

Renforcement des protections contre les discriminations et promotion des droits civils en matière de soins de santé au travers de la Section 1557 de l’Affordable Care Act (Loi sur les soins abordables) : Fiche d’informations

Ce qui suit est un résumé et non une interprétation indépendante de la Section 1557 ; les lecteurs sont invités à consulter la règle finale dans son intégralité pour en connaître la teneur exacte.

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (Department of Health and Human Services - HHS) a publié une règle finale visant à faire progresser l’équité en matière de santé et à réduire les disparités dans les soins de santé. La [Section 1557 de l’Affordable Care Act](#) (ACA) interdit la discrimination fondée sur la race, la couleur, l’origine nationale, le sexe, l’âge ou le handicap dans les programmes ou activités de santé qui bénéficient d’une aide financière fédérale, les marchés des assurances maladie d’État, et les programmes et activités de santé du HHS. Il s’agit de l’un des outils les plus efficaces dont dispose le gouvernement pour garantir l’accès équitable aux soins de santé. La règle a pour objet de clarifier la Section 1557 et de faire en sorte que chacun puisse accéder de manière équitable aux soins de santé, et notamment les femmes, les personnes handicapées, les personnes LGBTQI+, les personnes ayant une maîtrise limitée de l’anglais (*limited English proficiency* - LEP), les personnes de couleur et les personnes de tous âges. Si vous estimez que vous ou quelqu’un d’autre avez fait l’objet d’une discrimination fondée sur la race, la couleur, l’origine nationale, le sexe, l’âge ou le handicap, veuillez consulter le [portail des plaintes de l’Office for Civil Rights \(OCR\)](#) afin de déposer une plainte en ligne.

Résumé de la règle finale

Rétablir la couverture des émetteurs d’assurance maladie en vertu de la Section 1557 (45 CFR 92.2, 92.4 et 92.207).

La règle finale rétablit et renforce l’application de la Section 1557 aux émetteurs d’assurance maladie qui reçoivent une assistance financière fédérale. Reconnaisant le rôle important que joue l’assurance maladie dans la prestation des soins de santé, la règle établit des normes de non-discrimination claires applicables au secteur de la santé.

Rétablir l’application de la Section 1557 à tous les programmes et activités de santé administrés par le HHS (45 CFR 92.2(a)(2)).

La règle impose des normes de non-discrimination dans tous les programmes et activités de santé du HHS. La Règle de 2020 ([85 Rég. Féd. 37160](#) (du 19 juin 2020)) limitait le champ d’application des principes de non-discrimination de la Section 1557. Le Ministère estime que le fait de considérer que la Section 1557 concerne tous les programmes et activités de santé administrés par le HHS est la meilleure lecture de la loi et celle qui protège le plus de personnes

contre la discrimination dans le large éventail des programmes et activités de santé du Ministère, notamment ceux qui sont administrés par l'Indian Health Service, les Centers for Medicare & Medicaid Services et les National Institutes of Health.

Protéger les patients LGBTQI+ de la discrimination et préciser le fait que la Section 1557 interdit la discrimination sexuelle (45 CFR 92.101, 92.206).

Conformément à la décision de la Cour suprême des États-Unis dans l'affaire [Bostock c. Comté de Clayton – PDF](#) , la règle finale confirme que les protections contre la discrimination sexuelle comprennent les protections contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et l'identité sexuelle.

La règle finale précise également que la discrimination sexuelle comprend toute discrimination fondée sur les stéréotypes sexuels, les caractéristiques sexuelles, notamment les traits intersexe, la grossesse ou les affections connexes.

Exiger des organismes relevant de la règle, comme les prestataires, émetteurs d'assurance et programmes administrés par le HHS, qu'ils informent les personnes de l'existence d'une assistance et de services linguistiques (45 CFR 92.11).

La règle finale exige que les bénéficiaires de l'aide financière fédérale, les programmes et activités de santé administrés par le HHS, et les marchés des assurances maladie appuyés par l'État et le gouvernement fédéral informent les personnes que des services d'assistance linguistique et des dispositifs d'assistance sont disponibles en cas de besoin. L'information doit être transmise en anglais et au moins dans les 15 langues les plus couramment parlées par les personnes ayant une maîtrise limitée de l'anglais (LEP) dans le ou les États concernés. Pour que leur transmission soit effective, ces informations doivent être communiquées aux personnes handicapées de manière aussi efficace qu'aux personnes sans handicap. Les entités relevant de la règle sont tenues d'afficher lesdites informations de manière bien visible, tant dans les lieux physiques que sur leurs sites Web, de les mettre à disposition sur demande et de les inclure dans une liste spécifique de communications.

Exiger des entités relevant de la règle qu'elles prennent les mesures nécessaires pour repérer et atténuer toute discrimination lorsqu'elles utilisent des outils d'aide à la décision relativement aux soins prodigués aux patients (45 CFR 92.210).

La règle finale stipule que les bénéficiaires de l'aide financière fédérale, les programmes et activités de santé administrés par le HHS, et les marchés des assurances maladie appuyés par l'État et le gouvernement fédéral ne doivent exercer aucune discrimination à l'encontre de quiconque eu égard à sa race, sa couleur, son origine nationale, son sexe, son âge ou son handicap lorsqu'ils utilisent des outils d'aide à la décision relativement aux soins prodigués aux patients, ce qui inclut les outils, mécanismes, méthodes et technologies automatisés et non automatisés servant à fournir des soins médicaux. La disposition ne vise pas à entraver l'utilisation de tels outils ; elle vise à équilibrer le rôle que joue la technologie dans la réduction des disparités en matière de santé et l'augmentation de l'accès aux soins avec la nécessité d'utiliser ces outils de manière responsable pour prévenir la discrimination dans les soins de

santé. La règle finale exige que les entités concernées déterminent quels outils d'aide à la décision en matière de soins de santé prennent en compte la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, l'âge ou le handicap, et qu'elles fassent tout leur possible pour atténuer le risque de discrimination pouvant résulter de l'utilisation de ces outils.

Exiger des organismes relevant de la règle qu'ils mettent en œuvre les politiques et la formation du personnel prévus par la Section 1557 (45 CFR 92.8-92.9).

La règle finale exige que les bénéficiaires de l'assistance financière fédérale, les programmes et activités de santé administrés par le HHS, et les marchés des assurances maladie appuyés par l'État et le gouvernement fédéral mettent en œuvre des politiques et procédures à même de garantir le respect de la règle. En particulier, les entités concernées doivent avoir des politiques prévoyant la prestation de services d'assistance linguistique en faveur des personnes ayant une maîtrise limitée de l'anglais, et assurant une communication efficace et des adaptations raisonnables destinées aux personnes handicapées. Les entités concernées sont également tenues de former leur personnel auxdites politiques et procédures. Le respect des exigences susmentionnées contribuera à assurer la conformité.

Préciser que les exigences de non-discrimination s'appliquent aux programmes et activités de santé délivrés par le biais de services de télésanté (45 CFR 92.211).

La règle finale traite spécifiquement de la non-discrimination dans les services de télésanté. La disposition stipule que les bénéficiaires de l'aide financière fédérale, les programmes et activités de santé administrés par le HHS, et les marchés des assurances maladie appuyés par l'État et le gouvernement fédéral doivent se garder de toute discrimination dans le cadre des programmes et activités de santé délivrés par le biais de services de télésanté. Cela signifie qu'ils doivent s'assurer que de tels services sont accessibles aux personnes handicapées et permettre aux personnes ayant une maîtrise limitée de l'anglais d'accéder à l'ensemble des services.

Respecter les garanties fédérales concernant la liberté de culte et la liberté de conscience (45 CFR 92.3 et 92.302).

La règle finale stipule que la règle ne s'appliquera pas si cela risque d'entraîner une violation des protections fédérales en matière de liberté de culte et de liberté de conscience. En vertu de la règle, le bénéficiaire d'une aide financière fédérale peut simplement faire valoir lesdites protections ou demander à l'OCR du HHS de confirmer qu'elles sont en place.

Avis concernant Medicare Partie B en tant qu'aide financière fédérale.

La règle stipule que, selon l'interprétation du Ministère, Medicare Partie B représente une aide financière fédérale en termes de couverture en vertu des lois fédérales sur les droits civils que le Ministère applique. Il s'agit notamment du [Titre VI de la Loi sur les droits civils de 1964](#), de la [Section 504 de la Loi sur la réhabilitation de 1973](#), du [Titre IX des Amendements sur l'éducation de 1972](#), de la [Loi sur la discrimination liée à l'âge de 1975](#) et de la Section 1557 de l'ACA. Les

fonds de Medicare Partie B correspondent à la définition de l'aide financière fédérale en vertu de la loi, comme indiqué dans les réglementations relevant des lois susmentionnées. Le Département estime que les justifications précédemment invoquées pour exclure Medicare Partie B sont obsolètes compte tenu des modifications apportées à la loi et au programme Medicare, et que la nouvelle interprétation est la meilleure lecture des lois sur les droits civils eu égard à l'objectif et au fonctionnement du programme Medicare Partie B.

La règle finale peut être consultée ou téléchargée sur: [hhs.gov/1557](https://www.hhs.gov/1557)