

## Le régime américain de sécurité sociale

- I. La sécurité sociale au sens large "Social Insurance"
  - A. Généralités
  - B. Obama Care
  - C. Accident du travail - maladies professionnelles
  - D. Vieillesse et survivants ("Old Age and Survivors Insurance" - O.A.S.I.)
  - E. Invalidité ("Disabled insurance" - D.I.)
  - F. Medicare
  - G. Chômage ("Unemployment Insurance" - U.I.)
  - H. Incapacité temporaire ("State Temporary Disability Coverage")
- II. Programmes d'assistance
  - A. Supplemental security income
  - B. Aide aux familles ayant des enfants à charge (A.F.D.C.)
  - C. Assistance médicale (Medicaid)
  - D. Tickets pour l'achat de nourriture (Food Stamps)
  - E. Assistance générale

### I - La sécurité sociale au sens large "Social Insurance"

#### A. Généralités

##### 1) Structure

Outre quelques programmes mineurs ("Veterans Compensation" qui assure le versement de pensions aux anciens combattants et à leur famille ; "Black lung" destiné à venir en aide aux mineurs souffrant de la silicose ; "Railroad retirement and Disability System" qui assure le versement de prestations aux cheminots), la sécurité sociale américaine comprend cinq volets :

- la branche vieillesse et décès (survivants)
- la garantie invalidité,
- le Medicare (soins de santé aux personnes âgées ou invalides),
- le chômage,
- les accidents du travail et maladies professionnelles.

Ces risques, sauf les accidents du travail et le chômage, sont gérés par le [Social Security Administration](#) ([pages en français du site internet](#)). En ce qui concerne les relations internationales, l'adresse postale est : Social Security Administration - Office of International Programs - PO Box 17741 - Baltimore, MD 21235 -7741.

Le régime de retraite a été institué en 1935. Par la suite, les pensions de réversion et les pensions d'invalidité ont été intégrées au régime d'assurances sociales en 1956 (old age survivors and disability insurance - OASDI).

En 1965, le régime fédéral du medicare a été créé afin de permettre aux retraités de bénéficier de l'assurance maladie. Les risques vieillesse, survivants et invalidité ainsi que le medicare sont couverts par un programme fédéral. Les montants des cotisations et des prestations sont fixés au niveau fédéral.

Les assurances accidents du travail et chômage sont, quant à elles, gérées au niveau de chaque État, les taux de cotisations et les montants des prestations variant d'un État à l'autre.

Il n'y a pas d'allocations familiales aux Etats-Unis.

Les travailleurs indépendants bénéficient des mêmes droits que les travailleurs salariés en ce qui concerne les risques vieillesse-invalidité-survivants (OASDI) et la partie A Hospitalisation de Medicare HI (Hospital Insurance) pour lesquels ils cotisent obligatoirement. Les travailleurs indépendants ne sont pas couverts contre les risques chômage et accidents du travail.

##### 2) Réforme "Obama Care"

Promulguées les 23 et 30 mars 2010 et entrées en vigueur le 1er octobre 2013, les Lois "*Patient Protection and Affordable Care Act - ACA*" (Loi sur la protection des patients et des soins abordables) et "*Health Care and Education Affordability Reconciliation Act*" (Loi sur les soins de santé et sur l'éducation) regroupées sous l'appellation l'[Obama Care](#) réforment le système de sécurité sociale américain.

Certaines dispositions ont déjà été adoptées et mises en place par les entreprises, d'autres sont reportées en 2015 (détails au point B).

### 3) Financement

#### O.A.S.D.I. (vieillesse invalidité survivants) et HI medicare partie A [hospitalisation]

Cotisations au 1er janvier 2014 - Travailleurs salariés			
Risques	Employeur	Salarié	Plafond
<b>Vieillesse-invalidité-survivants - OASDI</b>	6,2 %	6,2 %	117.000 \$ <sup>1</sup>
<b>Partie A Hospitalisation de Medicare HI</b>	1,45 %	1,45 % <sup>2</sup>	sur la totalité du salaire
<b>TOTAL</b>	<b>7,65 %</b>	<b>7,65 %</b>	

<sup>1</sup> Au 1er octobre 2013, 1 dollar vaut 0,74 euros

<sup>2</sup> Les personnes dont le revenu est > à 200.000 \$ (250.000 \$ pour les couples mariés) paient une cotisation Medicare supplémentaire de 0,9 %.

**Les travailleurs indépendants** versent 12,4 % dans la limite de 117.000 dollars US par an pour le risque vieillesse-invalidité-survivants (OASDI - [Old Age and Survivors Insurance" - O.A.S.I.](#)) et 2,90% sur la totalité des revenus pour la partie A Hospitalisation de Medicare HI (Hospital Insurance). Les travailleurs indépendants dont le revenu est > à 200.000 \$ (250.000 \$ pour les couples mariés) paient une cotisation Medicare supplémentaire de 0,9 %.

Les cotisations versées par les employeurs et les travailleurs indépendants peuvent être compensées partiellement par des crédits d'impôts).

#### Medicare

Les cotisations à payer pour obtenir le medicare partie B sont fixées également par le gouvernement fédéral. Il s'agit d'une prime fixe qui s'élève à 104,90 dollars US par mois en 2014. Toute personne bénéficiant de medicare partie A hospitalisation (retraités ou invalides) peut s'inscrire à l'assurance médicale moyennant le paiement de la prime.

Les travailleurs salariés et les travailleurs indépendants peuvent cotiser et bénéficier de l'assurance medicare partie B.

#### F.U.T.A. (chômage)

Sous la tutelle du Ministère du travail - [Department of Labor - Unemployment Insurance Service](#) - Frances Perking Building - 200, Constitution Avenue - N.W. Washington -D.C. 20210, chaque Etat applique ses propres dispositions dans le cadre des normes fédérales. Le Fonds fédéral d'assurance chômage ("Federal Unemployment Trust Fund") est le plus souvent alimenté par les seules cotisations patronales, aux termes du "Federal Unemployment Tax Act" - (F.U.T.A.).

La cotisation due à l'État fédéral est de 0,60 % du salaire imposable (le taux de base est égal à 6 % moins 5,4 %). Pour le financement des programmes de chaque État, l'employeur verse en moyenne 5,4 % (variable suivant "l'expérience" de l'employeur, c'est-à-dire l'ancienneté de l'entreprise). Le plafond annuel servant de base au calcul des cotisations ("taxable wage base") varie suivant les États.

La cotisation est due dès lors que l'employeur a engagé pendant l'année (passée ou présente) un salarié pendant 20 semaines et lui a versé 1.500 dollars US de rémunération pendant un trimestre.

Les fonds servent à régler les frais administratifs (fédéraux ou locaux), la moitié des avantages complémentaires institués par une loi de 1970 et à effectuer des prêts de trésorerie aux États qui ne parviennent pas à régler les prestations chômage.

Seul les travailleurs salariés pour lesquels l'employeur verse une cotisation d'assurance chômage sont couverts pour ce risque.

## Accidents du travail

Dans la plupart des États, les employeurs supportent l'intégralité des primes d'assurances variables suivant les risques et la masse salariale (environ 1,9 % de la rémunération). Dans certains États, une cotisation salariale symbolique est versée pour les prestations médicales et l'hospitalisation.

Les travailleurs indépendants peuvent cotiser volontairement à une assurance couvrant les accidents du travail. Leurs cotisations sont dans ce cas déductibles des revenus imposables comme frais professionnels.

## B. Obama Care

[La réforme](#) repose sur la création d'un mandat (individuel ou employeur), de la mise en place de comparateurs d'assurances privées ainsi que de l'extension du "[Medicaid](#)" (assurance médicale aux plus démunis -cf. II.C).

L'obligation d'adhérer et de cotiser à une assurance privée ou au Medicaid rend de ce fait l'assurance maladie obligatoire.

### 1- Mandat individuel ou employeur

Toute personne doit depuis le 1er octobre 2013, souscrire une assurance maladie privée individuelle ([portail internet](#)) ou d'entreprise "[Managed Care Organisation](#)" (réseau d'assurances centralisées) sous peine de s'acquitter d'une taxe de 95 dollars en 2014 (325 dollars en 2015 et 695 dollars en 2016).

A partir de 2015, l'employeur aura l'obligation de souscrire une assurance privée pour le compte de ses salariés (à l'exception de ceux apportant la preuve d'une assurance individuelle) dès qu'ils effectuent plus de 30h de travail par semaine, sous peine de verser une pénalité de 2.000 à 3.000 dollars par salarié.

En 2014, les conditions de justification de bonne santé en cas d'adhésion sont supprimées. Le délai de carence ne peut excéder 90 jours. Les compagnies ne peuvent plus refuser d'assurer un individu, plafonner les dépenses, imposer des tarifs plus élevés aux personnes souffrant de problèmes médicaux, annuler les polices des personnes malades.

Ces assurances privées offrent trois types de couverture :

- individuelle,
- familiale,
- complémentaire au programme Medicare.

### 2- Comparateur d'assurances privées

La réforme ne crée pas de caisse publique d'assurance maladie. Ce risque est donc assuré par des compagnies d'assurance privées.

En 2014, chaque Etat peut mettre en place [un site de bourse de référencement des polices d'assurance](#) afin de permettre la concurrence.

### 3- Extension du "Medicaid"

La réforme prévoit qu'en 2014, l'assurance "Medicaid" réservé autrefois aux plus démunis est étendue aux personnes ayant des revenus allant jusqu'à 133% du seuil de pauvreté (29.700 dollars annuel en 2011 pour une famille avec 4 enfants).

Le montant des remboursements des consultations chez un médecin généraliste seront alignés sur ceux du Medicare.

## C. Accident du travail - maladies professionnelles

La réglementation des accidents du travail et des maladies professionnelles a été la première forme d'assurance sociale à se développer aux États-Unis.

Actuellement, il existe des programmes de réparation des accidents du travail et maladies professionnelles dans chacun des États.

Les travailleurs indépendants ne sont pas couverts contre le risque d'accidents du travail. Ils peuvent y cotiser volontairement. Leurs cotisations sont dans ce cas déductibles des revenus imposables comme frais professionnels.

Le but de ces programmes est d'accorder des prestations en nature et en espèces aux travailleurs souffrant d'une maladie ou ayant été victimes d'un accident dans le cadre de leur travail.

Le nombre de semaines pour lesquelles les prestations peuvent être servies ainsi que le montant de ces prestations varient selon les États. Les paiements relatifs à l'invalidité totale sont généralement établis sur la base du revenu du travailleur au moment de l'accident (généralement 66,66 % du dernier revenu dans la limite d'un plafond).

### 1) Prestations

Aucune condition de stage n'est requise pour le service des différentes prestations.

Les prestations d'accidents du travail accordées comprennent :

- les soins médicaux sans limitation de montant et sans limite de temps (suivant l'État, le choix du médecin appartient à l'assuré ou à l'employeur) ;
- des prestations en espèces attribuées en cas de diminution des capacités ou en cas d'incapacité. Les premières sont versées dans l'hypothèse de certaines pertes de capacités physiques, les secondes le sont lorsqu'il y a également pertes de revenus ;
- les prestations de réadaptation.

Pour l'attribution des prestations en espèces, quatre classes d'incapacité sont retenues : temporaire totale, permanente totale, temporaire partielle et permanente partielle.

Les incapacités permanentes partielles sont elles-mêmes subdivisées entre non susceptibles d'un barème ("unscheduled") et celles qui le sont ("scheduled"). La plupart du temps, ce sont des cas d'incapacité temporaire totale.

### 2) Disability Income Benefits

En cas d'incapacité totale temporaire ou permanente, dans la plupart des États, les victimes se voient garantir 66,66 % de leur revenu dans la limite d'un plafond. Certains accordent jusqu'à 75 à 80 % du revenu. Un cinquième d'entre eux accordent des suppléments pour les personnes à charge.

Dans ce cas, les prestations sont servies après un délai de carence (de 3 à 7 jours généralement), sauf pour les soins médicaux et l'hospitalisation. Le montant des prestations est le même en cas d'incapacité totale qu'elle soit ou non permanente, mais dans ce dernier cas, elles sont servies plus longtemps.

Si l'incapacité permanente n'est que partielle, les prestations varient en fonction de la perte de revenu ou sont versées à taux plein pendant un nombre réduit de semaines. Les soins sont dispensés aussi longtemps que cela est nécessaire.

### 3) Specified Loss Benefits

Par ailleurs, en cas de perte de certains membres ou facultés (jambes, vue...) la victime peut recevoir un capital ("Specified Loss Benefit") ; ce capital varie de façon importante suivant les États.

### 4) Décès (survivants) - ("Survivors Benefits")

Les survivants peuvent obtenir des rentes en sus d'un capital décès : ces rentes représentent entre 35 à 70 % du revenu de l'assuré décédé pour le/la veuf(ve) et entre 60 à 80 % du revenu pour un/une veuf(ve) ayant des enfants à charge.

Les rentes de conjoint survivant de victime d'accident du travail cessent d'être versées en cas de remariage. Les enfants peuvent y prétendre jusqu'à un âge variable (25 ans dans quelques États).

Les survivants reçoivent également une allocation pour frais funéraires ("Burial Allowance") de 255 dollars.

Les prestations servies en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ne sont pas imposables.

## **5) Anthracose ("Black Lung Benefits Program" - B.L.)**

Le programme visant les prestations servies en cas d'anthracose a été créé comme faisant partie de la "Federal coal mine health and safety act" de 1969. Il prévoit des prestations en espèces mensuelles et des prestations en nature en faveur des travailleurs des mines de charbon qui sont totalement inaptes au travail en raison de pneumoconiose (anthracose) contractée à la suite d'une activité accomplie dans les mines. Dans le cadre de cette loi, des prestations peuvent également être servies aux survivants de travailleurs décédés des suites de pneumoconiose (<http://www.dol.gov/owcp/>).

## **D. Vieillesse et survivants ("Old Age and Survivors Insurance" - O.A.S.I.)**

### **1) Champ d'application**

Cette assurance concerne environ 96 % de la population active.

Sont visés les salariés et les travailleurs indépendants disposant d'un minimum trimestriel de revenus nets de 1.200 dollars en 2014.

### **2) Vieillesse**

#### **a) Conditions d'âge**

Pour pouvoir prétendre à une pension de vieillesse, il faut, en principe, avoir atteint l'âge de 65 ans, mais il est possible de l'obtenir dès 62 ans, moyennant une réduction progressive du taux de la pension (<http://www.ssa.gov/retire2/agereduction.htm>) ou, jusqu'à 70 ans, auquel cas le taux est majoré.

L'âge de la retraite augmente progressivement depuis 2003 et pour les générations nées à partir de 1938. L'âge augmentera de deux mois tous les ans jusqu'à le reporter progressivement à 67 ans pour les personnes nées à partir de 1960. En 2014, pour les personnes nées à partir de 1943, l'âge légal est de 66 ans pour obtenir un taux plein.

#### *Carrière d'assurance*

Pour faire une demande de pension de vieillesse, il convient de justifier de quarante trimestres d'assurance ("quarter of coverage" - QC), soit 10 années de travail. En 2014, pour valider un trimestre d'assurance il faut avoir cotisé sur un salaire (revenu pour les travailleurs indépendants) au moins égal à 1.200 dollars US, soit pour quatre trimestres 4.800 dollars.

Si l'assuré n'a pas atteint l'âge légal de liquidation de la pension sans application de coefficient d'anticipation (66 ans en 2014) et pour que la pension ne soit pas réduite, le pensionné qui continue à travailler ne doit pas disposer de revenus supérieurs à 15.480 dollars par an. Lorsque l'âge requis est atteint pour obtenir une pension à taux plein, le pensionné peut continuer à travailler sans limitation de ses gains et sans réduction de la pension.

L'assuré qui commence à percevoir des prestations avant d'avoir atteint l'âge de la retraite à taux plein (66 ans en 2014) et qui a un revenu excédant 15.480 dollars annuel subira une déduction de 1 \$ par tranche de 2 \$ de revenus perçus au-delà du plafond annuel.

Durant l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge pour obtenir une pension au taux plein, ses prestations sont réduites de 1 \$ par tranche de 3 \$ de revenus acquis au-delà d'un plafond annuel fixé à 41.400 \$.

#### **b) Montant**

Les salaires ou revenus perçus par l'assuré au cours de chaque année sont pris en compte dans la limite du plafond de cotisations ; ces montants sont réévalués annuellement.

L'ensemble des revenus perçus par l'assuré durant sa carrière est indexé sur une année de référence (N- 2 avant la date de la demande de la liquidation de la pension). Il ne sera retenu que 35 années maximum de carrière pour le calcul de l'indexation des revenus professionnels.

Le montant du revenu mensuel moyen (AIME : Average Indexed Monthly Earnings) est égal à la somme des revenus indexés les plus élevés divisé par le nombre de mois de ces revenus pris en compte.

A ce revenu mensuel moyen est appliquée la formule de calcul des prestations qui consiste à affecter une première partie du revenu mensuel moyen d'un coefficient :

- 90 % des premiers 816 dollars du A.I.M.E. ;
- + 32 % du A.I.M.E. entre 816 et 4.917 dollars ;
- + 15 % du A.I.M.E. au delà de 4.917 dollars.

Les différentes tranches de revenu mensuel sont augmentées chaque année dans la même proportion que le salaire moyen national.

En 2014, à 66 ans, l'assuré né en 1947 reçoit 100 % du montant de la pension liquidée ci-dessus (Primary Insurance Amount : P.I.A.).

A ce montant peuvent s'ajouter des suppléments pour conjoint à charge, pour enfant à charge :

- le conjoint d'au moins 66 ans qui ne reçoit pas personnellement de pension égale au moins à la moitié du P.I.A. de l'intéressé, a droit à une majoration égale à la moitié de ce montant (50 % du P.I.A. de l'assuré), de telle sorte qu'au total il peut-être versé 150 % du P.I.A. à un assuré marié ;
- celui ou celle qui élève un enfant de moins de 16 ans ou handicapé, a droit à 50 % du P.I.A. quel que soit son âge ;
- les enfants de moins de 18 ans, de 19 ans s'ils vont à l'école, s'ils sont handicapés avant 22 ans, ont droit à 50 % du P.I.A.

La prestation maximum que peut ainsi recevoir une famille correspond à :

- 150 % des premiers 1.042 dollars du P.I.A. plus
- 272 % du P.I.A. entre 1.042 et 1.505 dollars
- 134 % du P.I.A. entre 1.505 et 1.962 dollars
- 175 % au-delà de 1.962 dollars.

Les prestations servies à l'assuré et à ses ayants droit varient entre 100 % et 150 % du P.I.A.

En cas de départ anticipé, le P.I.A., est réduit de 0,5 % par mois d'anticipation pour une pension liquidée à partir de 62 ans (les prestations sont réduites d'un demi pour cent par mois d'anticipation de façon permanente) ; au contraire en cas d'ajournement, de 67 ans à 70 ans, le taux est majoré de 3 % à 8 % par an, en fonction de l'année de naissance.

### **3) Décès (survivants)**

#### **a) Conditions**

Les survivants peuvent prétendre à une pension si l'assuré décédé a cotisé au moins 10 ans. Ses enfants ainsi que son conjoint à charge peuvent percevoir des prestations si l'assuré avait travaillé au moins un an et demi au cours des 3 années précédant le décès (<http://www.ssa.gov/multilanguage/French/10084-FR.pdf>).

Peuvent bénéficier d'une pension de survivants :

- le conjoint, dès l'âge de 65 ans ou 50 ans en cas de handicap, le conjoint divorcé si le mariage a duré au moins 10 ans et s'il ne se remarie pas avant l'âge de 60 ans ;

- quel que soit l'âge du conjoint survivant s'il a en charge un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans ou atteint d'un handicap ;
- les enfants non mariés âgés de moins de 18 ans (ou 19 ans en cas de scolarité) ou sans limite d'âge si l'enfant est devenu handicapé avant 22 ans ;
- dans certaines circonstances, aux enfants du conjoint, petits-enfants ;
- les parents âgés de 62 ans ou plus s'ils étaient à la charge de l'assuré décédé.

## **b) Montant**

Le montant des prestations versées aux survivants est calculé selon un pourcentage du P.I.A. [cf. B. 2) b) Montant] que percevait ou aurait dû percevoir l'assuré décédé :

- le conjoint survivant ayant atteint l'âge de la retraite à taux plein reçoit 100 % du P.I.A. ;
- le conjoint survivant âgé de 60 ans ou plus reçoit 71 à 99 % du P.I.A. ;
- le conjoint survivant qui a la charge d'un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans reçoit 75 % du P.I.A. ;
- les enfants de l'assuré décédé reçoivent 75 % du P.I.A..

Le montant cumulé des prestations de survivants ne peut excéder 180 % du montant des prestations de l'assuré décédé. Au décès, le conjoint survivant ou, à défaut un enfant, reçoit pour les frais funéraires 255 dollars. Les autres survivants ne peuvent y prétendre.

Le régime de retraite Old Age Survivors Insurance (OASI) ne garantissant le remplacement que d'une faible proportion du salaire (56 % du salaire minimum fédéral, 42 % d'un salaire moyen et 28 % d'un salaire maximum), la moitié des assurés ont droit à une rente complémentaire émanant de compagnies d'assurances privées ou publiques ; la situation des intéressés diffère considérablement d'une branche à l'autre, mais ces rentes sont généralement financées intégralement par l'employeur et fonction de l'ancienneté de l'entreprise.

## **Pensions privées**

### **1- Les fonds de réserves privés de nature « collective »**

Les plans de pension privés se sont développés aux États-Unis au fil des années en même temps que les assurances sociales. Les prestations payables en vertu de ces plans sont généralement liées aux revenus antérieurs et à la durée de travail ou à la durée de travail seule, tout en prenant en compte directement ou indirectement le montant des prestations de la sécurité sociale.

Les plans de pension privés sont garantis par les employeurs ou encore par les employeurs et les syndicats. Ils sont consolidés grâce à des arrangements pris en "trust" ou par des compagnies d'assurances privées.

Sous réserve de normes minimales fixées en vertu de la "Employee Retirement Income security act" (E.R.I.S.A.) de 1974, les plans de pensions fixent les règles et les conditions régissant la participation, l'investissement, le cumul des prestations, l'âge pour la retraite normale, anticipée ainsi que celles concernant les prestations d'incapacité.

Enfin, les sociétés incitent leurs salariés à se constituer un petit capital (actionnariat, investissements...) ce qui est également encouragé par le gouvernement fédéral (report fiscal des sommes épargnées, crédit d'impôt "Tax Reduction Act Employee Stock Ownership Plan" - T.R.A.S.O.P).

### **2- Les fonds de réserves privés de nature individuelle**

L'autre forme de retraite par capitalisation relève de l'initiative individuelle faute de plan offert par une entreprise. C'est un système permettant d'ouvrir un compte de retraite individuel auprès d'une gamme variée de prestataires.

Les salariés et les chefs des petites entreprises, les travailleurs indépendants, les personnes exerçant des métiers atypiques peuvent recourir à ce titre de contrat pour constituer une épargne retraite par capitalisation [fonds gérés par les banques commerciales (Commercial banking), des caisses d'épargne (saving institutions), des Unions de Crédit (Credit Unions) et des sociétés d'assurance-vie].

Les cotisations versées sur ces comptes peuvent être totalement ou partiellement déductibles du revenu dans la limite de 5.000 dollars par an jusqu'à 50 ans et 6.000 dollars par an après 50 ans.

## E. Invalidité ("*Disabled insurance*" - DI)

### 1) Conditions

#### a) Durée d'assurance variable suivant l'âge

Pour avoir droit à pension d'invalidité, il faut avoir exercé une activité assujettie, justifier d'un certain nombre de trimestres d'assurance (Quarter of Coverage - QC) notamment au cours des dernières années, variable en fonction de l'âge.

- un invalide de moins de 24 ans doit justifier de six trimestres d'assurance (QC) au cours des 3 années précédant le début de l'invalidité ;
- de 24 à 30 ans, il faut justifier de trimestres d'assurance (QC) pour au moins la moitié de la période comprise entre le 21ème anniversaire et le début de l'incapacité ;
- au-delà de 31 ans, il doit avoir accompli 5 ans de travail (20 QC) pendant les 10 dernières années (40 derniers QC).

Pour être considéré comme "pleinement assuré" et pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité, il faut remplir les conditions requises à savoir justifier de 20 trimestres d'assurance au cours des 40 précédant celui du début de l'incapacité.

Les conditions d'assurance peuvent être réduites dans certains cas (jeunes personnes ou aveugles de naissance, conjoints survivants devenus invalides au cours des 7 années suivant le décès de l'assuré).

#### b) Incapacité

Les intéressés doivent être incapables d'obtenir une rémunération normale (moins de 1.200 dollars par mois en 2014) pendant au moins un an ou être atteints d'une maladie incurable. L'appréciation de l'état d'incapacité est effectuée par des agences d'État. Généralement, la pension ne commence à être servie qu'après cinq mois d'incapacité.

### 2) Montant

Le montant de la pension se détermine comme dans le cadre de l'assurance vieillesse ; elle est égale à 100 % du P.I.A. à la date du début de l'incapacité. Un supplément de pension d'invalidité peut être également accordé dans les cas où le conjoint d'une personne invalide élève un enfant de moins de 18 ans ou handicapé ou bien moins de 19 ans en cas de poursuite d'études.

Au total, la pension et les suppléments pour conjoint et enfants à charge ne peuvent dépasser 150 % du P.I.A. de l'assuré.

Les dispositions prévues en matière d'assurance vieillesse, lorsque les revenus dépassent un certain montant sont, là encore, valables. Le cumul de cette pension (y compris des suppléments pour conjoint et enfants à charge) avec d'autres prestations versées sur fonds publics à l'échelon local (par exemple, les prestations du Worker's Compensation) ne peut dépasser 80 % du revenu moyen d'activité.

Comme dans le cadre de l'assurance vieillesse, les employeurs prévoient généralement un complément auprès des compagnies d'assurances privées : l'objectif est de garantir le versement d'un pourcentage de salaire compris entre 50 % et 67 %. Les travailleurs indépendants peuvent également souscrire à titre individuel un complément de garantie auprès de compagnies d'assurances privées.

## F. Medicare

Aux États-Unis, les soins de santé ne font pas l'objet d'une assurance maladie comme en France : les travailleurs se garantissent auprès de compagnies privées d'assurances. Pour assurer toutefois les soins aux personnes âgées et invalides, le [Medicare](#) a été créé. Il comporte deux branches : hospitalisation et prestations supplémentaires.

A la différence du Medicaid, programme d'assistance géré au niveau de chaque Etat, le Medicare est un programme fédéral d'assurance. Il est possible de bénéficier des deux ; dans ce cas, Medicaid prend en charge les cotisations dues à Medicare et intervient pour la prise en charge des frais médicaux qui ne seraient pas couverts par Medicare, mais seraient visés par le programme local Medicaid.



## 1) Volets A et B

Le programme géré par le Health Care Financing Administration vise à garantir les personnes âgées de 65 ans et plus ou invalides en cas de maladie. Il comporte deux volets :

- le premier "A" concerne l'hospitalisation, ("Hospital Insurance" - HI), ouvert gratuitement, sans condition d'assurance, aux retraités, aux cheminots, à ceux qui bénéficient depuis au moins deux ans de prestations d'invalidité ou qui souffrent d'une maladie rénale chronique... Sous certaines conditions, les ayants droit (conjoint, conjoint divorcé, veuf ou veuve, ascendants, enfants de moins de 18 ans) peuvent se voir appliquer ce programme.
- le second "B" a trait aux honoraires et prestations médicales diverses ("Supplementary Medical Insurance" - SMI). Il faut avoir atteint l'âge de 65 ans, être invalide ou avoir droit au volet "A". Il n'est, par contre, pas nécessaire de justifier de cotisations de sécurité sociale ou d'emploi fédéral. Ceux qui reçoivent une prestation de sécurité sociale ou sont cheminots y sont admis d'office, sauf refus de leur part. Il faut également payer une cotisation mensuelle (104,90 dollars). Les ayants droit de plus de 65 ans remplissant les conditions requises ou atteints d'une maladie rénale, sont également visés.

## 2) Prestations

### Hospitalisation (Hospitalisation Insurance - HI)

Les services hospitaliers sont dispensés jusqu'à concurrence de 90 jours dans un hôpital agréé. L'assurance n'intervient qu'après que l'intéressé ait payé une franchise de 1.216 dollars pour les 60 premiers jours d'hospitalisation. Du 61<sup>ème</sup> au 90<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, l'assuré a à sa charge 304 dollars par jour. Au-delà de 90 jours d'hospitalisation, l'assuré pourra être hospitalisé jusqu'à 60 jours supplémentaires et paiera 608 dollars par jour.

Il n'y a pas de franchise en maison de santé spécialisée durant les 20 premiers jours, ensuite une franchise égale à 152 dollars est applicable du 21<sup>e</sup> jour au 100<sup>e</sup> jour.

Le HI permet également de prendre en charge certains soins infirmiers spécialisés à la suite d'une hospitalisation et les frais de visite à domicile d'infirmiers ou d'autres professionnels de santé (pendant 4 jours par semaine, jusqu'à concurrence de 21 jours par an).

### 3) Prestations supplémentaires (Supplementary Medical Insurance - SMI)

Le SMI prend en charge 80 % des tarifs agréés des médecins et des chirurgiens une fois que l'assuré a versé une franchise de 104,90 dollars au cours d'une année. Toutefois les médicaments, les lunettes, les appareils auditifs, les frais de garde et, à quelques exceptions près, tous les services de santé préventifs ne sont couverts ni par le HI ni par le SMI.

## G. Chômage ("*Unemployment Insurance*" - UI)

L'[assurance chômage](#) a été instituée sur une base nationale en vertu de la loi de sécurité sociale de 1935. Il s'agit d'un programme mixte (fédéral et État). Chaque État gère son propre programme en respectant les lois cadres fixées au niveau fédéral (pour trouver des informations dans un État en particulier : <http://www.servicelocator.org/OWSLinks.asp>).

L'assurance chômage ne concerne que les travailleurs salariés. Elle peut concerner exceptionnellement les travailleurs indépendants en cas de perte d'emploi suite à une catastrophe majeure décrétée par le Président des États-Unis ([Disaster Unemployment Assistance - DUA](#)).

L'assurance chômage peut verser des prestations à une personne admissible aux prestations chômage qui crée sa propre entreprise ([Self-Employment Assistance](#)).

### 1) Conditions

Pour prétendre à des prestations, il faut que le travailleur :

- se retrouve involontairement au chômage ;
- soit inscrit auprès d'un bureau de chômage public ;

- justifie d'une certaine durée d'activité antérieure ainsi que de certains revenus au cours de la période de référence ;
- soit apte au travail ;
- fasse des efforts pour retrouver un emploi.

## 2) Montant

Le montant des prestations hebdomadaires servies varie en fonction de la formule utilisée dans chaque État et du salaire perçu antérieurement à la réalisation du risque. Le montant varie dans la limite d'un minimum et d'un maximum.

La période de référence de prise en compte des salaires, et les formules de calcul des prestations en fonction de ces salaires varient fortement entre les États.

## 3) Durée

La durée de versement des prestations est en général de 26 semaines. Toutefois les prestations peuvent être servies pendant 13 semaines supplémentaires lorsque le taux de chômage de la région est très élevé. Le financement de ces prestations supplémentaires est effectué pour moitié sur les réserves des États et pour moitié par la Fédération.

### H. Incapacité temporaire (*"State Temporary Disability Coverage"*)

L'assurance incapacité temporaire accorde aux travailleurs une protection contre la perte de salaire due à la maternité ou à l'incapacité temporaire non professionnelle. Ce type de protection n'existe pas aux États-Unis sous la forme d'un programme fédéral. Toutefois il est proposé aux travailleurs en Californie, à Hawaï, dans le New Jersey, à New York, Rhode Island, Puerto Rico et pour ceux de l'industrie du chemin de fer.

## II. Programmes d'assistance

### A. Supplemental security income (SSI)

Le [SSI](#) prévoit l'octroi d'une aide financière aux personnes disposant de faibles revenus, âgées de 65 ans ou plus, ou invalides, malvoyantes, non voyantes. Les paiements mensuels peuvent atteindre 721 dollars (pour les personnes seules) et 1.082 dollars (lorsque les deux personnes du couple peuvent y prétendre).

Les conditions d'ouverture des droits et le montant de ces prestations sont uniformes au niveau fédéral. Les États peuvent toutefois dispenser des prestations supplémentaires.

### B. Aide aux familles ayant des enfants à charge (Aid to Families with Dependent Children - AFDC)

Cette aide a pour but d'apporter un soutien financier aux familles nécessiteuses qui sont privées d'assistance ou de support parental en raison de décès, d'absence continue du domicile ou bien en raison d'incapacité physique de l'un ou l'autre des parents. L'AFDC varie d'un État à l'autre.

### C. Assistance médicale (*Medicaid*)

Le Medicaid prend en charge le coût de l'assistance médicale et des soins de santé pour les bénéficiaires du [SSI](#) dans la plupart des États (treize États utilisent des règles plus restrictives) et l'AFDC, de même que pour certaines autres personnes à revenus faibles.

En 2014, l'assurance "Medicaid" réservé autrefois aux plus démunis est étendue aux personnes ayant des revenus allant jusqu'à 133% du seuil de pauvreté (29.700 dollars annuel en 2011 pour une famille avec 4 enfants).

Pour les personnes âgées, le Medicaid peut venir compléter le programme "Medicare" en prenant en charge les frais de franchise hospitalière et certains frais médicaux.

### D. Tickets pour l'achat de nourriture (Food Stamps)

Il s'agit de coupons remboursables pour l'achat de nourriture. Le montant mensuel des coupons qu'un foyer peut recevoir est déterminé en fonction de la taille de la famille et du montant de ses revenus.

### **E. Assistance générale**

Cette assistance dispense une aide aux individus et aux familles nécessiteuses qui ne remplissent pas les conditions requises pour bénéficier du SSI ou de l'AFDC.