plutôt mal protégées par ce mécanisme, les personnes interrogées répondent à 50 pour cent «très bien ou assez bien», à 29 pour cent «ni l'un ni l'autre» et à 21 pour cent «mal ou très mal». A la question de savoir si elles sont «plutôt satisfaites» ou «plutôt pas satisfaites» du système, les personnes interrogées répondent à 51 pour cent «très satisfaites», à 38 pour cent «plutôt satisfaites» et à 7 pour cent «plutôt pas satisfaites». Enfin, les personnes interrogées estiment à 72 pour cent que le plan AUGE garantit l'accès aux prestations, à 58 pour cent qu'il garantit une bonne qualité des soins, à 56 pour cent une prise en charge rapide, et à 48 pour cent une protection financière (Surintendance de la santé, 2007b).

Le Fonds de compensation de solidarité entre les ISAPRE réduit la sélection des risques. Tous les assurés des ISAPRE dites «ouvertes»⁹ cotisent eux aussi au fonds, mais ils reçoivent des allocations calculées sur la base des frais de santé prévisibles, si bien que les femmes en âge de procréer et les personnes âgées reçoivent des transferts des cotisations versées au fonds par les hommes jeunes. Le fonds verse une compensation aux ISAPRE «ouvertes» pour la différence entre la prime universelle et la prime ajustée compte tenu du profil de risque. La Surintendance détermine le montant de la compensation devant revenir à chaque ISAPRE, ce qui doit permettre d'homogénéiser les risques de santé à l'avenir. Elle régule aussi l'augmentation des primes des ISAPRE en assujettissant le réajustement annuel à des limites supérieures et inférieures. En 2006, du fait de toutes ces mesures, les bénéficiaires des ISAPRE ont chuté de 7,7 à 4,3 pour cent des recettes, mais le coût administratif par bénéficiaire est encore près de deux fois plus élevé dans ces institutions qu'au sein du FONASA (Surintendance de la santé, 2007a).

La loi n° 20.255 de 2008 sur la réforme des retraites (Chili, 2008) rend obligatoire l'affiliation des indépendants au système de santé à compter de 2016 et exempte de la cotisation de 7 pour cent toute personne démunie au bénéfice d'une pension minimale de solidarité (voir plus loin les effets de cette réforme en matière d'égalité).

Ni les usagers ni les travailleurs ne participent véritablement à la gestion de la Surintendance, du FONASA, des ISAPRE et du Système national des services de santé. Les communes ont certes été invitées à élaborer un bilan et un programme en matière de santé en associant les citoyens à leurs travaux. Cependant, sur la plus grande partie du territoire, les moyens manquent à l'échelon local pour assurer cette participation. En effet, il n'existe pas d'organisations de consommateurs ni de groupes de pression s'intéressant à la question. On compte

⁹ En 2006, il y avait dix ISAPRE «ouvertes» et cinq «fermées». Ces dernières ne sont pas tenues de contribuer au Fonds de compensation de solidarité pour autant que la majorité de leurs membres sont des travailleurs selon une circulaire de 2007.

certes au sein des hôpitaux et des établissements ambulatoires des «conseils de développement» où la société civile est représentée. Cependant, il s'agit d'organes non officiels, purement consultatifs, dont les avis ne sont pas contraignants. Les lois n^{os} 19.937 et 19.966 (Chili, 2004a et 2004c) ont créé quatre mécanismes de participation, dont l'un à caractère représentatif. Il s'agit des Conseils consultatifs d'usagers, au sein desquels siègent cinq représentants du quartier et deux du personnel de l'établissement.

Inégalités sociales et réformes du système des retraites et de l'aide sociale

La réforme des retraites de 1980, qui a aussi été imposée sans concertation publique, a mis fin à l'affiliation des nouveaux venus au système public, soit un régime par répartition à prestations déterminées géré par l'Etat, et l'a remplacé par un régime privé par capitalisation individuelle à cotisations déterminées, géré par des sociétés à but lucratif spécialisées dans la gestion des fonds de pension, les AFP. Quand la réforme est entrée en vigueur, les assurés ont dû décider rapidement s'ils souhaitent demeurer dans le système public (unifié et contrôlé par l'Institut de normalisation des retraites) – ou s'affilier au nouveau système privé, les nouveaux venus sur le marché du travail étant contraints, de leur côté, d'adhérer aux AFP. En 2006, 91 pour cent de l'ensemble des assurés relevaient du système privé et 9 pour cent seulement du système public (CASSEN, 2007). Seule une petite partie de la population cotise à l'Institut de normalisation des retraites, qui verse aujourd'hui encore la plupart des rentes, d'où un déficit opérationnel représentant en 2006, compte tenu en outre d'autres coûts de transition, 5 pour cent du PIB (Arenas de Mesa et Mesa-Lago, 2006). La Surintendance des AFP régit et contrôle le système privé, mais plusieurs fonctions de réglementation et de supervision sont déléguées à d'autres organes. Toute solidarité est absente du système privé puisque les pensions minimales et les pensions au titre de l'aide sociale sont entièrement à la charge de l'Etat. Les forces armées qui ont lancé la réforme se sont constituées en exception et conservent des régimes distincts prévoyant des rentes supérieures, qui sont en grande partie financés par l'impôt. Bien que certaines modifications aient été apportées au système privé, elles sont restées mineures. Les AFP ont un pouvoir énorme, ainsi en 2007, les fonds de pension gérés par ces sociétés représentaient 64 pour cent du PIB (AIOS, 2007) et elles sont parvenues à reporter une réforme fondamentale pendant vingt-sept ans.

Les indications qui précèdent portent sur les retraites contributives uniquement. Il existait déjà avant la réforme un régime non contributif de pensions de vieillesse au titre de l'aide sociale (PISIS), qui a perduré et visait les ménages pauvres. L'accès à la prestation, qui était accordée sur la base d'une attestation de revenu contrôlée périodiquement, était limité par l'existence d'une liste d'attente et subordonné à la disponibilité de ressources publiques suffisantes. De nombreux éléments attestent que les retraites non contributives aident largement à la lutte contre la pauvreté. Le système privé présente une faille à

cet égard puisque certains assurés, qui ne peuvent prétendre ni à une retraite minimale (faute d'avoir accumulé les vingt années de cotisation requises) ni à une retraite au titre de l'aide sociale (faute de remplir l'ensemble des conditions relatives à l'attestation du revenu), se trouvent dépourvus de toute protection.

Inégalités quant à la couverture

Si l'on se fonde sur le nombre de cotisants actifs, quel que soit le régime, il apparaît que le taux de couverture de la population active est de 73 pour cent en 1973 (année du coup d'Etat), de 64 pour cent en 1980 (avant la réforme) et de 29 pour cent en 1982. Il progresse ensuite jusqu'à atteindre 57 pour cent en 1997 puis stagne au moins jusqu'en 2004 (Mesa-Lago, 2008). Si l'on considère les chiffres des enquêtes auprès des ménages, le taux de couverture est de 58 pour cent en 2003 et de 61 pour cent en 2006 (CASEN, 2007). Dans le système privé, le taux de couverture est très différent selon que l'on se fonde sur le nombre d'assurés ou sur le nombre de cotisants (soit les assurés qui se sont acquittés de leur cotisation le mois précédant l'enquête). Dans le premier cas, le taux de couverture de la population active est de 113,6 pour cent à la fin de 2007 (ce qui constitue une aberration statistique)¹⁰, dans le second, il n'est plus que de 61 pour cent; 46 pour cent des assurés seulement sont des cotisants actifs (AIOS, 2007; Surintendance des AFP, 2008). En 1992-2003, le pourcentage des citoyens de plus de 65 ans recevant une pension quelle qu'elle soit tourne autour de 76 pour cent, mais la part dans ce taux des pensions contributives diminue alors que celle des pensions non contributives ou relevant de l'aide sociale augmente. Selon les estimations, la couverture par des pensions contributives devrait passer de 65 pour cent à 50 pour cent entre 2006 et 2020 (Chili, 2006, p. 6).

On relève des inégalités dans la couverture de la population active selon le revenu, le niveau d'instruction, la situation dans la profession et le sexe. Ainsi, le taux de couverture par le système privé augmente avec le revenu et le niveau d'instruction. En 2004, les personnes qui ne cotisent pas présentent les caractéristiques suivantes: 66 pour cent ont un revenu très bas, 46 pour cent vivent au-dessous du seuil de pauvreté, 52 pour cent ont un niveau d'instruction très limité, et 75 pour cent n'ont pas travaillé pendant les trois années précédentes. Plusieurs raisons sont citées pour expliquer le défaut d'affiliation: caractère non obligatoire de l'affiliation, manque d'argent, méconnaissance du système, épisodes de chômage, méfiance à l'égard du système privé, statut de femme au foyer, irrégularité de l'activité professionnelle, et coût très élevé du système (EPS, 2006).

En 2005, les indépendants représentent 15 pour cent de la population active en zone urbaine et 32 pour cent en zone rurale. Leur affiliation au système

¹⁰ Cette aberration est due au maintien de l'immatriculation de certains assurés, qui sont désormais inactifs ou sont passés du secteur formel au secteur informel ou ont pris leur retraite tout en travaillant et cotisant encore occasionnellement.

de retraite est facultative et, vingt-sept ans après la réforme, seule une petite minorité d'entre eux a adhéré au système, à savoir ceux qui exercent une profession intellectuelle et ont un revenu relativement élevé¹¹. Dans le cas du système privé, les salariés constituent 96,6 pour cent de l'ensemble des assurés à la fin de 2007, et les indépendants 3,4 pour cent seulement. Les taux correspondants dans le cas des assurés cotisants sont de 98,3 et 1,7 pour cent respectivement (Surintendance de AFP, 2008)¹². En 1986-2004, la part des indépendants affiliés qui ne versent pas de cotisations passe à 80 pour cent. Par rapport aux salariés, les assurés indépendants ont en moyenne un niveau d'instruction inférieur, un âge supérieur, et des sources de protection complémentaires moins importantes. Les actifs ayant toujours été indépendants présentent une densité de cotisation (pourcentage moyen de cotisation pendant la vie active de l'assuré) nettement inférieure à celle des assurés ayant toujours été salariés (EPS, 2004; Bertranou et Vázquez, 2006). Les personnes interrogées expliquent le défaut d'affiliation comme suit: à 37 pour cent par le caractère non obligatoire de l'affiliation, à 24 pour cent par le manque d'argent et à 11 pour cent par la méconnaissance du système. A la question de savoir comment ils envisagent de financer leur retraite, les indépendants non qualifiés ou ayant une activité de subsistance sont bien moins nombreux proportionnellement que les indépendants des professions intellectuelles ou techniques (et les salariés) à citer la pension, l'épargne personnelle ou une assurance, et bien plus nombreux à déclarer compter sur l'aide sociale ou l'assistance de leur famille ou encore ne pas se projeter dans l'avenir (Subsecretaría, 2008). La couverture effective des indépendants est supérieure dans les rares pays où la loi prévoit l'affiliation obligatoire de la catégorie – à savoir l'Argentine, le Brésil, le Costa Rica et l'Uruguay, mais pas la Colombie –, notamment lorsque des allocations sont versées en cas de bas revenu (Mesa-Lago, 2008).

A la fin de 2007, on comptait parmi les assurés du système privé 55 pour cent d'hommes et 45 pour cent de femmes (soit le niveau le plus élevé d'Amérique latine), mais ces taux passent à 62 et 38 pour cent respectivement si l'on se fonde sur le nombre d'assurés cotisants (Surintendance des AFP, 2008). En 2006, 63 pour cent des femmes ne sont pas affiliées au système de retraite alors que la moyenne des personnes non assurées tous sexes confondus est de 33 pour cent (EPS, 2008). Le taux de couverture très inférieur des femmes par rapport aux hommes est caractéristique des quintiles inférieurs de la répartition des revenus (en partie du fait des particularités de la participation des femmes au marché du travail), des actifs peu ou pas qualifiés, du personnel de maison, des personnes travaillant sans rémunération pour l'entreprise familiale, des indé-

¹¹ Le taux d'affiliation et de cotisation ainsi que la densité de cotisation sont bien moindres chez les indépendants peu qualifiés ou ayant une activité de subsistance (soit 79 pour cent du total) que chez les indépendants des professions intellectuelles ou techniques (soit 5,5 pour cent du total) (Subsecretaría, 2008).

¹² Selon la Surintendance des AFP, le pourcentage des indépendants qui cotisent est bien plus faible que ce qui ressort des enquêtes CASEN et EPS du fait de la façon d'enregistrer les intéressés. En effet, l'inscription n'est pas modifiée même s'ils changent de statut pendant leur vie professionnelle, pratique qu'il conviendrait de corriger.

pendants et de la tranche d'âge des 35-44 ans. Les femmes âgées de 65 ans ou plus sont moins couvertes que les hommes par les pensions contributives, avec des taux de 57,2 et 72,6 pour cent respectivement en 2003 (Mesa-Lago, 2008).

Inégalités selon le sexe

Les femmes, qui sont déjà moins bien couvertes que les hommes, perçoivent qui plus est des pensions inférieures, du fait notamment d'une moindre densité de cotisation due à la discrimination dont elles font l'objet sur le marché du travail: moindre participation à la vie active, taux de chômage supérieur, niveau salarial inférieur à travail égal, interruptions d'activité pour élever leurs enfants et surreprésentation dans les emplois non qualifiés, moins bien rémunérés, ne donnant pas accès aux régimes de prévoyance. En outre, les femmes vivent cinq ans de plus en moyenne que les hommes et peuvent arrêter de travailler cinq ans avant eux, si bien que la retraite dure dans leur cas dix ans de plus en moyenne.

Les systèmes publics de retraite tendent à atténuer ces inégalités par des mesures de solidarité, par exemple en subordonnant le versement de la pension minimale dans leur cas à une durée de cotisation inférieure, en appliquant une formule de calcul fondée sur les dernières années de la vie professionnelle et en utilisant des tables de mortalité indifférenciées qui ne tiennent pas compte de l'espérance de vie supérieure des femmes. De telles mesures supposent un transfert de ressources de l'homme vers la femme. Au contraire, les systèmes privés accentuent les inégalités selon le sexe en augmentant les années de cotisation requises dans le cas des femmes pour l'obtention de la pension minimale, en calculant la rente sur la base des fonds accumulés sur le compte individuel, qui dépend des cotisations versées et de la densité de cotisation, en tenant compte du profil de risque de l'assuré et en utilisant des tables de mortalité différenciées selon le sexe (Bertranou et Arenas de Mesa, 2003; Montecinos, 2006). La densité de cotisation était en 2006 de 42 pour cent pour les femmes contre 61 pour cent pour les hommes (EPS, 2008). En outre, dans le cas des femmes, les fonds accumulés sur les comptes individuels sont moins importants et doivent qui plus est se répartir sur une période de retraite plus longue de quelque dix ans, ce qui se traduit par des taux de remplacement et des niveaux de rente inférieurs.

Le taux de remplacement du système privé, calculé selon des tables de mortalité différenciées selon le sexe, est de 35 pour cent pour les femmes, qui prennent leur retraite à 65 ans, contre 46 pour cent pour les hommes qui le font au même âge, soit un taux inférieur de 24 pour cent pour les femmes. On a estimé de ce fait que 35 pour cent des femmes âgées de 40 à 45 ans en 2004 recevront une rente inférieure à la pension au titre de l'aide sociale et 10 pour cent une rente supérieure à cette allocation mais inférieure à la pension minimale, c'est-à-dire que 45 pour cent des femmes toucheront une pension inférieure à la pension minimale (Arenas de Mesa et Mesa-Lago, 2006, pp. 163-165).

En 2005, la pension minimale atteignait en moyenne 62 pour cent du salaire minimum et 23 pour cent du salaire moyen dans le système privé, taux qui

affichent une tendance à la baisse depuis 1990. Selon les projections, la moitié des assurés du système privé recevra une pension minimale, soit 35 pour cent des hommes et 60 pour cent des femmes. En 2000, la Banque mondiale a estimé que 30 pour cent des femmes et 50 pour cent des hommes habitant Santiago risquaient de ne pas remplir les conditions nécessaires pour recevoir la pension minimale, et les taux correspondants étaient certainement supérieurs à l'échelon national (Gill, Packard et Yermo, 2005, pp. 176-186).

Sur l'ensemble des personnes appelées à prendre leur retraite chaque année entre 2020 et 2025, 46 pour cent (dont 65 pour cent de femmes) risquent de toucher une rente inférieure à la pension minimale (Chili, 2006, p. 6).

Inégalités quant au financement

La solidarité est absente du système privé, et les transferts entre générations et entre assurés inexistantes. La solidarité et la redistribution sont désormais à la charge de l'Etat, qui s'en acquitte en finançant les pensions au titre de l'aide sociale et les pensions minimales. En outre, le système privé a pris plusieurs mesures tendant à creuser les écarts entre assurés sur le plan financier:

- a) La part patronale est supprimée et passe à la charge du salarié, tenu de verser désormais 10 pour cent de son salaire ou revenu. Cette mesure est contraire aux prescriptions minimales de l'OIT, qui recommande de plafonner la part salariale à 50 pour cent de la cotisation totale¹³.
- b) Le travailleur verse en outre une commission à l'AFP pour la gestion du régime de retraite¹⁴, ainsi qu'une prime transférée à des compagnies d'assurances privées chargées de verser les pensions d'invalidité et de réversion. La commission et les diverses primes représentent, prises ensemble, 2,44 pour cent du salaire en moyenne à la fin de 2007, soit presque un cinquième d'un prélèvement total atteignant 12,44 pour cent (AIOS, 2007). En 2003, la commission totale moyenne en pesos constants est supérieure de 4,8 pour cent à celle de 1982 (Arenas de Mesa et Mesa-Lago, 2006, pp. 155-156).
- c) La réforme subordonne l'octroi de la pension minimale à vingt ans de cotisation, condition que la moitié au moins des assurés a le plus grand mal à remplir, en particulier ceux dont l'activité est irrégulière, les femmes et les indépendants.
- d) Au contraire, dans le cas du régime spécial des forces armées, les prestations sont déterminées, les conditions d'accès plus souples, les subventions

¹³ L'article 71, paragr. 2, de la convention (n° 102) de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, dit: «Le total des cotisations d'assurance à la charge des salariés protégés ne doit pas dépasser 50 pour cent du total des ressources affectées à la protection des salariés, de leurs épouses et enfants.»

¹⁴ La commission forfaitaire prélevée par certaines AFP tendait à favoriser les plus riches, puisqu'elle était identique pour tous les assurés, quel que soit leur revenu, faisant peser de ce fait une charge relativement plus lourde sur les revenus inférieurs.

- de l'Etat (l'employeur) très importantes et les assurés ne paient pas de commission.
- e) Les coûts de transition sont entièrement assumés par l'Etat, qui redistribue à une minorité de la population au revenu intermédiaire ou élevé des allocations financées par divers impôts (sur la consommation pour la plupart) versés par l'ensemble des citoyens y compris par les ménages pauvres et les petits revenus, c'est-à-dire que le mécanisme a un effet régressif. En 1981-2004, ces coûts atteignent en moyenne 5,7 pour cent du PIB annuel et encore 5 pour cent en 2006. Ils devraient atteindre 4,7 pour cent en 2010.
 - f) En 2006, 1,3 pour cent du PIB était affecté ainsi au financement du régime des forces armées (un quart du coût total), 0,4 pour cent à celui des retraites au titre de l'aide sociale, et 0,1 pour cent à celui des pensions minimales.
 - g) Le système privé creuse les inégalités déjà présentes sur le marché du travail entre les assurés ayant des revenus différents. En 2004, le rapport entre le salaire minimum et le revenu mensuel imposable maximal est de 1 à 8,6. Il est de 1 à 9,3 si l'on considère le revenu minimal et le revenu maximal des retraités. Il est de 1 à 13 si l'on utilise les chiffres récents sur la densité de cotisation par quintile de la répartition des revenus des ménages, c'est-à-dire que le taux de remplacement des assurés qui reçoivent le revenu maximal imposable est supérieur de 14 points de pourcentage à celui des assurés qui touchent le salaire minimum (Arenas de Mesa et Mesa-Lago, 2006, p. 165).

Enfin, ni les travailleurs ni les pensionnés ne participaient à la gestion de la Surintendance et des AFP, alors qu'ils étaient propriétaires des fonds de pension gérés. Les acteurs intéressés au premier chef ne pouvaient donc pas faire entendre leur voix, s'assurer du bon fonctionnement du système ou formuler des propositions en vue de son amélioration.

Effets de la réforme des retraites sur la justice sociale

Cependant, et comme indiqué précédemment, malgré le caractère inéquitable du système des retraites et d'autres vices majeurs dans sa conception, la réforme radicale nécessaire en la matière a été reportée pendant vingt-sept ans. Dans son programme électoral, Michelle Bachelet a fait de cet objectif une priorité. Dès sa prise de pouvoir, elle a nommé un Conseil consultatif très représentatif chargé d'examiner la question de la réforme, d'en débattre lors de nombreuses consultations publiques et de rendre un rapport contenant des propositions quant à la façon de remédier aux lacunes du système; 90 pour cent des recommandations du conseil ont été incorporées dans un projet de loi rédigé à la fin de 2006, soumis au parlement en 2007, promulgué en mars 2008 et entré en vigueur le 1^{er} juillet 2008 (Chili, 2006 et 2008; Garrido et Olivares, 2008; Surintendance des retraites, 2008).

La loi susmentionnée institue un Système de retraite de solidarité reposant sur deux mécanismes distincts. Il s'agit tout d'abord de la pension minimale de solidarité (Pension Básica Solidaria), qui couvre la vieillesse et l'invalidité et remplace avec effet immédiat la pension au titre de l'aide sociale. La pension minimale de solidarité est financée par l'Etat et doit être octroyée dans un premier temps aux 40 pour cent des ménages ayant les revenus les plus bas sur la base de ce que l'on appelle, pour l'instant, la «fiche de protection sociale». En outre, les candidats ne doivent pas avoir cotisé au système, ne percevoir aucune autre pension, avoir 65 ans révolus et avoir résidé au Chili pendant vingt années continues ou discontinues depuis leur vingtième anniversaire, dont quatre au moins pendant les cinq années précédant la présentation de la demande. Est considéré comme ménage à ce titre la famille constituée par le chef de famille, son conjoint, les enfants de moins de 18 ans ainsi que les enfants de moins de 24 ans encore étudiants. Si le revenu du ménage défini de la sorte est inférieur au maximum fixé par personne (qui doit encore être établi), tous ses membres peuvent recevoir la pension minimale de solidarité. Il pourra donc y avoir dans la famille deux personnes âgées touchant la pension en question alors même que le ménage ne figure pas parmi les plus pauvres¹⁵. La pension minimale de solidarité sera progressivement étendue. Elle doit couvrir 45 pour cent des ménages les plus pauvres de la population en 2009, 55 pour cent en 2012 et 60 pour cent à terme. Son montant sera supérieur de 33 pour cent à celui de la pension au titre de l'aide sociale en vigueur en 2008, pour atteindre 67 pour cent en 2009, et il sera indexé annuellement conformément à l'inflation des douze mois précédents.

La contribution retraite de solidarité (Aporte Previsional Solidario), qui remplace dans les faits la pension minimale, constitue le second des mécanismes instaurés par la réforme de 2008. Il s'agit d'une allocation destinée à compléter la pension contributive qui est versée aux personnes de plus de 65 ans ayant de faibles ressources, indépendamment de la durée de cotisation. La pension totale que l'assuré reçoit – et ce même s'il n'a cotisé qu'un mois – est en tous les cas supérieure à la pension minimale de solidarité, l'objectif étant d'encourager les citoyens à cotiser. Le complément est plafonné, et le plafond sera relevé progressivement entre 2008 et 2012, pour atteindre à terme 510 \$EU par mois. Le montant du complément diminue lorsque celui de la pension contributive augmente; la prestation est supprimée quand cette pension atteint le plafond fixé¹⁶.

¹⁵ Deux retraités vivant ensemble peuvent prétendre à la pension minimale de solidarité ou à la contribution retraite de solidarité même si ce sont leurs enfants (actifs vivant au domicile parental) qui subviennent à leurs besoins et même s'ils ne font pas partie des 40 à 60 pour cent d'individus les plus pauvres si l'on s'en tient à la définition de «ménage» utilisée dans les enquêtes CASEN. La loi 20.255 vise à assurer l'indépendance financière des personnes âgées et à empêcher qu'elles constituent une charge financière pour leurs enfants qui travaillent, même si les uns et les autres relèvent du même ménage selon la définition des enquêtes CASEN.

¹⁶ Ce seuil est fixé en pesos par mois et sera relevé comme suit: 140 \$EU en 2008-2009, 240 \$EU en 2009-2010, 300 \$EU en 2010-2011, 400 \$EU en 2011-2012 et 510 \$EU à partir de 2012. L'augmentation se fait au 1^{er} juillet.

Les conditions requises pour l'obtention de cette prestation complémentaire et les bénéficiaires visés sont à peu près les mêmes que dans le cas de la pension minimale de solidarité. Les candidats au complément doivent faire partie des deux quintiles inférieurs de la répartition du revenu en 2008, tranche qui sera progressivement étendue jusqu'à représenter 55 pour cent des ménages en 2012. En outre, le revenu par personne ne doit pas dépasser un seuil donné au sein du ménage. L'écart entre la pension maximale, compte tenu du complément, et la pension minimale de solidarité passera de 12 pour cent en 2008 à 60 pour cent en 2009 et continuera d'augmenter jusqu'en 2012. La prestation complémentaire doit améliorer nettement le niveau des rentes, encourager les actifs à s'affilier et à cotiser, et décourager la fraude en limitant l'attrait de la pension minimale de solidarité. En outre, il est prévu de subventionner les cotisations des jeunes travailleurs pendant les deux années suivant leur affiliation et leur première cotisation. La pension minimale et la prestation complémentaire devraient toucher 800 000 personnes en 2009 et 1,3 million en 2012.

Une bonification universelle pour maternité, équivalant à un montant égal à 10 pour cent de dix-huit mois de salaire minimum sera attribuée à toutes les mères (indépendamment de leur situation socio-économique) pour chaque enfant né vivant. La femme qui n'a droit ni à la pension minimale de solidarité ni à la contribution de solidarité devra avoir cotisé au système au moins une fois dans sa vie pour pouvoir bénéficier de cette prestation. La bonification est placée sur le compte à la date de la naissance de l'enfant et produit à partir de ce jour un intérêt annuel. Elle est libérée quand la femme atteint 65 ans et augmente le niveau de sa rente. Selon des estimations, 250 000 femmes qui n'ont droit à aucune pension aujourd'hui recevront la pension minimale de solidarité (constituant 60 pour cent de l'ensemble des bénéficiaires), et 30 000 la contribution retraite de solidarité. En ce qui concerne les pensions d'invalidité et de réversion, un compromis a été trouvé; comme les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes, elles risquent moins d'utiliser cette prestation, l'excédent des primes des femmes sera déposé sur leur compte individuel. Autre innovation: le conjoint invalide de la femme assurée jouit désormais d'un droit à pension. En cas de divorce, le fonds accumulé sur les comptes individuels pendant le mariage peut être réparti entre les deux époux, la part cédée ne devant pas excéder 50 pour cent. Un autre programme vient compléter la réforme et prévoit la création de crèches devant favoriser le travail des femmes, améliorer le revenu des familles et l'affiliation aux régimes de retraite et d'assurance maladie, pour renforcer la justice sociale.

La couverture des indépendants deviendra obligatoire après une période de transition débutant en 2012 destinée à limiter une expansion éventuelle du secteur informel. Pendant cette période, les indépendants ne seront pas couverts s'ils ont fait une déclaration expresse dans ce sens. Ils seront incités à cotiser en tous les cas, soit à verser une contribution de 10 pour cent calculée sur une base de 40 pour cent du revenu annuel imposable, base appelée à augmenter progressivement jusqu'à atteindre 100 pour cent en 2014. A partir de 2015, tous les indépendants sans exception seront tenus de cotiser sur l'intégralité de

leur revenu imposable et, à partir de 2016, ils devront cotiser aussi au régime d'assurance maladie. A titre de mesure d'incitation, les indépendants auront aussi accès aux allocations familiales, aux prestations des caisses de compensation et à la contribution retraite de solidarité, et ils seront couverts par les dispositions de la loi sur les accidents du travail. S'ils ne cotisent pas, la délivrance de certificats ou documents nécessaires à certaines démarches leur sera refusée et les remboursements de l'impôt sur le revenu auxquels ils pourraient prétendre seront retenus¹⁷. En outre, les personnes sans activité rémunérée pourront s'affilier à titre volontaire.

Trois nouvelles entités sont créées: *a*) un fonds d'épargne facultative collective consistant en dépôts sur des comptes de capitalisation individuels alimentés par des contributions négociées des employeurs et des travailleurs (voire éventuellement des seuls employeurs), qui bénéficieront à ce titre d'avantages fiscaux (le versement de l'impôt pourra être immédiat ou différé au moment du retrait des fonds); *b*) des centres de services intégrés en matière de prévoyance chargés d'attribuer les prestations du système de retraite de solidarité, de faciliter les démarches correspondantes et d'informer les bénéficiaires; et *c*) le fonds pour l'information sur les retraites financé par l'impôt et les AFP, qui a une mission d'information et de sensibilisation du public.

Plusieurs mesures visent à limiter les frais administratifs: un appel d'offres sera organisé tous les deux ans auprès des AFP, et le fonds qui aura proposé la commission la plus avantageuse remportera le marché des 200 000 personnes s'incorporant à la population active chaque année (cette commission favorable devra être offerte aussi aux personnes déjà assurées par l'AFP); la commission forfaitaire qui tendait à favoriser les plus riches sera supprimée; les banques seront autorisées à gérer les comptes individuels, entrant ainsi en concurrence avec les AFP (le Sénat n'a pas accepté que les banques puissent investir dans les fonds de pension).

La Surintendance des AFP disparaît au profit d'une Surintendance des retraites, qui chapeaute à la fois le système public (soit l'Institut de prévoyance sociale, qui remplace l'Institut de normalisation des retraites), le système privé, le système de retraite de solidarité (en retirant aux AFP la gestion des pensions minimales), les centres de services intégrés en matière de prévoyance, etc.

Une Commission des usagers du système est créée, qui compte cinq membres représentant respectivement les travailleurs, les retraités, les AFP, l'Institut de prévoyance sociale et le monde de l'université (ce dernier membre assure la présidence de l'organe). La commission doit émettre des avis sur le fonctionnement du système, veiller que les objectifs de la réforme soient atteints et orienter les stratégies de sensibilisation, d'information et de communication visant les assurés.

¹⁷ Un problème majeur se posera à cet égard puisque les indépendants sont très peu nombreux à déclarer leur revenu aux autorités fiscales, la majorité d'entre eux travaillant en effet dans le secteur informel.

Ces nouvelles prestations et organes sont financés de différentes manières, entre autres par l'impôt et les ressources dégagées du fait de la réduction des obligations financières du système public. La Direction du budget présente un rapport annuel en se fondant sur les études actuarielles du nouveau système et prévoit dans la loi de finance l'affectation des ressources nécessaires à la bonne marche du système de retraite de solidarité.

Progrès de la justice sociale et problèmes en suspens

On trouvera dans le tableau ci-dessous un récapitulatif des réformes menées par les gouvernements de la démocratie, qui ont mis fin à la plupart des injustices passées, amélioré les indicateurs généraux et renforcé la protection et l'égalité en ce qui concerne tant l'assurance maladie que les retraites et l'aide sociale.

Les principales améliorations introduites par les réformes du système de santé mises en œuvre à partir de 1990, particulièrement en 2004 et 2005:

- élargissent l'accès effectif à la santé, notamment dans le cas des ménages vivant au-dessous du seuil de pauvreté et des bas revenus (accès aux services d'urgence, réduction des listes d'attente dans les hôpitaux, subvention des frais d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement), par une augmentation importante des dépenses publiques de santé et des allocations budgétaires;
- garantissent des prestations universelles et opposables dans le cas de certaines affections répertoriées dont la liste comprendra à terme l'ensemble des principales pathologies (plan AUGÉ); fixent les délais d'attente maximaux;
- prévoient la gratuité des soins aux ménages pauvres et la subvention des soins aux bas revenus et concentrent les ressources publiques sur les communes pauvres;
- établissent l'affiliation obligatoire pour les indépendants en 2016 et exemptent de cotisation ceux qui perçoivent la pension minimale de solidarité et n'ont pas de ressources (Chili, 2008);
- réduisent la discrimination selon l'âge et le sexe au sein des ISAPRE «ouvertes» (grâce au fonds de compensation de solidarité), transfèrent les ressources des hommes jeunes vers les femmes en âge de procréer et le troisième âge;
- réglementent la hausse des primes des ISAPRE, et plafonnent les primes;
- diminuent des subventions accordées par le système public au système privé;
- coordonnent et renforcent, par l'intermédiaire de la Surintendance de la santé, des activités visant à réglementer, à contrôler l'ensemble du système et à réprimer les abus;
- créent un mécanisme assurant la participation des usagers.

Tableau récapitulatif des modifications ou améliorations en matière de santé, de protection sociale et de justice sociale au Chili, avant et après la restauration de la démocratie, 1980-1989 et 1995-2008

Indicateurs	1980-1989	1995-2008
Généraux		
1. Taux de pauvreté	39 pour cent	14 pour cent
2. Coefficient de Gini	0,554	0,549
3. Indicateur du développement humain	4 ^e rang pour l'Amérique latine	2 ^e rang pour l'Amérique latine
Santé		
4. Mécanismes de réglementation et supervision	Absents ou très limités, abus des ISAPRE	La Surintendance des ISAPRE puis la Surintendance de la santé qui la remplace assurent la réglementation et la supervision du système
5. Dépenses publiques consacrées aux soins de santé primaires	12 pour cent des dépenses publiques de santé	21,4 pour cent des dépenses publiques de santé
6. Subventions publiques accordées aux ISAPRE	Exonération d'impôt sur la part patronale en vue d'encourager l'affiliation au système privé. Le congé de maternité est à la charge des ISAPRE qui reçoivent des subventions de l'État à ce titre	Suppression de ces deux subventions. Le congé de maternité est pris en charge par l'État
7. Pauvreté	Lacunes dans la prise en compte du problème et le ciblage de l'action correspondante	Dans le cadre du programme <i>Chile Solidario</i> , allocation de ressources en faveur des plus pauvres et renforcement de leur protection (voir 10-12)
8. Femmes	Les primes facturées par les ISAPRE aux femmes en âge de procréer sont de 2,4 à 3 fois supérieures à celles des hommes	La Surintendance fixe une prime maximale pour les femmes en âge de procréer (voir 12, 13)
9. Personnes âgées	Les primes facturées par les ISAPRE augmentent avec l'âge	La Surintendance fixe une prime maximale pour le troisième âge (voir 12, 13)
10. Travailleurs indépendants	Affiliation volontaire (9 pour cent seulement des assurés des ISAPRE sont indépendants)	Obligation d'affiliation à compter de 2016 et exemption de cotisations dans le cas des pauvres
11. Régions/communes	Inégalités considérables	Le FONASA alloue plus de ressources aux communes les plus pauvres
12. Droits universels garantis	Non	Le programme AUGE prévoit des garanties en termes d'accès et de qualité des soins pour l'ensemble des citoyens, indépendamment du revenu, de l'âge, du sexe et du profil de risque. Les prestations visées sont gratuites pour les pauvres et le troisième âge dans le système public

Tableau récapitulatif des modifications ou améliorations en matière de santé, de protection sociale et de justice sociale au Chili, avant et après la restauration de la démocratie, 1980-1989 et 1995-2008 (*suite et fin*)

Indicateurs	1980-1989	1995-2008
13. Sélection des risques	Elle a cours au sein des ISAPRE mais pas au sein du FONASA	Un Fonds de compensation de solidarité régleme les hausses de prime, limite la sélection et prévoit des transferts des hommes jeunes vers les femmes et le troisième âge
14. Participation des usagers	Non	Quatre mécanismes de participation
Retraite et aide sociale		
15. Réglementation et supervision	Par la Surintendance des AFP, mais certaines fonctions sont déléguées à d'autres organes	Cette instance est remplacée par la Surintendance des retraites dont le mandat couvre l'ensemble du système
16. Solidarité	Inexistante au sein des AFP. La solidarité est en partie assurée par l'Etat	La solidarité est renforcée avec la réforme des retraites de 2008 (voir plus bas)
17. Pauvreté et aide sociale	Une pension est versée au titre de l'aide sociale (PASIC), mais elle ne couvre pas tous les démunis et son niveau est insuffisant	Le programme <i>Chile Solidario</i> lutte contre l'indigence. La Pension minimale de solidarité remplace la PASIC et vise véritablement les pauvres; la rente augmente
18. Pension minimale	Subordonnée à vingt ans de cotisation. La moitié des assurés actuels auraient obtenu cette pension et la moitié des futurs assurés une pension encore inférieure	Cette pension est remplacée par la Contribution retraite de solidarité, qui complète la pension contributive indépendamment des années de cotisation. Cette prestation est inversement proportionnelle à la pension contributive et elle est supprimée à partir d'un certain niveau de rente. Le dispositif vise les revenus inférieurs
19. Femmes	Le système privé accentue la discrimination selon le sexe; 45 pour cent des assurées actuelles et 65 pour cent des futures assurées auraient reçu une pension inférieure à la pension minimale	Octroi à toutes les mères, indépendamment du revenu, d'une bonification universelle pour maternité qui élève le niveau de la pension. Le fonds de pension peut être partagé entre les époux en cas de divorce (voir 17, 18)
20. Travailleurs indépendants	Affiliation facultative (3,4 pour cent seulement des assurés des AFP sont indépendants)	L'affiliation deviendra obligatoire entre 2012 et 2015. Mesures visant à encourager l'adhésion et à décourager la fraude
21. Frais administratifs	Ces frais représentent 19 pour cent de la retenue salariale et sont acquittés par le travailleur	Mesures visant à réduire les frais et à renforcer la concurrence
22. Participation des usagers	Non	Création d'une commission d'usagers représentative chargée de suivre la réforme

Par ailleurs, la loi sur la réforme des retraites (Chili, 2008):

- prévoit une protection universelle des ménages vivant au-dessous du seuil de pauvreté et des bas revenus au moyen de la pension minimale de solidarité, dont l'octroi ne dépend ni de listes d'attente ni des ressources publiques disponibles;
- rend obligatoire l'affiliation des indépendants, mise en place progressivement;
- permet la couverture des assurés qui ne remplissaient pas les conditions requises pour l'obtention d'une pension minimale ou d'une pension au titre de l'aide sociale;
- relève le niveau actuel des rentes par l'octroi d'une allocation représentant un pourcentage donné de la pension contributive si celle-ci est inférieure à un plancher défini; cette prestation complémentaire est versée à concurrence de ce plancher;
- adopte des mesures destinées à encourager l'adhésion et le versement des cotisations;
- octroie une bonification pour maternité à toutes les mères et d'autres prestations destinées à réduire les inégalités selon le sexe;
- instaure des mécanismes destinés à limiter la commission pour frais administratifs facturée au travailleur;
- encourage la cotisation à titre volontaire des employeurs;
- crée un organe devant faciliter les démarches nécessaires à l'obtention des nouvelles prestations et informer les bénéficiaires;
- coordonne et renforce la supervision du système;
- crée des dispositifs destinés à assurer la participation citoyenne et une meilleure compréhension du système de retraite;
- assoit la réforme sur des bases financières solides.

Faire disparaître les quelques injustices qui perdurent ne sera pas chose aisée. En effet, ces injustices semblent indissociables d'un système qu'il serait très difficile de réformer radicalement du point de vue politique et économique, sans compter que les réformes complémentaires éventuelles pourraient avoir des effets contre-productifs et limiter le bénéfice final. On aura retenu que la majorité des Chiliens défendent le principe de solidarité, mais que la moitié d'entre eux ne sont pas disposés à sacrifier leur avantage personnel pour l'intérêt général, ce qui suppose un risque de résistance politique.

Il convient en tous les cas de garantir encore plusieurs droits et de prendre certaines mesures: *a)* élargir progressivement la liste des pathologies couvertes par le plan AUGE et veiller à ce que l'ensemble de la population bénéficie véritablement des garanties ainsi instaurées; *b)* mettre en application sans attendre les programmes visant l'incorporation des indépendants et prendre des mesures concrètes pour assurer l'exécution de l'obligation d'affiliation instaurée par la loi; *c)* veiller par l'intermédiaire des surintendances que les AFP et les

ISAPRE appliquent la législation, en faisant en sorte d'empêcher la sélection des risques dans le cas des ISAPRE; *d*) développer les crèches et veiller à ce que l'allocation de maternité ne tende plus à favoriser les revenus supérieurs; *e*) éliminer les «free riders», et concentrer les ressources de l'Etat sur ceux qui en ont vraiment besoin en utilisant la «fiche de protection sociale» et des méthodes plus efficaces encore à définir; *f*) veiller plus étroitement encore à la rémunération des établissements publics pour les services rendus aux assurés des ISAPRE, et supprimer l'exonération d'impôt touchant les cotisations et les participations aux frais versées à ces institutions; et *g*) assurer la participation effective des citoyens à la gestion de l'assurance maladie en renforçant les conseils consultatifs des usagers et assurer de même la participation des travailleurs et des retraités à la gestion du système de retraite par l'intermédiaire de la Commission des usagers.

Il est essentiel de compléter les connaissances très incomplètes des citoyens en ce qui concerne l'assurance maladie et les retraites, lacunes mises en évidence par les enquêtes relatives à la protection sociale. Selon ces enquêtes, 79 pour cent des assurés des AFP ne savent pas quelles sont les conditions régissant l'accès à la pension minimale (54 pour cent des intéressés croient qu'elle est réservée aux personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté), 60 pour cent d'entre eux ignorent le montant de leurs prélèvements mensuels, 56 pour cent ne connaissent pas le solde de leur compte individuel, et 11 pour cent seulement savent que leur rente est calculée sur la base de ce montant. Les femmes sont encore moins bien informées que les hommes (EPS, 2004, 2006 et 2008). Les sondages sur l'assurance maladie montrent que 45 pour cent des personnes interrogées ne connaissent pas le contenu des lois relatives à la réforme, que 58 pour cent d'entre elles disposent de notions générales très limitées sur la question, 35 pour cent de notions élémentaires, 2 pour cent de notions solides, alors que 5 pour cent se déclarent sans opinion. La moitié des personnes interrogées savent que le plan AUGÉ concerne aussi bien le FONASA que les ISAPRE et, parmi ceux qui font état de difficultés dans sa mise en œuvre, 81 pour cent citent une information lacunaire (Surintendance de la santé, 2007b). Le fonds pour l'information sur les retraites est appelé à jouer un rôle fondamental auprès des usagers, et il conviendrait d'envisager l'élargissement de son mandat avec la question de l'assurance maladie ou de créer pour cet aspect un fonds parallèle. Le fonds devrait diffuser sous une forme simple et facile d'accès des informations sur les nouveaux droits consacrés par la loi sur la réforme et préparer un comparatif de la performance des AFP (et des ISAPRE) tenant compte du coût, des rendements, etc. Il devrait aussi simplifier davantage le relevé de compte individuel remis périodiquement à l'assuré («la cartola»). Au Mexique, la Surintendance offre aux assurés une petite calculatrice qui permet de connaître le montant mis de côté et d'estimer, compte tenu de cette somme et du salaire, le niveau de la rente qui sera perçue au moment de la retraite.

Pour abolir les inégalités de financement qui perdurent, il conviendrait de supprimer, ou du moins de diminuer, les subventions versées aux régimes d'assurance maladie et de retraite des forces armées ou de contraindre leurs

membres à rejoindre le système général. Une telle réforme ne pourrait aboutir cependant que si le recul du pouvoir des militaires déjà amorcé se poursuit. Si le patronat ne contribue pas suffisamment au fonds d'épargne collectif¹⁸, il conviendrait d'envisager une cotisation obligatoire au système de retraite et, dans un souci de solidarité, d'affecter au FONASA une partie de la cotisation de 7 pour cent des assurés des ISAPRE. Cependant, la réduction significative des écarts de revenu supposerait une action d'ordre fiscal¹⁹.

Pour lutter contre les injustices qui affectent les femmes et découlent du marché du travail, il faut dûment mettre en œuvre le droit applicable – notamment le principe «à travail égal, salaire égal» –, mais aussi promouvoir le travail des femmes et leur perfectionnement professionnel par la formation. La promotion des crèches et les autres mesures présentées ci-dessous pourraient contribuer à la réalisation de ces deux objectifs (des mesures complémentaires sont évoquées dans Montecinos, 2006).

En 2007, la Présidente Michelle Bachelet a constitué le Conseil consultatif du travail et de la justice sociale, organe composé de 48 membres issus de tous les horizons et chargé de «réfléchir aux grands problèmes en matière de politique sociale». Dans le rapport qu'il a rendu en mai 2008, le Conseil indique que «le système de protection sociale [vise] à réduire les situations de vulnérabilité», et il conclut qu'«il faut renforcer la justice sociale» des systèmes d'assurance maladie public et privé (Consejo, 2008, pp. 4-5). Cependant, les auteurs n'abordent pas les problèmes examinés dans la présente étude, sans doute parce qu'ils estiment que les réformes des gouvernements démocratiques présentées ici les ont amplement réglés. Ils proposent cependant plusieurs mesures intéressantes à cet égard: *a*) octroi de subventions publiques aux revenus des salariés du quintile inférieur de la répartition des revenus à due concurrence d'un plafond prédéfini; *b*) octroi d'allocations visant les enfants du quintile inférieur; *c*) création de crèches financées par les impôts généraux (pour les enfants de moins de deux ans), subvention du salaire des femmes au retour du congé de maternité et perfectionnement professionnel des femmes en cours d'emploi; et *d*) instauration d'un Conseil de concertation économique et sociale chargé d'examiner notamment la situation du marché du travail (Consejo, 2008).

Force est de constater que les progrès accomplis en matière de protection et de justice sociales au Chili sur les quelque vingt années écoulées depuis la restauration de la démocratie sont considérables. Le maintien de la croissance économique et les avancées de la justice sociale sont gages de lendemains meilleurs pour le Chili.

¹⁸ En 2006, la contribution patronale facultative a représenté 2 pour cent seulement des recettes opérationnelles des ISAPRE (Surintendance de la santé, 2007a).

¹⁹ En ce qui concerne la tendance du système fiscal chilien à favoriser les revenus supérieurs, voir Borzutzky (2007); quant à la réforme fiscale, voir Sojo et Uthoff (2007).

Références

- AIOS (Asociación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones). 2007: *Boletín Estadístico AIOS*, n° 18 (décembre).
- Arenas de Mesa, Alberto; Mesa-Lago, Carmelo. 2006: «The structural pension reform in Chile: Effects, comparisons with other Latin American reforms, and lessons», *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 22, n° 1 (printemps), pp. 149-167.
- Barrientos, Armando; Santibáñez, Claudio. A paraître: «New forms of social assistance and the evolution of social protection in Latin America», *Journal of Latin American Studies*.
- Bertranou, Fabio; Vázquez, Javiera. 2006: «Trabajadores independientes y el sistema de pensiones en Chile», *OIT Notas*, n° 1 (mars), pp. 1-4, disponible à l'adresse <<http://www.oitchile.cl/pdf/Primer%20numero.pdf>> [consulté le 22 septembre 2008].
- ; Arenas de Mesa, Alberto (directeurs de publication). 2003: *Protección social, pensiones y género en Argentina, Brasil y Chile* (Santiago, OIT), disponible à l'adresse <<http://www.oitchile.cl/pdf/publicaciones/pro/pro011.pdf>> [consulté le 22 septembre 2008].
- Bibliothèque du Congrès national du Chili. 2008: disponible sur le site de la protection de la maternité <<http://www.bcn.cl/guias/proteccion-a-la-maternidad>> [consulté le 24 septembre 2008].
- Borzutzky, Silvia. 2007: «Bachelet's Chile: Inequality in the midst of plenty», communiqué adressé au 37^e Congrès international de l'Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA), Montréal, 5-8 septembre.
- CASEN (*Encuesta de Caracterización Socioeconómica*) 2006. 2007: Santiago, ministère de la Planification.
- CEPAL (Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes). 1997 à 2007a: *Panorama Social de América Latina* (Santiago).
- . 2007b: *Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe* (Santiago, CEPAL, Agence espagnole de coopération internationale (AECI) et Secrétariat général ibéroaméricain), disponible à l'adresse <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/27814/2007-382-Cohesion_social-REV1-web.pdf> [consulté le 29 septembre 2008].
- Chile Solidario. 2008: disponible à l'adresse <www.chilesolidario.gov.cl> [consulté le 18 septembre 2008].
- Chili. 2008: Loi n° 20.255 sur la réforme des retraites du 11 mars 2008, *Diario Oficial* (Santiago du Chili), 17 mars, disponible à l'adresse <http://www.safp.cl/573/articles-4288_recurso_1.pdf> [consulté le 30 septembre 2008].
- . 2006: Message de la Présidente de la République à l'origine du projet de loi qui améliore le système des retraites, Message à la Chambre des députés n° 558-354 du 15 décembre 2006, disponible sur le site de la Bibliothèque du Congrès national du Chili, à l'adresse <<http://www.bcn.cl/histley/lfs/hdl-20255/HL20255.pdf>> [consulté le 30 septembre 2008].
- . 2004a: Loi n° 19.937 du 30 janvier 2004, qui modifie le décret-loi n° 2.763 de 1979, en vue d'établir «una Nueva Concepción de la Autoridad Sanitaria, Distintas Modalidades de Gestión y Fortalecer la Participación Ciudadana», *Diario Oficial*, 24 février, disponible sur le site de la Bibliothèque du Congrès national du Chili à l'adresse <http://www.bcn.cl/histley/19966/index_html> [consulté le 6 octobre 2008].
- . 2004b: Loi n° 19.949 du 17 mai 2004 qui établit un système de protection sociale pour les familles en situation d'extrême pauvreté nommé «Chile Solidario», *Diario Oficial*, 5 juin, disponible sur le site de la Bibliothèque du Congrès national du Chili à l'adresse <<http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/226081.pdf>> [consulté le 6 octobre 2008].
- . 2004c: Loi n° 19.966 du 25 août 2004 qui établit un régime de garanties en matière de santé, *Diario Oficial*, 3 septembre, disponible sur le site de la Bibliothèque du Congrès national du Chili à l'adresse <http://www.bcn.cl/histley/19966/index_html> [consulté le 18 septembre 2008].
- . 2002: Message du Président de la République à l'origine d'un projet de loi qui établit un régime de garanties en matière de santé, Message à la Chambre des députés n° 1-347 du 22 mai 2002, disponible sur le site de la Bibliothèque du Congrès national du Chili, à l'adresse <http://www.bcn.cl/histley/19966/index_html> [consulté le 18 septembre 2008].

- Consejo Asesor Presidencial de Trabajo y Equidad. 2008: *Hacia un Chile más justo: Trabajo, salario, competitividad y equidad social* (Santiago), disponible à l'adresse <www.trabajoyequidad.cl/view/descargaInforme.asp?file=Informe-Final.pdf> [consulté le 18 septembre 2008].
- EPS (*Encuesta de Protección Social*), 2002, 2004 et 2006. 2004, 2006 et 2008: Santiago, ministère du Travail et des Prévisions sociales et Centre de Micro Datos de l'Université du Chili, disponible à l'adresse <<http://www.proteccionsocial.cl/carta.htm>> [consulté le 6 octobre 2008].
- FONASA (Fondo Nacional de Salud). 2007: disponible à l'adresse <<http://www.fonasa.cl>> [consulté le 18 septembre 2008].
- Garrido, Francisca; Olivares, Eduardo. 2008: «Las 50 respuestas para entender todo sobre la reforma previsional», *El Mercurio*, sección Economía y Negocios, 17 janvier.
- Gill, Indermit; Packard, Truman; Yermo, Juan. 2005: *Keeping the promise of social security in Latin America* (Washington, DC, Banque mondiale et Stanford University Press).
- Mesa-Lago, Carmelo. 2008: *Reassembling social security: A survey of pensions and health care reforms in Latin America* (Oxford, Oxford University Press).
- . 2005: *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: Su impacto en los principios de la seguridad social*, documents des projets, n° 63 (Santiago du Chili, CEPAL), disponible à l'adresse <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/24058/LCW63_ReformasSalud_ALC_Indice.pdf> [consulté le 26 septembre 2008].
- . 2004: *Las reformas de pensiones en América Latina y su impacto en los principios de la seguridad social*, Serie Financiamiento del Desarrollo, n° 144 (Santiago du Chili, CEPAL).
- . 2000: *Market, socialist and mixed economies: Comparative policy and performance – Chile, Cuba and Costa Rica* (Baltimore, Johns Hopkins University Press).
- Ministère de la Planification. 2008: disponible à l'adresse <<http://www.mideplan.cl/final/index.php>> [consulté le 26 septembre 2008].
- Montecinos, Verónica. 2006: *Notas sobre Género y Seguridad Social*. Santiago, document inédit, pour l'obtenir contacter l'auteur à Penn State University, courriel: vxm11@psu.edu.
- Pérez, Cecilia. 2006: *El Programa Puente. La entrada al Chile Solidario* (Santiago, Fonds de solidarité et de réversion sociale), disponible à l'adresse <<http://public.programapuente.cl/index.html>> [consulté le 30 septembre 2008].
- PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement). 1993 à 2007-2008: *Rapport mondial sur le développement humain* (Paris, Economica/Editions La Découverte).
- Sojo, Ana; Uthoff, Andras (directeurs de publication). 2007: *Cohesión social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones* (Santiago du Chili, CEPAL).
- Subsecretaría de Previsión Social. 2008: *Boletín Previsional*, n° 3, juillet (Santiago).
- Surintendance de Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). 2008: *Boletín Estadístico*, n° 201, novembre-décembre 2007 (Santiago du Chili).
- Surintendance de la santé. 2007a: *Boletín Estadístico 2006* (Santiago).
- . 2007b: *Informe Final. Estudio de Opinión* (Santiago).
- Surintendance des retraites 2008: Disponible à l'adresse <<http://www.safp.cl/573/channel.html>> [consulté le 25 septembre 2008].