



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I  
U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2013

THESE N° 2013LYO 1D 080

**T H E S E**  
**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

**Présentée et soutenue publiquement le : 10/12/2013**

**par**

**Gabriele Alexis**

**Né le 7 août 1988, à Vénissieux (69)**

---

**Le système de santé bucco-dentaire  
au Chili**

---

**JURY**

**M. Guillaume Malquarti**

**Président**

**M. Bruno Comte**

**Assesseur**

**Mme. Béatrice Richard**

**Assesseur**

**Mr. Matthieu Fabris**

**Assesseur**

**Mme. Charlotte Heuzé**

**Assesseur**

## REMERCIEMENTS

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur Guillaume Malquarti,

Chef de service du SCTD,

Professeur des Universités,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence de ce jury.

Nous vous témoignons notre admiration pour votre attachement et votre soutien à notre formation clinique.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

Au Professeur Bruno Comte,

Maître de conférences,

Docteur en Chirurgie Dentaire,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, et pour votre soutien.

Au Docteur Charlotte Heuzé, pour le temps consacré à ma thèse, votre aide et vos précieux conseils, ainsi que votre accueil,

Au Docteur Matthieu Fabris, pour votre aide et votre bonne humeur,

Au Docteur Béatrice Richard, pour votre implication, vos conseils et votre gentillesse.

## SOMMAIRE

Introduction	<b>p1</b>
I-Le système de santé chilien	<b>p2</b>
I.1 : Définition d'un système de santé	p2
I.2 : Présentation du système de santé chilien	p3
I.3 : Historique	p6
I.3.1 : Première période	p6
I.3.2 : Seconde période	p7
I.3.3 : Situation actuelle	p9
I.4: Organisation	p11
I.4.1 : Le réseau d'organisation du système de santé	p11
I.4.2 : Le système d'assurance santé : ISAPRES et FONASA	p13
I.4.3 : Le réseau d'exécution du système de santé	p14
I.5: Le Financement du système de santé chilien	p16
I.5.1 : La collecte des fonds	p17
I.5.2 : Le Pooling	p19
I.5.3 : Le financement	p19
I.6: Taux d'accès	p21
II-La demande de soins	<b>p23</b>
II.1: Analyse de l'indice CAO détaillée	p23
II.2: Problèmes parodontaux	p25
II.3: Conséquences	p27

III-L'offre de soins dentaires	<b>p31</b>
III.1: Etudes dentaires et démographie de la profession	p31
III.3: Plans d'action	p32
III.4 :Le plan de fluoration	p34
IV : Analyse	<b>p35</b>
IV.1 : lecture critique	p35
IV.2 : L'avenir du système de santé chilien	p38
IV.3 : Lecture comparative avec le système français	p39
Conclusion	<b>p42</b>
Annexes :	
Entretien avec le Dr Raul Saez	p43
Bibliographie	p44



## INTRODUCTION

J'ai pu avoir la chance de passer le premier quadrimestre de ma 6ème année d'études d'odontologie au sein de la Faculté d'odontologie de l'Universidad de Chile, à Santiago de Chile, dans le cadre d'un échange universitaire.

J'ai pu découvrir un fonctionnement universitaire différent, et plus largement, une conception générale du système de santé divergente de la notre sur de nombreux points.

C'est là qu'est née mon idée de réaliser une thèse d'exercice sur le système de santé bucco-dentaire chilien, afin d'observer tout d'abord sa constitution, son fonctionnement, et en mesurer ensuite les résultats.

Ce projet s'inscrit tout d'abord dans une volonté de décrire un fonctionnement différent du notre, mais - bien que cela soit quelque peu ambitieux - de pouvoir ainsi proposer une lecture critique de ce système, afin de le comparer au notre (tant dans la prise en charge, la couverture, que dans la formation). Mon objectif étant de répondre à ces interrogations : Comment définir le système de santé chilien? Quel rôle y tient le dentiste? Quels résultats peut-on en attendre? Peut-on tracer un parallèle avec le système français?

Pour ce faire, nous décrirons dans une première partie le système de santé chilien, son historique, puis son organisation, le financement, et enfin l'accès à celui-ci.

Puis nous nous intéresserons à la demande de soins dentaires au Chili, en étudiant les indices CAO de façon détaillée, et par classe d'âge.

Nous nous pencherons ensuite sur l'offre de soins, en considérant le nombre et le mode d'exercice des dentistes, les études dentaires, et les plans de prévention, de prise en charge organisés par l'état.

Il sera alors possible d'établir une conclusion de cette analyse, sous la forme d'une lecture critique du système de santé bucco-dentaire chilien (et par là même du système de santé dans sa globalité).

## **I-Le système de santé chilien**

### **I.1 : Définition d'un système de santé**

Nous allons ici poser le cadre de notre étude, et définir le concept de système de santé.

Un système de santé décrit les moyens organisationnels et stratégiques mis en place par pays, par zones géographiques ou entités communautaires, afin d'assurer une continuité et une qualité des prestations de santé.

La déclaration Universelle des Droits de l'Homme stipule que "Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays".(Article 22 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme).

Pour l'OMS, un système de santé inclut toutes les activités dont le but principal est de promouvoir, restaurer, et maintenir la santé.

Le rapport de l'OMS ("Research for universal health coverage", World health report 2013 – [www.who.int](http://www.who.int)) nous rappelle les objectifs d'un système de santé: améliorer et maintenir l'état de santé de la population, assurer la réactivité du système, et garantir une contribution équitable de la part de la société.

Se retrouvent ainsi les quatre fonctions du système de santé : la prestation de services (provision), la création de ressources (investissement et formation), l'administration générale (contrôle), et le financement (collecte, mise en commun et achat).

Le système de couverture sociale du système de santé désigne l'ensemble des dispositifs et institutions qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences d'événements ou de situations diverses.

Selon l'article de N.Canry (n°2), nous pouvons définir deux grands modèles historique de protection sociale :

La logique "Beveridgienne" est de fournir à tout individu, un droit à un minimum vital. Pour ce faire, nous avons recours à un financement par l'impôt et chacun bénéficie des mêmes prestations. La logique "Bismarckienne" est adossée au travail salarié. L'activité professionnelle fonde la protection sociale sur les solidarités professionnelles. Les prestations ne sont pas uniformes. Le modèle "Beveridgien" cherche à mettre l'homme à l'abri de la pauvreté et cherche à établir une justice sociale. C'est une solidarité de type verticale. Le but étant d'avoir une société plus égalitaire, plus solidaire. Le modèle "Bismarckien" cherche à stabiliser les statuts sociaux. La solidarité est de type horizontale. L'objectif est d'assurer les salariés contre les risques sociaux par des revenus de remplacement afin de garantir un niveau de vie. C'est le principe d'assurance maladie.

## **I.2 : Présentation du système de santé chilien**

Dans le cas du Chili, le système répond, selon Juan Giaconi Gandolfo (article n°3 en bibliographie), aux deux modèles. Chaque travailleur cotise 7% de son salaire pour sa protection sociale. Celle-ci couvrira aussi sa famille. Les plus démunis bénéficiant d'une couverture universelle gratuite de l'état.

Toujours selon le Dr Giaconi Gandolfo, Le système de santé est biface, public et privé. Se retrouvent en parallèle des cliniques privées, et le complexe réseau du système public.

Les assurances de santé peuvent être, de même, publique (FONASA, équivalent de notre sécurité sociale), ou privées (il en existe une vingtaine, baptisées ISAPRES). Le principe de 'libre élection' permet aux citoyens de choisir librement - en théorie - leur mode de couverture sociale.

La modalité de libre élection (MLE, pour modalidad de libre eleccion), telle que

définit dans le "Chile Health Insurance Issue" (source: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)) s'oppose à la modalité de prise en charge institutionnelle (MAI, pour modalidad de atención institucional). La MAI correspond à celle que fournissent les établissements publics: les bénéficiaires paient pour la prise en charge reçue en fonction du groupe d'accès dans lequel ils figurent. On notera que seuls les plus pauvres d'entre eux ne participent pas au paiement pour la prise en charge reçue.

La MLE opère quand les bénéficiaires viennent à consulter des prestataires privés (ou publics, "pensionnaires" des hôpitaux), avec une participation au paiement. Seuls peuvent accéder à cette modalité de prise en charge les bénéficiaires d'accès plus élevés.

Pour synthétiser, la MLE est la possibilité de choisir où souscrire une assurance de santé publique ou privée), et où consulter.

Il est également important de remarquer que le pays a participé au traité de la charte d'Ottawa, en 1986. Le gouvernement s'engage alors à :

- se lancer dans le combat afin de promouvoir des politiques pour la santé et à plaider en faveur d'un engagement politique clair en faveur de la santé et de l'équité dans tous les secteurs ;
- lutter contre les pressions exercées en faveur des produits dangereux, de la déplétion des ressources, de conditions et de cadres de vie malsains et d'une alimentation déséquilibrée ; à appeler également l'attention sur les questions de santé publique posées, par exemple, par la pollution, les dangers d'ordre professionnel, l'habitat et les peuplements ;
- combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités dues aux règles et aux pratiques de ces sociétés ;
- reconnaître que les individus constituent la principale ressource de santé, à les soutenir et à leur donner les moyens de demeurer en bonne santé, ainsi que leurs familles et leurs amis, par des moyens financiers et autres, et à accepter la communauté comme principal porte-parole en matière de santé, de conditions de vie et de bien-être.
- réorienter les services de santé et leurs ressources au profit de la promotion de

la santé, et à partager leur pouvoir avec d'autres secteurs, d'autres disciplines et, plus important encore, avec la population elle-même ;

- reconnaître que la santé et son maintien constituent un investissement social et un défi majeur ; et à traiter le problème général que posent les modes de vie sur le plan de l'écologie.

Le gouvernement chilien décide alors, comme décrit par le Dr Bastias pour le "bulletin de l'Ecole de médecine de l'université Catholique" (n°4), d'une part, d'accroître la prise en charge des pathologies les plus répandues (comme la carie dentaire), là où l'effet sera donc le plus grand. Il s'agit, et cela est une volonté omniprésente dans les circulaires de santé publique, de renforcer le niveau primaire d'attention (pour les pathologies peu complexes).

D'autre part, plus d'importance est accordée à l'éducation à la santé, à la promotion de modes de vies sains, à la prévention ainsi qu'à une prise en charge à l'échelle familiale (notamment en pédodontie), et non plus seulement individuelle.

### **I.3: Historique**

le paragraphe qui suit s'inspire du cours de santé publique du Dr Pamela Munoz, cours de santé publique à l'Universidad de Chile, et de l'article de María Angélica Illanes, "Historia Social de la Salud Pública en Chile".

Le fonctionnement actuel du système de santé chilien est bien sur lié à l'histoire du pays. On distingue dans sa construction trois grandes périodes.

#### **I.3.1 : Première période**

Avant 1952 : Les maladies contagieuses possèdent la prévalence la plus forte, et la mortalité infantile est importante. Face à cela, la charité religieuse s'occupe de la prise en charge.

En 1924, naît le SOO (pour Seguro Obrero Obligatorio), caisse de financement pour une "sécurité sociale" ouvrière, au financement triple: état, employeur, travailleur. On assiste jusqu'en 1938 à un développement de ce service, avec la construction d'hôpitaux financés par l'état. Ils remplacent les hôpitaux construits par l'église.

En 1942 naît le SERMENA (pour Servicio Médico Nacional de Empleados), ou service de santé national des employés, premier équivalent d'une sécurité sociale, preuve de l'intérêt de l'état à maintenir ses travailleurs en bonne santé, pour assurer la croissance de l'économie.

Entre 1952 et 1973, les indicateurs de santé présentent globalement une amélioration, et l'espérance de vie augmente. Le pays réalise des avancées dans le contrôle des maladies transmissibles, et le patron de mortalité change, avec une prévalence des maladies chroniques, ou des accident. Cela s'explique notamment par la mise en œuvre de programmes nationaux de vaccination.

En 1952 naît le SNS, Service National de Santé, qui a pour objectif de renforcer

les infrastructures médicales et sanitaires et de conduire des actions de formation et de protection. C'est un réel tournant dans la constitution du système de santé chilien. En effet, cette première structure d'état s'organise, amenant les prémices de la fondation d'un "état providence".

Cette notion d' "Etat- providence", pris dans son sens premier et simplifié signifie la prise en charge par l'Etat des tâches de couverture sociale, telle que définie par René Revol, dans "les états providences" (sur le site du CRDP Montpellier, [www.crdp-montpellier.fr](http://www.crdp-montpellier.fr)).

La prise en charge de la pathologie incombe principalement à l'état, et non plus à des organismes religieux. Ceci est à souligner car ce changement témoigne d'une prise de conscience que la croissance économique du pays passe par la productivité des citoyens, qui doivent donc pouvoir rester en bonne santé.

### **I.3.2 : Seconde période**

En 1973, le coup d'état de Pinochet du 11 septembre transforme profondément la société chilienne, et notamment le système de santé.

En raison de la crise économique, qui a conduit, d'une certaine façon, à cet événement, l'état manque de finances. Des mesures sont alors prises, dans une volonté de désinvestir le domaine de la santé.

Ernesto Mirande, décrit dans "Descentralización y privatización del sistema de salud chileno" (n°6) les deux grands mouvements qu'entreprend alors l'état. Celui-ci autorise l'apparition d'assurances privées, permettant une couverture du risque de santé aux populations ayant les moyens financiers de cotiser. La prise en charge publique ne concerne, dès lors, que les plus pauvres. En 1981, sont ainsi créés les ISAPRES, assurances privées. En effet, les citoyens peuvent alors choisir entre la FONASA, système d'assurance santé public, ou bien des organismes privés. Dans un premier temps, la concurrence entre ces dernières améliore la prise en charge en matière de santé. Cette vague de privatisation

'neolibérale' suit le modèle du système de santé anglo-saxon. Ce changement est très important, car il met en forme le système actuel.

D'autre part, en 1979, le Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) voit le jour par la loi DL 2763/1979, qui centralise les décisions. Le financement et la gestion des services de santé (hôpitaux, programmes de santé...) est ainsi laissé aux Servicios de Salud de chaque province. Cette vague de décentralisation vise également à réduire les dépenses de santé dans le budget de l'état.

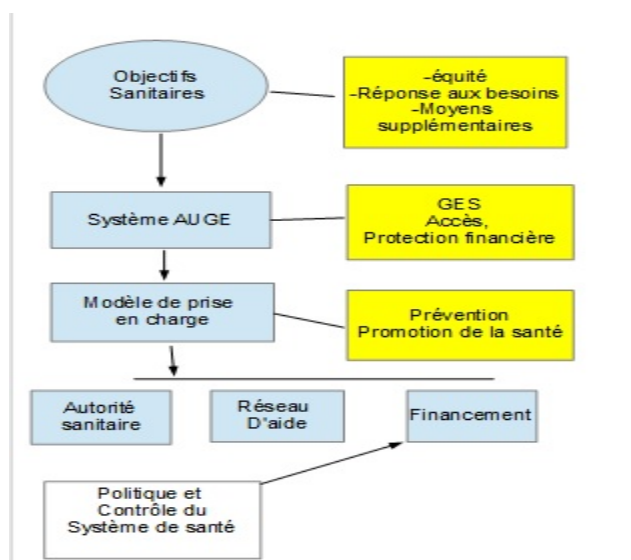
Cette période, de 1979 à 1990, marque donc profondément l'organisation du système de santé chilien. Il faut noter qu'une part importante de la population chilienne-la plus riche, certes, reste satisfaite des changements intervenus alors.



### I.3.3 : La situation actuelle

Le système de santé, tel qu'il est laissé après la dictature, n'en demeure pas moins peu équitable, peu efficace, voire obsolète pour beaucoup.

L'état conduit ainsi, depuis 2000, la "réforme du système de santé" (présentée sur le graphique ci-dessous) (n°8).



Tiré de "Estructura y organización del sistema de salud Chileno" (Cours de santé publique de l'Universidad de Chile – Area de Salud pública), et traduit en français

Les objectifs sont ainsi fixés ;

- 1: contrôler d'avantage les assurances privées, et leur tarifs,
- 2: affirmer l'autorité de l'état,
- 3: atteindre une plus grande solidarité,
- 4: définir des garanties de couvertures explicites, avec une possibilité de choix, d'accroître peu à peu le nombre de pathologies prises en charge (en cours avec

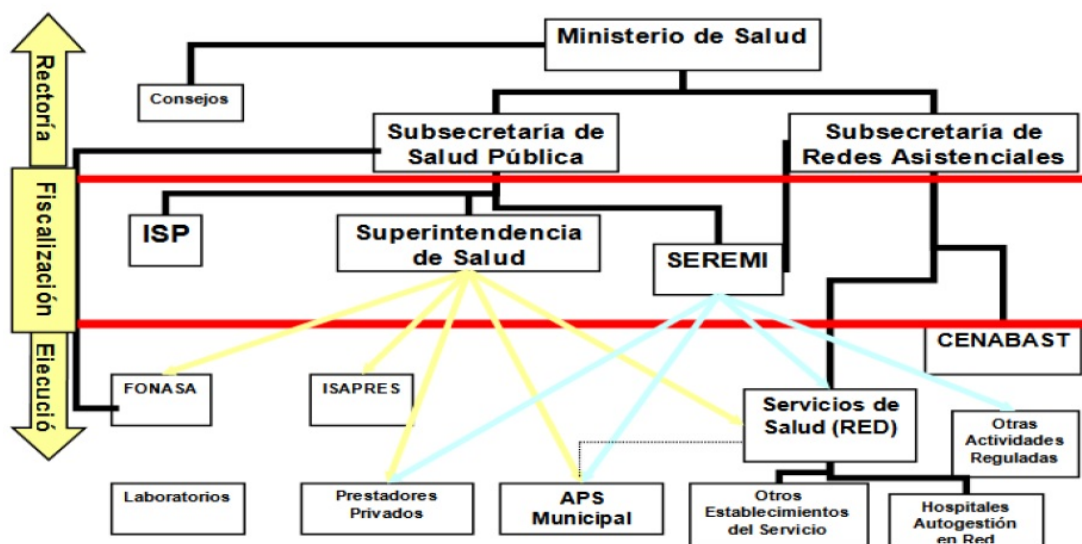
les plans GES), comme décrit par Annick Manuel, dans l'article "El sistema de salud chileno: 20 años de reformas". Les GES, pour garantias explicitas de salud, sont des programmes mis en place par le Ministère de la Santé, visant à la prise en charge intégrale, sans frais, dans un temps d'attente minimum, et sans restriction, à tous les assurés du système public. Ceci pour un nombre croissant de pathologies ou de groupes de patients, dont cinq en odontologie (Nous les détaillerons par la suite).

## I.4: Organisation du système de santé

### I.4.1 : Le réseau d'organisation du système de santé

Détaillons l'organisation et la hiérarchisation, complexes, du système de santé chilien.

La description qui suit est tirée de l'article du Dr. Juan Giaconi Gandolfo, en annexe bibliographique n°3, et du site gouvernemental du ministère de la santé du Chili.



Fuente: REFORMA SALUD. MINSAL

Source : minsal.cl, 2008

Il appartient au ministère de la Santé (ministerio de Salud) de fixer et contrôler les politiques de santé.

Le Sous-secrétariat de Santé publique (subsecretaria de salud publica) se charge de l'exécution des plans régionaux de santé, de pourvoir les biens de santé publique essentiels à la population, proposer des politiques, des normes, plans et

programmes ; veiller à leur accomplissement, et coordonner les actions du Fond National de Santé (FONASA), et l'Institut de Santé Publique (ISP).

Le Sous-secrétariat du réseau d'assistance (Subsecretaria de redes asistenciales) se charge du réseau d'assistance (hôpitaux publiques, et établissements d'attention primaire), du développement des aides sociales en matière de santé, et de perfectionner les mécanismes comptables et financiers des services de santé.

L'institut de Santé publique du Chili (Instituto de Salud Pública de Chile), est l'autorité Sanitaire pour ce qui concerne les médicaments et laboratoires.

La surintendance de santé (Superintendencia de salud) se charge de surveiller et contrôler les ISAPRES, FONASA (assurances privées et publique), ainsi que tout les prestataires de santé, publiques ou privés.

Les secrétariats régionaux ministériels de santé publique (secretarias regionales ministeriales de salud publica) se chargent de veiller à l'exécution des actions de santé publique, du contrôle des normes sanitaires, et organisent le fonctionnement de la commission de la Médecine Préventive et des Invalidités.

#### I.4.2 : Le système d'assurance santé : ISAPRES et FONASA

Víctor Becerril-Montekio, Juan de Dios Reyes, Annick Manuel, dans "Sistema de salud de Chile", décrivent le fonctionnement du système d'assurance.

Ces organismes constituent les liens entre les sphères d'organisation et d'exécution. Il s'agit en effet des organismes d'assurance du risque de santé, finançant les soins de façon directe, ou indirecte. Le système est construit sur un modèle de libre choix de son système d'assurance.

FONASA est le service dépendant du ministère de la santé, qui répond à la demande de soins, et se charge de rembourser les prestations reçues aux praticiens du système public. Il existe par ailleurs ce qu'on nomme la "libre élection", permettant aux assurés du système public de consulter dans un établissement privé (sous certaines conditions, cf. I.1), ce qui n'est pas possible dans l'autre sens. Il existe 4 types de couvertures (FONASA A,B,C, ou D, en fonction du salaire déclaré), comme décrit ci-dessous :

<u>Groupe</u>	<u>Montant de revenu</u>
A	Sans revenu
B	Revenus mensuels inférieurs à 159.000 pesos
C	Revenus compris entre 159.000 et 232.140 pesos
D	Revenus supérieurs à 232.140 pesos

Notons qu'un euros vaut environ 700 pesos chiliens

(Source : fundacionsol.cl)

Les ISAPRES sont les institutions privées offrant une assurance santé à environ 2,7 millions de bénéficiaires. La cotisation de base étant de 7% du salaire (comme la FONASA), mais dans les faits, les adhérents à ce système cotisent parfois

beaucoup plus pour une couverture acceptable.

### **I.4.3 : Le réseau d'exécution du système de santé**

César Gattini, Johan Alvarez Leiva, dans "Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile" (n°9), décrivent un système très hiérarchisé, bâti sur un modèle anglo-saxon, où se trouvent :

Les établissements de complexité mineure : ils dépendent des Services de santé, mais possèdent un développement mineur de spécialités. Deux catégories se distinguent :

- Complexité moyenne, avec les hôpitaux de Type 3, les Centres de diagnostic et de traitement (CDT). Sont pratiquées les urgences dentaires, et des soins courants.
- Complexité basse, les consultations et postes de santé ruraux. De même que les hôpitaux de faible complexité, actuellement en transformation en Hôpitaux Communaux. Les spécialités dentaires y sont absentes.

Les établissements de complexité majeure : concernent le niveau tertiaire, se caractérisant par sa complexité très élevée. Celui-ci est destiné à résoudre les problèmes qui dépassent la capacité de résolution des niveaux inférieurs. Ils doivent être perçus comme des centres de références, accessibles uniquement qu'après "dérivation" (indication par un centre de niveau secondaire ou primaire). Ils comprennent, par exemple en maxillo-facial, les centres d'opérations des fentes palatines.

Les CESFAM : centres de consultation qui sont certifiés pour la santé "intégrale", avec une prise en charge familiale (notion importante, dans la prévention des enfants, pour le risque carieux, par exemple. Cela en accord avec l'engagement de prévention de la charte d'Ottawa).

Les CECOSF : ce ne sont pas des établissements, mais des stratégies d'intervention dépendantes d'un centre de consultation ou CESFAM, donnant des prestations décentralisées, insérées à l'échelle locale. Elles exécutent des actions de prévention.

Les "Estaciones Medico Rurales", correspondent, comme les CECOSF, à des stratégies de travail, en zone très isolées (sud du Chili, par exemple)

## **I.5: Le Financement du système de santé chilien**

Le système de santé chilien est mixte, composé de fonds et de prestataires publics et privés, comme nous pouvons le voir sur le graphique ci-dessus. Il se définit comme un système d'assurance mixte régulé (source : "Caracterizacion del sistema de salud chileno : enfoque laboral, sindical e institucional", cuadernos de investigacion n°11, Fundacionsol.cl)

L'OMS définit le financement comme une des quatre fonctions d'un système de santé, c'est à dire le lien entre les processus de cotisation, et la mise à disposition des fonds (Cf I.1). Ceci passe par trois fonctions :

- La collecte de fonds, mécanisme par lequel le système de santé reçoit un financement, des foyers, entreprises, ou d'organisations.
- Le "pooling", qui se réfère à l'administration et à la gestion de ces fonds, de manière à assurer une mutualisation du paiement des frais de santé
- Le financement, ou littéralement 'achat', avec ces fonds communs, des prestataires de santé. Cette fonction peut être effectuée de façon stratégique, comme nous le verrons.



### I.5.1 : La collecte des fonds

Les donations d'états, ou d'organisations internationales ne jouent quasiment aucun rôle, s'excluant de cette analyse.

Tableau : Evolution des dépenses publiques et privées, en santé (en millions de pesos), de 1984 à 2003 :

**Cuadro II**  
**EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN SALUD (EN MILLONES DE PESOS DE 2002)**  
**CHILE, 1984-2003**

Año	Gasto público*			Gasto privado†			Gasto total Millones de pesos
	Millones de pesos	Porcentaje del gasto total	Variación anual (%)	Millones de pesos	Porcentaje del gasto total	Variación anual (%)	
1984	390 611	87		58 969	13		449 580
1985	372 489	83	-5	75 368	17	28	447 857
1986	389 893	76	5	120 184	24	59	510 077
1987	377 632	72	-3	149 056	28	24	526 688
1988	440 819	69	17	196 029	31	32	636 848
1989	446 611	64	1	248 101	36	27	694 712
1990	447 477	60	0	300 602	40	21	748 079
1991	522 843	60	17	352 887	40	17	875 730
1992	639 999	260	22	418 494	40	19	1 058 493
1993	751 605	61	17	485 993	39	16	1 237 598
1994	827 150	60	10	543 667	40	12	1 370 817
1995	892 570	60	8	597 787	40	10	1 490 357
1996	972 218	60	9	644 924	40	8	1 617 142
1997	1 049 390	60	8	696 839	40	8	1 746 229
1998	1 126 182	61	7	722 917	39	4	1 849 099
1999	1 188 925	63	6	711 800	37	-2	1 900 725
2000	1 290 194	64	9	712 572	36	0	2 002 766
2001	1 411 596	66	9	731 027	34	3	2 142 623
2002	1 386 191	65	-2	737 160	35	1	2 123 351
2003	1 472 091	66	-6	759 644	34	3	2 231 735

Source : Marcos Vergara-Iturriaga, María Soledad Martínez-Gutiérrez, "Financiamiento del sistema de salud chileno" , salud pública de méxico, vol.48, novembre 2006

Les dépenses publiques comme privées augmentent depuis 1984, puis présentent une stagnation sur la période de lancement des ISAPRE.

Pour leur part, les dépenses privées diminuent leur vitesse de croissance en 1989, date du retour de la démocratie au Chili.

Il est également notable que les dépenses privées se maintiennent, à 40%, de 1990 à 1997, puis commencent à décroître.

Pour contextualiser, Francisco Quesney, nous montre dans "Algunas ideas en torno al sistema ISAPRES", travail présenté dans le cadre du projet "humanitis" du Centro de Estudios Públicos, en 1990, que, selon les chiffres de FONASA, les dépenses publiques en santé ont augmenté leur proportion dans le PIB, de 2% du PIB en 1990, à 3% en 2002.

D'autre part, concernant la composition des dépenses publiques, lors de la création des ISAPRES, en 1983, le maintien du poids du système public est permis par l'introduction du 'copago', c'est à dire la participation aux frais des assurés. Grâce à cela, le système public commence à être financé de plus en plus par les assurés, de forme personnelle, tandis que l'apport fiscal se réduit. Ce phénomène s'inverse à partir de 1990.

Il faut préciser que les personnes qui changent, et optent pour le système privé, ne sont pas habituellement celles qui bénéficiaient de ces aides de l'état. De sorte que la chute de l'apport fiscal se concentre sur un groupe de population qui change, tant dans ses besoins que dans ses cotisations.

Le coût des médicaments n'est par ailleurs jamais couvert par FONASA.

FONASA estime les dépenses du 'copago' entre 2000 et 2004 à 27% des dépenses totales. Celui-ci augmentant de 9,6% sur cette période. Le 'copago' lié à l'achat de médicaments représente autour de 48% du 'copago' total, et c'est celui qui augmente le plus sur cette période (d'après les chiffres présentés par le ministère de la santé du Chili, sur son site).

### **I.5.2 : Le Pooling**

La mise en commun des fonds permet de répartir la couverture de manière équitable, et collective. Un système de santé devant rechercher la plus grande égalité.

Le système Chilien occupe sur ce point le 168 ème rang sur 191 d'après les données de l'OMS, en l'an 2000.

Tout d'abord, R.Urriola, dans "Financiamiento y Equidad en la Salud: El Seguro Público Chileno" (en bibliographie n°15), rappelle qu'il existe, dans la société chilienne, une segmentation très marquée de la population, et de fait, la même fracture dans les niveaux de risque et de coût. Un bon indicateur de ce risque réside dans la distribution entre système public et privé.

En effet, le système public concentre plus de 83% de la population de plus de 70 ans, tandis que seulement 6% de cette tranche d'âge dépend du système privé.

D'un autre côté, sur toutes les femmes de 20 à 39 ans (donc en période de fécondité), plus de 70% sont affiliées au système public, tandis que ce taux est 10 points plus faible pour les hommes, du fait des programmes de prise en charge de la femme enceinte, et en période post-natale.

### **I.5.3 : Le financement**

Analysons, enfin, la troisième fonction du financement, qui est 'l'achat' de services.

Les systèmes de santé ont besoin de s'assurer que l'ensemble des services qu'ils financent conduit à l'accomplissement des objectifs définis.

Pour cela, il faut définir trois points : où investir ? A qui 'acheter' un service ? Comment investir ?

Il est possible d'analyser le montant assigné aux différents niveaux de prise en

charge. Pour FONASA, le montant assigné au niveau primaire est inférieur à celui des niveaux secondaire et tertiaire. A partir de ce constat, il y a un effort du service public pour augmenter les fonds affiliés au niveau primaire, qui était de 12% en 2003.

D'un autre côté, il est possible d'analyser la variation du nombre et du coût des différents types de prestations dans le temps, et donc les dépenses qui en découlent. En général, tous les types de prestations présentent une augmentation. Il faut remarquer que, proportionnellement, les dépenses augmentent beaucoup plus que le nombre des prestations.

Les prises en charges 'ouvertes' (en ambulatoire) présentent une augmentation plus importante que des interventions 'fermées', comme la chirurgie, avec les nuits d'hospitalisation (donc coûteuses).

D'autre part, les prestations couvertes par le GES, ont doublé. Il faut s'attendre à ce que cette augmentation des dépenses dues à des plans de santé publiques augmente encore, avec la volonté de développement de ceux-ci. En plus des GES, le système public a donné la priorité de façon explicite à certaines prestations, pour lesquelles il finance directement les Services de Santé.

Les systèmes publique et privé, au Chili, s'excluent mutuellement, du fait d'une certaine incompatibilité des deux systèmes. En effet, et il est important de le noter, la vente de prestations des hôpitaux publics aux assureurs privés, se trouve limitée, de même que la couverture par FONASA de prestation de cliniques privées (qui appartiennent parfois à des compagnies d'assurance privées); c'est l'analyse de César Gattini et Johan Alvarez Leiva, présentée en bibliographie n°9. Pour schématiser, un citoyen couvert par FONASA ne consulte presque qu'en hôpital public, de même qu'un citoyen qui souscrit à une ISAPRE restera dans la sphère des hôpitaux et cliniques privés.

## I.6 : Taux d'accès

Proportions de personnes couvertes par le système public et privé, entre 1984 et 2003 :

Año	FONASA*		ISAPRE‡		Proporción de personas prepagando	Otros§	
	Promedio	%	n	%	%	n	%
1984	9 944 240	83	365 260	3	86	1 609 090	14
1989	9 844 496	76	1 756 169	14	90	1 360 355	10
1994	8 644 479	61	3 669 874	26	87	1 788 039	13
1999	9 403 455	62	3 323 373	22	84	2 387 706	16
2003	10 580 090	68	2 729 088	18	86	2 182 575	14

\* Fondo Nacional de Salud (FONASA): considera a todos los beneficiarios del seguro público de salud administrado por sí mismo a diciembre de cada año

‡ Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE): considera a todos los beneficiarios de seguros privados de salud administrados por el sistema ISAPRE a diciembre de cada año

§ Considera a personas particulares y Fuerzas Armadas no asegurados en los seguros públicos y privados antes indicados

source : Marcos Vergara-Iturriaga, María Soledad Martínez-Gutiérrez, "Financiamiento del sistema de salud chileno" , salud pública de méxico, vol.48, novembre 2006

Partant du pré-requis qu'il est possible de fonctionner avec les deux systèmes, ISAPRES et FONASA, les niveaux de couverture apparaissent très satisfaisants.

De 1984 à 2003, la proportion de la population couverte reste élevée, avec une migration importante vers le système privé. A partir de 1999, le mouvement s'inverse cependant.

Par ailleurs, le développement des assurances privées dans le système de santé chilien ne s'accompagne pas d'une augmentation de la population assurée,

qui tourne toujours autour de 87%. Ce point est important à relever.

Le taux de couverture, en matière de santé, reste très élevé, au Chili, en comparaison avec le Pérou (23,5% de la population y est couverte par une assurance maladie, source : [www.gipspsi.org](http://www.gipspsi.org)). Le cas de l'Argentine est très particulier, où l'intégralité de la population bénéficie d'une couverture, aussi faible soit-elle (d'après les données du sénat français, 52% de la population seulement y bénéficie d'une pleine couverture).

## II- La demande de soins

Les pathologies buccales sont extrêmement fréquentes parmi les maladies chroniques et constituent donc un important problème de santé publique de par leur prévalence, leur impact sur les individus et la société, et le coût des traitements. Parmi celles-ci, les plus fréquentes au Chili, sont la carie dentaire, les pathologies gingivales et parodontales, et les anomalies dento-maxillaires. Celles-ci touchent la population dès les premières années de la vie, et présentent une augmentation avec l'âge. On note, à l'intérieur du pays, de grandes différences en terme de prévalence, tant entre les différentes villes ou régions, qu'entre les différents niveaux socio-économiques (source : site [minsal.cl](http://minsal.cl)).

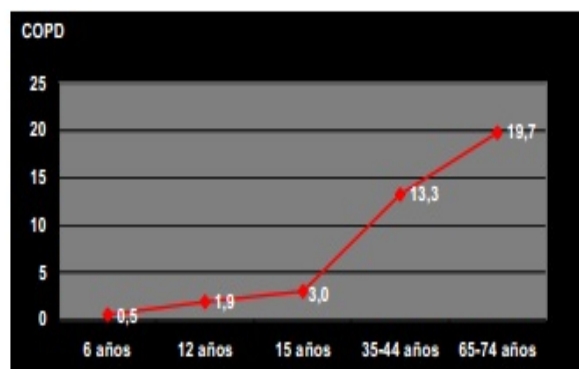
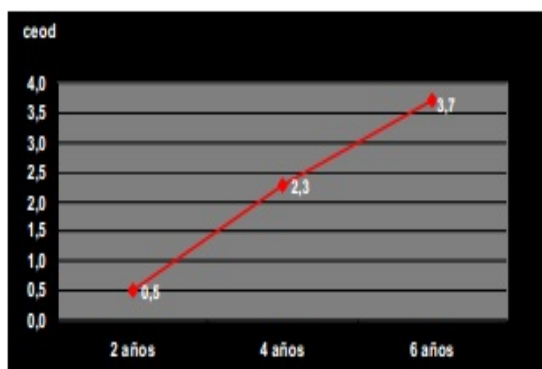
Pour la prévention des pathologies buccales, l'OMS définit des âges clés : 5 ou 6 ans, 12 ans, 15 ans, 35 à 44 ans, et 65 à 74 ans (source : rapport de l'OMS de 2012, note n°318, [www.who.int](http://www.who.int)).

### II.1: Analyse de l'indice CAO détaillée

La carie dentaire est à considérer à l'intérieur du groupe des maladies chroniques, qui sont complexes, et multifactorielle. De la même façon que d'autres pathologies comme le cancer, le diabète, ou les maladies cardiaques. Cette pathologie se manifeste par des lésions carieuses sur les dents, qui sont réversibles jusqu'au phénomène de cavitation. Dans les facteurs de risque, on trouve la plaque bactérienne, l'alimentation, les facteurs socio-économiques, et la susceptibilité individuelle. Elle reste la principale cause de perte de l'organe dentaire (tiré de la définition de la sécurité sociale, sur le site <http://www.ameli-sante.fr>)

La prévalence de la carie augmente avec l'âge, atteignant presque 100%  
Notre analyse se réfère aux tableaux 1 à 6, tirés du document ministériel (n°16)

### Taux de la population présentant une pathologie bucco-dentaire / âge



### Indices ceod et COPD en fonction de l'âge :

Les indices ceod (pour "caries extraíadas obturadas dientes") et COPD (pour "caries obturadas perdidas dientes"), sont les équivalents respectivement des indices du CAO, concernant uniquement la denture temporaire pour le ceod, ou définitive pour le COPD.

-à 2 ans, 83% des enfants n'ont pas d'antécédent carieux.

-à 4 ans, ils sont 51,98%. On retrouve en moyenne 2,07 dents cariées, 0,23 obturées, et 0,23 extraites (donc un CAO de 2,53) (n°17).

-à 6 ans, 29,64% ne présentent pas de carie ; On retrouve 1,95 dent cariée, 1,52 obturée, et 0,24 extraite. (CAO de 3,71) (voir l'article du MINSAL, n°18).



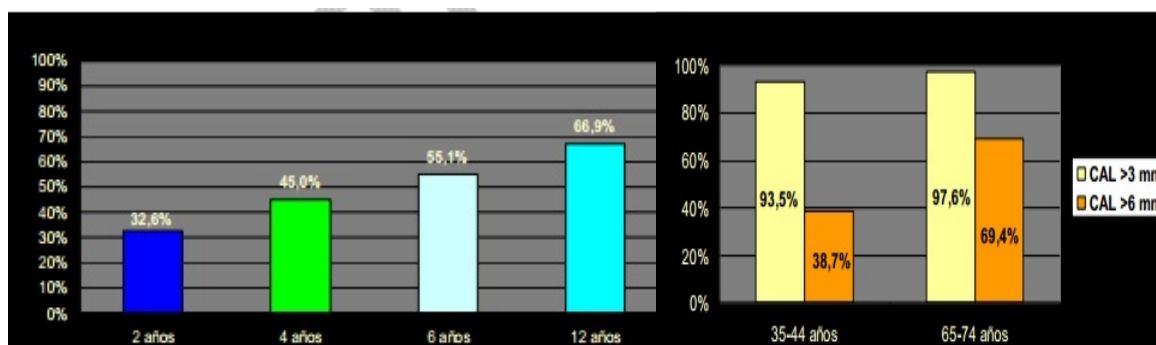
-à 12 ans, 37,5% ne sont pas touchés par une carie. On retrouve 0,75 dent cariée, 1,039 dents présentant une obturation, et 0,112 extraites (CAO de 1,901) (voir l'article du MINSAL, n°19).

-sur la tranche 35-44 ans, 0 à 2% de la population ne présente aucune carie. L'édentement partiel touche 79,7% de cette tranche, et l'édentement total 0,4%  
Enfin, on est à 0% de la population sans antécédent de carie sur la tranche 65-74 ans ; l'édentement partiel touche 69,8%, et l'édentement total 29,1%.

## II.2: Problèmes parodontaux

La gingivite est l'inflammation des gencives causée principalement par la plaque bactérienne. Celle-ci, comme la carie, apparaît dès l'enfance, et augmente avec l'âge. La maladie parodontale, telle que définit par l'ADF (Cf site internet cité en bibliographie), est une pathologie infectieuse, et compte différentes manifestations cliniques, dont la perte d'attache, la perte d'os alvéolaire, l'augmentation de la profondeur de poche, et l'inflammation gingivale. Ces phénomènes conduisent à la perte de la dent, sans traitement approprié. L'indicateur le plus courant pour la quantifier est la perte d'attache.

Incidence des pathologies gingivales en fonction de l'âge à gauche, et profondeur de poches retrouvées en fonction de l'âge, à droite.(Le CAL est la profondeur de poche)



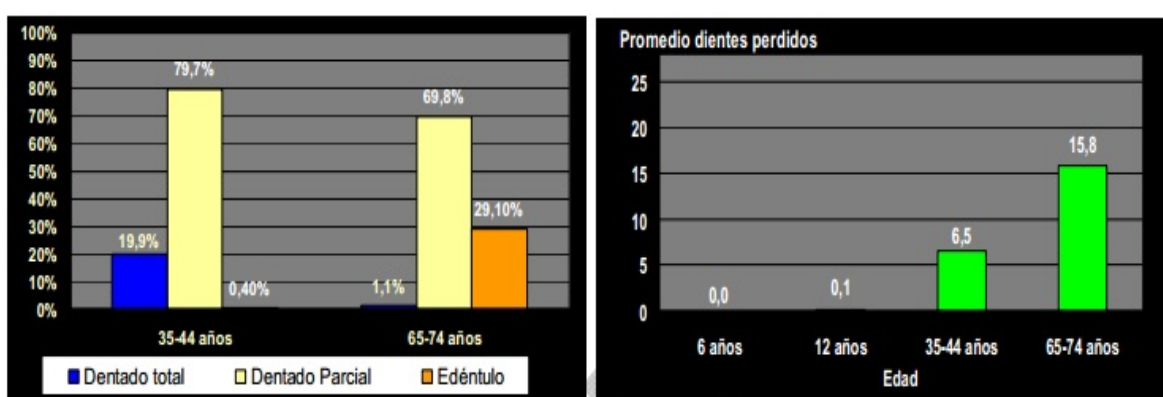
La prévalence d'individus avec une perte d'attache de plus de 3mm, sur au moins une des dents examinées est importante, indépendamment de l'âge.

Respectivement 39 et 69% des groupes d'adultes de 35-44ans et 65-74 ans, présentent des pertes d'attache de plus de 6mm, sur au moins une des dent examinées. Ces données se retrouvent dans l'article sélectionné pour le "Proyecto FONIS" de 2007, programme gouvernemental pour la recherche et le développement de la santé, cité en bibliographie n°21.

### II.3: Conséquences

La principale cause des pertes de dents est la carie, suivie des parodontites, spécialement chez la population jeune.

Incidence de l'édentement absent-partiel-et total en fonction de l'âge à gauche, et nombre de dents manquantes en fonction de l'âge à droite :



Ce graphique montre que, dans le groupe d'adultes de 35-44 ans, 20% des sujets conservent une denture complète.

Cette population de 35-44 ans présente en moyenne 6,5 dents absentes, alors que la tranche 65-74 ans présente 15,8 dents absentes. En France, les chiffres officiels du ministère de la santé sont de 3 dents absentes pour la tranche 35-44ans, et de 16,9 dents absentes pour la tranche 65-74 ans ([www.who.int](http://www.who.int)).

Certains facteurs de risque des pathologies buccales sont communs à des pathologies chroniques, tel le niveau socio-économique, particulièrement pour les classes les plus défavorisées. Il existe d'importantes inégalités en Santé buccale, malgré les efforts pour diminuer ces inégalités entre les niveaux.

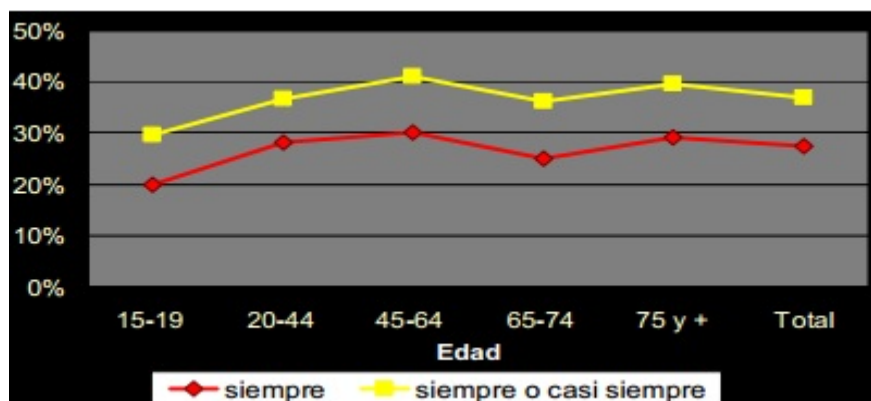
L'alimentation riche en sucre raffiné (en explosion chez les plus jeunes, avec "l'américanisation" de la consommation) est un facteur associé à la carie dentaire, et le tabac est fréquemment associé à la maladie parodontale.

De plus, les maladies buccales ont été mises en relation avec des maladies

cardio-vasculaires, le diabète, et des conséquences obstétriques prématurité du nourrisson).

Les pathologies buccales représentent une moyenne de 1,4% des maladies à travers les âges de la vie, entraînant une perte de capacité (donc une diminution de l' "AVISA", pour ano de vida de salud, ou durée de vie en bonne santé). Dans celles-ci, la plupart concerne la carie dentaire des moins de 45 ans, et l'édentement sur l'adulte de 45 ans et plus. Le taux est supérieur pour la femme que pour l'homme, ce quelque soit l'âge. Cette différence est particulièrement importante dans le groupe 45-59 ans, où l'édentement est la troisième cause de diminution d'AVISA chez la femme, 2,8 fois plus que chez l'homme, d'après les données du MINSAL.

Taux de la population qui reconnaît pâtir de sa santé bucco-dentaire, toujours (rouge), et presque toujours (jaune) :

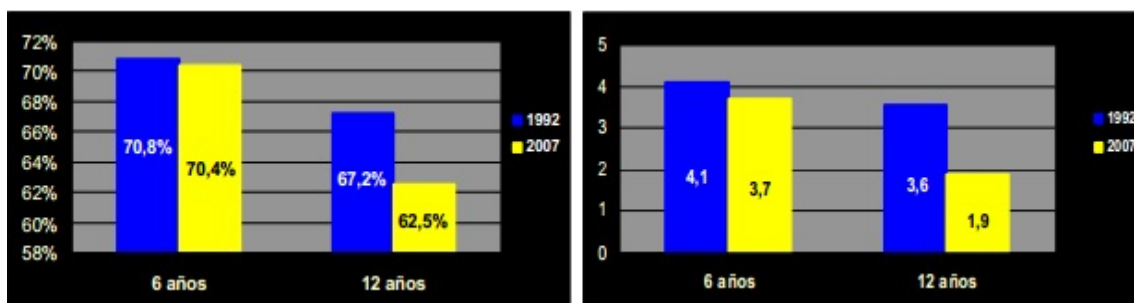


Ce graphique montre bien que la santé bucco-dentaire affecte la qualité de vie des individus en terme de douleur, de gêne, de limitation, ou de handicap social et fonctionnel. Entre 20 et 30% de la population des plus de 15 ans se déclarent toujours, ou presque toujours affectés dans leur qualité de vie du fait de leur santé bucco-dentaire. Les plus de 75 ans se déclarent moins affectés que les plus jeunes (65/74ans), probablement du fait que l'altération buccale, plus importante, est néanmoins mieux acceptée.

De même, il est important de signaler qu'à ces critères s'ajoute le fait que la

santé bucco-dentaire reste une discipline où les patients trouvent le plus de difficulté d'accès, du fait d'un coût élevé, surtout chez les travailleurs moyens, affiliés ou non au ISAPRES. La pathologie bucco-dentaire est donc une source de segmentation de la population. Or, il est nécessaire aussi d'éviter que les problèmes de santé bucco-dentaire ne soient une barrière dans l'accès de la population au travail, et soit donc un facteur de risque de rester ou de tomber dans la pauvreté. Ainsi, l'article de la Fondation TERRAM, (n°21), analyse les réformes de santé, notamment lors du choix des préférences sociales pour la définition de Garanties Explicites en Santé. Cette analyse conclue que la santé bucco-dentaire est importante car elle affecte le fonctionnement social et limite l'individu dans ses performances en société.

Evolution des atteintes bucco-dentaires en général à gauche, et de l'indice CAO à droite, entre 1992 et 2007, en fonction de l'âge :



Il est en effet nécessaire d'éviter que les problèmes de santé bucco-dentaire ne deviennent une barrière dans l'accès de la population au travail, et donc un facteur de risque de rester ou de tomber dans la pauvreté. La santé bucco-dentaire fut prise en priorité dans les Objectifs Sanitaires de la décennie 2000-2010, avec comme objectif principal, la réduction de la carie chez les moins de 20 ans. Le graphique ci-dessus nous montre que cet objectif semble atteint.

Ce succès passe par des interventions de prévention depuis l'enfance, pour établir des habitudes saines ; et un apport adéquat de fluor (détaillé en III.3). Tout en réduisant les coûts de l'accès aux soins pour les mineurs (prise en charge par le plan AUGÉ, grands programmes d'état). De cette façon, l'état peut espérer une population adulte en meilleure santé bucco-dentaire, et avec une meilleure qualité de vie pour le futur.

### III-L'offre de soins

#### III.1: Etudes dentaires et démographie de la profession

Les chiffres présentés sont tirés de l'article des Dr Patricia Moya et Dr Araceli Raposo dans la revue de Santé publique, (n°22) pour le Chili, et du site de l'ORS Nord pas-de-calais, pour la France.

Actuellement, existent, au Chili, 39 programmes de formation universitaire, dans neuf universités publiques, et 30 privées. Le nombre total de dentistes diplômés en 2009 était de 615. Il est de 1200 en 2011.

Notons qu'il existe pas moins de 10 spécialités, enseignées en tant que 'post-graduo', équivalent de notre internat, dont la chirurgie maxillo-faciale, l'implantologie, la pédiatrie, l'endodontie, l'orthodontie, la pathologie buccale, la parodontologie, la radiologie maxillo-faciale, la réhabilitation maxillo-faciale globale, et la santé publique bucco-dentaire (source : universidad de Chile, Faculta de odontologia). Il y a donc, au Chili, un grand nombre de spécialités, facilitant un exercice 'exclusif'.

L'Association 'Clinica Dental' chiffre, en l'an 2000, un dentiste pour 1848 habitants ; en 2011, 1 pour 1133. Et il est prévu que d'ici l'an 2016, 12 000 étudiants auront terminé leur cursus. Cela nous amènera à compter un dentiste pour 630 habitants (contre environ 1 pour 1600 en France actuellement).

La même étude montre que, paradoxalement, seulement 20% de la population aurait accès au dentiste (entendre par là avoir un dentiste "traitant" avec un suivi régulier). Cela représente, pour chaque dentiste, un total de 126 patients potentiels.

En 2011, le Collège Dentaire du Chili a réalisé un diagnostic. Les résultats estimés, montrent qu'il y a 12 000 étudiants de la 1ère à 6ème année, dans les 39 écoles dentaires des différentes universités existantes. On apprend aussi qu'il semble exister une sur-offre de 43% de dentistes à ce jour. Avec une projection dans 4 ans, on obtiendra une offre excédentaire de 70% pour 2016. Cela signifie-

t-il un plus grand accès du public à des soins dentaires?

Selon l'Enquête nationale sur la santé 2010 – 2011 (enquête du MINSAL), 27,8% de la population n'a pas consulté sur les 5 dernières années. Si l'accès est, théoriquement facilité, du fait de l'augmentation de la concurrence, avec une réduction des coûts de traitement, cela se fait, dans de nombreux cas, au détriment de la qualité du traitement : il y a une tendance au sur-traitement.

Cette situation se retrouve dans d'autres pays, comme l'Espagne. De plus, l'accès demeure, semble-t-il, limité à des groupes spécifiques, et le coût des soins de santé privés reste malheureusement très élevé.

### **III.2 : Les plans d'actions**

Nous détaillerons ici les grands plans d'action de santé publique, concernant le domaine dentaire uniquement. L'idée étant d'en accroître le nombre à l'avenir, dans le cadre de la réforme du système de santé, présentée par le ministère de la santé (bibliographie n°23).

En effet, pour suivre ses engagements de prévention, et d'extension de la couverture sociale en matière de Santé, en accord avec la Charte d'Ottawa, le Ministère de la Santé a mis en place des GES (Garanties Explicites de Santé), plans de santé visant à la prise en charge intégrale, sans frais, dans un temps d'attente minimum, et sans restriction, à tous les assurés du système de santé public. Cette réforme s'applique à un nombre croissant de pathologies ou de groupes de patients, dont cinq en odontologie :

-Les fentes Labiopalatines (pour les enfants nés à partir du 1er juin 2005), dont la prévalence est plus élevée que la moyenne mondiale, au Chili. L'accès au diagnostic précoce et au traitement, réhabilitation comprise, est garanti et pris en charge.



-La santé buccale de l'enfant de 6 ans ; j'ai pu y participer en étant au service d'odontopediatria à l'Universita de Chile. Il s'agit donc d'une action du ministère de la Santé, destiné à l'odontologie générale et à la spécialité d'odonto-pédiatrie (spécialité reconnue à part entière, au Chili). Il comprend une anamnèse complète (de l'IMC, à la morphologie, en passant par les habitudes alimentaires, jusqu'aux examens intra et extra oraux), et un bilan radiologique, aussi complet que de besoin, pour arriver à une classification du risque du patient.

-patient à bas risque, sans antécédent de carie, avec un terrain sans risque de déminéralisation, il s'agira de conduire un éducation du patient, répondant au niveau primaire d'attention.

-patient à risque élevé, avec des antécédents de caries, ou un terrain à risque de déminéralisation, il s'agira d'effectuer des actes de prévention (éducation, fluorations, scellements...), répondant toujours au niveau primaire d'attention.

-patient présentant une pathologie bucco-dentaire (des caries, pour la plupart) : prise en charge en odontologia integral, correspondant au premier niveau d'attention. En cas de nécessité, il y a la possibilité de dérivation (indication) vers le niveau secondaire (vers un endodontiste, par exemple, spécialité à part également).

-Les urgences ambulatoires, spontanées, le traitement doit être immédiat, opportun, et efficace. L'examen est garanti. S'il s'agit d'une véritable urgence, un traitement qui réponde au contrôle de risque, et à l'impératif de santé publique, est également garanti.

-La santé buccale de l'adulte de plus de 60 ans: il s'agit d'enseigner, prévenir, traiter, et réhabiliter la denture ; l'année des 60 ans du patient, et ce sur une période de 90 jours après la demande initiale.

-La santé buccale de la femme enceinte, dans l'optique d'une éducation de la future famille dans son ensemble.

### III.3 : Le plan de fluoration

Il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une offre de soins. Mais cela reste une action menée par le gouvernement pour maintenir la santé de la population, et dans ce sens on peut l'y rattacher. En effet, la fluoration de l'eau (entre 0,5 à 1mg/L) est un moyen égalitaire, quelque soit l'échelle sociale, pour garantir l'apport de fluor, en prévention de la carie dentaire. Ceci répond à la volonté du gouvernement d'effectuer une prévention accrue, sur les pathologies les plus répandues, auprès du plus grand nombre.

Cependant, dans les pays pratiquant la fluoration, un doublement du nombre de fluoroses dentaires, affecte l'esthétique (12,5% contre 6,3% sans apport dans l'eau), lorsque d'autres sources d'apport sont mises en évidence (sel, comprimés...) (source : "Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans", en bibliographie n°24).

Enfin, et d'après les auteurs T. Urbina, J.C.Caro, M. Vicent (en bibliographie n°25), la fluoration de l'eau n'a aucune incidence sur le risque de fracture osseuse. Au Chili, la fluoration permet une amélioration de la santé buccale de la population ; l'unique effet secondaire engendré par l'élévation du nombre de fluoroses, ne constitue qu'un problème esthétique, et non de santé publique.

Ce programme est, et doit rester bien contrôlé, et encadré, par les autorités sanitaires.

## IV : Analyse

### IV.1 : lecture critique

Le système de santé chilien repose sur la dualité entre les ISAPRES et la FONASA, provenant de la volonté de privatisation du régime de Pinochet. Les citoyens sont donc maîtres du choix, dans une certaine mesure, de leur système d'assurance. Ils cotisent, pour la plupart, 7% de leurs revenus (certaines catégories en sont exonérés dans le système FONASA, quand d'autres doivent s'acquitter de primes supplémentaires dans le système ISAPRE).

Deux systèmes fonctionnent ainsi différemment, en parallèle. Aux dires de Claudio Sapelli, économiste à l'Université Catholique, dans son ouvrage "Chile: ¿Más equitativo?", en 2011 : "Nous sommes devant deux systèmes qui procèdent avec des systèmes de tarifications différents: l'un fixant le tarif de la cotisation en fonction du risque, et l'autre, en fonction de la catégorie sociale. En conséquence, on retrouve, dans le premier, les plus riches, et les moins exposés au risque; et dans le second, les plus pauvres, et les plus exposés aux risques sanitaires." Voici la première critique que l'on peut adresser à ce système, à savoir une répartition inégale des fonds de santé, où une minorité (les classes les plus aisées, donc le moins 'à risque'), dispose d'une plus grande part des fonds de santé.

Par ailleurs, le 31 mars de chaque année, chaque ISAPRE doit établir et présenter ses tarifs. S'appliquent ensuite une variation, limitée à +/- 30% de ceux-ci, en fonction du risque individuel (selon l'âge, le sexe, les antécédents médicaux). Cette tarification amplifie ainsi cette segmentation, là où un système de santé 'idéal' serait à même de gommer les fractures sociales, garantissant à la population une redistribution optimale, et égalitaire, des fonds. Pour approfondir le problème soulevé par la tarification, on peut noter que la cotisation moyenne a augmenté de 6%, en 2011. Ces hausses sont globalement constantes, au sein d'entreprises déjà extrêmement rentables (le taux de rentabilité par rapport aux actifs est de 9,7%, quand celui des banques, au Chili, est 1,5%) (source : "Los

Beneficios de un Modelo de Ajuste de Riesgos en el Sistema Isapre", en bibliographie n°26). Se pose donc la question de la redistribution des cotisations.

De plus, les entreprises ISAPRE appartiennent très souvent à des groupes de santé, possédant également des hôpitaux et cliniques privés. Le problème étant qu'un circuit fermé se crée dès lors, maintenu par la réglementation de "Libre élection". En effet, un bénéficiaire de FONASA ne consultera, sauf exception, qu'au sein du système public. De plus, un bénéficiaire d'ISAPRE devra payer plus cher un soin reçu dans un hôpital public. Celui-ci ira donc préférentiellement (même exclusivement, dans les faits), vers le système privé. Or, aux dires du Dr Saez, professeur à l'universita de Chile (entretien en annexe), c'est alors la même entreprise qui assure l'individu, et possède la clinique ou les soins seront effectués. La volonté initiale de mettre en concurrence les différents systèmes, est donc biaisée. De grands groupes détiennent des réseaux de soins, et en fixent les tarifs.

En outre, les plus aisés cotisent au sein d'ISAPRES, et le système public FONASA couvre une population plus importante, mais aux revenus moins élevés, mais plus exposée aux risques de santé. Il est donc logique que celui-ci voie ses fonds s'amoinrir. Or, il est lié, au sein de l'organisation du système de santé publique, au ministère de la santé, lequel pourvoit également les hôpitaux publics. Les couvertures devant rester à un niveau acceptable, pour répondre aux objectifs primordiaux de santé publique, des coupes budgétaires se font alors sur les frais de fonctionnement des hôpitaux, notamment du réseau primaire.

Il me fut possible d'effectuer des gardes aux urgences dentaires de l'hôpital Barros Luco, à Santiago. Le manque de moyen y est parfois criant. Pour exemple, aux dires du Pr Tirreau (Professeur de Chirurgie à la faculté d'Odontologie de l'Université du Chili), certains patients atteints de fractures mandibulaires attendent parfois des mois une opération, faute de pouvoir acheter des plaques et vis de cicatrisation. La mandibule se ressoude alors en malposition, entraînant de sévères troubles d'articulé.

Un autre exemple concret, dans la prise en charge des pulpites, aux urgences.

Dans le protocole, il est demandé au patient, avant l'acte, s'il dispose d'environ 600 000 pesos (800 euros), prix d'une couronne, qui sera à sa charge. Si celui-ci ne les possède pas, l'extraction de la dent concernée est alors réalisée, quelque soit l'âge du patient.

Le schéma économique sanitaire au Chili pourrait donc risquer de compromettre la qualité des soins. Le système de santé paraît 'à deux vitesses', tant dans la prise en charge, que dans cette qualité des soins apportés. D'un côté, une minorité bénéficie, à prix d'or, d'une qualité de service, et de techniques de soins irréprochables, quand une majorité ne peut prétendre qu'à des soins de moindre facture.

## IV.2 : L'avenir du système de santé chilien

Bien entendu, la volonté du gouvernement d'améliorer la condition sanitaire du pays n'est pas à remettre en cause. En effet, le gouvernement est au fait du mécontentement général de la population concernant les inégalités d'accès, et dans la couverture financière ; de la nécessité d'une meilleure efficacité du système, comme on le voit dans l'article "Metas 2010 – 2011" du MINSAL, présenté en bibliographie n°27.

Pour ce faire, des lois de modernisation sont en cours, depuis le début du XXIème siècle (reforma de salud) et une commission, la 'Comisión Presidencial' fut créée, visant à apporter des propositions pour améliorer le fonctionnement. Les lois de santé visent à présent à :

- faire admettre aux ISAPRES un rôle de santé publique plus marqué,
- Définir des GES, et augmenter le nombre de pathologies prises en charge,
- redéfinir l'organisation du système, pour en améliorer l'efficacité, et décentraliser les moyens pour une meilleure couverture des zones rurales désertées,
- réguler les tarifs des soins, et des cotisations des ISAPRES.

Il est, pour l'avenir, préconisé par le gouvernement,

- Un renforcement des programmes de prise en charge complète, qui deviennent un vrai système de complémentaire, s'additionnant à la FONASA. Parallèlement, une restriction du rôle des ISAPRES, comme simple complémentaires santé, agissant donc en parallèle du système public.
- Un abandon des primes de risque par les ISAPRES, ou seulement basées sur l'âge et le sexe, et limitées dans leur taux.
- Un contrôle accru des ISAPRES par le gouvernement

Cela permettrait, si l'on en croit l'article "Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional" (n°28), le renouveau d'un système qui s'essouffle.

### **IV.3 : Lecture comparative avec le système français**

Les fondements du système de santé chilien ont donc été posés sous le régime militaire de Pinochet. Dans une volonté de réduction des dépenses de santé, le gouvernement s'est alors tourné vers un modèle anglo-saxon, basé sur une privatisation des établissements de soins, et d'assurances, soutenu par les couches les plus aisées de la population. A l'heure actuelle, le système de santé est caractérisé par une couverture quasi complète de la population. Mais également par le mercantilisme des prestations et du système d'assurance, inégalitaire, et par une grande segmentation de la population, ainsi qu'une désertification des zones rurales. La volonté du gouvernement est donc actuellement de réguler d'avantage le système, et de "re-nationaliser" une partie du système de couverture (par la multiplication des GES) (cf paragraphe précédent).

C'est ici que l'on peut le mettre en opposition avec le système français. Car ce dernier s'est créé selon une logique inverse ; il possède une couverture universelle, et publique du risque de santé. Le système français de Sécurité sociale s'inspire en effet, de par son histoire, à la fois du modèle "Bismarkien", et "Beveridgien": il conserve la logique d'un système assurantiel, financé par des cotisations des travailleurs, mais vise à la mise en place d'un système généralisé, centralisé et global de sécurité sociale. Il est toutefois entendu que les échelles démographiques ne sont pas les mêmes, dans les deux pays.

En effet, les dépenses accordées au système de santé français représentent, en 2005, 11,2 % d'un produit intérieur brut évalué à 2,13 billions de dollars, tandis que les dépenses du système chilien représentent, en 2005, 3% d'un PIB de 124,4 milliards de dollars. De plus, le contexte de croissance est spectaculaire au Chili : le PIB atteignant 248,8 milliards de dollars en 2011 (données Google datas).

Cela revient à dire que si la volonté du gouvernement chilien est d'augmenter la couverture sociale en matière de santé, le seul fait de conserver le même pourcentage du PIB, en s'en remettant à la croissance, revient à doubler ce

budget en 6 ans.

La problématique n'est donc pas la même qu'en France, au sein d'une U.E. en crise, et il conviendra de garder ce fait en tête.

Une piste pour réduire les dépenses du système de santé français pourrai se situer dans un découpage en niveau primaire, secondaire, et tertiaire du système chilien. L'expérience ne semble pas sur ce point témoigner de problème particulier (l'organigramme étant simplifié en cas d'urgence vitale, avec possibilité de passer d'un niveau à l'autre).

Une idée pour certains économistes de la santé pour réduire les dépenses de formation initiale, serait de privatiser le système de formation, et d'augmenter le nombre de dentistes, avec une privatisation du système éducatif. Cette mesure aurait pour impact d'amener plus de dentistes sur le marché, augmentant la concurrence, avec comme idée une réduction du coût des soins. Cependant, le modèle Chilien, ainsi constitué, où coexistent depuis 10 ans facultés publiques, et privées (celles-ci étant très onéreuses), nous prouve que cette vision n'a pas l'effet attendu. Le nombre de facultés connaît une explosion (on en dénombre 8 à Santiago). La situation actuelle est alors telle qu'un plus grand nombre de dentistes sortent de l'université, mais peinent à trouver un poste (d'autant plus que leur faculté était faible au classement national) ; cela n'ayant que très peu d'impact sur les tarifs des soins, ni leur qualité (III.1). Cela s'explique par la très grande mercantilisation de l'offre de soins dentaire, dont les cabinet sont souvent affiliés à des groupes commerciaux, ne laissant pas au dentiste le loisir de fixer ses honoraires.

Une dernière piste d'évolution de notre système, évoquée par certains, conduirait à la possibilité de pouvoir sortir librement du régime de la sécurité sociale générale, et souscrire à une assurance privée. Ceci est donc possible dans le système chilien. Or nous avons observé au cours de la lecture critique de



ce système, qu'il présentait néanmoins quelques imperfections. En effet, celui-ci ne répond simplement pas suffisamment aux exigences basiques d'un système de soin, dans la redistribution des fonds, et la couverture égalitaire, répartie, du risque de santé. Il manque, en effet, une régulation plus rigoureuse, et une implication financière plus marquée de l'état. Sans doute sera-t-il nécessaire, avant d'envisager les conséquences d'une privatisation du système de couverture de santé français, d'en maîtriser les processus, et d'en mesurer les effets.

Ceci ne doit pas nous faire oublier, pour finir, un point; le système de santé français est caractérisé par l'étude " rapport sur la Santé dans le Monde 2000, Pour un système de santé plus performant" de l'OMS, comme le plus performant dans la prise en charge et l'organisation des soins.

## Conclusion

Notre étude nous a donc amené à étudier bien des aspects du système de santé chilien, qui est riche de son histoire, même douloureuse.

L'aspect le plus frappant réside donc dans sa conception bifide, où système de couverture privé et public fonctionnent parallèlement, avec la liberté pour chacun d'opter pour l'un ou l'autre.

Au delà de cela, c'est un système très privatisé que nous avons décrit, tant dans son financement, la prise en charge, et même dans la formation des futurs praticiens.

Cela étant, ce système apparaît très inégalitaire et manquant d'efficacité dans la redistribution des fonds.

L'état essaie ainsi actuellement de reprendre la main sur un système trop peu régulé jusqu'à présent. Ceci pour répondre aux grands engagements de santé publique fixés lors du traité de la charte d'Ottawa.

Notre raisonnement nous a par ailleurs amené à nous questionner sur le système de santé français, comme nous pûmes le voir en IV, et son évolution future.

Je tiens à remercier la faculté d'Odontologie de Lyon, plus largement l'université Lyon I, et sa cellule de mobilité internationale de permettre ces échanges universitaires, riches d'enseignements.

J'adresse également de sincères remerciements à la facultad de odontologia et l'universidad de Chile, pour m'avoir ouvert ses portes, ainsi que les professeurs, et documentalistes du département de santé publique, qui me permirent de comprendre, et d'analyser le fonctionnement du système de santé chilien.

## ANNEXES

### **Entretien avec le Dr Raul Saez, professeur de Patologia à l'Universita de Chile :**

Alexis Gabriele : Docteur, mes questions concerneront le fonctionnement de la couverture de santé. Pour me permettre de mesurer l'efficacité du système des ISAPRES, comment jugez-vous le rapport entre les cotisations et les couvertures proposées ?

Dr Saez : La cotisation de base est théoriquement fixée à 7% du revenu. Je suis d'une catégorie socio-économique élevée, je cotise donc dans le système privé. Et, dans les faits, pour aspirer à une couverture correcte des frais de santé, les cotisations "optionnelles" montent bien au delà de ces 7%.

AG : Comment jugez-vous la redistribution de vos cotisations ?

DrS : Très opaques. Nous cotisons, pour la plupart, des sommes importantes. Et nous ne bénéficions que de couvertures limitées. Ceci aussi, parce que nous sommes moins sujet à certaines pathologies. Toujours est-il que cet argent me semble mal redistribué.

AG : Comment expliquer cela ?

DrS : Parce que les ISAPRES sont des entreprises. Elles visent à être rentables, avant d'avoir un rôle social.

AG : Entendez-vous par là que leur modèle économique serait en cause ?

RS : Oui, c'est certain. Elles appartiennent à de grands groupes, qui possèdent aussi les cliniques privées où nous allons nous faire soigner. Les mêmes personnes qui nous assurent, et couvrent les dépenses de soins, fixent les tarifs des soins. C'est un système fermé. Cela nuit à l'efficacité des ISAPRES.

AG : Dès lors, pensez-vous qu'il est prévu, dans les lois de réforme du système de santé, de faire évoluer la situation ?

DrS : Difficilement. Car les intérêts sont aussi politiques. On sait que le système fonctionne mal, mais il rapporte. Et le président Pinera, ou ses proches, possèdent des actions dans ces entreprises.

AG : Merci à vous, Docteur.

## BIBLIOGRAPHIE

### Articles :

1: Article 22 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme

2: **C.canry**, "Economie des politiques sociales", License 3 à l'Unviversité Paris 1, 2011

3: **Dr. Juan Giaconi Gandolfo**, "El sistema de salud chileno", Boletin Esc. de Medicina, Universidad Católica de Chile, ,1994. Vol 23, p.6-9.

4: **Dr Gabriel Basitias**, "Reforma de salud en Chile. El plan AUGE o GES- Su Origen y Evolucion", Boletin Escuela de Medicina, Universidad Catolica, Vol 32, 2007 :

5: **María Angélica Illanes**, "Historia Social de la Salud Pública en Chile", editorial Colectivo de Atención Primaria Santiago, 1992.

6: **Ernesto Mirande**, "Descentralización y privatización del sistema de salud chileno", estudios publicos, 1992, Vol 39, p.17-34.

7: **Annick Manuel, MD** , "El sistema de salud chileno: 20 años de reformas", Salud pública Méx, 2002, Vol 44.

8: Gobierno de Chile, **Ministerio de Salud**, Division de rectoria y regulacion sanitaria, departamento de salud bucal, "Catastro Nacional de Recursos Humanos".

9: **César Gattini, Johan Alvarez Leiva**, "Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile", Documento de Análisis de Situación, p.70.

10 : **Víctor Becerril-Montekio, Juan de Dios Reyes, Annick Manuel**, "Sistema de salud de Chile", salud pública de méxico, vol. 53, supplement 2, 2011.

11: **Karina Narbona, Gonzalo Durán**, "Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional", Proyecto Araucaria,2009.

12: **Marcos Vergara-Iturriaga, María Soledad Martínez-Gutiérrez**, "Financiamiento del sistema de salud chileno" , salud pública de méxico, vol.48, noviembre 2006.

13 : **Francisco Quesney**, "Algunas ideas en torno al sistema ISAPRES", travail présenté dans le cadre du projet "humanitis" du Centro de Estudios Publicos, 1990.

14: **A.Covarrubias**, "El Sistema de Salud Chileno en Cifras", Revista Perspectivas, Vol. 4, 2000, p. 141-151.

15 : **R.Urriola**, "Financiamiento y Equidad en la Salud: El Seguro Público Chileno", Revista de la CEPAL, Vol 87, 2005.

16 : **Ministerio de Salud Publica**, "Diagnostico de situacion de salud bucal", Redsalud, 2010.

17 : **M.Ceballos, C.Acevedo**, "Diagnóstico en Salud Bucal de niños de 2 y 4 años que asisten a la educación preescolar en la Región Metropolitana", MINSAL, 2007.

18 : **L.Soto, R.Tapia**, "Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años", 2 MINSAL, 2007.

19 : **L.Soto, R.Tapia**, "Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de Salud Bucal", note du MINSAL, 2007.

20 : **O. Badenier, R. Moya, A. Cueto**, "Prevalencia de las Enfermedades Bucodentales y necesidades de tratamiento en la V Región", Proyecto FONIS, 2007.

21 : **Fundación Terram**, "Reforma a la salud: ¿el ocaso de la solidaridad?", Análisis de coyuntura social Vol nº 16, 2004.

22 : **Dr Patricia Moya et Dr Araceli Raposo**, "La odontología que vivimos y no queremos: una crítica al escenario actual", Revue Salud Pública, Vol 16, 2012.

23 : **MINSAL**, "Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud", 2008.

24 : **Anne Castot, Alice Rouleau-Quenette, Ophélie Broca , Ingrid Rebiere**, "Utilisation du fluor dans la prévention de la carie dentaire avant l'âge de 18 ans", mise au point de l'AFSSAPS, octobre 2008.

25 : **T. Urbina, J.C.Caro, M. Vicent**, "Caries Dentaria y Fluorosis en niños de 6 a 8 y 12 años, de la V región", MINSAL, 1999.

26: **Camilo Cid, Alberto Muñoz**, "Los Beneficios de un Modelo de Ajuste de Riesgos en el Sistema Isapre", Documento de Trabajo, Gobierno de Chile, 2005

27 : **MINSAL**, "Metas 2011-2020", Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Decada 2011-2020,

28 : **Camilo Cid Pedraza**, "Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional", Temas de la agenda publica, Centro de políticas publicas, 2011.

### **Sites internet :**

- "The World Oral Health Report 2013: research for universal health coverage", <http://www.who.int>

- World Health Organisation, "Charte d'Ottawa", 2006, <http://www.who.int>

- World Bank Country Study, "Chile Health Insurance Issue", 2000, <http://www.worldbank.org/en/country>

- René Revol, CRDP Montpellier, "les états providences", [www.crdp-montpellier.fr](http://www.crdp-montpellier.fr)

- Site du ministère de la santé Chilien, <http://www.minsal.cl>

- Tableau Fonasa/Isapre (1.2.3) : <http://fundacionsol.cl>

- Site de la sécurité sociale française : <http://www.ameli-sante.fr>

- Site de l'ADF : <http://www.adf.asso.fr>

- Site de l'ORS Nord Pas-de-Calais: <http://www.orsnpdc.org>

- Site du sénat : <http://www.senat.fr>

**GABRIELE (Alexis) – Le système de santé bucco-dentaire au Chili**  
 (Thèse : Chir. Dent. : Lyon : 2013.080)  
 N°2013 LYO 1D 080

Le système de santé bucco-dentaire au Chili est un système mixte public et privé où chacun a la liberté de choisir son mode de couverture sociale. Cette organisation est liée à la restructuration du système de santé initié sous la période dictatoriale d'Augusto Pinochet (1973-1990), et réformé ces dernières années (Reforma de Salud des années 2000).

Coexistent deux catégories d'organisme de prise en charge : FONASA- le système public, et une multitude d'ISAPRES- assurances de santé privées.

Nous nous intéresserons à décrire ce système dans le détail de son fonctionnement de façon à en dresser une lecture critique.

Nous aborderons plus particulièrement le domaine de la santé bucco-dentaire tant au niveau de la demande de soins au Chili, que de l'offre, avec notamment une description du réseau de facultés dentaires privées.

Nous terminerons par une lecture critique et comparative avec la France, de ce système de santé.

**Rubrique de classement :**

Santé Publique

**Mots clés :**

- Santé bucco-dentaire
- Chili
- Système de santé

**Mots clés en anglais :**

- Oral health
- Chile
- Health care organisation

**Jury :**

**Président :**  
**Assesseurs :**

Monsieur le Professeur Guillaume Malquarti  
 Madame le Docteur Béatrice Richard  
Monsieur le Docteur Bruno Comte  
 Monsieur le Docteur Matthieu Fabris  
 Madame le Docteur Charlotte Heuzé

**Adresse de l'auteur :**

Alexis Gabriele  
 25, Quai Saint Vincent  
 69001, Lyon