

Eveline Thevenard

## **Fédéralisme et politique sociale: L'évolution de la législation sur l'assurance maladie des enfants (S- CHIP), 1997-2007.**

### **Avertissement**

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.



Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le CLEO, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

### Referencia electrónica

Eveline Thevenard, « Fédéralisme et politique sociale: L'évolution de la législation sur l'assurance maladie des enfants (S-CHIP), 1997-2007. », *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea], Coloquios, 2008, Puesto en línea el 21 juin 2008. URL : <http://nuevomundo.revues.org/index35462.html>  
DOI : en cours d'attribution

Éditeur : EHESS

<http://nuevomundo.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://nuevomundo.revues.org/index35462.html>

Document généré automatiquement le 29 septembre 2009.

© Tous droits réservés

Eveline Thevenard

## Fédéralisme et politique sociale: L'évolution de la législation sur l'assurance maladie des enfants (S-CHIP), 1997-2007.

- 1 Le fédéralisme américain est indissociable de la politique sociale et de la politique de santé. Il est générateur de conflits entre les deux niveaux de gouvernements, et d'inégalités entre les usagers du système de protection sociale. Si des conflits ont surgi dès le 19<sup>e</sup> siècle, ils étaient très réduits, à une époque où l'Etat en général, et l'Etat fédéral en particulier, jouait un rôle très limité en la matière, surtout concernant la santé. Depuis 1965, les relations intergouvernementales sont devenues extrêmement complexes, avec un enchevêtrement des dispositifs et des responsabilités, dans le *marbled cake* si souvent évoqué et cela malgré la *devolution*, et les tendances décentralisatrices des années 90.
- 2 Il y a un chevauchement des responsabilités dans presque tous les domaines en politique de santé. Dans la sphère qui leur est traditionnellement réservée, comme la réglementation de l'assurance, la santé publique, les hôpitaux, les Etats n'ont pas une autonomie totale et doivent tenir compte des contraintes fédérales<sup>1</sup>. Dans le domaine où ils agissent en partenariat avec le gouvernement fédéral, comme Medicaid dont ils assurent le financement partiel ainsi que la gestion, il y a des tensions et des conflits, car le gouvernement fédéral oblige les Etats à couvrir certaines catégories de population sans leur fournir davantage de moyens. Ces conflits se sont multipliés depuis une vingtaine d'années<sup>2</sup>. La gestion décentralisée des programmes sociaux produit de grandes variations géographiques. Contrairement à ce qui se passe au Canada<sup>3</sup> et dans d'autres fédérations, il n'y a pas d'engagement constitutionnel à réduire les inégalités interétatiques par le biais de la redistribution des ressources. Aux Etats-Unis, l'assurance-maladie privée, fournie par l'employeur, dépend du type d'activité et du contrat de travail, il y a donc de grandes disparités géographiques correspondant aux différences régionales dans le marché de l'emploi. Et les dispositifs publics (comme Medicaid,) qui fournissent une couverture minimum aux citoyens les plus modestes, reproduisent ces disparités, puisqu'ils dépendent en grande partie de la politique sociale et fiscale<sup>4</sup> de chaque Etat. Les non-assurés sont fortement concentrés dans le sud et l'ouest, et c'est dans le nord-est que les Etats ont les programmes les plus généreux.
- 3 Le domaine de la politique sociale est peut-être celui qui a fourni le terrain le plus fertile et le plus controversé au débat sur le fédéralisme américain dans les années 90. Outre le rôle important accordé aux Etats dans la réforme Clinton du système de santé, les partisans et les adversaires d'un nouvel avatar du "nouveau fédéralisme"<sup>5</sup> se sont affrontés autour des *unfunded mandates*, de la réforme de l'aide sociale et de Medicaid. Au début des années 90, des experts en politique sociale annonçaient que "la réforme du système de santé promet d'être l'événement le plus important concernant le fédéralisme depuis 20 ans"<sup>6</sup>. Si cela n'a pas été le cas pour une réforme nationale mettant en place une assurance universelle, le Congrès a pourtant voté, dans le cadre du Balanced Budget Act de 1997, une loi, considérée par beaucoup comme l'avancée la plus remarquable en matière d'assurance-maladie depuis 1965. Il s'agit du *State Children's Health Insurance Program*, titre XXI du Social Security Act, qui prévoyait l'octroi, par le gouvernement fédéral, de subventions aux Etats pour financer la couverture maladie des enfants de certaines familles à bas revenus. Il semble donc que le fédéralisme soit l'instrument obligé de la réforme à petit pas (*incrementalism*), qui, en l'absence de crise

majeure, s'est avéré la méthode la plus réaliste pour combler les énormes lacunes des Etats-Unis en la matière.

- 4 On essaiera de voir en quoi la mise en oeuvre et l'évolution de ce dispositif, présenté par une des responsables de la Health Care Financing Administration lors des auditions au Congrès en 1997 comme un "partenariat entre l'Etat fédéral et les Etats" illustre de nouveaux rapports intergouvernementaux. Quels sont les termes de ce nouveau partenariat? Quels sont les conflits potentiels? Dix ans après la mise en place de S-CHIP, quel bilan peut-on en tirer ? Et surtout, en quoi ce mode de coopération entre les deux niveaux de gouvernement peut-il faire avancer la politique de santé, réduire le nombre de non-assurés et les grandes inégalités entre Etats dans ce domaine et, éventuellement, aboutir à une réforme de plus grande envergure?

## S-CHIP

### 1. le contexte politique

- 5 La loi fut votée dans un contexte favorable à une décentralisation de la politique de santé. Déjà, la réforme Clinton prévoyait d'accorder un rôle important aux Etats. Au début des années 90<sup>7</sup>, plusieurs d'entre eux avaient mené des expériences pour s'attaquer au problème des non assurés, dont l'impact sur leur budget était de plus en plus lourd. Cependant, ces tentatives, dont certaines étaient très ambitieuses, très surveillées et analysées par les experts en politique de santé avaient été des demi-échecs, les objectifs internes des Etats n'avaient pas été atteints et il n'y avait pas eu de diffusion horizontale, prouvant ainsi que les Etats seuls n'avaient pas les capacités de résoudre le problème<sup>8</sup>. Pourtant ils avaient démontré leur dynamisme en la matière, leur désir de s'attaquer aux problèmes dans un contexte d'augmentation constante des coûts des soins, et d'imaginer des solutions originales. En outre, s'ils n'avaient pas réussi à mettre en oeuvre une couverture universelle, ils avaient pris des mesures limitées et ponctuelles pour remédier à certains problèmes, et certaines de ces mesures avaient été reprises par le gouvernement fédéral<sup>9</sup>. En particulier, plusieurs Etats avaient mis en place des dispositifs d'assurance pour les enfants de familles à bas revenus qui n'avaient pas droit à Medicaid. C'était aussi un projet cher à Clinton qui avait réduit ses ambitions mais s'intéressait toujours au problème de l'assurance maladie. Il était décidé à faire passer une réforme, fût-elle limitée. D'autre part, l'accès aux soins pour les enfants était devenue un enjeu national avec l'échec de Medicaid à couvrir toutes les familles modestes, et l'alarme suscitée par le nombre croissant d'enfants non-assurés (11 millions en 1997), dénoncé par de nombreux rapports publiés par l'Académie de Médecine et par les associations d'aide à l'enfance.
- 6 Le projet de loi, défendu par un démocrate, Kennedy, et un Républicain, Hatch, fit l'objet d'un large consensus au Congrès, qui avait déjà, lors d'autres sessions, examiné des projets allant dans le même sens. En outre, il était censé être financé par une augmentation de la taxe fédérale sur les cigarettes, donc peu coûteux, et il s'accompagnait de coupes importantes dans Medicare et Medicaid. Il faut noter que le projet fut soigneusement présenté comme ciblé sur les familles méritantes, qui travaillent, et donc à distinguer de l'aide sociale. Enfin, S-CHIP avait aussi une portée idéologique, puisqu'il s'inscrivait dans le projet républicain de décentralisation annoncé depuis 1994 et bien amorcé avec la loi de 1996 sur la réforme du *welfare*<sup>10</sup>.
- 7 Une partie importante du débat au Congrès avait porté sur les responsabilités respectives du gouvernement fédéral et des Etats et sur l'autonomie dont disposeraient ces derniers. Les gouverneurs (très actifs aux diverses étapes par le biais de la National Governors Association) souhaitaient un *block grant*, les associations pour la protection de l'enfance une extension de Medicaid. S-CHIP représentait un compromis entre la réforme du *welfare* qui laisse un maximum de souplesse aux Etats et Medicaid qui leur a imposé, au fil des années, de plus en plus de contraintes<sup>11</sup>. Ce compromis répondait partiellement aux objectifs du gouvernement fédéral - réduire le nombre des non-assurés - et à ceux des Etats qui souhaitaient un maximum

de liberté et surtout pas de nouveau "mandate". S-CHIP constituait également un compromis entre les conservateurs et les *liberals*: l'engagement fédéral était limité, ce n'était pas un *entitlement*, donc pas un nouveau fardeau financier. Le mode de financement (*sin taxes*) ne nuisait pas aux intérêts privés. L'impulsion venait du gouvernement fédéral, qui reprenait l'initiative mais s'inspirait de réformes d'Etats tout en les encourageant à aller au-delà, et donc ménageait les susceptibilités locales. Bien que ce dispositif soit nettement plus limité que Medicaid, il a rencontré un succès indéniable et s'est imposé en quelques années comme un des trois principaux dispositifs de santé publique.

### *La mise en oeuvre*

- 8 Le problème n'a pas tant été le vote de la loi que sa mise en oeuvre. Le Congrès, conformément à une longue tradition, avait fixé des objectifs assez larges afin d'obtenir un consensus, et délégué aux fonctionnaires fédéraux et aux Etats le soin de mettre au point les détails. La souplesse du dispositif a été saluée comme un exemple particulièrement réussi de "cooperative federalism" par un expert en politique de santé, lors de son intervention à la Chambre en mars 2007<sup>12</sup>, pendant les débats sur la reconduction du dispositif.

### *Caractéristiques*

- 9 L'Etat fédéral avait accordé 40 milliards de dollars de subventions sur 10 ans aux Etats sous forme de *matching funds* pour financer l'assurance maladie des enfants dont les familles ont un revenu entre 100 et 200% du seuil de pauvreté, c'est à dire modeste mais trop élevé pour leur permettre d'avoir accès à Medicaid. La participation fédérale est plus généreuse que pour Medicaid, en moyenne de 70% (alors qu'elle n'atteint que 57% pour Medicaid), ce qui explique le succès de S-CHIP auprès des Etats. En revanche, les fonds sont plafonnés (c'est un *block grant*), contrairement à Medicaid (les Etats sont donc en compétition pour l'argent fédéral). Leur répartition se fait sur la base de deux facteurs: l'un est le nombre d'enfants non assurés à bas revenus<sup>13</sup>, l'autre est le coût des soins par rapports à d'autres Etats. La part financière des Etats est prélevée sur le budget et/ou provient du *tobacco settlement*. La formule de financement avantage les Etats riches qui touchent nettement plus qu'avec Medicaid alors que les Etats pauvres, déjà au maximum avec Medicaid, ne touchent qu'un peu plus (85% au lieu de 87% alors qu'un Etat touchant 50% au titre de Medicaid touchera 65% au titre de S-CHIP).

### *En quoi S-CHIP illustre-t-il le concept de dévolution ?*

- 10 Bien que le dispositif soit plus limité que Medicaid, la liberté accordée aux Etats en faisant, selon les experts, un terrain d'expérimentation idéal, et les politiques mises en oeuvre pouvaient éventuellement servir d'inspiration pour Medicaid, ou d'autres programmes sociaux. Le Congrès avait d'ailleurs ajouté un S au sigle initial en 2000 (*Child Health Insurance Program* est devenu *State Child Health...*) pour bien souligner l'autonomie des Etats. Si le choix c'est la liberté, les Etats effectivement jouissent en principe d'une grande liberté puisqu'ils ont dû prendre des décisions cruciales dans plusieurs domaines:
- 11 - la forme du dispositif : une extension de Medicaid, la création d'un nouveau dispositif, ou bien une combinaison des deux. En 2006 seuls 11 Etats avaient choisi la première option<sup>14</sup>. Or Medicaid est plus avantageux pour les enfants, mais les Etats bénéficient d'une moindre flexibilité. La création d'un dispositif SCHIP spécifique a été préférée car cela ne crée pas de nouveaux droits sociaux, n'engage pas les Etats pour l'avenir: contrairement à Medicaid, l'assistance va aux *Etats*, non aux enfants en tant qu'*individus*.
- 12 - la date de soumission de leur projet au gouvernement fédéral et donc du démarrage du programme.
- 13 - les critères d'accès : en 2006, 26 Etats couvraient à 200% de pauvreté, 15 au dessus, 9 en dessous<sup>15</sup>.
- 14 Chaque Etat, (et le District of Columbia) décide des procédures administratives (*recertification*, test de ressources, primes) et des prestations offertes, à l'intérieur d'un cadre

défini de manière très large par l'Etat fédéral. Théoriquement, les Etats peuvent même ne couvrir que les enfants d'une certaine zone géographique. Il y a donc une très grande diversité, 51 dispositifs différents, et le risque de grandes inégalités entre les Etats.

15 Ces derniers avaient été séduits par la souplesse du dispositif et l'autonomie qu'il leur accordait. Dans le couple Etat fédéral-Etats fédérés, les Etats étaient censés n'être plus simplement des "junior partners". Cette souplesse est-elle réelle? Le gouvernement fédéral n'est pas absent. Son rôle est d'autant plus important qu'il tient les cordons de la bourse et qu'il impose des conditions strictes aux Etats dans l'utilisation des fonds: ainsi, ceux qui n'ont pas été dépensés au bout de trois ans sont redistribués aux Etats dont l'allocation ne suffit pas à couvrir les besoins. Lors de la mise en place de S-CHIP, la Health Care Financing Administration<sup>16</sup> a multiplié les rapports, les conseils et l'assistance technique aux Etats<sup>17</sup>. Ceux-ci sont censés prouver que S-CHIP ne décourage pas l'assurance liée à l'emploi. Ils doivent aussi rendre compte annuellement au gouvernement fédéral de la mise en oeuvre de la loi, transmettre des statistiques et un ensemble de données destinées à une évaluation du dispositif.

16 Pendant le premier mandat de George W. Bush, sous l'influence du responsable du Department of Health and Human Services, Tommy Thompson, et en accord avec l'idéologie qui prévalait chez les Républicains depuis les années 80, la flexibilité accordée aux Etats se trouva accrue par le biais des *waivers* (ces clauses dérogatoires permettant aux Etats, sous certaines conditions, de prendre des libertés avec la loi). Ainsi, le Health Insurance Flexibility and Accountability Act de 2001 a permis aux Etats, avec l'aval de l'exécutif, de réécrire des lois fédérales, sans débat public, au Congrès ou parmi les citoyens concernés et de détourner les fonds de leur usage initial : certains Etats, (14 en 2007) ont obtenu une dispense pour utiliser les fonds de S-CHIP pour couvrir des adultes sans enfants alors que d'autres Etats ont des enfants en liste d'attente.

17 Les décisions prises par les Etats concernant S-CHIP reflètent leur culture politique, leur niveau de richesse, l'influence des divers groupes d'intérêts, d'une manière générale la continuité de leur politique sociale<sup>18</sup>. L'examen de la mise en oeuvre du dispositif au Texas et à New York illustre les variations interétatiques caractéristiques de la politique sociale américaine et les inégalités qui en résultent.

## Le cas de New York et du Texas

18 Pourquoi ces deux Etats? Ce sont deux des trois Etats les plus peuplés, et deux des quatre Etats qui avaient le plus grand nombre d'enfants non assurés en 1997 (avec la Californie et la Floride). Le succès de la loi peut donc en partie être mesuré par la réduction du nombre d'enfants non assurés dans ces deux Etats. Le Texas et New York ont également tous deux, un taux de pauvreté infantine supérieur à la moyenne nationale<sup>19</sup> et une population très diverse. Il est donc intéressant de voir les modalités de la mise en oeuvre et l'évolution de SCHIP dans deux Etats qui, par contre, ont des cultures politiques très différentes.

### New York

19 Le dispositif s'est mis en place dans un contexte favorable. L'Etat, qui a opté pour une combinaison de S-CHIP et d'expansion de Medicaid, est un Etat industriel où traditionnellement les employeurs fournissent une couverture maladie. New York a un programme Medicaid historiquement généreux, avec de nombreux bénéficiaires, y compris parmi les personnes âgées, et un lobby des fournisseurs de soins et des professionnels de santé particulièrement influent<sup>20</sup>. La couverture Medicaid pour les enfants y est très bonne, sans ticket modérateur (en 99 le taux de couverture Medicaid des enfants éligibles était de 80% à New York, un des meilleurs taux du pays, alors qu'il n'était que de 53% au Texas). Le problème est le taux de remboursement des médecins qui est très bas, aussi beaucoup refusent-ils les patients Medicaid, mais les pédiatres bénéficient, quant à eux, d'un tarif plus avantageux.

New York a également une tradition de politique de santé pour l'enfance qui remonte au 19<sup>e</sup> siècle<sup>21</sup> et surtout, c'était un des trois Etats (avec la Pennsylvanie et la Floride) qui avaient un programme d'Etat pré-existant. Au fil des années, ce dispositif créé en 1991, Child Health Plus, financé par une taxe sur les hôpitaux était devenu de plus en plus généreux<sup>22</sup>. Bien qu'au début, les Républicains aient été assez réticents, ils se sont rapidement ralliés à S-CHIP, qui a eu aussi le soutien du gouverneur Pataki (républicain) et de tous les acteurs de la vie politique. Il faut dire que c'était une bonne cause, que son financement était indirect (budget excédentaire et *tobacco settlement*, pas de nouveaux impôts) et que 1998 était une année électorale pour le gouverneur et les législateurs qui escomptaient bien récolter les fruits du vote de cette loi populaire<sup>23</sup>. Les associations, en particulier le Children's Defense Fund ont joué un rôle important dans l'adoption du nouveau système qui est entré en vigueur en 1999, un succès pour une législature souvent dénoncée comme peu active car paralysée par des positions partisans. Le dispositif a démarré très vite, puisque l'infrastructure était déjà en place et la mise en oeuvre de S-CHIP à New York a servi de modèle à d'autres Etats. En 2000 New York était en tête du classement du Children's Defense Fund pour le nombre d'enfants inscrits. Le gouverneur a participé en personne à la campagne d'information télévisée pour encourager les parents à inscrire leurs enfants. Un élément essentiel dans le succès de S-CHIP/Child Health Plus a été sa popularité auprès de toutes les parties prenantes. Les familles apprécient que ce soit présenté comme relevant plutôt de l'assurance privée que de l'aide sociale, contrairement à Medicaid. Le système bénéficie également du soutien des compagnies d'assurance et des milieux d'affaires qui perçoivent S-CHIP comme un partenariat efficace entre le secteur public et le secteur privé, un modèle idéal en matière d'assistance aux familles modestes.

20 Ce succès a encouragé l'extension du dispositif aux parents des enfants de certaines familles à bas revenus avec une loi d'Etat votée en 2000, entrée en vigueur en 2001, qui a créé Family Health Plus (financé en grande partie par l'Etat de New York et dans une proportion moindre par Medicaid). Ceci grâce à un lobby médical puissant allié aux syndicats, grâce aussi à une coalition d'intérêts très divers<sup>24</sup>. Enfin, le pourcentage d'enfants non-assurés est passé de 14% en 1998 à 7,6% en 2005<sup>25</sup>.

21 Le succès de S-CHIP ne doit cependant pas masquer les problèmes. Etant donné la diversité de la population, les problèmes d'information sur le programme (*outreach*) et d'accès effectif qui étaient déjà importants avec CHP persistent, surtout chez les Noirs et les Hispaniques dont l'accès aux soins a été cependant nettement amélioré.

22 Dans l'Etat de New York, la politique est mise en oeuvre par les *counties*. Ceux-ci doivent contribuer financièrement à Medicaid et à FHP, ce qui provoque beaucoup de tensions avec l'Etat et risque de compromettre l'avenir de cette extension de S-CHIP aux familles qui a rencontré plus de succès que prévu. La coexistence de 3 dispositifs différents, Medicaid, S-CHIP et FHP complique l'accès pour les ayants-droit, bien que des tentatives soient faites pour les harmoniser. La procédure de renouvellement d'adhésion à S-CHIP est lourde et bureaucratique, ce qui décourage 50% des bénéficiaires initiaux.

23 En raison des problèmes budgétaires auxquels s'était trouvé confronté l'Etat de New York en 2003, le gouverneur Pataki avait proposé de baisser le seuil d'éligibilité pour S-CHIP. Cependant, malgré un déficit de 11 milliards de dollars dans le budget de l'Etat, l'essentiel du dispositif fut préservé<sup>26</sup>. En avril 2007, les législateurs ont approuvé la proposition du gouverneur Spitzer (démocrate) de relever le critère d'éligibilité à 400% du seuil de pauvreté, faisant de New York l'Etat le plus généreux en matière de couverture maladie des enfants. Cette mesure, bloquée par l'administration fédérale en août 2007, pourrait être adoptée en cas de changement politique en 2008.

## Le Texas

- 24 Le Texas présente une grande diversité, géographique, ethnique, sociale. Il arrive en tête pour le pourcentage de citoyens non-assurés. L'Etat se situait à la deuxième place pour le pourcentage d'enfants sans couverture maladie en 2001<sup>27</sup>. Ces enfants (9 sur 10 en 1997) sont pour la plupart des citoyens américains, mais hispaniques. Le problème de l'accès est en partie culturel, mais il est notoire que la politique sociale au Texas est traditionnellement peu généreuse, l'accent est mis sur la responsabilité individuelle et le recours à la charité privée. L'Etat arrive au dernier rang parmi les Etats pour les dépenses publiques par habitant. Il y a peu de couverture par l'employeur. Medicaid a toujours été peu généreux (le Texas dépense moins que la moyenne par bénéficiaire), l'accès très restreint et découragé, avec des procédures administratives très complexes, et, ceci encore davantage depuis la réforme du welfare, les prestations modestes. Le Texas a perdu un grand nombre d'enfants inscrits à Medicaid à la fin de la décennie 90 en raison de la réforme du welfare. La politique fiscale (*fiscal effort*) est régressive. Il n'y a pas d'impôt sur le revenu. La progression des impôts n'a pas suivi la progression du revenu par habitant<sup>28</sup>.
- 25 Il y avait un très modeste dispositif, avant SCHIP, depuis 1998, destiné aux enfants qui ne bénéficiaient pas de Medicaid, le Texas Health Kids Corporation, entièrement financé par des fonds privés, qui couvrait 36 000 enfants dans diverses zones géographiques.
- 26 Au Texas, le Gouverneur a une influence considérable sur les choix politiques concernant les dispositifs publics d'assurance. C'est lui qui nomme le responsable de la Commission of Health and Human Services responsable de Medicaid et S-CHIP.
- 27 S-CHIP n'a pas rencontré beaucoup d'échos dans les médias au moment du vote de la loi et de la procédure de soumission de projets par les Etats. La mise en oeuvre a été lente, elle a commencé par une très modeste extension de Medicaid en 1998. Il a ensuite fallu attendre la session de 99 puisque, au Texas, la législature ne se réunit que tous les 2 ans, pour le projet soit discuté<sup>29</sup>. La résistance a été forte bien qu'à l'époque des excédents budgétaires aient été prévus et que le Texas ait aussi attendu des fonds du *tobacco settlement*. Il y avait à l'époque 1 300 000 enfants non-assurés (presque tous éligibles pour Medicaid ou S-CHIP), un enfant sur quatre. Le Texas a été un des derniers Etats à décider s'il allait ou non profiter des fonds fédéraux, pourtant généreux (ils s'élèvent à 74% du montant total affecté au dispositif). La grande inquiétude du gouverneur de l'époque, George W. Bush, était de voir le processus de mise en place de S-CHIP augmenter le nombre d'enfants bénéficiaires de Medicaid et donc peser sur le budget de l'Etat. Au départ il avait opté pour un dispositif peu généreux (130% du seuil de pauvreté). Mais une majorité de législateurs<sup>30</sup> ont insisté pour que le seuil d'éligibilité soit porté à 200% comme dans la plupart des autres Etats.
- 28 Si le démarrage a été lent, à partir de 2000 il y a eu un gros progrès dans le nombre d'enfants couverts par S-CHIP pour atteindre 500 000 en 2003. Par ailleurs, de gros efforts ont été faits concernant l'information et la simplification des procédures administratives.
- 29 Pourtant, en 2003, 21% des enfants au Texas n'avaient toujours pas d'assurance-maladie. Les principales régions à problèmes sont la zone frontalière et la région d'El Paso (la plus pauvre du Texas), mais aussi Houston, Dallas-Fort Worth. Dans la région d'El Paso, les honoraires des médecins pour les consultations S-CHIP sont si bas qu'ils refusent souvent ces patients.
- 30 Il est bien évident que les politiques sociales ne peuvent expliquer toutes les différences, il faut aussi tenir compte des différences économiques et géographiques. Il est certain que le fort pourcentage d'Hispaniques explique en partie le faible taux d'adhésion (crainte d'avoir des ennuis avec l'immigration, ignorance du programme, refus d'assistance). Malgré tout, il semble évident que au Texas, contrairement à New York, l'absence de volonté politique au plus haut niveau, en l'occurrence du gouverneur, ainsi que la tradition d'intervention minimum de l'Etat en matière sociale a beaucoup joué dans la mise en place tardive de S-CHIP et dans sa contraction au cours des dernières années: en effet, après avoir été menacé d'élimination

par les responsables politiques en raison d'une grave crise budgétaire en 2003, le dispositif a, depuis, subi une restructuration qui a fortement durci les conditions d'accès<sup>31</sup>. Plus de 180 000 enfants<sup>32</sup> ont perdu leur couverture S-CHIP en raison de ces mesures qui reflètent davantage les réticences idéologiques à l'intervention de l'Etat en matière sociale que des impératifs économiques: d'autres Etats (dont New York) se sont trouvés, à l'époque, trouvés confrontés aux mêmes difficultés et ont évité ou limité les coupes dans le dispositif. En revanche, en 2007, le Texas détenait le peu glorieux record national du pourcentage d'enfants non assurés (20%)<sup>33</sup>.

## Bilan et perspectives - Le débat sur la reconduction du dispositif

- 31 Si l'on en juge par le nombre d'enfants effectivement couverts (environ 6 millions en 2007, dont 1 700 000 par une extension de Medicaid et 4 400 000 par un dispositif séparé), SCHIP est un succès. 11,2% d'enfants se trouvaient sans assurance maladie en 2005 contre 15,4% en 1997.
- 32 L'enthousiasme des Etats, probablement due à l'importance du financement fédéral, est attestée par leur rapidité à soumettre un plan à l'Etat fédéral pour approbation, dans l'année qui a suivi l'adoption de la loi. Ils voulaient saisir l'occasion de "tester des alternatives à Medicaid", dont l'association avec le welfare posait de nombreux problèmes. Le nombre de bénéficiaires a très fortement progressé jusqu'à 2003, et a connu une relative stagnation depuis, due en partie à la crise budgétaire qu'on subie certains Etats, mais également au plafonnement des fonds fédéraux<sup>34</sup>. Le Congrès a dû à deux reprises, en 2005 et 2006, fournir une rallonge budgétaire à des Etats qui avaient épuisé leur allocation et avaient de nombreux enfants en liste d'attente.
- 33 Le succès est particulièrement significatif pour les enfants visés au départ par le dispositif, les "near-poor", entre 100 et 200% du seuil de pauvreté<sup>35</sup>. On note aussi des retombées positives pour Medicaid: davantage d'enfants sont couverts et les procédures administratives utilisées pour SCHIP, qui ressemblent à l'assurance privée ont parfois aidé à la simplification de Medicaid. A présent, le seuil national moyen de ressources pour qu'un enfant ait accès à un dispositif public a doublé, à 214% du seuil fédéral de pauvreté. Un enfant américain sur deux pourrait théoriquement être assuré par l'Etat. Autre point positif: SCHIP a pratiquement éliminé les différences géographiques entre enfants du seul point de vue de l'éligibilité et harmonisé les conditions d'accès à l'assurance pour les enfants d'âge différents (traditionnellement, Medicaid avait des prestations plus généreuses envers les jeunes enfants). Quant aux prestations, bien que les Etats soient entièrement libres, leurs programmes S-CHIP offrent souvent la même couverture que Medicaid, qui est relativement généreuse.
- 34 Les inégalités persistent cependant, dues à un taux de participation des enfants éligibles qui varie énormément d'un Etat à l'autre. Les différences dans l'accès *effectif* aux soins (*takeup rate*) demeurent, même en tenant compte des caractéristiques démographiques ou socio-économiques: là est le vrai problème, dû aux caractéristiques des programmes d'Etats et à l'histoire des dispositifs publics d'assistance particulière à chaque Etat. Les disparités sont accrues par la possibilité d'obtenir des *waivers*.
- 35 Il restait 9 millions d'enfants non assurés en 2007, dont environ 70% seraient éligibles pour Medicaid ou S-CHIP<sup>36</sup>. Par ailleurs, on doit aussi noter les difficultés rencontrées par le gouvernement fédéral (et les chercheurs) concernant l'évaluation. Les Etats disposent d'une grande liberté en matière de méthode d'évaluation et de collecte des données. Ils fournissent volontiers des données sur l'adhésion des enfants mais sont beaucoup plus discrets concernant le nombre de ceux qui quittent le dispositif (*disenrollment*) pour lesquels les données sont très parcellaires. Et n'oublions pas que les enfants non-citoyens n'ont droit ni à Medicaid ni à S-CHIP pendant leurs cinq premières années de résidence.
- 36 Dix ans après son entrée en vigueur, S-CHIP est revenu, comme initialement prévu, devant le Congrès, pour un réexamen de son financement et de ses modalités de fonctionnement

("reauthorization"). Les débats de 2007 ont été différents de ceux de 1997, beaucoup moins centrés sur la division verticale des pouvoirs et davantage sur la question plus large du rôle de l'Etat. Ils ont fait apparaître un large consensus chez les législateurs, dépassant les clivages partisans, sur la nécessité de maintenir, voire d'étendre un dispositif qui a fait ses preuves et jouit d'une grande popularité dans le pays. S-CHIP a également bénéficié du soutien d'une coalition réunissant des organisations progressistes et le lobby médical. Sa pérennisation, malgré l'impasse dans laquelle se trouvaient les Etats début 2008, à la suite des deux vetos successifs opposés par GW Bush à la nouvelle version de la loi adoptée par le Congrès, semble d'ores et déjà acquise.

37 Les divergences ont porté sur le niveau de financement du troisième pilier de l'assurance maladie publique, problème majeur, ainsi que sur la flexibilité accordée aux Etats, faisant à nouveau de la question de leur autonomie par rapport à Washington un enjeu central. Ces tensions sont apparues non seulement au cours du débat législatif, mais également à l'occasion de diverses mesures réglementaires prises par l'administration fédérale, pendant le second mandat du président. Elles sont révélatrices d'une évolution du fédéralisme pendant les dernières années de la présidence Bush et préfigurent également les luttes autour de la réforme de l'assurance-maladie qui devrait être un des enjeux majeurs de la vie politique américaine dans les années à venir.

38 Si, en arrivant son pouvoir, G.W Bush n'avait pas clairement formulé sa propre vision du fédéralisme en termes de doctrine, il avait clairement laissé entendre qu'il souhaitait laisser un maximum de liberté et de responsabilité aux Etats, fidèle à un des principes clés de la résurgence du parti républicain des années 80 et 90. Or, on a assisté à une reprise en main de l'Etat fédéral au service d'une idéologie conservatrice, à une "centralisation rampante" (on serait donc passé du "cooperative federalism" au "coercive federalism"<sup>37</sup>) dans plusieurs domaines relevant traditionnellement des Etats (éducation, aide sociale)<sup>38</sup>, inversant dans la plupart des cas la tendance qui s'était imposée depuis le New Deal, et faisant apparaître les Etats comme plus progressistes que le gouvernement fédéral.

39 Concernant S-CHIP, Washington a graduellement renforcé son contrôle sur l'utilisation des fonds par les Etats, en réduisant de fait la souplesse des modalités d'application. Le Deficit Reduction Act de 2005 ainsi que de nouvelles réglementations fédérales (été 2007) imposent de nouvelles contraintes aux Etats destinées à freiner l'extension du dispositif à la classe moyenne (au-delà de 250% du seuil de pauvreté) ainsi qu'aux immigrants. Plusieurs Etats, dont le New Jersey, New York, le Maryland, pénalisés par ces mesures, ont contesté la nouvelle réglementation du CMS devant les tribunaux, arguant que l'Etat fédéral outrepassait ses prérogatives et violait l'esprit de la loi de 1997<sup>39</sup>.

40 Le débat sur la révision de S-CHIP a opposé une majorité de législateurs, Démocrates mais aussi Républicains, à l'administration Bush et ses alliés conservateurs au Congrès. Le projet de loi prévoyait une forte augmentation du budget fédéral (+50 milliards de dollars sur 5 ans), pour couvrir 4 millions d'enfants supplémentaires, et maintenait la liberté des Etats en matière de critères d'accès. Le projet présidentiel, quant à lui, prévoyait une augmentation beaucoup plus limitée (5 milliards sur 5 ans) qui aurait, de fait, conduit certains Etats à réduire le nombre de bénéficiaires, tout en resserrant le contrôle fédéral sur l'accès au dispositif<sup>40</sup>. En somme, la flexibilité de S-CHIP, perçue comme un point négatif au départ par beaucoup de Démocrates et d'associations d'aide à l'enfance, s'est, au contraire, avérée positive pour améliorer l'accès aux soins. Par contre, certains Républicains qui, en 1997, avaient conditionné leur soutien à la liberté d'action des Etats y voient maintenant une menace à l'assurance privée, et une dérive sournoise vers l'assurance maladie universelle ("socialized medicine"). Le président Bush n'a d'ailleurs pas caché que son veto était essentiellement justifié par des raisons idéologiques et la menace de "fédéralisation du système de soins" que constituerait

l'adoption de la nouvelle mouture de S-CHIP, dont les dispositions plus généreuses risquaient de décourager les employeurs d'assurer leurs salariés.

41 Au-delà des enjeux spécifiques à S-CHIP, le débat a fait ressortir les clivages idéologiques sur la question de l'accès aux soins et du rôle des pouvoirs publics. En effet, derrière l'expansion du programme, les conservateurs lisent, en filigrane, la suppression de la structure *block grant*, en faveur d'une structure *open-ended*, type Medicaid, ouvrant la voie à un rôle accru de l'Etat dans le système de santé. Ceci, alors que l'on assiste à une explosion du nombre des non-assurés et à un regain des initiatives d'Etat pour instituer une couverture universelle, avec plus ou moins de succès. Ces projets de réforme misent en général sur une extension de S-CHIP pour garantir une assurance à tous les enfants<sup>41</sup>.

42 Les Etats peuvent-ils donc être, grâce à S-CHIP, les laboratoires d'une réforme à l'échelle nationale? Les plus optimistes disent que oui, en citant l'exemple de New York, du New Jersey, du Minnesota, du Wisconsin, de la Californie, qui couvrent certaines familles à bas revenus avec les fonds de SCHIP, parfois des adultes sans enfants dans certains Etats. En ce qui concerne la diffusion horizontale, on constate que les Etats s'inspirent de *parties* des dispositifs des autres, (en particulier des simplifications administratives dans la gestion de S-CHIP ou Medicaid), mais la variété persiste dans l'ensemble : il y a bel et bien 51 programmes différents. A noter également qu'aucun Etat n'a créé un "entitlement" pour les enfants. Seul l'Etat fédéral pourrait le faire, avec un "Medicare for Kids" que réclament les associations d'aide à l'enfance.

43 SCHIP est un exemple de *marble cake* plus que de *devolution*. Il montre le rôle fondamental de l'Etat fédéral dans l'impulsion de la politique de santé: bien que plusieurs Etats aient eu un programme pour les enfants avant 1997, c'était loin d'être le cas de la majorité et les inégalités étaient donc plus grandes. Pourtant, tant que Washington ne se donnera pas les moyens financiers de redresser les inégalités dues aux moyens, ou administratifs, pour forcer les Etats à mettre en oeuvre cette politique, SCHIP montrera la faiblesse du modèle mixte. Au-delà de S-CHIP, se pose la question du fédéralisme et de l'équité. Le fédéralisme ne suffit pas à lui seul à expliquer la persistance des inégalités spatiales en matière de politique de santé. Mais il fournit un cadre propice à l'action des groupes d'intérêts et à la manière dont les valeurs et cultures politiques régionales façonnent la politique sociale. Ce qui est certain c'est que la tension entre les deux idéaux fondateurs des Etats-Unis : la liberté (pour les Etats de mener des politiques conformes à leur culture et d'innover dans certains domaines) et l'égalité (la redistribution ne pouvant se faire que via l'Etat fédéral) est au coeur du fédéralisme américain. Doit-on en conclure, avec Paul E. Peterson<sup>42</sup>, que "les coûts sociaux du fédéralisme", du moins tel qu'il est mis en pratique aux Etats-Unis, "sont immenses"? Si, dans le cadre d'une hypothétique réforme du système de soins dans les années à venir, S-CHIP constituait un premier pas vers une couverture universelle, cela pourrait démontrer, au contraire, que le fédéralisme en soi n'est pas un obstacle au welfare state<sup>43</sup>.

---

### Notas

1 Le meilleur exemple est probablement ERISA, loi fédérale de 1974 sur les retraites des salariés du privé qui empêche les Etats d'obliger les employeurs à assurer leurs salariés. Plusieurs réformes d'Etat basées sur cette obligation ont été invalidées par les tribunaux.

2 La réflexion sur le fédéralisme et la politique de santé, sur les tensions Etat fédéral-Etats fédérés et sur les réformes des Etats a fait l'objet de nombreux ouvrages et articles. Citons entre autres: Robert F. Rich and William D. White (éds). *Health Policy, Federalism and the American States*, The Urban Institute Press. Washington DC, 1996; Keith G. Banting and Stan Corbett (éds). *Health Policy and Federalism: A Comparative Perspective on Multi-Level Governance*, McGill-Queen's University Press 2002. David A. Rochefort, Robert B. Hackey (éds). *The New Politics of State Health Policy*, Univ Press Kansas, 2001; Marian L. Palley "Intergovernmentalization of Health Care Reform: The Limits of the Devolution

Revolution", *The Journal of Politics*, vol 59, N°3, Aug 1997 pp. 657-79; Laurence Brown, Michael S. Sparer. "Window Shopping: State Health Reform Politics in the 1990s", *Health Affairs*, January-February 2001. Le volume 26, n°6 (Dec 2001) du *Journal of Health Politics, Policy and Law* est consacré au fédéralisme et à la politique de santé ("Health Politics and Policy in a Federal System"). Citons encore: Michael S. Sparer. "Leading the Health Policy Orchestra: The Need for an Intergovernmental Partnership", *JHPPL*. Vol 28, n°2-3, 2003. Carol S.K Weissert, William G Weissert, *Governing Health. The Politics of Health Policy* (3<sup>rd</sup> ed) , The Johns Hopkins University Press, 2006. Ch.5: States and Health Care Reform.

3 Antonia Maioni. "Federalism and Health Care in Canada" dans *Health Policy and Federalism*, pp.173-199

4 Christopher Trenholm, Susanna Kung, *Disparities in State Health Coverage. A Matter of Policy or Fortune?* Academy for Health Services Research and Health Policy, December 2000.

5 R. Nixon et R. Reagan , avant B. Clinton et George W. Bush, avaient utilisé le concept pour promouvoir une plus grande autonomie des Etats par rapport au gouvernement fédéral et réduire les dépenses sociales. Howard M. Leichter (éd). *Health Policy Reform in America. Innovation from the State*, . M.E Sharpe. Armonk, NY, 1992, pp 5-10.

6 John DiIulio, R. Nathan, D.Kettl. "Administrative Principles" dans John J. DiIulio and Richard P. Nathan, *Making Health Reform Work. The View from the States*, The Brookings Institution, Washington D.C. 1994 p. 28.

7 Voir l'ouvrage de H. Leichter, op.cit.

8 M. Sparer. *Great Expectations: the Limits of State Health Reform*, Health Affairs, Vol 14, n°4, 1995 pp 191-202.

9 Ainsi, la loi fédérale de 1996 obligeant les compagnies d'assurances à financer 48 heures d'hospitalisation minimum après un accouchement (interdisant les "drive-thru deliveries") avait été inspirée de nombreuses lois d'Etat.

10 Carol S. Weissert, William G. Weissert, *Governing Health. The Politics of Health Policy* 2nd Edition, ch. 6: "Applying Theory to Reality: the Case of the BBA", The Johns Hopkins University Press Baltimore and London 2002.

11 Colleen Grogan, Eric Patashnik. "Between Welfare Medicine and Mainstream Entitlement: Medicaid at the Political Crossroads." *JHPPL*, Vol 28, n°5, Oct 2003 pp 847-848.

12 [http://energycommerce.house.gov/cmtg\\_mtg/110-he-hrg.030107.Weil-Testimony.pdf](http://energycommerce.house.gov/cmtg_mtg/110-he-hrg.030107.Weil-Testimony.pdf).

13 Sur la base des chiffres recueillis chaque année par le Census Bureau (Current Population Survey), qui fournit en fait des données assez imprécises sur le nombre de non-assurés.

14 18 Etats avaient des dispositifs séparés et 21 un dispositif mixte. J. Lambrew. *The State Children's Health Insurance Program. Past, Present and Future*. The Commonwealth Fund. January 2007.

15 CBO. *The State Children's Health Insurance Program*, May 2007, p. 1.

16 Cette division du Department of Health and Human Services (qui est depuis devenue le Centers for Medicare and Medicaid Services) administre Medicare, Medicaid et S-CHIP.

17 Voir *Federalism and Health Care Policy* pp. 54-55. Par ailleurs une analyse intéressante des rapports entre la HCFA et les Etats pendant le mandat de Clinton est fournie par: W.T Gormley et Cristina Boccuti, "HCFA and the States: Politics and Intergovernmental Leverage", *Journal of Health Politics Policy and Law* Vol 26, n°3, June 2001, pp 557-580.

18 Malcolm L. Goggin. "The Use of Administrative Discretion in Implementing the State Children's Health Insurance Program", *Publius: The Journal of Federalism*. Spring 1999.

19 28% pour le Texas, 24% pour NY par rapport à 22% pour l'ensemble du pays. Kaiser Family Foundation. State Health Facts Online, sur la base du CPS de 2005 et 2006.

20 J.W. Fossett. "Medicaid and Health Reform: The Case of New York", *Health Affairs* 12 (3), pp. 81-94. Fall 1993.

21 George Rosen. *A History of Public Health*. Expanded Edition. Johns Hopkins. Baltimore and London, 1993. pp 336-338.

22 . Child Health Plus a en grande partie inspiré le programme fédéral. Pour un bilan des premières années voir: The Rochester Child Health Studies Group. *Evaluation of Child Health Plus in New York State*. Rochester: University of Rochester, April 1996.

23 WP. Brandon, R.V Chaudry, Alice Sardell. "Launching SCHIP: the States and Children's Health Insurance" dans *Federalism and Health Care Policy* – Ch 6. pp 151-159.

- 24 Rima Cohen. "From Strategy to Reality: The Enactment of New York's Family Health Plus Program", *JHPPL* Vol 26 n°6, Dec 2001 1375-1393.
- 25 RWJ Foundation, Protecting America's Future, A State-by-State look at S-CHIP and Uninsured Kids, Aug 2007.
- 26 Communication personnelle de Tamar Bauer, Director, New York Forum for Child Health,
- 27 *Deep in the Heart of Texas: Uninsured Children in the Lone Star State*. Families USA, Feb 1999
- 28 Voir les dossiers du Center for Budget and Policy Priorities ainsi que: Anne Dunkelberg. *Medicaid and State Budgets. A Case Study of Texas*. The Kaiser Family Foundation. March 2002. Un complément d'information a été fourni personnellement par A. Dunkelberg le 29 avril 2003 et le 11 mars 2008.
- 29 A noter que Bush aurait cependant pu déposer un amendement auprès de la HCFA et faire examiner CHIP au début de la session législative, en tant que mesure d'urgence.
- 30 S-CHIP a bénéficié du soutien de nombreuses associations dont la Texas Medical Association.
- 31 Un délai d'attente avant couverture de trois mois est imposé, la procédure d'adhésion doit être renouvelée tous les 6 mois au lieu de tous les ans, la participation financière des parents est augmentée, certaines prestations ont été supprimées, et ces mesures ont fait du Texas un des États les plus restrictifs concernant l'accès à S-CHIP. La situation a été aggravée par des problèmes administratifs et techniques au sein des services sociaux. A. Dunkelberg, *Child Friendly? How Texas' policy choices affect whether children get enrolled and stayenrolled in Medicaid and CHIP*, Center for Budget and Policy Priorities. March 2007.
- 32 Données Texas CHIP coalition. <http://www.texaschip.org/pdf/CHIPEnrollmentDeclinebyCounty.pdf>
- 33 La situation devrait s'améliorer à partir de 2008. A la suite d'une campagne menée par une des principales associations de protection de l'enfance, les mesures répressives de 2003 ont été abrogées et une restructuration des services sociaux est prévue pour assurer davantage d'enfants.
- 34 <http://www.kff.org/medicaid/upload/7642.pdf>.
- 35 16,9% enfants à bas revenus n'étaient pas assurés en 2006, contre 22,5% en 1996.
- 36 John K. Iglehart, "The Fate of S-CHIP - Surrogate Marker for Health Care Ideology", *New England Journal of Medicine*, Vol. 357: 2104-2107, Nov 22, 2007. Number 21.
- 37 P. Posner. "The Politics of coercive Federalism in the Bush Era", *Publius, the Journal of Federalism*, vol 37, n°3, pp. 390-412.
- 38 "The Middle Tier in American Federalism: State Government Policy Activism during the Bush Presidency", Dale Krane, *Publius, the Journal of Federalism*, Vol 37, number 3, pp. 453-477.
- 39 <http://www.ombwatch.org/article/articleview/4031> .
- 40 John K. Iglehart, "The Battle over S-CHIP", *NEJM*. Vol. 357:957-960, sept 10, 2007. Number 10.
- 41 C'est le cas, en particulier, du Massachusetts. Par ailleurs, en février 2008, on comptait 26 États ayant lancé des initiatives pour étendre la couverture médicale des enfants. De telles réformes sont relativement aisées à mettre en oeuvre : elles sont peu coûteuses, la santé des enfants est un investissement pour l'avenir, et la population couverte est innocente et vulnérable.
- 42 *The Price of Federalism*, The Brookings Institution, Washington D.C. 1995. p. 107
- 43 . K. Finegold, "The United States: Federalism and its Counter-Factuals" in H.Obinger, S.Leibfried, F.Castles, *Federalism and the Welfare State. New World and European Experiences*. Cambridge University Press 2005.

---

### **Para citar este artículo**

Referencia electrónica

Eveline Thevenard, « Fédéralisme et politique sociale: L'évolution de la législation sur l'assurance maladie des enfants (S-CHIP), 1997-2007. », *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea], Coloquios, 2008, Puesto en línea el 21 juin 2008. URL : <http://nuevomundo.revues.org/index35462.html>

---

**Eveline Thevenard**  
Université Paris-IV

---

**Licencia**

© Tous droits réservés

---

**Abstract / Résumé**

Since 1965 and the passage of Medicaid, federalism has been at the heart of U.S. health care policy making. After the 1994 failure of the Clinton plan to enact national health insurance reform, Congress in 1997 passed the State Children's Health Insurance Program, which has been hailed as "one of the hallmarks of devolution" and the most significant initiative in national health policy in over three decades. Ten years after its implementation and after two vetoes by George W. Bush of attempts to expand the program, this paper presents an overview of the program and intergovernmental relations, with a special focus on New York and Texas. It seeks to show that although S-CHIP is popular and has increased coverage for low-income children, the nationwide disparities which are characteristic of American federalism and social programs remain. These disparities cast doubt on the ability of the federal-state partnership in its current form to achieve incremental health care reform. Beyond the issue of children's insurance, the controversy over the program's reauthorization in 2007 has showcased the ideological battles over the role of the federal government in the provision of health care that are bound to be a major issue for the next presidency.

**Keywords :** Federalism; health insurance; S-CHIP, children; reform

En 1997, après l'échec du plan Clinton sur la réforme de l'assurance maladie, le Congrès a créé un dispositif qui s'est rapidement imposé comme un des trois piliers de la couverture santé publique : le *State Children's Health Insurance Program*, voté dans un contexte favorable à un renforcement du rôle des Etats en matière de politique sociale. Dix ans après, et deux veto de GW Bush s'opposant à une expansion du dispositif, quel bilan tirer de la mise en oeuvre de S-CHIP, concernant la réduction des inégalités de santé mais aussi l'évolution du fédéralisme américain? Ce dernier peut-il apporter des solutions à la crise du système de santé qui représentera un défi majeur dans les années à venir? Cet article tente d'apporter des éléments de réponse à ces questions, en s'attachant plus particulièrement aux exemples de New York et du Texas.

**Mots clés :** Fédéralisme; assurance maladie; S-CHIP; enfants; réforme

**Licence portant sur le document :** © Tous droits réservés