

un budget militaire colossal (777,7 milliards) mais...



De notre envoyé spécial aux USA

Mais : il n'y a **pas d'allocations familiales** , **ni d'allocation pour le logement (APL français)**

et l'assurance-maladie & l'assurance-chômage sont ce qu'elles sont :

La sécurité sociale américaine comprend **6 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**,
- l'**assurance maladie** *L'Affordable Care Act (ACA) ou **Obama Care***.

Ces risques, (sauf les accidents du travail, l'assurance maladie et le chômage), sont gérés par le [Social Security Administration](#)

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 (1956 (*old age survivors and disability insurance - OASDI*)).

Le régime fédéral du **Medicare** (créé en 1965), pour que les retraités bénéficient 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 gérées au niveau de chaque **État** sous contrôle du [*Department of Labor \(DOL\)*](#). Les cotisations et les prestations **varient d'un État à l'autre**.

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

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

2) L'Affordable Care Act (ACA) "Obama Care"

(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) [*Obama Care*](#) qui ont réformé le système de sécurité sociale américain ont été modifiées (fin 2018. effet dès le 1er janvier 2019)

3) Financement

Assurance maladie

L'Affordable Care Act (ACA), (octobre 2013), a été modifiée.

Depuis **2019**, la [*réforme Obama Care*](#)

Certains États : la Californie, le district de Columbia, le Massachusetts, le New Jersey, le Nevada, le, Rhode Island et le Vermont ont **restauré l'obligation** de détenir une assurance santé approuvée par l'ACA. D'autres Etats : le Connecticut, Hawaï, le Maryland, le Minnesota et l'Etat de Washington envisagent la mise en place d'un mandat.

Les primes d'assurance maladie **varient selon les ressources annuelles imposables (de 2,07 à 9,83 % en 2021)**. Des **aides de l'Etat** vont aux familles dont le revenu se situe (pour 2021) entre 100 et 400 % du **seuil de pauvreté** (soit 12 760\$ et **51 040 \$ annuel pour une personne**, et **26 200 et 104 800 \$** pour une famille de 4 personnes).

Medicare partie B (Supplementary Medical Insurance - SMI)

Les cotisations à payer pour obtenir le **Medicare partie B** sont fixées par le gouvernement **fédéral**. C'est une prime **fixe mensuelle qui s'élève pour une personne seule, en 2021, à :**

Cotisations Medicare partie B selon le revenu annuel N - 2 pour une personne au 1er janvier 2021

Revenu annuel de 2019	Montant de la prime mensuelle
Inférieur à 88 000 \$	148,50 \$
Entre 88 000 et 111 000 \$	207,90 \$
Entre 111 000 et 138 000 \$	297,00 \$
Entre 138 000 et 165 000 \$	386,10 \$
Entre 165 000 et 500 000 \$	475,30 \$
Supérieur à 500 000 \$	504,90 \$

Toute personne bénéficiant de **Medicare partie A hospitalisation** (retraités ou invalides) peut s'inscrire à l'assurance médicale en **payant de la prime**.

Les salariés et les indépendants peuvent cotiser et bénéficier de l'assurance medicare partie B (cf. C. Medicare).

FUTA (chômage)

Sous la tutelle du **Ministère du travail - [Department of Labor - Unemployment Insurance Service](#)**, 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*" (FUTA).

La cotisation due à l'État fédéral est de 0,6 % 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'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 si l'employeur a engagé pendant l'année (passée ou présente) un salarié pendant 20 semaines et lui a versé 1 500 \$ de rémunération pendant un trimestre.

Les fonds servent à régler les frais administratifs (fédéraux ou locaux) et à effectuer des prêts de trésorerie aux États qui ne parviennent pas à régler les prestations chômage.

Seuls 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. L'Affordable Care Act (ACA) ou réforme "Obama Care"

[La réforme](#) repose sur :

- la création d'un mandat (individuel ou employeur) donnant accès à une couverture médicale minimum,
- la mise en place de **comparateurs d'assurances privées** approuvées par l'ACA,
- l'extension du "[Medicaid](#)" aux personnes ayant des revenus allant jusqu'à 138 % du seuil de pauvreté américain (assurance médicale aux plus démunis -cf. II.B) adoptée par 37 Etats.

En janvier 2019, l'obligation d'adhérer et de cotiser à une assurance privée à titre individuel pour les résidents permanents qui ne bénéficient, ni d'une assurance

santé fournit par leur employeur, ni d'une couverture maladie gérée par le gouvernement (**Medicaid ou Medicare**), n'est plus obligatoire **sauf pour certains Etats** (cf. I -A - 3 - Assurance maladie).

Un processus d'abrogation a commencé mais aucun plan de remplacement officiel n'a été mis en place. De ce fait, l'[Affordable Care Act \(ACA\)](#) est toujours en vigueur.

Couverture de l'*Affordable Care Act (ACA)*

Chaque assurance comporte 4 niveaux de couverture différents : *Bronze, Silver, Gold* et *Platinum*. Ces niveaux correspondent au pourcentage moyen des frais de santé qui sont pris en charge par l'assureur. Avec une couverture *Bronze*, 60 % des dépenses de santé de l'assuré sont prises en charge, contre 90 % avec une couverture *Platinum*.

Toute assurance santé ACA doit garantir au minimum 10 services de soins essentiels :

- les services ambulatoires,
- les services d'urgence,
- l'hospitalisation,
- l'accouchement et prise en charge du nouveau-né,
- la santé mentale,
- les prescriptions médicales,
- les services de rééducation,
- les analyses en laboratoire,
- la prévention et la prise en charge des maladies chroniques,
- les services pédiatriques (soins ophtalmologiques et auditifs compris).

Pour l'ensemble de ces services, aucun plafond de remboursement ne peut être fixé.

Depuis 2015, tout employeur **de plus de 50 salariés** effectuant plus de 30 heures de travail par semaine, a **l'obligation de souscrire** une assurance privée pour ces derniers (à l'exception de ceux apportant la preuve d'une assurance individuelle), sous peine de verser une pénalité.

Le **délai de carence** ne peut excéder 90 jours.

Les compagnies ne peuvent plus :

- refuser d'assurer un individu,
- **plafonner les dépenses** sur les 10 garanties essentielles,
- imposer des **tarifs plus élevés aux personnes souffrant de problèmes médicaux**,
- **annuler les polices des personnes malades.**

Ces assurances privées offrent 3 types de couverture :

- individuelle,
- familiale (les enfants peuvent rester couverts par l'assurance de leurs parents jusqu'à 26 ans),
- complémentaire au programme Medicare.

2- Comparateur d'assurances privées

L'*Affordable Care Act (ACA)* ne crée pas de caisse publique d'assurance maladie. Ce risque est assuré par des compagnies d'assurance privées.

Les fournisseurs d'assurance santé privée aux Etats-Unis se déclinent essentiellement en 3 catégories :

- *Health Maintenance Organizations (HMO)*

Les **HMO** sont des plans d'assurance qui donnent accès à un réseau de professionnels de santé ainsi que d'hôpitaux. Afin de bénéficier de la

- couverture santé, les bénéficiaires ne seront assurés que s'ils reçoivent des actes médicaux de fournisseurs **appartenant à ce réseau.**

- *Preferred Provider Organizations (PPO)*

Les **PPO** sont plus souples que les *HMO* en ce qui concerne le choix du professionnel de santé, bien qu'elles reposent également sur un système de réseau de praticiens et de structures. Le bénéficiaire peut faire appel aux services d'un **fournisseur n'appartenant pas à son réseau et obtenir tout de même un remboursement (moins conséquent qu'en faisant appel à un membre de son réseau).**

- *Insurances Co-op*

Ces compagnies ne dépendent d'aucune société ou organisation. Les assurés membres cotisent selon les risques qu'ils souhaitent couvrir. Plus ces risques sont importants, plus la cotisation sera élevée. En 2021,

seules **3** coopératives de santé sur 23 créées en 2013 restent opérationnelles dans les Etats du Idaho, du Maine, du Montana, du Nouveau-Mexique et Wisconsin.

- Le site [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) permet :
- d'évaluer si une personne physique ou une petite entreprise peut bénéficier d'une assurance,
- l'inscription ou le changement d'assurance par Etat.

▪ **3- Extension du "*Medicaid*"**

La réforme prévoit que l'assurance "[Medicaid](#)" réservée autrefois aux plus démunis soit étendue aux personnes ayant des revenus allant jusqu'à 138 % du [seuil de pauvreté](#) (17 609 \$ annuel pour une personne seule, 36 156 \$ pour une famille de 4 personnes en 2021).

Le remboursement des consultations chez un médecin généraliste est aligné sur celui du Medicare (80 % du tarif agréé).

C. [Medicare](#)

[Medicare](#) est une assurance maladie réservée aux personnes âgées et aux invalides. Elle comporte 2 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 2 ; 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 visés par le programme local *Medicaid*.

photos : D.R.

& Roger-Gérard Kasparian