

# La santé de l'enfance au cœur de la mission militaire

Le domaine de la santé présente un intérêt particulier pour l'analyse des politiques sociales orientées vers l'enfance, menées depuis la restructuration économique et politique du Chili. La reconfiguration de la structure administrative ainsi que celle du système éducatif changeront certes la forme de l'État social, notamment son rôle dans la distribution des droits. C'est toutefois sur le plan de la santé que cette reconfiguration politico-administrative impliquera une transformation définitive : celle du scénario sanitaire de l'enfance.

La problématique de la mortalité infantile, liée aux divers comportements épidémiologiques de la population la plus jeune, engendre des conflits démographiques et sanitaires, au cours de la décennie de 1970. Même si la mortalité infantile diminue pendant la période de l'Unité Populaire, la lutte contre ce fléau a surtout lieu durant le régime militaire. Ainsi, en 1973, le taux de mortalité infantile est de 85,9 pour 1000 enfants nés vivants, dont 25,3 de mortalité néonatale (enfants de moins de 28 jours)<sup>60</sup>.

La politique du régime militaire sur le plan de la santé infantile sera alors de combattre d'abord la mortalité, dans le cadre de la restructuration des services de santé à partir d'une réforme institutionnelle qui va déconcentrer et libéraliser la fourniture des services.

Dans ce chapitre, nous aborderons la question de la place de l'enfance dans la reconfiguration du rôle et de la forme de l'État concernant la protection sanitaire de la population. L'analyse est structurée autour de quatre axes : le premier présente la réforme générale des institutions de la santé et la transformation du système de protection, en particulier, tandis que le deuxième axe analyse la configuration du système stratifié. Le repérage des transformations institutionnelles nous permettra d'aborder le troisième axe, à savoir le processus de libéralisation et de privatisation de la provision des services de santé en lien avec les services

---

<sup>60</sup> Ces données sont publiées par l'Institut National des Statistiques INE dans son rapport : Instituto Nacional de Estadísticas, *Estadísticas vitales, Informe anual 2009*, Publication Annuelle, Santiago. Instituto Nacional de Estadísticas, Dirección Nacional, 2011, p.45

visant l'enfance. Le quatrième axe analyse les politiques pour l'enfance en lien avec le projet de développement du régime dictatorial.

## 1. La réforme du système

### 1.1 La définition de la réforme

Le système de santé reste inchangé pendant les premières années du régime. Le bouleversement qu'implique la rupture institutionnelle se traduit surtout par la réduction des dépenses et n'entraîne pas pour autant de transformations du régime existant.

En effet, les dépenses de ce secteur diminuent progressivement entre 1974 et 1979 - nous ne prenons pas en compte la chute de l'année 1976, due à la crise économique - jusqu'à la mise en place de la réforme, comme on peut l'observer dans le tableau suivant :

Tableau N°3  
Evolution des dépenses par habitant du secteur santé

<b>1974</b>	<b>100</b>
<b>1975</b>	71,39
<b>1976</b>	59,07
<b>1977</b>	66,93
<b>1978</b>	68,75
<b>1979</b>	64,17

Source : Banque Centrale du Chili, Rapport décembre 1998.

Cependant, depuis le début du régime des vents de réforme soufflent dans les couloirs de *La Moneda*. La chute des dépenses du secteur se présente comme la conséquence manifeste de la réduction générale des dépenses pratiquée à partir de 1975 et sera ressentie d'autant plus brutalement que, pendant la période précédente, l'investissement sur la santé avait atteint des chiffres importants : environ 21,5% des dépenses sociales. En 1974, le budget du secteur de la

santé provient de : 61% dépenses sociales, 19% des contributions et 19% des charges patronales (Molina, 2010). Ce scénario changera radicalement à la fin du régime.

Ainsi, à partir de 1974, le gouvernement central entamera des discussions dans le but de transformer le système de santé en place. Le Bureau de Planification (ODEPLAN), l'Ordre des Médecins et la Direction du Service National de Santé se réunissent pour produire un document intitulé « Système national des services de santé ». Ce texte propose une réforme institutionnelle qui recueille les propositions réalisées pendant la période pré-1970 (Molina, op.cit.) et qui fait suite à la conception de la loi sur la médecine curative de 1968, promouvant le libre choix et la libéralisation des services. De l'avis des acteurs, l'actuel système n'est pas fonctionnel dans l'économie de libre marché promue par les putschistes ; le document propose donc la création d'un modèle conformé par des institutions publiques, semi-publiques et privées.

La conception de la santé bascule de la perspective des droits stratifiés, propre à la matrice national-populaire, vers la notion de « bien » :

*« La salud no es un bien que se otorgue, sino que es adquirido por la población », lo que implica el derecho a recibir atención junto a la obligación de concurrir a su financiamiento, lo que es considerado un asunto fundamental dados los altos costos de la medicina, la necesidad de impulsar la medicina privada y el imperativo de la libre elección».*<sup>61</sup>

Ainsi, les propositions qui émanent de la convergence des intérêts du gouvernement, des économistes et de l'Ordre des Médecins remettent au goût du jour des débats entamés depuis le début de la crise du modèle de substitution d'importations ISI, vers la fin des années 1950, autour de la viabilité d'un système étatique centralisé. Le général Gustavo Leigh, membre de la Junte Militaire, expose en 1974 les principes fondamentaux de la pensée dictatoriale, lors d'un congrès de l'Ordre des Médecins : « Notre propos est de changer et de transformer les structures de la Santé [...]. On sait que pour l'État, dans la détresse actuelle des ressources, il est et il sera tout à fait impossible de financer la prise en charge de toute la population. Et les services publics ne seront jamais vraiment efficaces »<sup>62</sup>.

---

<sup>61</sup> Molina, Carlos, *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*, Santiago, Lom Éditions, 2010, P.181.

<sup>62</sup> Leigh, G., cité in: Molina, Carlos, *Institucionalidad sanitaria chilena, 1889-1989*, Santiago, LOM, 2010, p. 176. Notre traduction.

La responsabilité privée, collective et individuelle s'installe comme un facteur de promotion de la protection de santé en accord avec la philosophie libérale impulsée par les économistes qui conseillent les militaires. Les gouvernants définissent la responsabilité individuelle comme la clé d'une transition vers un système de santé efficient :

*«[...] la incorporación de la salud a la política económica de libre mercado en la que el pago de la atención de salud deberá estar de acuerdo a la capacidad de los ciudadanos para costearla y será proporcional a la renta del grupo familiar, desapareciendo la gratuidad de los servicios y el concepto estatista y socializante [...], obligación apenas para los casos de extrema indigencia.»<sup>63</sup>*

On le comprend, la diminution progressive des dépenses fait partie intégrante d'une transition vers un nouveau modèle de protection de la santé, qui distribue de nouveaux rôles à l'État et aux individus.

Vers 1979, la réforme du système est mise en place dans le cadre du Plan des Sept Modernisations. La reconfiguration du modèle étant globale et inscrite dans les axes de décentralisation des services ainsi que dans la réforme des systèmes de prévoyance, elle s'échelonne sur plusieurs étapes avant d'être considérée comme aboutie en 1985.

## 1.2 Les transformations institutionnelles

Une fois la santé définie officiellement comme un bien social à acquérir sur le marché des services sociaux, les transformations institutionnelles, c'est-à-dire les transformations du système et du rôle des acteurs impliqués, se déroulent sur des temps différents.

Le lancement de cette politique est donné par la promulgation du décret-loi N°2575 de 1979, qui incorpore les bénéficiaires du Service National de la Santé (SNS, l'ancien Secours Ouvrier) au régime de libre choix formulé par le Service Médical National des Employés (SERMENA). Cette mesure, d'une certaine façon, démocratise l'accès à la santé privée, jusque-là réservée aux fonctionnaires et aux salariés du monde privé, valorisant la capacité de paiement des

---

<sup>63</sup> Propos tenus par le général de l'aviation Herrera, 1975, in: Raczyński, Dagmar, "Reformas al sector salud: diálogos y debates", *Estudios Cieplan N°19*, Santiago, 1983, p.5.

individus dans le but d'assurer la protection de leur santé et traduisant l'esprit de la nouvelle philosophie des biens sociaux. Ce décret de loi établit en effet :

*« Le besoin et la commodité d'habiliter pour les bénéficiaires légaux du Service National de la Santé l'entrée dans le système médical établi par la loi N°16.781, comme une manière de généraliser le principe du libre choix pour ainsi réaliser l'un des principes premiers qui inspirent la politique sociale du gouvernement ».*<sup>64</sup>

Dans le cadre de l'institutionnalisation de ces principes dans le système de santé, c'est ensuite le décret-loi N°2763 de 1979 qui met fin au modèle existant, à savoir le SNS et le SERMENA, pour créer le Système national des services de la santé et le Fonds national de la santé. Dorénavant, le système est composé de 26 services de santé décentralisés. Le rôle de l'État consiste à *« coordonner et dicter des normes techniques aux prestataires des services publics et privés »*<sup>65</sup>. Cette restructuration totale du modèle incorpore l'universalisation du libre choix, un système mixte de provision publique et privée, le paiement par prestation fournie, le financement mixte des services, pour ne citer que les aspects les plus importants. La fonction de l'État est alors *« d'assurer l'accès libre et égalitaire aux actions de promotion, de protection, de récupération de la santé et à la réhabilitation des personnes malades. »*<sup>66</sup>

La nouvelle conception de la santé et du rôle qu'y joue l'État est consacrée sur le plan constitutionnel, en 1980, marquant ainsi la rupture définitive avec le système précédent. Paulina, pédiatre, spécialiste en politiques de la santé, conseillère des gouvernements de la Concertation et membre des think-tanks liés à la coalition de centre-gauche, affirme que :

*« La restructuration du système de la santé définit le rôle de l'État en matière sociale et, dans les années 1980 avec la Constitution, la réforme du système incarne une nouvelle manière de comprendre la santé. Il s'agit là d'une rupture très importante, dans la mesure où la Constitution de 1925 reconnaissait le droit à la santé tandis que la Constitution de 1980 nous parle du droit d'avoir accès au système de santé. »*

---

<sup>64</sup> Notre traduction. Décret-loi N°2575 de 1979.

<sup>65</sup> Notre traduction. Décret-loi N°2763 de 1979.

<sup>66</sup> Ibid.

En effet, la Constitution politique de 1980 - texte toujours en vigueur aujourd'hui - dans l'article 19, 9<sup>e</sup> paragraphe, concernant le droit à la protection en santé, établit que : « *L'État protège l'accès libre et égalitaire aux actions de promotion, de protection et de récupération de la santé et de réhabilitation de l'individu [...] qu'elles soient fournies par des institutions publiques ou privées [...] chaque personne aura le droit de choisir le système de santé auquel elle veut adhérer* »<sup>67</sup>.

À partir de ces réformes, le modèle chilien de l'assurance-maladie est divisé en deux sous-systèmes : (1) le Fonds National de Santé (FONASA), collecteur public des cotisations obligatoires et gestionnaire des prestations de libre choix, et (2) les Institutions de Santé Prévisionnelle (ISAPRES), assureurs privés créés en 1981 par le Décret-Force de loi, DFL N°3. La réforme de la santé est complétée par le décret-loi N°3500 de 1980 qui crée le nouveau système de prévoyance, mettant fin au système de collecte solidaire. On assiste à la naissance des groupes des Assureurs des Fonds de Prévoyance (AFP), ce qui installe le système de capitalisation individuelle qui libère les patrons et l'État du paiement de leur part dans la cotisation des retraites. La sécurité sociale est dorénavant placée sous la responsabilité individuelle des salariés.

Ainsi, le système de sécurité sociale, provoque une révolution du monde de la santé à travers le libre choix, la décentralisation et l'intégration des assureurs privés. Il s'agit de concevoir le système de santé autrement, de créer un système compétitif grâce à l'introduction de nouveaux mécanismes de financement, à la fixation des tarifs par service et à la fin de la gratuité. Ce système conçoit l'accès aux soins à partir d'un modèle complexe de stratification socioéconomique.

La réforme est achevée en 1985 avec la promulgation de la loi N°18.469 concernant les prestations de la santé. Cette loi augmente les contributions des salariés, qu'elle stratifie selon leurs revenus et établit le co-paiement des assurés. En 1989, suite à la réforme, le budget du secteur santé s'organise de la façon suivante : l'État y contribue à hauteur de 17%, les salariés à 81% et les patrons à 1,6%.

Le système de santé est désormais configuré comme un marché dynamique de biens sociaux.

---

<sup>67</sup> Notre traduction. Constitution de la République du Chili, 1980.

## **2. Stratification des droits et intégration marchande**

Comme nous venons de le voir, à partir de la réforme, le système conçoit la santé comme un bien à acquérir sur le marché des services, mettant en avant l'initiative ainsi que la responsabilité individuelle dans l'action de protection.

En effet, la structure du Système National des Services de la Santé configure l'accès aux soins à partir d'un modèle de stratification socioéconomique très précis. Comme nous l'avons mentionné, le système est composé de 26 services de santé régionaux et de deux assureurs : d'une part, le Fonds National de Santé (FONASA), collecteur public des cotisations obligatoires et gestionnaire des prestations de libre choix, d'une autre, les Institutions de Santé Prévisionnelle (ISAPRES) qui gèrent les cotisations obligatoires de sécurité sociale des segments les plus aisés de la population.

La stratification de la population bénéficiaire, bien que déjà présente dans l'organisation antérieure des services de santé, change ici de logique. Le modèle devient un service unifié qui coordonne les assureurs privés et l'assureur public, dont l'affiliation à l'un des systèmes est facultative. Il ne s'agit plus d'une stratification d'accès aux services par rapport aux catégories socioprofessionnelles mais d'une stratification qui se réalise par la voie de la classification de segments de population qui établit les plafonds de couverture et de co-paiement en fonction des contributions individuelles.

Dans le système FONASA, il existe cinq niveaux de placement. Le premier s'adresse aux personnes en situation d'indigence pour lesquelles les prestations de soins primaires et d'urgence dans les établissements publics sont gratuites. À partir de cette catégorie, sont fixés les niveaux de participation financière en fonction de la situation socioéconomique de chaque individu. De leur côté, les ISAPRES essaient de capturer la population la plus aisée en fournissant de meilleures prestations dans le réseau des prestataires privés.

Dans ce cadre, il est intéressant de constater des différences importantes entre les sous-systèmes concernant les ressources et les modalités d'accès. D'un côté, on observe qu'en 1989, les bénéficiaires de FONASA représentent 76% et ceux des ISAPRES, 13,5%. Pourtant ces dernières concentrent 1,2% des dépenses totales de santé du PIB tandis que FONASA en concentre 2,1%, c'est-à-dire le double des dépenses pour une population presque six fois plus nombreuse. Ainsi, la même année, les dépenses par bénéficiaire atteignent 128.617 pesos pour

les usagers d'ISAPRES tandis que les dépenses par usager de FONASA sont de 43.193 pesos, soit environ trois fois moins que pour les premiers.<sup>68</sup> D'un autre côté, la probabilité de faire partie des listes d'attente est six fois plus élevée pour les usagers de FONASA tandis que le taux de consultation de médecins spécialistes des usagers des ISAPRES est le double de celui des bénéficiaires de FONASA<sup>69</sup>. D'où les diverses critiques contre le système ISAPRE<sup>70</sup>.

De cette manière, le nouveau système de santé chilien se configure comme un système segmenté et duel. Il est tout d'abord segmenté car le sous-système privé choisit ses usagers sur la base de critères qui permettent de maximiser sa rentabilité, tandis que le système public accueille sans sélection. Il est ensuite duel en raison du profil démographique-épidémiologique des usagers. Le système en place est, sans conteste, un système à double voie : l'une, pour les personnes en bonne santé, les jeunes et ceux qui possèdent une certaine capacité de dépense, l'autre, notamment pour les plus démunis, les personnes âgées et les malades. Le système écarte donc, à partir d'une réorganisation basée sur les assurances privées et publiques, le principe de solidarité sociale et intergénérationnelle.

La configuration des deux réseaux d'accès aux prestations de santé conserve la structure traditionnelle-historique d'accès aux droits, analysée dans la première partie. En effet, la configuration d'un système public stratifié par revenus qui comporte une composante d'assistance résiduelle, vient sophistication l'ancien système stratifié par catégorie socioprofessionnelle. La transformation néolibérale est une variante du système public qui segmente par niveaux d'intégration marchande. Un système qui place les enfants les plus pauvres dans le domaine de l'assistance, leur donnant des prestations universelles gratuites et qui renvoie les enfants des familles à plus fort pouvoir d'achat, vers les prestations payantes conventionnées avec le secteur public. Par ailleurs, les familles aisées auront accès aux prestations du réseau privé-payant à la carte.

Ce modèle de prestations des services de santé entraîne un changement tant sur le plan des prestations offertes au public que sur le plan de la gestion. Pour Jaime, expert des systèmes de santé à l'Université du Chili et chef du Département de nutrition au ministère de la Santé, « *il*

---

<sup>68</sup> Données disponibles in Titelman, Daniel, "Reformas al sistema de salud en Chile. Desafíos pendientes", en *Serie Financiamiento del Desarrollo N°104*, Santiago, CEPAL, 2000.

<sup>69</sup> Références de l'analyse comparatif des systèmes en: Velasco, Carolina et Henríquez, Josefa, "Radiografía del uso del sistema de salud en Chile (1992-2000-2013)", *Puntos de Referencia*, n° 407, Santiago, Centro de Estudios Públicos, 2015.

<sup>70</sup> Pour approfondir sur les caractéristiques du phénomène, voir: Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud, *Informe Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud*, Chili, Decreto No 71 del 14 de Abril de 2014.



*existe différents types de traitements qui varient si le public appartient au système privé ou public, et ceci est un élément net de rupture* ». En d'autres termes, l'on assiste à l'installation de processus de disqualifications sociales liées directement à la mise en place du système duel privé-public de libre choix.

Les aspects mentionnés permettent de comprendre quelles sont les pierres d'achoppement du modèle. En effet, on observe que, dans la configuration du système duel, il existe des continuités sur le plan de la conception d'un système à vocation universelle, qui cohabite avec un système privé de prestations payantes. Cependant, la distribution de l'accès aux bénéfiques pour chaque secteur est définie par rapport à la classification socioéconomique de la population. La prise en charge publique de vocation universelle est restreinte à la population la plus démunie, notamment concernant les prestations des soins primaires et d'urgence ainsi que les soins préventifs envers les enfants les plus pauvres.

À partir de ce mécanisme de catégorisation de l'accès aux services de la santé, l'État réaffirme sa vocation subsidiaire tout en renforçant la responsabilité des individus et des familles face à leur protection, à travers une participation financière qui se fait par le biais des cotisations ainsi que du co-paiement. Avec ces réformes, la responsabilité financière se tourne vers l'individu et le type de soins qu'il recevra reste déterminé par ses revenus.

Bien que la réforme constitue un bouleversement de la situation existante, elle n'en reste pas moins une modalité mixte de la politique sociale, combinant prestataires privés et publics, prestations ciblées et prestations à caractère universel (notamment envers la petite enfance et la population en situation d'extrême pauvreté), mécanismes de marché et de quasi marché.

Ces tensions nous montrent la manière dont s'est construite l'architecture de l'État en fonction de la division des responsabilités entre l'État, le marché et les familles/individus, dans un contexte de reconfiguration globale des sphères socio-politiques.

Quant à cette modalité mixte de partage entre le secteur public et le secteur privé, les ambivalences sont plutôt l'expression de la vocation subsidiaire qui s'exprime dans la segmentation socioéconomique de l'accès à la santé. Pour ce qui est des créneaux non-concurrents donc peu attirants pour le secteur privé, il revient à l'État de s'en préoccuper. Ainsi Daniela, experte en politiques sociales et ancienne conseillère des think-tanks des gouvernements de la Concertation des Partis pour la Démocratie (CPD), explique que :

*« Tant que le modèle économique n'était pas encore consolidé, on avait encore plusieurs aspects qui maintenaient l'emprise étatique liée à la conception qu'avaient les militaires de la population, de la géopolitique, etc. Donc, bien*

*que dans les années 70, il y ait des éléments de privilège envers le secteur privé et ses acteurs, notamment sur le plan de la santé, en gros, on conservait la structure étatique. Puis il y a eu la mise en place du modèle de marché et l'État s'est ciblé sur les pauvres [...]. Cependant, ce modèle exigeait de se charger des aspects que les réformateurs ne voulaient pas prendre en charge tels que la nutrition et l'enfance. »*

La configuration du système mixte reflète clairement les tensions à l'intérieur du gouvernement. Pour Oscar, expert en régimes de bien-être et politiques sociales, conseiller des organismes internationaux :

*« Le conflit est très fort dans le domaine de la santé parce que le changement du système que le Chili avait jusqu'en 1980 ainsi que sa rupture, est le résultat d'un certain match nul. L'idée que les promoteurs de la réforme libérale avaient, était d'aller plus loin vers une privatisation du système de santé mais le système public a continué à fonctionner plus au moins comme avant, et ça, ça a été un conflit entre les militaires et les libéraux ».*

Dans ce scénario de tensions dans la reconfiguration des prestations ainsi que dans l'accès aux services segmentés par revenus, combiné à une logique de concurrence au niveau de la captation des cotisations pour la couverture des interventions curatives, l'enfance reste à l'abri, sous la tutelle de l'État : soit grâce aux prestations gratuites du secteur public, soit grâce au transfert de fonds vers le système privé pour les prestations infantiles préventives. En effet, le secteur privé ne manifeste aucun intérêt à développer des actions préventives qu'il estime être historiquement du ressort du secteur public. Les soins des enfants se situant par définition dans ce domaine resteront donc un créneau étatique. À ce sujet, Paulina manifeste que *« quand le réseau des prestations privées s'est organisé, il n'y avait rien en direction des enfants. Cette population a toujours été dans le secteur public, jusqu'à aujourd'hui car les ISAPRES n'ont encore pas de forfaits de santé infantile et ça, c'est à cause de la segmentation de la population ».*

Ainsi la réforme s'achève sur le plan de la conception segmentée en consolidant une structure duelle de distribution de l'accès aux droits à partir de la vocation subsidiaire. Cependant l'action de l'État reste prédominante, notamment quant à la fonction régulatrice du système ainsi qu'en termes de couverture des bénéficiaires.

Dans ce cadre, il est intéressant de constater que malgré la restructuration marchande du système de la santé à partir de la réforme néolibérale, la forme que prend le modèle constitue un continuum de la structure du modèle traditionnel de l'État chilien. En effet, l'introduction des assurances privées, ainsi que des mécanismes de concurrence, dynamise le marché des services sans par autant reléguer l'État à un rôle marginal. Il reste fort en ce qui concerne la régulation du système, du marché et la couverture des bénéficiaires. De plus, l'alliance entre le secteur privé et public se consolide aussi, en actualisant l'un des traits de la structure historique de l'accès aux droits. C'est le point que nous allons maintenant aborder.

### **3. La libéralisation du marché de la santé**

La mise en place de la réforme du système de santé et la configuration du système mixte se réalisent à travers un processus de libéralisation, c'est-à-dire par l'introduction du principe et des mécanismes de concurrence dans des secteurs jusque-là largement réservés au monopole public. Ce processus se caractérise par l'utilisation d'un modèle complexe de prestations qui, sur le plan des prises en charge, configure deux réseaux : le réseau public institutionnel conformé par les hôpitaux et les centres primaires territoriaux et le réseau privé des institutions de libre choix. La libéralisation se réalise par la configuration de ces réseaux ainsi que par l'introduction des mécanismes de financement tels que la subvention à la demande et à l'offre. Les deux réseaux collaborent dans la prise en charge des cotisants du fonds public (FONASA) et du fonds privé (ISAPRE).

Le réseau public connaît l'un des changements les plus importants depuis sa création. À partir de l'organisation des services régionaux, la gestion des institutions se décentralise et les centres des soins de santé primaire se municipalisent. Les soins de base territoriaux étant décentralisés, c'est un modèle de gestion mixte qui se met en place à travers les Corporations Municipales de Santé, organismes privés de gestion des services publics. On assiste ainsi au changement de contrat des propriétaires des services (Vergara, 2007). La justification du régime pour instaurer la réforme, notamment la municipalisation des soins primaires, est de faire face aux défaillances du secteur et de le rendre plus efficient. L'alliance du secteur public avec le monde privé est actualisée par le recours au secteur marchand. Les services privés se multiplient donc par le biais de la création d'organismes privés de gestion publique tels que les corporations municipales.

Le décret ayant force de loi, DFL 1-3063 de 1980, promulgue le transfert de la gestion des établissements de soins primaires (urbains et ruraux) aux mairies. *«Este traspaso implicó que las municipalidades debieron asumir la totalidad de las acciones de atención ambulatoria de nivel primario dentro de su área jurisdiccional, quedando los Servicios de Salud abocados a operar el nivel secundario-terciario de hospitales y centros de especialidad»*<sup>71</sup>. La municipalisation des services s'accompagne de la réforme des mécanismes de paiements qui crée la FAPEM (Facturation des prises en charge municipales), système qui cherche à mettre fin au budget global historique pour le remplacer par les subventions à la demande.

Bien que le système soit en place à la fin de la décennie des années 1980, on observe que *« ce modèle chilien de gestion locale, municipale, présente plusieurs tensions car les déficits étant énormes, l'État doit intervenir »*, précise Manuel, coordinateur des programmes de santé infantile pendant le gouvernement de Mme Bachelet. De cette manière, le niveau central continue à jouer un rôle fondamental.

Les problèmes que rencontre ce processus de municipalisation sont nombreux : la diminution des transferts monétaires à partir de 1983, la fin des carrières fonctionnaires des salariés, la faible coordination entre les mairies et les services (Jiménez de la Jara, 1991). Ainsi, la municipalisation se fera dans le contexte difficile des années 1980 : *« La crise économique des années 80 a provoqué une perte de vitesse des réformes justement parce qu'il n'y avait pas de ressources pour les soutenir »*, explique Oscar.

Le processus de municipalisation des services des soins primaires se déroulera donc dans un contexte de grandes difficultés tout au long de la décennie ainsi qu'au milieu des critiques. L'Ordre des Médecins évalue la situation en disant qu'ils observent :

*«[...] las múltiples e insalvables dificultades que muestra la administración municipal de los consultorios, los que se arrastran desde su creación [...]. Cabe mencionar, como ejemplo: la rotación de profesionales, la anarquía de salarios, la multiplicación de la burocracia, el desfinanciamiento crónico, la falta de coordinación entre atención primaria y secundaria, la dificultad para hacer*

---

<sup>71</sup> Celedón, Carmen; Guzmán, Marcela; Oyarzo, César; Espinosa, Consuelo; Galleguillos, Sylvia; Rodríguez, Darío et Boitano, Angela, « Descentralización financiera en el sector salud. La política y su implementación », en: Raczynski, Dagmar et Serrano, Claudia, edit. *Descentralización. Nudos críticos*, CIEPLAN et Asesorías para el Desarrollo, Santiago, 2001, p 280.

*cumplir las normas técnicas, los problemas de transparencias en la gestión, los conflictos y, sobre todo, la inequidad en la atención de los más necesitados.»<sup>72</sup>*

Bien que le processus de municipalisation soit l'un des piliers de la réforme, il pose aussi des problèmes à l'intérieur du gouvernement. L'ancien ministre de la Santé (1983-1986), Winston Chinchón, l'un des ténors de la mise en place du processus, affirme: «*A fines de los 80, como ya terminaba el gobierno militar, hubo una ola de traspasos que se hizo muy a la rápida, sin preparación de los municipios ni de los Servicios de Salud, convirtiéndose en adversarios*».<sup>73</sup>

Les critiques concernent les initiatives de privatisation, soit à travers les transferts aux organismes de caractère privé liés aux municipalités soit à travers la facilitation des processus de transferts postérieurs aux privés particuliers. «*La estrategia de municipalización de la salud, [...] una manera encubierta para iniciar la privatización de los sistemas de salud, ya que luego del traspaso de los establecimientos de salud a los municipios, posteriormente se podría realizar la transferencia a privados.*»<sup>74</sup> En effet, au-delà des transactions postérieures, le transfert de la totalité des prestataires des soins primaires se réalise à partir de la création de corporations privées. La gestion privée des services au sein des mairies détermine les caractéristiques principales de la reconfiguration du système, créant ainsi des services publics de gestion semi-privée à partir de l'assignation de subsides marchands depuis le niveau central. Paulina nous explique :

*« Le rôle de l'État est réduit par l'apparition des fournisseurs privés, au sein desquels les mairies deviennent un fournisseur mixte, parce qu'elles ont une structure publique mais les corporations de la santé et de l'éducation sont privées et gérées depuis la structure et la gestion du secteur privé. Donc seules les orientations techniques restent publiques, placées sous le rôle garant des autorités sanitaires, en ce qui concerne la définition des objectifs et des délais d'exécution. »*

---

<sup>72</sup> Colegio Médico de Chile, "Reforma de Salud, Proyecto País", Colegio Médico de Chile, Chile, 2003, en: Bass, Camilo, "Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios?", en: *Medwave*, Décembre, 2012, p.4. Disponible sur <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Análisis/5571>, consulté le 03/02/2016.

<sup>73</sup> Chinchon, Winston, in: Araya, Ema, "La salud en dictadura: privatización insalubre", en *Archivo Chile-CEME*, Santiago, 2006, p.2

<sup>74</sup> Bass, *Ibid.*

Le transfert des services implique aussi d'investir dans la mise en place du système ainsi que dans la mise en marché des services, dans la nouvelle logique des subventions à la demande, en pleine chute des dépenses publiques et au détriment des autres domaines du secteur santé. Hernan, chargé de la formulation des programmes de nutrition et des politiques de santé pour l'enfance pendant le gouvernement militaire et conseiller de la Junte Militaire, nous explique que cette réforme « *était seulement possible dans une dictature, parce qu'il fallait ne plus investir dans des hôpitaux pour développer un réseau d'attention des soins primaires* ».

Cette municipalisation pose tant des problèmes entre les différentes structures que des problèmes d'équité dans la qualité des services entre les territoires, à cause des inégalités de leur capacité d'investissement dans les prestations (Bass, 2012 ; Téllez, 2006 ; Vergara, 2007).

*« Les mairies qui reçoivent moins de dépenses de l'État, à partir des assignations en fonction du nombre d'habitants, vont opérer avec les possibilités de développement qu'elles ont, donc rien n'assure aux Chiliens que le système des soins primaires est uniforme, car il dépend de la qualité et des ressources de la mairie où chacun habite ».* (Manuel)

Ainsi, les villes les moins nombreuses et/ou celles qui reçoivent moins d'argent de leurs contribuables, auront plus de difficultés à assurer les services. « *Se produce la autonomía de una porción de la salud del gobierno central, lo que origina una inequidad entre unos pocos municipios con más recursos en desmedro de la mayoría pobre.* »<sup>75</sup>

La population la plus touchée par l'inégalité des services due à cette politique de municipalisation est l'enfance qui habite les villes les plus pauvres, car la totalité des prestations adressées à ce segment se trouve entre les mains des services de gestion municipale. Les services de soins primaires ont pour cible prioritaire la prise en charge préventive de l'enfance. Hernán explique qu'il fallait « *développer un réseau de soins primaires parce qu'on devait démarrer non pas avec les enfants malades, mais avec les enfants sains. C'est ainsi que l'on a développé le Contrôle de l'Enfant Sain* ». Ainsi, Paulina affirme que :

*« Le changement de la décentralisation en faveur de la régionalisation et de la municipalisation, pour le système de santé est hyper fort. Ça a touché notamment la structure de la prise en charge de l'enfance au Chili, parce qu'il n'existait*

---

<sup>75</sup> Bass, Ibid., p.4.

*pas de programmes infantiles, c'est une invention de l'époque qui se formule à la fin des années 1970 ».*

De cette manière, l'enfance devient la population prioritaire de cette reconfiguration administrative des services ainsi que des interventions vers les populations ciblées. La municipalisation, non seulement reconfigure la forme des services ainsi que le rôle de l'État sur le plan global, mais se traduit aussi par la privatisation de la protection universelle de la santé infantile au Chili.

La réforme qui donne origine à l'émergence des assurances privées ainsi qu'à la municipalisation des services de santé des soins primaires est fondée sur la conviction que le marché et le secteur privé ont la capacité de mieux gérer les services à partir des mécanismes de concurrence. Cela implique donc la création d'une batterie de dispositifs qui facilitent la coordination des prestations et des transferts dans un but d'efficience.

La réforme devient un outil d'introduction des critères d'efficience, d'efficacité et de compétitivité qui s'affirme dans une conception du rôle résiduel de l'État. La technocratisation de la santé publique permet la gestion marchande car elle impose la technification des critères d'intervention et de financement et elle facilite la configuration du rôle résiduel de l'État sur le plan de l'intervention, au point qu'il devient le grand surveillant de la protection. Dans ce cadre, la technocratisation de la santé permet donc de consolider l'alliance entre le secteur public et privé, de libéraliser la gestion, de rendre les services marchands et de réduire la participation de l'État pour concevoir de nouvelles formes du public.

## **4. La santé de l'enfance dans le Chili néolibéral**

Sur un plan symbolique, pour la dictature militaire, les enfants sont le noyau de l'intervention, car ils sont l'espoir d'une nouvelle société qui effacera les traces du socialisme. L'objectif de construire un nouveau pays moderne, développé et libéral, implique la formation de générations conformes à ce projet.

Hernán, ancienne autorité sanitaire du gouvernement militaire et conseiller de la Junte pour les affaires sociales, se souvient des premières discussions à propos de la configuration des

programmes sanitaires envers l'enfance : « *On disait avec Gustavo, ce pays n'a pas guérison, on a une ressource humaine de merde mais il y a une possibilité, parce que si vous allez rester longtemps (en référence aux militaires), nous avons l'opportunité de former les nouveaux Chiliens* ». <sup>76</sup>

Sur le plan général des soins, cette priorité donnée à l'enfance se traduit par deux stratégies menées depuis le niveau central : le soutien aux initiatives philanthropiques et le développement de la santé primaire préventive envers l'enfance, outre les soins ciblés sur la mortalité infantile.

#### 4.1 La *re-philanthropisation* de la protection des enfants malades

Tout au long de la dictature, on assistera à la manifestation d'un soutien prioritaire aux institutions philanthropiques émergentes. La philanthropie dans le domaine de la santé connaît un renouveau dans le cadre de la réduction du rôle de l'État, car « *los enfoques modernos de salud, al incluir una rehabilitación integral y tratamientos más complejos, no lograban encontrar sustento en el disminuido sistema sanitario.* » <sup>77</sup> La privatisation des réponses concernant les soins des enfants malades vient remplacer la politique des soins étatiques diminuée par la baisse des investissements dans les hôpitaux, tout en maintenant la priorité sur ce segment de la population. La privatisation des réponses de la santé coïncide également avec la stratégie de privatisation de la prévention développée par la municipalisation des soins primaires. À ce sujet, Jaime exprime que « *l'État n'a plus un rôle fort dans les politiques publiques de la santé, donc bien qu'il y ait des programmes qui continuent et d'autres qui émergent, le modèle est différent et l'État cesse de participer sur plusieurs plans* ».

Cette stratégie de *re-philanthropisation* et de privatisation des réponses concernant les soins des enfants malades est, encore une fois, ciblée sur les populations les plus démunies. Ainsi, on assiste à la naissance de plusieurs institutions privées qui vont s'adresser aux enfants les plus en détresse, en termes de situation de santé et de condition socioéconomique.

Il s'agit de configurer le rôle subsidiaire de l'État, de n'agir donc qu'en l'absence d'une réponse des sociétés intermédiaires. L'émergence d'une philanthropie féminine liée au régime se traduit

---

<sup>76</sup> Gustavo Leigh, général en chef des forces aériennes du Chili et membre de 1973 à 1978 de la Junte Militaire, chargé du domaine social à l'intérieur de la Junte Militaire.

<sup>77</sup> Rojas, Jorge, *Historia de la infancia en el Chile Republicano 1810-2010*, Santiago, Junji, 2010, p.685.



par la prolifération des institutions et des initiatives dans les divers champs de la santé : depuis les « dames » de couleurs (les dames en rouge, en vert, en gris, etc.), en passant par les bénévoles qui prennent soins des malades dans les hôpitaux, jusqu'aux évènements à grand spectacle comme la Téléthon (collecte annuelle télévisée de fonds pour la réhabilitation des handicapés, notamment des enfants).

Parmi les institutions les plus importantes se trouvent : COANIQUEM pour les soins des enfants brûlés ; COANIL (liée à l'Armée) et CORDAM (liée à la Police), toutes deux destinées aux enfants handicapés ; CONIN pour les enfants en état de malnutrition sévère. Toutes font partie du groupe des protégés de la charité militaire. Ces institutions et des événements tels que la Téléthon, joueront un rôle clé pour la décharge des hôpitaux ainsi que dans le blanchiment de l'image du régime, associée à la violence et aux restrictions économiques.

À partir de ce renouvellement de la philanthropie classique, qui avait été mise en retrait au cours des périodes précédentes du fait du rôle protagoniste de l'action étatique dans la régulation de l'action sociale, l'État subsidiaire actualisera la collaboration public-privé, en réhabilitant la tradition. Ainsi, l'action charitable prend une place dans la protection de la santé, au même titre que les processus de libéralisation des services et la création de l'offre privée des assurances et des prestataires. L'alliance public-privé de la structure de distribution des droits est renouée, désormais dans l'optique de la réforme néolibérale. De cette façon, sur le marché de la santé, des instances charitables soutenues par l'État, prendront la relève de la responsabilité privée, lorsque celle-ci est déficiente pour apporter protection et soins aux enfants. L'État assume la mission d'intervenir dans les cas les plus extrêmes ainsi que le défi de jouer une fonction de prévention qui permettra de transférer des obligations à la famille, surtout dans le but d'empêcher des crises sanitaires. Cette action se développe à partir de la mise en place de programmes de contrôle de l'enfance et des familles.

Cette tendance actualise donc la tradition de l'intervention sanitaire au Chili et de sa structure de distribution de l'accès aux droits. En effet, la collaboration sur les actions curatives entre l'État et les institutions philanthropiques, remet au goût du jour l'alliance propre à l'État de compromis passée entre l'État d'assistance médicale et les institutions de charité. À cette époque, l'alliance se réalise dans la division de l'intervention préventive de responsabilité étatique et dans l'action curative entre les mains des hôpitaux de gestion publique ou publique-privée ainsi que dans l'action des institutions religieuses. La dictature renouvelle ce pacte et introduit de nouveaux acteurs tels que la charité militaire et ses volontaires féminines. Cependant le régime militaire introduit aussi une inflexion sur ce plan, à partir de la régulation de la collaboration et du transfert des fonds. Les relations ne sont plus fondées sur la bonne foi

mais sur les transferts de fonds soumis à des résultats quantitatifs concernant le nombre de population prise en charge et le segment socioéconomique de la population accueillie.

D'un autre côté, cette *re-philantropisation* de la santé curative infantile exerce le principe d'action résiduelle concernant le critère du dernier recours : les services s'adressent aux familles qui n'ont aucune autre possibilité à cause de leur situation défailante sur le plan de la protection financière. La famille reste la principale responsable d'assurer la santé des enfants, et ce n'est que le cas échéant que l'État propose l'intervention des institutions charitables. Ainsi, le pacte renouvelle autant l'action publique concertée que la responsabilisation des familles sur le plan de la protection, en ajoutant la composante marchande à l'offre des soins.

## 4.2 Le système de soins primaires et l'enfance : le Contrôle de l'enfant sain

La préoccupation pour le binôme mère-enfant étant une cible déjà repérée sur le plan de la santé, elle devient un axe prioritaire de l'action sanitaire de la dictature. Bien que cette politique fasse partie des continuités du système de la santé, l'orientation ainsi que la prédominance qu'elle acquiert changeront à partir du nouveau paradigme des soins infantiles. Le succès que rencontre cet axe d'action est pourtant en lien direct avec la continuité du réseau déjà dessiné pendant la période de l'UP.

Jaime manifeste que *« plusieurs des orientations structurelles des dernières années ont été élaborées pendant les 50 années précédentes, une structure de pouvoir dans le secteur de la santé, un réseau national où le plus important a été la construction de la norme, c'est-à-dire que le niveau central prend une décision et que tout le monde l'applique. »* Suivant ce même raisonnement, Viviana, ancienne coordinatrice et conceptrice des programmes sociaux emblématiques de la CPD, affirme que *« si nous parlons de politiques de protection de l'enfance, au-delà des intitulés, ça existe au Chili depuis le milieu du dernier siècle. Donc on ne peut pas dire qu'on réalise la construction de cette politique sans reconnaître une trajectoire énorme des politiques sociales »*. C'est donc sur la base du réseau national de santé que la reprise des anciens centres de proximité mère-enfant, ciblés sur la distribution du lait et des vaccins, deviendront la clé de l'action sanitaire vers l'enfance pendant la dictature. Paulina nous explique que *« l'action mère-enfant s'améliore et bien qu'il existe des continuités, la manière*

*de faire est différente, la façon de faire et de penser la santé de l'enfance change car l'emphase mise sur les soins primaires est beaucoup plus évidente et je pense que ça a été très positif ».*

L'action se configure à partir du contrôle de la croissance de l'enfant ainsi que du contrôle de la mère depuis la grossesse. Ce contrôle s'établit de façon régulière sur la totalité des centres territoriaux et incorpore des aspects de stimulation infantile, de motivation et d'éducation à l'allaitement, de campagnes de vaccinations et un axe de maternité responsable, donc de contraception (Monckeberg, 2011). La couverture des consultations des enfants de 0-2 ans augmente exponentiellement pendant la période : de 3878 pour mille consultations en 1974, on passe à 6644, en 1989. Les consultations des femmes pendant la même période augmentent également de 685 à 1384 en 1989.

*« Pour parvenir à former de nouveaux Chiliens il fallait suivre les enfants, donc convaincre la mère de les amener au centre de santé, et une mère non scolarisée n'en voyait pas les avantages, ce n'était pas gagné. La stratégie a été la distribution du lait Purita<sup>78</sup> », raconte Hernán. Ainsi, inscrit dans une tradition de protection biomédicale des enfants, le Programme d'alimentation complémentaire permettra de suivre les enfants de façon massive (Rosselot, 1982). Le système de soins primaires est restructuré en proposant des services de complexité minimale et de couverture maximale (Téllez, 2006). Paulina affirme que « la politique des soins primaires fut ce qui s'est le plus approché des enfants et elle est à la base des améliorations de la santé infantile au Chili et des conditions de vie de ce segment ».*

La politique du Contrôle de l'enfant sain et les programmes d'alimentation qui se développent grâce à la priorité donnée aux soins primaires, met l'accent sur la massivité de l'accès aux programmes, en établissant un axe des politiques à vocation universelle de protection de l'enfance. Ainsi, la prise en charge se technocratise progressivement, notamment à partir de la municipalisation, par rapport à la recherche de l'efficacité des transferts des fonds depuis le niveau central et l'effectivité des actions de prévention. *« L'émergence des programmes infantiles installe la logique des programmes vus comme un outil des politiques publiques », dit Paulina.* La politique globale s'exécute à partir d'une logique de projets divers visant la population ciblée, en lien avec la notion de décentralisation de la protection et des transferts de fournitures médicales au secteur privé, afin de prendre en charge la population la plus aisée. La réduction du rôle de l'État se concrétise sur le plan de la santé primaire préventive donc à travers la fragmentation de la politique étatique globale. Bien qu'à vocation universelle, la protection

---

<sup>78</sup> Le lait Purita est un lait enrichi qui remplace le lait maternel et qui été distribué gratuitement aux enfants contrôlés dans le centre de santé.

des enfants se met en place dans le cadre de la subsidiarité grâce à la formulation de plusieurs axes de suivi, de plusieurs sources de financement et de plusieurs prestataires de services, tous privés, dans le but de contrôler la croissance de la population.

Les résultats sont positifs sur le plan des indicateurs. La protection de la santé infantile devient la vedette des politiques sociales de la dictature ; la réussite des programmes de soins primaires est incontestable, notamment dans la réduction drastique de la mortalité infantile.

### 4.3 La lutte contre la mortalité infantile

Au début de la dictature, le Chili présente des chiffres noirs concernant la mortalité des enfants. Comme nous l'avons mentionné plus haut, en 1973 le taux de mortalité infantile est de 85,9 pour 1000 enfants nés vivants, dont 25,3 de mortalité néonatale (enfants de moins de 28 jours)<sup>79</sup>. La réduction de la mortalité infantile constitue un objectif prioritaire ainsi qu'une véritable opportunité pour le régime. D'un côté, il fallait combattre le problème pour faire face à l'enjeu socio-sanitaire et d'un autre, il s'agissait de montrer des résultats positifs de la nouvelle politique.

*« Le but était très clair. On a commencé à donner la sensation qu'on ne savait plus où on allait et qu'on avait besoin d'un indicateur. Et tout le monde sait que la mortalité infantile est un indicateur fiable. C'est pour ça que la création de CONIN et la stratégie de nutrition a été si transcendante et qu'il y a eu une très bonne réception dans la communauté. » (Hernán)*

La stratégie conjointe des politiques centralisées à partir du plan de nutrition, du développement du système de soins primaires et le soutien des initiatives complémentaires sur le plan privé, feront baisser le taux de mortalité tout au long des années du régime. Jaime affirme que :

*« La malnutrition est vaincue alors que le Chili était top one des morts par malnutrition. Certains disent que ce fut grâce à CONIN et au Dr. Monckeberg, et je crois que oui, que ça a aidé, mais la vérité est que la solution fut le*

---

<sup>79</sup> Ces données sont publiées par l'Institut National des Statistiques (INE) dans son rapport : Instituto Nacional de Estadísticas, *Estadísticas vitales, Informe anual 2009, Publication Annuelle*, Santiago. Instituto Nacional de Estadísticas, Dirección Nacional, 2011, p.45.

*programme national qui a attiré les mamans vers les centres de santé et qu'elles ont appris à prendre soin de leur grossesse, à se préoccuper des vaccins et de l'alimentation des nourrissons ».*

L'attention se focalise sur les enfants malades, en particulier les plus pauvres, pour les maintenir en vie. Le programme de nutrition universelle distribue du lait et des compléments alimentaires et l'institution privée CONIN, fondée par le Dr. Monckeberg, prend soin des enfants les plus en danger. « *On parcourait le pays en cherchant les enfants les plus gravement malades. Il fallait faire comme ça parce que dans des conditions de sous-développement, on ne pouvait pas planifier à long terme. Dans la lutte pour le pouvoir, il faut montrer des résultats au bout de deux ans* » nous explique Hernán. Il s'agit d'une stratégie de focalisation pour stabiliser la situation générale. Hernán raconte que pour négocier le soutien du gouvernement, il a proposé au ministre des Finances de :

*« Réduire la mortalité infantile de 20 points par an si [il lui] donne 5 millions de dollars. "Comment ça ?" m'a dit Cahuas. C'est simple. Je sais qui va mourir et où. Je sais quoi faire pour que ces enfants ne meurent pas mais j'ai besoin d'infrastructure. Le problème est sur les nourrissons, il faut donc concentrer l'activité sur le contrôle des nourrissons qui vont mourir. Et ça, ce fut un succès, on a baissé la mortalité artificiellement, parce qu'on était focalisé sur ceux qui étaient en train de mourir. En moins de 10 ans, on avait la mortalité infantile la plus basse d'Amérique latine ».*

Le ciblage devient la clé du succès et la stratégie de choc pour améliorer les mauvais indicateurs. Paulina explique que « *la lutte contre la malnutrition et contre les diarrhées dans le pays, est restreinte aux enfants mineurs d'un an, dans une certaine mesure, bien qu'il y ait des prestations pour les plus grands. Mais le focus ce sont les mineurs d'un an et ça s'étend aux nourrissons jusqu'à deux ans* ».

La création du CONPAN (Conseil National pour la Nutrition et l'Alimentation) par le décret-loi N°354 de 1974, établit l'une des premières initiatives sociales de la dictature. Cependant, la configuration des politiques de forte régulation et d'investissement central, ne fait pas partie des orientations du modèle économique émergent. C'est ainsi qu'après plusieurs années de disputes politiques entre les équipes de la santé et les économistes, le CONPAN est supprimé, une fois le modèle installé en 1979 (Monckeberg, 2011). L'État mettra l'accent sur le soutien

de la philanthropie et des organismes paraétatiques tels que CONIN, qui trouve une partie de son financement dans le soutien international. Les équipes professionnelles vont se réfugier dans CONIN et dans le milieu universitaire.

De son côté, l'INTA (Institut de Nutrition et de Technologie pour les Aliments) créé en 1972, au sein de l'Université du Chili et qui a accompagné la création du CONPAN, ne recevant guère de soutien du niveau central, s'appuie sur les organismes internationaux tout au long de la dictature pour développer ses programmes alimentaires.

Conjointement aux actions menées sur le plan de la santé, le pays développe un processus d'urbanisation qui améliore les conditions d'assainissement environnemental, cité par tous les interviewés. Cet aspect fait que, paradoxalement, malgré l'augmentation de la pauvreté pendant les années de restructuration économique, les programmes d'alimentation soient effectifs et permettent de faire baisser la mortalité des enfants. L'amélioration des indicateurs n'est pas due à l'amélioration des conditions socioéconomiques mais aux actions spécifiques des secteurs de la santé et des œuvres publiques (Kaempfer, 1982).

Ainsi, pendant les années de la dictature, les chiffres de mortalité infantile seront réduits significativement, grâce à une stratégie mixte qui combinera : des politiques centrales de ciblage ; le développement de programmes nationaux d'alimentation gérés par le réseau territorial de santé ; des programmes d'urbanisation ; l'initiative d'équipes professionnelles engagées dans la lutte contre la malnutrition, réunies dans le monde universitaire et les associations. En 1989, le taux de mortalité atteint 28,9 pour mille enfants nés vivants, dont 9 de mortalité néonatale.<sup>80</sup>

Le régime remporte la victoire dans la lutte contre la malnutrition, à partir du développement de la collaboration public-privé, malgré les difficultés politiques. La santé des enfants enregistre des indicateurs positifs et cette politique devient la base des politiques de protection envers l'enfance pendant la période suivante.

---

<sup>80</sup> Op.cit.

## 4.4 Une esquisse de conclusion : la santé infantile et la réussite du modèle

La reprise des traits les plus significatifs de la structure de distribution des droits, reconfigure l'État social-médical de la dictature sous la marque de l'action néolibérale. La responsabilisation primaire de la famille et l'actualisation de l'alliance public-privé prendront la forme de la privatisation et de la libéralisation des services, soit marchande soit charitable.

Pourtant, le processus de technocratisation globale de prestation des services conduit par la recherche de résultats rapides et l'amélioration des indicateurs, permettra la mise en place de dispositifs spécifiques destinés aux enfants. Cette nouveauté, qui reprend la formule de tradition et innovation, reconstruira l'État social-médical dans l'optique de la régulation centrale de la prestation des services. Tout en se détachant de la mise en œuvre de la politique, le secteur privé devient protagoniste, que ce soit en tant que privé marchand ou privé municipal.

Les résultats, frappants sur le plan des indicateurs, interpellent sur les possibilités de proposer un État social efficient et efficace. Toutefois, la composante résiduelle inhérente au nouveau modèle expulse la configuration d'un État social de droits et de garanties, en pratiquant l'isolement des populations problématiques, en renforçant la place du marché et, par conséquent, l'accès inégal aux soins des enfants. Cependant, dans la conception de la philosophie de l'État social, la protection s'articule sous une forme mixte qui combine la régulation centrale de la politique, les transferts des ressources sur le plan préventif autant que curatif, et la multiplication des acteurs concernés dans la mise en place de la politique de santé. Ces aspects donneront naissance au modèle résiduel mixte qui caractérisera la philosophie de la protection de l'enfance durant la dictature dans les différents domaines.