

Sachdokumentation:

Signatur: DS 5283

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/5283



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.

A large, thick, blue curved graphic element that starts from the top left and curves downwards and to the right, ending near the center of the page.

**Commission nationale d'éthique dans
le domaine de la médecine humaine CNE**

Migrants allophones et système de soins

Enjeux éthiques de l'interprétariat communautaire

Prise de position n° 27/2017
Berne, le 26 janvier 2017

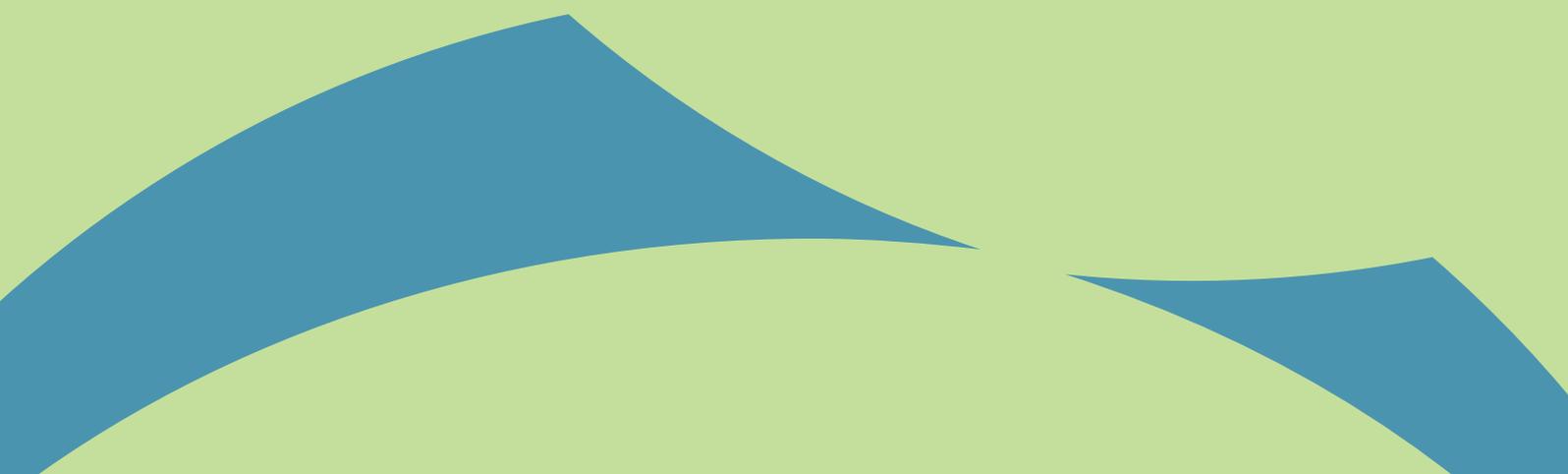
A blue curved graphic element at the bottom of the page, consisting of two overlapping shapes: a larger one on the left that curves upwards and to the right, and a smaller one on the right that curves downwards and to the left.



Table des matières

	Abstract et recommandations	4
1.	Introduction	10
2.	Définitions	13
3.	Etats des lieux	14
3.1.	Contexte international	14
3.2.	Contexte actuel en Suisse	15
3.2.1	Besoins en fonction des situations de soins	16
3.2.2	Offres en matière d'interprétariat communautaire	17
3.2.3	Formation	18
3.2.4	Ancrage institutionnel et dans le système de soins	18
4.	Enjeux éthiques de l'interprétariat communautaire	20
4.1	Les droits des patients	20
4.1.1	Protection : la vulnérabilité particulière des migrants	20
4.1.2	Egalité : l'accès équitable aux soins de santé	21
4.1.3	Autonomie : le consentement éclairé	22
4.1.4	Dignité de la personne et bases sociales du respect de soi	23
4.2	Les obligations déontologiques des professionnels	24
4.2.1	Qualité et sécurité des soins	24
4.2.2	Secret professionnel	24
4.2.3	Formation de base et continue	24
4.3	Devoirs moraux de la collectivité	25
5.	Recommandations	26
	Tables des abréviations	27
	Références bibliographiques et autres sources	28

Abstract et Recommandations

Selon l'Office fédéral de la statistique, 9 % de la population suisse parle une langue principale différente des langues nationales, et parmi ces personnes un tiers environ n'en comprend aucune. La littérature démontre que lorsque l'une de ces personnes tombe malade, les barrières linguistiques peuvent devenir un obstacle considérable à sa prise en charge, à la fois sous l'angle clinique – en occasionnant par exemple des sur- et sous-traitements, des erreurs médicales, des ré-hospitalisations – et d'un point de vue éthique. En effet, afin que les soignants puissent poser un diagnostic correct et établir un traitement adéquat et efficace il est indispensable de comprendre correctement les besoins sanitaires du patient. Une part importante de cette compréhension passe par le langage : les barrières linguistiques peuvent donc la réduire, la compliquer, voire l'empêcher. Il est donc nécessaire de les supprimer grâce à l'apport de l'interprétariat communautaire et de la médiation culturelle. L'intercompréhension dans le domaine des soins répond à des exigences normatives d'ordre juridique et déontologique – telles que les principes d'égalité de traitement et d'interdiction de discrimination, le respect des bonnes pratiques cliniques et du secret professionnel –, ainsi qu'à des exigences d'ordre éthique, comme la protection de la dignité et de l'autonomie du patient. Le droit d'accès aux soins, notamment aux soins d'urgence, est légalement établi et il doit être garanti pour tous les patients indépendamment de leur situation, leur besoin de santé ou leur statut juridique.

La Suisse est caractérisée par le plurilinguisme et les problèmes d'intercompréhension y sont fréquents. Les exigences mises en avant dans la présente prise de position valent donc pour chaque patient indépendamment de son origine, de sa résidence ou de son statut légal (citoyen, immigré, demandeur d'asile, réfugié ou sans-papier). Toutefois, ces problèmes s'accroissent pour les personnes migrantes, souvent confrontées à une plus grande vulnérabilité. Les torts qu'elles risquent de subir ne dépendent pas seulement de la langue qu'elles parlent et de leur possibilité de se faire comprendre, mais aussi du fait qu'elles sont culturellement étrangères, des associations implicites qu'elles génèrent, ainsi que d'autres problématiques, comme les traumatismes, leur faible compétence en matière de santé, la solitude et la précarité auxquelles elles sont exposées.

Pour supprimer les barrières linguistiques des patients migrants, il ne suffit pas de comprendre la langue qu'ils parlent, il faut aussi accéder à leurs représentations de la maladie, de la santé et de la guérison, ce que signifie pour eux un choix indépendant de toute interférence de tiers, la compréhension du système de soins auquel ils sont confrontés, leurs valeurs, idéaux et attentes. Les services de santé sont aussi culturellement marqués. L'interprétariat communautaire doit ainsi se doubler d'une médiation culturelle ; il s'agit là de compétences auxquelles chaque professionnel de la santé devra nécessairement se sensibiliser.

L'accès à la communication est un prérequis à l'accès aux droits humains universels de chacun.

Compte tenu de l'évolution de nos sociétés, la création de dispositifs adaptés aux soins des migrants et aux besoins des institutions de soin ne pourra pas se faire sur la base exclusive d'initiatives spontanées et sporadiques, qui créent des différences d'un canton à l'autre, entre les institutions de santé et les prestataires de soins en milieu hospitalier et ambulatoire ou en cabinet privé. Elle devra s'inscrire dans la durée notamment grâce à un financement assuré au niveau national par des choix de politique sanitaire cohérents et conformes aux obligations qui incombent à un Etat de droit, notamment en ce qui concerne les droits du patient.

La CNE formule ainsi à l'unanimité les recommandations suivantes :

- 1.** L'interprétariat communautaire est nécessaire pour garantir les droits des personnes au sein de l'ensemble du système de santé lorsqu'il existe une barrière linguistique.
 - ↳ L'accès à ce service doit être garanti.
 - ↳ Une offre en interprétariat communautaire et en médiation culturelle à même de répondre aux besoins des populations migrantes devrait être mise en place de manière homogène sur le territoire suisse.
 - ↳ La formation d'interprètes et de médiateurs culturels doit être garantie.

- 2.** Les professionnels de la santé doivent être sensibilisés aux défis spécifiques de l'interculturalité dans la prise en charge des patients.

- 3.** La Suisse manque de données statistiques systématiques portant sur la santé des migrants et sur la prévalence des barrières linguistiques. Ces données sont indispensables pour développer une politique de la santé cohérente et efficace.

Abstract und Empfehlungen

Laut dem Bundesamt für Statistik sprechen 9 Prozent der Schweizer Bevölkerung hauptsächlich eine Sprache, die keine Landessprache ist, und ein Drittel davon versteht keine der Landessprachen. Wie die Literatur belegt, können Sprachbarrieren bei Erkrankung einer solchen Person ein beträchtliches Hindernis für die Behandlung darstellen, und zwar sowohl aus klinischer Sicht – es kann beispielsweise zu Über- oder Unterbehandlungen, ärztlichen Kunstfehlern oder Rehospitalisierungen kommen – als auch unter ethischem Blickwinkel. Damit die Gesundheitsfachleute eine korrekte Diagnose stellen und eine angemessene und wirksame Behandlung aufnehmen können, ist es unabdingbar, dass sie die Gesundheitsbedürfnisse des Patienten oder der Patientin verstehen. Ein bedeutender Teil dieses Verständnisses wird über die Sprache erlangt: Sprachbarrieren können es daher einschränken, erschweren oder sogar verunmöglichen. Sie müssen deshalb mit Hilfe von interkulturellen Dolmetsch- und Vermittlungsdiensten überwunden werden. Das gegenseitige Verständnis zwischen Gesundheitsfachleuten und Patientinnen und Patienten sorgt für die Erfüllung rechtlicher und deontologischer Anforderungen wie Behandlungsgleichheit und Diskriminierungsverbot, Einhaltung der guten klinischen Praxis und Wahrung des Berufsgeheimnisses sowie ethischer Anforderungen wie Schutz der Würde und der Autonomie des Patienten oder der Patientin. Das Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung und insbesondere zur Notfallversorgung ist gesetzlich verankert und muss für alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Situation, ihrem Versorgungsbedarf oder ihrem Rechtsstatus gewährleistet sein.

Die Mehrsprachigkeit ist ein charakteristisches Merkmal der Schweiz, und Verständnisprobleme sind häufig. Die in der vorliegenden Stellungnahme aufgezeigten Anforderungen gelten somit für alle Patientinnen und Patienten, unabhängig von ihrer Herkunft, ihrem Wohnort oder ihrem Rechtsstatus (Bürger/in, Zugewanderte/r, Asylant/in, Flüchtling oder Papierlose/r). Die Problematik verschärft sich jedoch bei Migrantinnen und Migranten, die oft benachteiligt sind. Die Benachteiligung, die ihnen droht, hängt nicht nur von der von ihnen gesprochenen Sprache und ihren Verständigungsmöglichkeiten ab, sondern ist auch auf ihren fremden kulturellen Hintergrund, die unbewussten Assoziationen, die sie hervorrufen, sowie weitere Probleme wie Traumata, geringe Gesundheitskompetenz, Einsamkeit und prekäre Verhältnisse zurückzuführen.

Um die Sprachbarrieren von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund zu beseitigen, genügt es nicht, ihre Sprache zu verstehen. Man muss auch erfassen, welche Vorstellungen sie von Krankheit, Gesundheit und Heilung haben, was ein selbständiger, nicht von Dritten beeinflusster Entscheid für sie bedeutet, wie gut sie das Versorgungssystem verstehen, mit dem sie konfrontiert werden, und welche Werte, Ideale und Erwartungen sie haben. Die Gesundheitsdienste sind auch kulturell geprägt. Das interkulturelle Dolmetschen muss durch interkulturelle Vermittlung ergänzt werden. Das sind Kompetenzen, für die alle Gesundheitsfachleute sensibilisiert werden müssen.

Der Zugang zur Kommunikation ist eine Voraussetzung für den Zugang zu den universellen Menschenrechten jedes Einzelnen.

In Anbetracht der Entwicklung unserer Gesellschaften können Versorgungssysteme, die den Bedürfnissen der Migrantinnen und Migranten sowie der Versorgungseinrichtungen gerecht werden, nicht ausschliesslich mittels spontaner, sporadischer Initiativen geschaffen werden, da solche Initiativen zu Unterschieden zwischen den Kantonen, zwischen den Gesundheitseinrichtungen und zwischen den

Gesundheitsdienstleistungen in den Spitälern, im ambulanten Bereich oder in den Privatpraxen führen. Es sind langfristige Massnahmen erforderlich, deren Finanzierung auf nationaler Ebene gewährleistet ist durch kohärente gesundheitspolitische Entscheide, die den rechtsstaatlichen Verpflichtungen entsprechen, namentlich in Bezug auf die Patientenrechte.

Die NEK gibt daher einstimmig folgende Empfehlungen ab:

- 1.** Interkulturelles Dolmetschen ist zur Wahrung der Menschenrechte im gesamten Gesundheitssystem erforderlich, wenn es Sprachbarrieren gibt.
 - ↳ Der Zugang zu diesem Dienst muss gewährleistet sein.
 - ↳ Ein Angebot an interkulturellen Dolmetsch- und Vermittlungsdiensten, das die Bedürfnisse der Migrationsbevölkerung decken kann, sollte schweizweit homogen aufgebaut werden.
 - ↳ Die Ausbildung von interkulturellen Dolmetscher/innen und Vermittler/innen muss sichergestellt sein.
- 2.** Die Gesundheitsfachleute müssen für die spezifischen Herausforderungen der Interkulturalität bei der Patientenbetreuung sensibilisiert werden.
- 3.** In der Schweiz fehlen systematische statistische Daten zur Gesundheit der Migrantinnen und Migranten und zur Prävalenz der Sprachbarrieren. Diese Daten sind für die Entwicklung einer kohärenten und wirksamen Gesundheitspolitik unerlässlich.

Sintesi e raccomandazioni

Secondo l'Ufficio federale di statistica, il 9 per cento della popolazione residente in Svizzera parla una lingua principale diversa dalle lingue nazionali e circa un terzo di queste persone non ne capisce nessuna. La letteratura dimostra che quando una di loro si ammala, le barriere linguistiche possono essere un ostacolo considerevole alla sua presa a carico sia da un punto di vista clinico – trattamenti eccessivi o insufficienti, errori medici e ricoveri ripetuti – sia da un punto di vista etico. Infatti, per porre una diagnosi corretta e stabilire il trattamento più adeguato ed efficace, il personale curante deve capire esattamente i bisogni sanitari del paziente. La comunicazione verbale svolge un ruolo molto importante a questo scopo e le barriere linguistiche possono limitarla, complicarla o addirittura impedirla. È quindi necessario eliminare queste barriere ricorrendo all'interpretariato e alla mediazione interculturale. La comprensione reciproca nell'ambito delle cure risponde a esigenze normative di ordine giuridico e deontologico (come i principi della parità di trattamento e del divieto di discriminazione, il rispetto della buona pratica clinica e del segreto professionale) nonché a esigenze di ordine etico (come la protezione della dignità e dell'autonomia del paziente). Il diritto d'accesso alle cure, in particolare alle cure urgenti, è sancito dalla legge e dev'essere garantito a tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro situazione, dalle loro esigenze sanitarie o dal loro statuto giuridico.

Il plurilinguismo in Svizzera è spesso fonte di problemi d'incomprensione. Le esigenze evidenziate dal presente parere riguardano pertanto tutti i pazienti, indipendentemente dalle loro origini, dal loro domicilio o dal loro statuto (cittadini svizzeri, immigrati, richiedenti l'asilo, rifugiati o sans-papiers). Questi problemi aumentano tuttavia tra le persone migranti che in genere sono più vulnerabili. I torti che rischiano di subire non dipendono unicamente dalla lingua che parlano e dalle loro possibilità di farsi capire, ma anche dalla loro appartenenza a una cultura diversa, dalle associazioni implicite che suscitano e da altre problematiche, come i traumi, la loro scarsa alfabetizzazione sanitaria, la solitudine e la precarietà cui sono esposte.

Per eliminare le barriere linguistiche dei pazienti migranti non basta capirne la lingua. Bisogna infatti anche saper interpretare la loro rappresentazione della malattia, della salute e della guarigione, capire ciò che significa per loro scegliere senza interferenze esterne, in che modo percepiscono il sistema sanitario con il quale si devono confrontare e infine cogliere i loro valori, i loro ideali e le loro aspettative. Anche i sistemi sanitari hanno un'impronta culturale. È quindi necessario associare l'interpretariato alla mediazione culturale e sensibilizzare tutti i professionisti della salute a queste competenze.

L'accesso alla comunicazione è un presupposto fondamentale per l'accesso ai diritti umani universali di ogni individuo.

Considerata l'evoluzione delle nostre società, occorre creare una strategia adeguata sia al bisogno di cure dei migranti sia alle esigenze degli stabilimenti sanitari. Una simile strategia non dovrà poggiare unicamente su iniziative estemporanee che generano differenze tra i Cantoni, le istituzioni sanitarie e i fornitori di cure stazionarie e ambulatoriali o in studi medici privati, ma dovrà essere duratura, segnata da un finanziamento garantito sul piano nazionale attraverso scelte di politica sanitaria coerenti e conformi agli obblighi che incombono a uno Stato di diritto, specialmente per quanto concerne i diritti del paziente.

La CNE formula pertanto all'unanimità le seguenti raccomandazioni:

- 1.** L'interpretariato interculturale è necessario per garantire i diritti delle persone nell'intero sistema sanitario qualora emergano barriere linguistiche.
 - ↳ L'accesso a questo servizio dev'essere garantito.
 - ↳ Sull'intero territorio svizzero dovrebbe essere creata un'offerta di servizi d'interpretariato e di mediazione interculturale omogenea, in grado di rispondere alle esigenze delle popolazioni migranti.
 - ↳ Dev'essere garantita la formazione di interpreti e mediatori culturali.

- 2.** I professionisti della salute devono essere sensibilizzati alle sfide specifiche dell'interculturalità nella cura dei pazienti.

- 3.** In Svizzera mancano dati statistici sistematici sulla salute dei migranti e sulla prevalenza delle barriere linguistiche. Questi dati sono indispensabili per sviluppare una politica sanitaria coerente ed efficace.

1. Introduction

Les **barrières linguistiques dans les systèmes de soins** peuvent provoquer des torts objectifs, tels que des diagnostics erronés, des sur- ou sous-traitements. Ne pas tenir compte des obstacles liés à la langue peut être en ce sens considéré comme une faute professionnelle, un manquement au devoir de diligence et revient également à mettre en péril le principe d'équité dans nos systèmes de soins, car cela équivaut à une discrimination. Les barrières linguistiques ne concernent pas seulement les personnes issues de la migration. D'une part elles peuvent exister aussi pour les citoyens suisses, et, d'autre part, les migrants ne sont pas tous confrontés à des barrières linguistiques. L'objectif de supprimer les barrières linguistiques dans la prise en charge des patients représente donc une opportunité d'amélioration de la qualité des soins pour tous, y compris les patients suisses lorsqu'ils sont soignés en dehors de la région linguistique où ils résident.

La présente prise de position ne concerne pas l'ensemble des migrants mais seulement un groupe plus restreint : ceux qui parmi eux, ne comprenant aucune langue nationale, connaissent des problèmes spécifiques d'accès au système de soins. Une meilleure prise en charge des patients allophones et la suppression des barrières linguistiques représentent un avantage considérable pour tous les patients qui, pour une raison ou une autre, et indépendamment de leur statut légal, y sont confrontés.

D'après l'Office fédéral de la statistique, les **personnes issues de la migration** représentaient en 2014 35,4 % de la population suisse totale (OFS 2016b), et 9 % de la population (environ 700 000 personnes) a une langue principale différente des langues nationales (OFS 2016a). Parmi celles-ci, 200 000 n'en comprennent aucune, ni l'anglais (Groupe d'experts du réseau SH4E 2016, 1). En outre, on estime que 70 000 à 180 000 personnes étrangères vivent en Suisse illégalement – désignés sous le nom de « sans papiers » ou *undocumented migrants* – (Spang & Zuppinger 2010, 197).

En 2015, lors d'une réunion de haut niveau sur la santé des migrants et des réfugiés, les Etats Membres de la Région européenne de l'OMS ont défini et adopté un cadre de collaboration pour la santé des réfugiés et des migrants. Dans un document final intitulé *Stepping up action on refugee and migrant health*, ils rappellent que : « The refugees and migrant risk or lose their lives, endure tremendous hardship and suffering, have often undergone a dangerous and sometimes traumatic journey, do not speak the local language and are fearful. Migrant-sensitive health systems should aim to overcome barriers to health care such as language, administrative hurdles and lack of information about health entitlements, and answer the needs of all people, without discrimination, including on cultural and religious grounds » (WHO Regional Office for Europe 2015, 1.5).

Dans le Rapport « Promotion de la santé des migrants », le Secrétariat de l'OMS a établi parmi les priorités futures de : « veiller à ce que les services de santé soient appropriés sur le plan culturel, linguistique et épidémiologique, et [de] renforcer les capacités des personnels de santé pour comprendre et traiter les problèmes sanitaires liés aux déplacements de populations » (OMS 2016, 4).

La Constitution de l'Organisation mondiale de la santé proclame que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (OMS 1946). Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a donné une interprétation du « droit au

meilleur état de santé susceptible d'être atteint» (Comité DESC, 2000), tel qu'il est énoncé dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ONU 1966, art. 12). Ce droit suppose des libertés, qui « comprennent le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps, [...], ainsi que le droit à l'intégrité » (Comité DESC, 2000, art. 8) ; et d'autres droits tels que « le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible » (Id.). En particulier, le Comité DESC explique que « [l]a notion de « meilleur état de santé susceptible d'être atteint » [...], repose à la fois sur la situation biologique et socioéconomique de chaque individu au départ et sur les ressources dont dispose l'État. » (Id., art. 9).

Des études montrent que **le recours au service d'interprètes professionnels est associé à une amélioration générale de la prise en charge** des patients ayant une faible maîtrise de la langue, en raison de la réduction des malentendus et des erreurs de communication ayant des conséquences clinique graves, de l'amélioration de la compréhension et de la satisfaction des patients ainsi que des résultats des traitements (Karliner et al 2007 ; Flores et al 2012 ; Lindholm et al. 2012). Une communication satisfaisante favorise la création d'un lien thérapeutique – en établissant, grâce notamment à une meilleure compréhension du parcours de vie du patient, une relation de confiance et un partenariat –, la détermination d'un plan de traitement et l'adhérence à celui-ci, ainsi que l'autonomie du patient (Rocque & Leanza 2015). Il peut aussi éviter des surcoûts pour le système de santé – des études montrent que le non recours aux interprètes peut occasionner, par exemple, des taux plus hauts de réadmission dans les 30 jours et des séjours à l'hôpital significativement plus longs (Karliner et al. 2007 ; Lindholm et al. 2012).

Les **interprètes professionnels expérimentés présentent manifestement une proportion moindre d'erreurs ayant une conséquence clinique potentiellement grave** (Flores et al 2012). Ils maîtrisent la terminologie médicale, connaissent les différents aspects de la relation de soin et du milieu hospitalier (Björn 2005). Les professionnels de la santé doivent, de leur côté, être sensibilisés aux enjeux interculturels, développer une compétence transculturelle et savoir identifier quand il est important de recourir au service d'un interprète communautaire professionnel (Alpers 2016 ; Krupic et al. 2016). Il est aussi important qu'ils repèrent les situations nécessitant le recours à un interprète (selon les modalités indiquées, par exemple, en présentiel, par téléphone ou par vidéo) et qu'ils apprennent à travailler avec ce dernier.

A contrario, lorsqu'on pense pouvoir se passer du service d'un interprète professionnel, en utilisant un interprète *ad hoc* (autrement dit un interprète « de fortune » ou « de circonstance ») – tel que des collaborateurs de l'hôpital, des amis du malade, des parents ou des proches – les patients se montrent embarrassés, ils se sentent coupables ou gênés (Rocque & Leanza 2015). La littérature montre que **l'utilisation d'interprètes ad hoc** tel que des collaborateurs de l'hôpital, des amis du malade, des parents ou des proches) **est mal vécue par les patients** (id). Par ailleurs, **cette pratique peut avoir des conséquences délétères** : en raison d'erreurs de traduction certaines questions des soignants peuvent être omise ou déformées, d'autre part certaines informations, telle que les effets secondaires par exemple, risquent de ne pas être correctement traduite (Lindholm et al. 2012). En outre, en n'ayant pas suivi une formation spécifique, l'interprète *ad hoc* n'est pas toujours neutre et il peut subir un impact

émotionnel en lien avec cette tâche. Par exemple, lorsque l'interprétariat est effectué par un fils ou une fille en jeune âge, ces derniers risquent de se trouver dans des situations très lourdes au moment de communiquer un mauvais diagnostic (tels qu'un cancer ou une maladie gravement débilitante).

Il faut souligner que l'accès à des soins de santé et l'égalité de traitement peuvent aussi être menacés par le manque de **compétence en matière de santé** (voir Bieri et al. 2016; Ackermann Rau, Sakarya & Abel 2016; Bonaccorsi et al. 2016; Sørensen et al. 2012; Sommerhalder & Abel 2007; BAG 2006; Institute of Medicine Committee on Health Literacy 2004; WHO 1998).

C'est ce que ressort du monitoring de l'état de santé de la population migrante. En 2004 (GMM I) et en 2010 (GMM II), en effet, l'OFSP a réalisé deux enquêtes auprès de certains groupes de la population migrante¹. En interrogeant la situation sanitaire, le comportement en matière de santé et le recours au système de santé, elles révèlent « de nettes différences entre les divers groupes qui composent la population suisse. Dans bien des cas, l'état de santé physique et psychique des personnes interrogées est en effet plus mauvais que celui des autochtones » (OFSP 2004; OFSP 2010). C'est ce que souligne également le rapport de l'OMS sur la pauvreté et l'exclusion sociale (WHO 2010): en Suisse la compétence en matière de santé est moindre chez les personnes migrantes à cause des barrières linguistiques et culturelles. Cela se traduit par une connaissance insuffisante, voire même une méconnaissance totale, du système de santé et des services préventifs, ainsi que par une méfiance envers ces derniers et un manque d'adhérence pouvant conduire à des inégalités dans l'utilisation du système et de ses services et, finalement, dans l'état de santé des personnes concernées.

Dans le présent avis, la CNE s'intéresse exclusivement aux enjeux éthiques générés par la présence de barrières linguistiques lors de la prise en charge médicale des patients allophones, notamment les patients migrants. Les questions et enjeux économiques en lien avec l'interprétariat communautaire ont volontairement été exclus de la présente discussion. En effet l'appréciation des coûts totaux (coûts générés directement par la mise en place d'un service d'interprétariat et les coûts générés indirectement par l'absence d'un tel service, à savoir les sur- et sous-traitements, les re-hospitalisations, les erreurs de diagnostic ayant des conséquences médicales graves, etc.) ne relève pas des compétences de la CNE. Les chapitres suivants apportent quelques précisions terminologiques et donnent des informations sur la **situation migratoire** et sur **les dispositions éthico-juridiques** qui, au niveau international et national, encadrent la mise en place de politiques de santé en la matière. Le quatrième chapitre met en évidence les principaux **droits des patients** à faire valoir lors de la prise en charge des personnes issues de la migration. Les problématiques occasionnées par l'existence de barrières linguistiques sont alors abordées dans la perspective aussi bien des patients que des soignants. On y souligne aussi les devoirs moraux qui incombent à la collectivité quant au développement d'un **système de soins capable de répondre de manière durable** aux besoins générés par l'évolution de notre société. L'avis se termine par la formulation de recommandations.

1) À savoir, parmi la population résidente, des immigrants originaires de Turquie, du Portugal, de Serbie et du Kosovo, et parmi les demandeurs d'asile, des Tamouls et des personnes originaires de Somalie (GMM II). Pour le monitoring de 2004, a été prise en compte la population migrante italienne, allemande, autrichienne et française, la population résidente permanente venant d'ex-Yougoslavie, du Portugal, de Turquie et du Sri Lanka et finalement les requérants d'asile du Sri Lanka et du Kosovo (GMM I). Voir: Monitoring de l'état de santé de la population migrante (OFSP 2004; OFSP 2010).

2. Définitions

Sont considérés comme **allophones** les patients qui ne comprennent pas ce qui est dit et/ou ne sont pas en mesure de se faire comprendre parce qu'ils ne maîtrisent aucune langue nationale. L'Office fédéral de la statistique indique (OFS) que le statut migratoire d'une personne est déterminé en combinant quatre variables: le « pays de naissance », la « nationalité à la naissance » et la « nationalité actuelle » de la personne de référence, ainsi que le « pays de naissance » de ses deux parents (OFS 2016b). Par « migrant » on entend généralement « une personne qui établit une nouvelle résidence (semi-) permanente dans un « lieu » différent de celui dans lequel elle vit d'habitude »² (Urquia & Gagnon 2011, 470). L'Organisation internationale pour les migrations (OIM) définit plus précisément la migration comme étant le: « Déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit entre pays, soit dans un pays entre deux lieux situés sur son territoire. La notion de migration englobe tous les types de mouvements de population impliquant un changement du lieu de résidence habituelle, quelles que soient leur cause, leur composition, leur durée, incluant ainsi notamment les mouvements des travailleurs, des réfugiés, des personnes déplacées ou déracinées » (OIM 2007).

Dans cet avis, la CNE se concentre sur la **migration internationale**, qui concerne les personnes se déplaçant d'un Etat à un autre (en opposition à la migration dite « interne », désignant les personnes se déplaçant à l'intérieur d'un même pays). Comme mentionné auparavant, les personnes se déterminent à migrer sur la base de différents facteurs, tels que la mondialisation ou la pauvreté, la guerre, les persécutions, les changements ou les catastrophes climatiques, l'accès à des soins de santé, à l'emploi ou à l'éducation. Les migrants en Suisse ne constituent donc pas une catégorie homogène. Il peut s'agir de travailleurs migrants, de réfugiés, de demandeurs d'asile, de populations victimes de la traite, de migrants irréguliers (ou illégaux) (OMS 2016). La caractéristique commune à la population qui nous intéresse est le fait d'être allophone: caractéristique comportant dans les situations de soin un facteur supplémentaire de vulnérabilité.

Ce facteur spécifique de vulnérabilité peut être réduit grâce au recours à un service d'interprétariat communautaire. Comme le précise INTERPRET – l'Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle, une association indépendante fondée en 1999 –, **l'interprétariat communautaire** désigne « la traduction orale (traduction consécutive) d'une langue à l'autre de tout ce qui est dit, *en tenant compte de l'origine sociale et culturelle des personnes participant à l'entretien*. Il a lieu dans une situation de triologue – « dialogue à trois » – dans laquelle l'interprète communautaire peut se trouver physiquement sur place ou être en communication par téléphone. » (INTERPRET 2016, c'est nous qui soulignons). Les interprètes doivent disposer de connaissances techniques (niveau de compétence dans la langue, connaissance de l'interprétariat consécutif, connaissance de la terminologie spécialisée de base dans le domaine concerné), de compétences culturelles et relationnelles, ils sont en outre familiarisés avec les principes d'éthique professionnelle. Les interprètes sont donc des personnes qualifiées assurant un **service professionnel**.

2) « A migrant is a person who has established a (semi-)permanent new residence in a «place» other than that in which they habitually lived » (Urquia & Gagnon 2011, 470).

3. Etat des lieux

3.1 Contexte international

En 2015, il y a eu 244 millions de migrants, dont 20 millions de réfugiés; 4,2 millions de nouveaux réfugiés ont été accueillis ces dernières années dans les pays du Moyen-Orient; depuis 2012, 2,5 millions de réfugiés syriens sont arrivés en Turquie et, à la fin de 2015, plus de 1,2 million de nouveaux migrants, de demandeurs d'asile et de réfugiés sont arrivés en Europe (OMS 2016, sur la base des estimations de la Commission de la population et du développement des Nations Unies et du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés). Il faut s'attendre à ce que « les déplacements de migrants et de réfugiés se poursuivent à grande échelle dans un avenir prévisible » (OMS 2016). Les défis, entre autres sanitaires, associés aux migrants et aux réfugiés, se situent au niveau aussi bien mondial que régional. On estime que 5 % de ces migrants et réfugiés ont besoin d'un accès immédiat aux services de soins (id., 3).

La Résolution WHA61.17 de l'Assemblée mondiale de la santé intitulée « Santé des migrants » (WHO 2008) constitue un document de référence dans la perspective du développement de politiques de santé concernant les migrants. Parmi les mesures que les Etats Membres sont invités à réaliser on retiendra les suivantes: « to promote equitable access to health promotion, disease prevention and care for migrants, subject to national laws and practice, without discrimination on the basis of gender, age, religion, nationality or race » (id., point 2); « to devise mechanisms for improving the health of all populations, including migrants, in particular through identifying and filling gaps in health service delivery » (id., point 4); et « to raise health service providers' and professionals' cultural and gender sensitivity to migrant's health issues » (id. point 6).

Dans son rapport sur la santé des migrants, le Secrétariat soulignait quatre principes de base orientant une approche de santé publique centrée sur les migrants: 1) **éviter les inégalités** dans l'état de santé et dans l'accès aux services de santé entre les migrants et la population hôte; 2) **garantir les droits à la santé** des migrants, en limitant la discrimination et la stigmatisation, et en écartant les barrières dans l'accès des migrants à des interventions préventives et curatives; 3) mettre en œuvre des mesures vitales aptes à **réduire la mortalité et la morbidité**; et 4) **minimiser l'impact négatif de la migration sur l'état de santé des migrants** (WHO 2010, 109–110).

En s'orientant sur cette Résolution, l'OMS a élaboré, en collaboration avec l'Organisation internationale pour les migrations (OIM) et le Ministère de la santé et de la politique sociale du Gouvernement espagnol, un Rapport – intitulé *Health of Migrants: The Way Forward* (WHO 2010) – dans lequel la nécessité de garantir un accès équitable au système de santé est soulignée. En relation aux barrières linguistiques, le Rapport fait plus particulièrement remarquer que: « Provision of interpretation services and language-appropriate written materials is often the first and most critical intervention implemented to improve the migrants' experience in the health care system. Research shows that language barriers have a negative effect on access to care and prevention services, adherence to treatment plans, timely follow-up, and appropriate use of emergency departments. Misunderstandings of symptoms or mis-translations have resulted in delayed care, clinically significant medical errors, and death. From a clinical ethics and human rights perspective, accurate communication is essential to obtain consent for health interventions and treatment and to guarantee confidentiality and privacy about health information » (id., 62).

Au sein du Conseil de l'Europe, le Comité des Ministres recommande, entre autres: « de faire mieux connaître, parmi les migrants, les questions relatives à la santé et au système de santé, et de prendre les mesures qui s'imposent pour améliorer l'accès aux services de santé » (Conseil de l'Europe 2011, v), et, notamment: « de surmonter les barrières linguistiques par des mesures appropriées, incluant des services d'interprétation et, le cas échéant, l'accès à des supports d'information traduits » (id., vi) et « de mieux adapter les prestations de santé aux besoins, à la culture et à la situation sociale des migrants » (id., vii). Dans l'Annexe à la Recommandation CM/Rec(2011)13, les lignes directrices aux paragraphes 15 et 16 énoncent que: « La mise à disposition de services d'interprétation de qualité, ainsi que de versions traduites pour l'information écrite, devrait être encouragée par les autorités compétentes pour améliorer à la fois l'accessibilité et la qualité des soins de santé pour les migrants » (id. E, 15) et que « Toutes les méthodes disponibles pour réduire les barrières linguistiques, notamment la traduction par téléphone et par vidéo, l'interprétation face-à-face, le recours à des « médiateurs interculturels », et l'aide aux migrants pour apprendre la langue du pays hôte, devraient être envisagées. On devrait éviter d'avoir à dépendre d'interprètes informels et non formés, en particulier des membres de la famille » (id. E, 16).

En analysant les composantes essentielles du **droit au meilleur état de santé possible**, les auteurs du rapport intitulé *International Migration, Health and Human Rights*, font remarquer que: « Migrant-sensitive health services may include interpretation, translated written materials and «cultural mediation» in hospitals and health centres. Introducing these services can assist in tackling language and cultural barriers – both of which can have negative effects on care and prevention services, treatment plans and appropriate follow-ups – as well as avoid misunderstandings (e.g. when a patient relates his or her symptoms) or mistranslations, which may result in delayed care, clinically significant medical errors, or, as a worst-case scenario, death » (IOM 2013, 19-20). À partir de ces analyses, les auteurs soulignent les obligations qui reviennent aux Etats: “The right to health is equally tied to the key principle of non-discrimination, which recognizes the «inherent dignity» of every human being, locals and migrants alike. [...] Accordingly, states have an obligation to protect and promote the rights of migrants without discrimination of any kind. Furthermore, states are equally obligated to eliminate any discrimination that takes place in their respective territories. The **principles of non-discrimination and equal treatment of all**, including migrants, are applicable to elements of the right to health, such that states must ensure that health facilities, foods and services are available, accessible, acceptable and of good quality,, (id., 51; c'est nous qui soulignons).

3.2 Contexte actuel en Suisse

L'Office fédéral de la santé publique indique qu'en Suisse « les migrants issus des couches sociales les plus défavorisées, au niveau de formation modeste, sont en moins bonne santé physique et morale que la moyenne. Il leur est moins facile d'adopter un comportement favorable à la santé et d'accéder de façon adéquate à notre système de santé à cause des difficultés de compréhension et des barrières socioculturelles »³.

3) <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=fr>

Malgré les mesures mises en place pour améliorer l'accès au système de santé (cf. 3.2.2), notamment en ce qui concerne les barrières linguistiques, celles-ci sont encore **très hétérogènes et inégales d'un canton à l'autre. Les dispositifs d'interprétariat communautaire sont encore à développer** pour couvrir les besoins de la population allophone dans tout le territoire suisse et **leur financement n'a pas été assuré à ce jour sur une base durable.**

3.2.1 Besoins en fonction des situations de soins

L'expérience suisse et internationale (voir le programme de la Conférence nationale 2016 du réseau *Swiss Hospitals for Equity*)⁴ incite à différencier les types de dispositifs en fonction des besoins de soin. En Suisse, une différence est faite habituellement entre, d'une part, les soins de premiers recours (chirurgie et médecine interne) – dispensés dans les hôpitaux ou par les médecins en pratique privée – et, d'autre part, les soins spécialisés, qui englobent les professionnels œuvrant dans le secteur public ou en pratiques privée.

Afin de garantir la qualité des soins et une efficiente utilisation des ressources, il est utile de penser les modalités d'action de l'interprétariat communautaire en fonction des types de situations cliniques et de consultation rencontrées, qu'elles soient somatiques ou psychiatriques :

- ↳ Les soins aigus en situation d'urgence et/ou de crise
- ↳ Les soins de médecine générale et premier recours
- ↳ Les soins spécialisés des maladies chroniques

a) Les soins aigus en situation d'urgence et/ou de crise

Dans ces situations l'accent doit être mis sur la communication pour garantir la qualité de l'anamnèse, de l'examen clinique et dans le but de pouvoir informer le patient et son entourage (lorsqu'il s'agit d'enfant) des mesures thérapeutiques qui doivent être prises. Ce type de situation est centré sur une problématique médicale qui nécessite une réponse rapide. La situation exige alors de pouvoir compter sans délai sur un interprète pouvant très ponctuellement traduire les questions et les réponses du patient. L'anamnèse et l'examen clinique doivent d'abord garantir la qualité du diagnostic et déterminer ensuite les traitements médicaux adéquats. Dans la mesure du possible, le patient doit être informé du déroulement du traitement, des effets escomptés, ainsi que des risques inhérents. Par souci d'efficacité, il est essentiel que l'interprète soit formé et sensibilisé au monde médical, c'est à dire qu'il maîtrise le langage technique et comprend l'organisation de nos systèmes de santé. Ce type de service peut être fourni téléphoniquement (exemple le Service national d'interprétariat téléphonique, AOZ, M.E.T.I.S)).

b) Les soins de médecine générale et/ou de premier recours

Les patients reçus dans les consultations de médecine générales présentent des problèmes médicaux qu'il est nécessaire d'évaluer et de traiter. La consultation représente cependant également le moment où ils peuvent se confier et éventuellement parler de leur souffrance pour autant que les conditions le permettent, à savoir, que le médecin ait du temps, qu'il soit disponible et qu'il puisse créer un environnement favorisant la confiance. La prise en compte de la demande subjective du patient est essentielle

4) Consultable à l'adresse <http://www.hospitals4equity.ch/index.php/fr/news>

à une médecine de qualité, elle permet d'ajuster les traitements, de rassurer et ainsi de tout mettre en œuvre pour que le patient se sente accueilli dans sa singularité.

c) Les soins spécialisés pour des maladies chroniques

Comme pour la médecine de premier recours et les soins médicaux généraux, il faut pouvoir suivre le problème médical spécifique aux maladies chroniques (diabète, maladies oncologiques ou psychiatriques, par exemple). Le suivi et les traitements qui en découlent peuvent être complexes et nécessiter beaucoup d'explications pour favoriser l'alliance thérapeutique et l'adhésion au traitement. En outre, la maladie a une incidence sur l'avenir des patients, qui peuvent se voir contraints à accepter la lourdeur et la durée des traitements et à se confronter à des questions de vie ou de mort. Les soins dans ces situations sont exigeants car il s'agit ici de pouvoir comprendre comment la maladie va s'inscrire dans les parcours des patients, les craintes et les souffrances psychologiques qu'elle va engendrer, afin de pouvoir leur proposer un accompagnement adéquat.

Pour ces deux derniers types de situations, médecine de premier recours et soins spécialisés des maladies chroniques l'exigence de l'interprétariat communautaire est d'offrir une continuité dans les soins. En effet, les interprètes doivent être présents pour pouvoir être associés au processus en tant qu'auxiliaires de soin, voire, selon les traitements, comme co-thérapeutes. Ici pour que le patient puisse se confier véritablement, il est essentiel qu'il soit mis en confiance par les personnes qui reçoivent sa souffrance.

Il semble important de mentionner encore la situation particulière de la psychiatrie. Comme nous le savons, la prévalence des troubles psychiatriques parmi les migrants est particulièrement élevée en particulier en lien avec des vécus de séparation et de violence. Les troubles anxieux, psychosomatiques ainsi que le syndrome de stress post-traumatique sont particulièrement fréquents.

Dans ce contexte particulier du soin, une relation de confiance est centrale. La fiabilité ainsi que la continuité du lien avec le thérapeute et l'interprète doit être absolument garantie au fil des séances afin de pouvoir aborder les problématiques psychiques et proposer une psychothérapie lorsque cela est indiqué. Les conditions du déroulement de la psychothérapie dans ces conditions sont exigeantes au plan émotionnel et elles nécessitent de tenir compte explicitement de la présence de l'interprète comme un tiers (Nobs & Simon 2012). L'interprète doit disposer d'une formation en interprétariat communautaire et selon le domaine où il intervient être sensibilisé aux problèmes médicaux qu'il va rencontrer. Les médecins, infirmiers et autres intervenants doivent par ailleurs également disposer de compétences particulières requises par le dispositif de soins.

3.2.2 Offres en matière d'interprétariat communautaire

Il existe en Suisse différentes organisations et dispositifs d'interprétariat communautaires ayant fait leur preuve. Afin d'améliorer l'état de santé des migrants vivant en Suisse, le Conseil fédéral a chargé l'OFSP de mettre en place, depuis 2002, le **programme national Migration et santé**. Ce programme, doté d'un budget annuel de 2 millions de francs, a été prolongé à deux reprises (couvrant ainsi trois périodes : 2002–2007 ; 2008–2013 et 2014–2017). Il réalise des mesures dans les quatre domaines

d'action suivants : 1) promotion de la santé et prévention ; 2) formation et couverture médicale ; 3) interprétariat communautaire et 4) Recherche et gestion des connaissances.⁵ Le programme – qui s'inscrit dans les objectifs de la stratégie globale « Santé2020 » (OFSP 2013a) dont des mesures visent, entre autres, à renforcer l'égalité des chances et à améliorer la qualité des soins –, mène plusieurs projets tels que : le site internet **migesplus.ch**, mettant à disposition des informations sur la santé et le système de soins adaptés aux langues maternelles des migrants ; le centre de compétence **Interpret** assurant un service d'interprétariat de qualité ; le **Service national d'interprétariat téléphonique**, disponible 24 heures sur 24 dans 30 langues ; la création du réseau hospitalier « **Swiss Hospitals for Equity** » (anciennement *Migrant Friendly Hospitals*) développant des centres de compétences pour les soins à la population migrante.

Afin que cette offre puisse être bien utilisée par les services qui en font la demande un important travail de coordination est nécessaire. Ce travail varie d'un canton et d'un service de santé à l'autre. Certains dispositifs intègrent les nouvelles technologies et proposent une participation télévisuelle. Ce type de prestation ne s'est pas encore implémenté en Suisse (l'hôpital de Soleure développe actuellement jusqu'à la fin 2017 un projet pilote d'interprétariat par vidéo). Dans certains cantons, il existe un service d'interprétariat communautaire à disposition du service public. Les interprètes interviennent alors ponctuellement et directement dans les consultations médico-soignantes.

3.2.3 Formation

Le programme national Migration et santé développe en ce sens des projets favorisant la formation. D'une part, la **formation de qualité des interprètes** communautaires (via le centre de compétences **Interpret**) ; d'autre part, la **formation de base et continue des professionnels de la santé**, par le biais de la plateforme **migesplus.ch** qui livre des informations sur la santé et la migration à l'intention des migrants et des professionnels, ou le programme e-learning⁶ également à l'intention des professionnels de la santé et favorisant une approche professionnelle à l'égard des patients migrants. Il faut toutefois relever que ces mesures présupposent un accès internet, accès qui n'est à la portée de tout le monde, notamment de ces migrants particulièrement vulnérables et marginalisés.

3.2.4 Ancrage institutionnel et dans le système de soins

Certains hôpitaux universitaires ont développé, de leur propre initiative, des unités de soins aux migrants financés sur leurs propres budgets. L'interprétariat communautaire représente une composante essentielle d'un système de soins équitable et de qualité (Bischoff & Denhaerynck 2010). À cet effet, une planification nationale – visant aussi bien à établir un financement durable qu'une certification de la qualité des services d'interprétariat communautaire et de médiation culturelle – est nécessaire pour assurer une prise en charge adéquate et efficace sur tout le territoire et pour chaque patient confronté à des barrières linguistiques et/ou à des problèmes liés à la dimension transculturelle. Ici il est à préciser que la dimension transculturelle étant par définition bilatérale, il importe que les services soient formés

5) Consultable à l'adresse <http://www.hospitals4equity.ch/index.php/fr/news>

6) Cf. www.elearning-iq.ch

aussi pour expliquer les exigences propres au système de santé suisse. Cela pour les hôpitaux centraux ou périphériques, la prise en charge ambulatoire ou les cabinets privés. Un monitoring de la qualité des prestations fournies en matière d'interprétariat communautaire, selon les types et les modalités appropriés aux différentes situations, devrait accompagner la mise en place de ces dispositifs (Krupic et al 2016; VanderWielen et al. 2014; Green et al. 2005).

4. Enjeux éthiques de l'interprétariat communautaire

Au niveau international et national de nombreuses normatives rappellent les droits des migrants à des soins de santé équitables et à la qualité des soins. Dans ce chapitre, il s'agit de préciser quels intérêts moraux des patients migrants sont protégés par ces droits, ainsi que les obligations déontologiques incombant aux soignants dans la prise en charge de ces derniers. Il faut souligner que les droits des patients migrants et les droits et obligations des professionnels à leur égard se complètent. Il en va ainsi, par exemple, du droit à l'autodétermination informationnelle, comme expression de l'autonomie de la personne et/ou du patient dans la gestion de l'information qui la concerne, et qui est protégée par le secret médical. L'utilisation d'un traducteur *ad hoc*, risque, comme nous verrons, de léser les droits à un traitement équitable dans l'exercice du consentement éclairé ainsi qu'à la protection de la sphère personnelle. Par conséquent, la subdivision opérée ci-dessous répond uniquement à un souci de clarté

4.1 Les droits des patients

4.1.1 Protection : la vulnérabilité particulière des migrants

Sous l'angle éthique, la vulnérabilité commence par un consensus de fond. Nous sommes généralement d'accord que les personnes vulnérables ont droit à une protection – ou une attention – particulière. La raison est fondée dans l'importance de l'égalité de dignité de chaque personne humaine et l'égalité des droits de chacun. Lorsqu'une personne est vulnérable, c'est parce qu'elle se trouve dans une situation où le risque est accru qu'elle subisse un tort (Martin, Tavaglione & Hurst 2014). Certaines personnes vulnérables sont moins capables de défendre leurs propres intérêts. D'autres se trouvent dans des situations où leurs intérêts sont plus difficiles à défendre, même si leurs capacités à les défendre ne sont pas diminuées. Il est donc possible d'être vulnérable de toutes sortes de manières, et pour toutes sortes de raisons. Nous pouvons tous devenir particulièrement vulnérable à un tort spécifique, à un moment donné, pour différentes raisons. Protéger les personnes vulnérables nécessite que nous identifions le tort auquel une personne ou un groupe de personnes est plus exposée, les raisons pour lesquelles un droit est fragilisé, les moyens de protection adaptés, et les personnes partageant une responsabilité pour cette protection.

Si un résident suisse hors de sa région linguistique, un migrant ou un réfugié par exemple peuvent connaître les mêmes difficultés (telles qu'une compréhension de la langue et une compétence en matière de santé insuffisantes), celles rencontrées par le migrant ou le réfugié risquent d'être d'un degré supérieur car elles pourraient s'ajouter à d'autres facteurs influençant leur état de santé (tels que la perte d'un réseau social de soutien, l'absence d'un emploi, l'abandon forcé du pays d'origine et les traumatismes qui en découlent). Ces personnes se trouveraient ainsi au final dans une situation de plus grande vulnérabilité. Par ailleurs, parmi les travailleurs migrants, par exemple, un étranger hautement qualifié travaillant en Suisse pourrait compenser ses lacunes concernant les langues nationales par une compétence en matière de santé – notamment la connaissance des services de santé offerts –, alors qu'un ouvrier ambulancier pourrait se trouver dans l'impossibilité de le faire. Partant, pour une bonne compréhension des problématiques rencontrées dans l'accès au système de soin, il est important de **différencier les problématiques** et d'en **identifier le poids spécifique pour l'individu ou le groupe concernés**.

Les migrants allophones peuvent présenter différentes sortes de vulnérabilités. Partant d'une liste plausible de droits dans le domaine de la médecine (Tavaglione et al. 2015), force est de constater que pour la plupart ils peuvent être fragilisés. Le droit à l'intégrité physique est plus difficile à défendre pour un

patient qui ne comprend pas les risques d'une intervention expliquée dans une langue étrangère, et qui pour la même raison n'a pas accès aux informations sur les soins qui lui sont disponibles. Son autonomie (cf. 4.1.3) sera limitée en l'absence d'information sur les options disponibles. Dans certains cas, les options seront de toute manière limitées par le statut asséculo-logique et avec elles la liberté du patient. La difficulté de comprendre un système de santé complexe, souvent nouveau pour les patients, peut aggraver ces obstacles en particulier lorsqu'une barrière linguistique vient s'y ajouter. La difficulté à comprendre les options disponibles et la limitation des options limiteront l'une et l'autre l'accès à la fourniture sociale de soins de base. Le risque que ces personnes soient victimes de biais implicites ou de stéréotypes peut remettre en question la qualité impartiale de l'autorité dans les institutions. Le contact avec un système de santé qui limite dans les faits l'accès par la barrière linguistique et par la limitation des options peut être une atteinte aux bases sociales du respect de soi (cf. 4.1.4).

Les vulnérabilités des migrants allophones peuvent donc être cumulées. Certaines peuvent avoir un effet corrosif, une vulnérabilité pouvant en entraîner une autre (Wolff et De-Shalit 2007). La barrière linguistique, la limitation de couverture des soins, le risque d'associations implicites, le capital économique (WHO Regional Office for Europe 2010; Guessous et al. 2012) et la fragilité de la résidence, peuvent toutes mettre les migrants allophones en situation de vulnérabilité cumulée ou corrosive.

Cette notion de vulnérabilité dépend aussi de ce qui est reconnu comme faisant partie des droits moraux d'une population donnée. Les migrants allophones se trouvent dans toutes sortes de situations très différentes (migrants économiques, demandeurs d'asile, réfugiés, sans-papiers, etc.). Dans certaines de ces situations l'étendue de leurs droits fait controverse sur le plan politique. Il est important de noter que, même dans ces cas, il est clair qu'ils ont *des* droits. Dans la mesure où une barrière linguistique peut fragiliser ces droits, elle est une source de vulnérabilité.

4.1.2 Egalité: l'accès équitable aux soins de santé

L'égalité est une valeur cardinale de notre société et un **principe fondamental de l'Etat de droit**. La Constitution affirme que « Tous les êtres humains sont égaux devant la loi » (art. 8, al. 1, Cst) et que chacun a droit aux moyens « indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine » (art. 12 Cst); de ce droit découle le **principe de non-discrimination** (art. 8, al. 2, Cst; art. 14 CEDH [Conseil de l'Europe 1950]). En outre, le Tribunal Fédéral a déclaré que le droit d'accès aux soins d'urgence, même pour les sans-papiers, doit être garanti (ATF 2005).⁷

L'accès à des soins de santé peut être différent d'une personne à une autre. Les causes de ces différences sont multiples et de diverse nature: faibles ressources économiques, manque de compétence en matière de santé et de maîtrise linguistique. De manière générale, les **déterminants sociaux de la santé** sont ces inégalités individuelles (parmi lesquels aussi l'âge, le sexe, les conditions de vie, le niveau socio-économique, etc.) ayant une influence sur l'état de santé d'individus ou de groupes de personnes (OMS 2009). Des caractéristiques collectives, comme l'organisation du système de santé et le contexte de migration constituent, eux aussi, des déterminants sociaux de la santé.

7) Voir également la prise de position de la CNE (2005) et l'avis consultatif du Conseil d'éthique clinique des HUG (2008).

Suite aux nouveaux flux migratoires, aux changements dans la stratification des sociétés qu'ils opèrent, à la vitesse de ces changements et à leur ampleur, ainsi qu'à la complexité grandissante de ces phénomènes et à leur permanence, le concept de « **superdiversité** » a été introduit (Vertovec 2007) afin de thématiser ces tendances de fond (Phillimore 2016).

Ces différences peuvent être appréhendées selon deux perspectives: descriptive et normative. En effet, sur le plan descriptif, on peut simplement constater l'existence d'inégalités, cependant, si elles pénalisent de manière systématique et spécifique certains individus ou groupes de personnes par exemple dans l'accès au système de soins, alors elles doivent faire l'objet d'une évaluation normative sous l'angle éthique, car elles nous confrontent à des conditions non-équitables, voire à des **discriminations** dans l'accès au système de soins. L'OMS définit l'**équité** comme étant: « l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques. [...] Cette absence d'équité résulte aussi de l'impossibilité d'éviter ou de surmonter les injustices ou le non-respect des droits de l'homme »⁸. Dans un souci de justice sociale, l'OMS a constitué en 2005 une Commission des Déterminants sociaux de la Santé pour laquelle la réduction des inégalités en santé constitue un « impératif éthique » (OMS 2009). L'idée étant de réduire les inégalités en matière de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.

De manière plus spécifique, les principes de l'égalité de traitement et d'un accès équitable aux soins comme éléments **du droit au meilleur état de santé possible**, sont reconnus juridiquement au niveau aussi bien international que national, comme nous avons vu précédemment (cf. 3.1 et 3.2). On peut à ce titre rappeler que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ONU 1966) énonce: « Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre » (art. 12, al. 1); la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine (Conseil de l'Europe 1997) précise à l'article 3 que: « Les Parties prennent, compte tenu des besoins de santé et des ressources disponibles, les mesures appropriées en vue d'assurer, dans leur sphère de juridiction, un accès équitable à des soins de santé de qualité appropriée ». Ces différentes dispositions ratifiées par la Suisse et qui se prolongent dans le droit constitutionnel à l'égalité et à l'interdiction de discrimination définissent les conditions d'une égalité matérielle des individus et des patients.

4.1.3 Autonomie: le consentement éclairé

Le consentement éclairé constitue une pierre angulaire de notre système de soins. Il représente une manière de **respecter le patient dans sa qualité de personne** – voire son droit fondamental à la liberté personnelle –; il se traduit notamment dans le droit de consentir aux soins (*informed consent*), et il implique un droit à l'information, comme énoncé à l'article 5 de la Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine (Conseil de l'Europe 1997). Du point de vue légal, le consentement éclairé constitue une condition absolument nécessaire pour assurer la licéité de tout acte médical représentant *per se*

8) Récupéré le 27 octobre de: <http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/>

une atteinte à l'intégrité corporelle. Le consentement éclairé requiert une information suffisante selon les critères légaux. Dans les cas où cette information manque, par exemple parce que le patient ou la patiente ne la comprend pas, le consentement n'est pas valable et l'intervention médicale par conséquent illégale.

S'il s'agit d'un principe phare de l'éthique biomédicale très largement adopté : le consentement éclairé, comme expression de l'autonomie individuelle, repose sur une certaine conception de la personne. **Cette conception est culturellement marquée**, c'est-à-dire qu'elle peut varier selon les cultures et donner lieu à différentes interprétations allant de l'autonomie du patient à celle de la famille (Ilklic 2010). Par ailleurs, pour parvenir à une autonomie réelle, l'individu nécessite de certaines conditions (l'absence d'obstacles internes et externes), comme par exemple une compétence en matière de santé et d'une « éducation pour la santé » (Roussille & Deschamps 2013). En outre, l'autonomie du patient peut être mise à mal, d'une part dans l'application du modèle biomédical, lorsque le patient, par exemple, ne comprend pas les informations transmises ou les options thérapeutiques proposées à cause de barrières linguistiques. Dans ces conditions, il n'est pas aisé de respecter le principe d'autonomie parce que le patient se trouve dans l'impossibilité de se déterminer de manière éclairée. D'autre part, le modèle biomédical peut se trouver inadéquat lorsque le patient est issu d'une culture où on se soumet à l'autorité médicale, ou où les décisions prises dans le domaine médical ne relèvent pas d'un choix individuel mais elles impliquent d'autres personnes (telles que les proches, ou un tiers jouissant d'une autorité au sein du groupe social considéré) (Kai, Beavan & Faull 2011), ou encore quand des proches – auxquels on s'adresse comme interprètes *ad hoc* – considèrent que, au nom du respect qu'on doit au patient, il ne faut pas lui révéler certaines informations considérées comme étant inconfortables ou nuisibles (Hanssen 2004).

4.1.4 Dignité de la personne et bases sociales du respect de soi

Nous avons vu que la conception du patient en tant qu'individu autonome est culturellement marquée. Le fait d'exiger d'un patient ayant un autre background socio-culturel qu'il prenne des décisions en toute indépendance – et qui de ce fait est impréparé face à cette injonction – peut être vécu comme une **atteinte à son intégrité** (id. 2004). La perception que chaque individu a de lui-même est subjective et dépend de son ancrage socio-culturel ; cela ne signifie pas qu'il sera pourvu d'une seule identité, celle-ci peut être multiple au gré des influences agissant sur son développement et sur son parcours de vie. Ce qui importe est de cerner les éléments que le patient considère comme étant essentiels dans la perception qu'il a de lui-même et de sa place dans sa ou ses communauté(s). Accéder à la sphère personnelle d'un patient migrant demande donc une compétence transculturelle ainsi que la possibilité d'interagir avec lui sur le plan linguistique. D'un autre côté, les services de santé sont aussi culturellement marqués. L'accès à la communication est un prérequis à l'accès aux droits humains universels de chacun. Pour qu'une prise en charge puisse se mettre en place, il est donc indispensable qu'entre le patient et le professionnel se crée une relation mutuelle. Cette relation peut être nécessaire à l'accès aux soins et à l'adhérence au traitement. La dimension narrative joue un rôle central dans la construction de cette relation étant donné que c'est par elle que le patient revient sur son vécu, exprime son monde intérieur et ses émotions, et il est ainsi accueilli dans sa singularité (Davis, De Raeve & Tschudin 2006; Roach 2002; Tschudin 2003).

Lorsqu'une barrière linguistique s'interpose entre le patient et le soignant, et si cette barrière ne peut pas être convenablement et adéquatement surmontée – notamment par le recours à un interprète professionnel ou à un autre service d'une efficacité comparable – la prise en charge peut être entravée : l'accès à la personne dans sa diversité voire dans sa singularité (ce qui implique de connaître ses préférences, ses idéaux, ses craintes, ses attentes, ses représentations de la maladie et de la santé, etc.) comme base pour la construction d'un lien de confiance, et d'un rapport positif à soi ne pourra pas être assuré. Le patient migrant pourrait alors avoir le sentiment que les circonstances dans lesquelles a lieu la prise en charge reflètent une forme d'irrespect ou un déni de reconnaissance – déni de son existence en tant qu'individu à part entière, c'est-à-dire en tant que sujet de droits égal aux autres individus –, cela risque d'ébranler la perception qu'il a de lui-même et **affecter les bases sociales du respect de soi**.

4.2 Les obligations déontologiques des professionnels

4.2.1 Qualité et sécurité des soins

Comme le souligne le groupe d'experts en interprétariat communautaire des « Swiss Hospitals for Equity » dans sa prise de position concernant les barrières linguistiques dans la santé, ces dernières « constituent un frein à la prise en charge médicale, préteritent le succès thérapeutique, entament la qualité ainsi que la compliance et menacent la sécurité des patients. Les problèmes de communication peuvent, en outre, mener à des excès, des lacunes ou des erreurs de prise en charge et engendrer des surcoûts » (Groupe d'experts du réseau SH4E 2016). Il faut également souligner qu'un recours inadéquat au service d'interprétariat (méconnaissance de la procédure, des services disponibles, etc.) peut occasionner des retards dommageables dans la prise en charge des patients. Les professionnels de la santé ont le devoir d'assurer la sécurité et la qualité des soins même en présence d'obstacles supplémentaires qui demandent un effort plus important.

4.2.2 Secret professionnel

L'expérience médicale atteste que la confidentialité est indispensable pour que puisse s'instaurer une relation thérapeutique. La confiance et la franchise sont au cœur de cette relation et de son efficacité (Wolff et al. 2012). Le patient (migrant) qui ne se sentira pas en confiance hésitera légitimement à livrer ses problèmes. Or, face à un interprète *ad hoc*, le patient migrant est obligé d'aborder des sujets délicats dans une situation inconfortable et cela influence négativement la qualité de l'information recueillie. Des études montrent que des interprètes *ad hoc* (tout particulièrement lorsqu'on se sert des enfants) peuvent ignorer les sujets embarrassants (comme des questions sur les menstruations et les mouvements de l'intestin) (Lindholm et al 2012; Flores et al. 2012). Face à des interprètes *ad hoc* les patients évitent le plus souvent les sujets ayant trait à la santé mentale, et la révélation d'informations intimes devient difficile ou impossible (Rocque & Leanza 2015).

En outre, quand les groupes d'individus allophones sont petits, il y a la crainte que le recours à un interprète *ad hoc* puisse provoquer une rupture de confidentialité.

4.2.3 Formation de base et continue

L'utilisation des services d'interprétariats communautaire modifie la pratique et exige des professionnels de la santé qu'ils adaptent leur pratique. Aussi il est essentiel qu'ils puissent se former : il s'agit ici

d'une obligation déontologique de se former à l'usage de l'interprétariat communautaire. Sensibilisés aux enjeux interculturels, ils doivent pouvoir développer une compétence transculturelle, apprendre à repérer les situations nécessitant le recours au service d'un interprète communautaire professionnel (Alpers 2016; Krupic et al. 2016) selon les modalités indiquées (en présentiel, par téléphone ou par vidéo) et être à mêmes de travailler avec ce dernier dans une situation de triologie (à savoir un « dialogue à trois »).

4.3 Devoirs moraux de la collectivité

Nos sociétés ont également besoin de pouvoir **continuer à se développer de façon durable**. L'ampleur et la complexité des phénomènes migratoires nous obligent à reconsidérer ce qui fonde la cohésion sociale et à trouver des solutions pour que cette cohésion si déterminante pour notre sécurité et notre avenir ne soit pas menacée. La dimension transculturelle étant par définition bilatérale, il importe donc aussi que les services soient formés aussi pour expliquer les exigences propres au système de santé suisse. Il est indispensable d'investir dans l'intégration des populations migrantes si nous voulons garantir le développement durable de nos sociétés. La notion de développement durable empruntée à l'écologie au sujet des limites de nos ressources naturelles a été déclinée dans le domaine social en lien avec la responsabilité de définir plus précisément les exigences pour que notre société puisse se développer (Ferrari 2010).

L'accès aux services, y compris services de soin; la possibilité de pouvoir être acteur de sa destinée ainsi que l'équité inter- et intra-générationnelle sont les fondements d'une société durable. La manière avec laquelle nous allons accueillir les migrants est donc déterminante: si nous pouvons nous donner les moyens de créer un « pont linguistique », nous leur donnons alors une chance de prendre une place dans notre monde. Si cette place diffère selon leur statut juridique, il y a néanmoins des points communs à tous: l'accueil de l'autre dans sa fragilité et sa vulnérabilité, et le partage de l'incertitude de l'avenir. Il s'agit alors d'imaginer que nous nous engageons ainsi dans une vision humaniste de notre société.

5. Recommandations

Sur la base des considérations éthiques et juridiques qui précèdent, notamment :

- Les droits moraux des patients fragilisés par les barrières linguistiques à la protection, à un accès équitable aux soins, à l'autodétermination et au respect de leur dignité ;
- Les obligations déontologiques des professionnels à garantir la qualité et la sécurité des soins, à respecter le secret professionnel et à se former à l'usage de l'interprétariat communautaire ;

la CNE formule à l'unanimité les recommandations suivantes:

1) L'interprétariat communautaire est nécessaire pour garantir les droits des personnes au sein de l'ensemble du système de santé lorsqu'il existe une barrière linguistique.

- ↳ L'accès à ce service doit être garanti.
- ↳ Une offre en interprétariat communautaire et en médiation culturelle à même de répondre aux besoins des populations migrantes devrait être mise en place de manière homogène sur le territoire suisse.
- ↳ La formation d'interprètes et de médiateurs culturels doit être garantie.

2) Les professionnels de la santé doivent être sensibilisés aux défis spécifiques de l'interculturalité dans la prise en charge des patients.

3) La Suisse manque de données statistiques systématiques portant sur la santé des migrants et sur la prévalence des barrières linguistiques. Ces données sont indispensables pour développer une politique de la santé cohérente et efficace.

Ce document a été approuvé à l'unanimité par la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine le 26 janvier 2017.

Table des abréviations

CEDH	Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales
HCDH	Haut-Commissariat aux Droits de l'Homme
HCNUR	Haut-Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés
OFS/BFS	Office fédéral de la statistique / Bundesamt für Statistik
OFSP/BAG	Office fédéral de la santé publique / Bundesamt für Gesundheit
OIM/IOM	Organisation internationale pour les migrations
OIT	Organisation internationale du travail
OMS/WHO	Organisation mondiale de la santé / World Health Organization
ONU/UN	Organisation des Nations unies / United Nations
RMNA	Requérant-e d'asile mineur-e non accompagné-e

Références bibliographiques et autres sources

Achermann, A. & Künzli, J. (2008). *Übersetzen im Gesundheitsbereich: Ansprüche und Kostentragung*. Gutachten zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Fachbereich Migration und Gesundheit.

Ackermann Rau, S., Sakarya, S. & Abel, T. (2016). When to see a doctor for common health problems: distribution patterns of functional health literacy across migrant populations in Switzerland. *Int J Public Health* 59: 967–974.

Alpers, L.-M. (2016). Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study. *Nursing Ethics*. First published Jun. 9.

Arrêt du Tribunal Fédéral (2005). ATF 131 I 166, 2005.

Beauchamp, T. & Childress, J. F. (2008). *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris, Les Belles Lettres.

Bieri, U., Kocher, J. Ph., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M. et al. (2016). *Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015»*. GFS Bern, Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Récupéré le 27 octobre de: <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6hpJCEdHt9f4KNn,akn56V19rlz42fz62dpuc->

Bischoff, A. & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An explanatory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Services Research* 10:248.

Björn, G. J. (2005). Ethics and interpreting in psychotherapy with refugee children and families. *Nord J Psychiatry* 59(6): 516–521.

Bonaccorsi, G., Lorini, C., Baldasseroni, A., Porchia, B. R., Capecchi, L. (2016). Health services and health literacy: from the rationale to the many facets of a fundamental concept. A literature review. *Ann Ist Super Sanità* 52(1): 114–118.

Bundesamt für Gesundheit (2006). *Gesundheitskompetenz – Kurzfassung*. Récupéré le 27 octobre 2016 de: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLd4J2fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

Calderón-Grossenbacher, R. (2010). *Rechtliche und strukturelle Steuerung des interkulturellen Übersetzens – Diskussion von erfolgreichen Beispielen*.

Comité DESC (2000). *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Observation générale 14*, U.N. Doc. E/C.12/2000/4.

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine CNE (2005). *Les soins médicaux: un devoir*. Prise de position n°8.

Conseil de l'Europe (2011). *Recommandation CM/Rec(2011)13 du Comité des Ministres aux Etats membres sur la mobilité, les migrations et l'accès aux soins de santé*.

Conseil de l'Europe (2007). *Déclaration de Bratislava. Déplacements à l'échelle internationale: droits de l'homme et défis pour les systèmes de santé*. 8^{ème} Conférence des Ministres de la Santé des pays membres du Conseil de l'Europe.

Conseil de l'Europe (1997). *Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine* (Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine). RS 0.810.2.

Conseil de l'Europe (1950). *Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales* (CEDH). RS 0.101.

Conseil d'Ethique Clinique (2008). *Prise en charge clinique de patients requérants d'asile frappés d'une décision de Non Entrée en Matière (NEM), et attribués à un autre canton que Genève*.

Davis, A. J., De Raeve, L., & Tschudin, V. (2006). *Essentials of teaching and learning in nursing ethics: perspectives and methods*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Ilkiliç, I. (2010). Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses (S. 29–40). In: *Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung*. Deutscher Ethikrat, Tagungsdokumentation.

Ferrari, S. (2010). Ethique environnementale et développement durable: Réflexions sur le Principe Responsabilité de Hans Jonas. *Développement Durable et territoires* 1(3). Consulté le 10 janvier 2017 de: <http://developpementdurable.revues.org/8441>.

Flores, G. (2005). The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review* 62(3): 255-99.

Flores, G., et al. (2003). Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics* 111(1): 6–14.

Flores, G., Abreu, M., Pizzo Barone, C., Bachur, R. & Lin, H. (2012). Errors of Medical Interpretation and Their Potential Clinical Consequences: A Comparison of Professional Versus *Ad Hoc* Versus No Interpreters. *Annals of Emergency Medicine* 60 (5): 545–553.

Freud, S. (1994). Das Unbehagen in der Kultur (1930). In: Ders.: *Das Unbehagen in der Kultur. Und andere kulturtheoretische Schriften*. Frankfurt am Main, Fischer Verlag.

Garra, G., et al. (2010). The impact of communication barriers on diagnostic confidence and ancillary testing in the emergency department. *Journal of Emergency Medicine* 38(5):681–685 (Epub 2009 Mar 14).

Ghandi, T.K., et al. (2000). Drug complications in outpatients. *Journal of General Internal Medicine* 15:149–154.

Green, A. R., Ngo-Metzger, Q., Legedza, A. T. R., Massagli, M. P., Phillips, R. S. & Lezzoni, L. I. (2005). Interpreter services, language concordance, and health care quality: Experiences of Asian Americans with limited English proficiency. *J Gen Intern Med* 20(11): 1050–1056.

Groupe d'experts du réseau SH4E (2016). *Prise de position du groupe d'experts en interprétariat communautaire des « Swiss Hospitals for Equity » concernant les barrières linguistiques dans la santé*. Consulté le 3 janvier 2016 de : http://www.hospitals4equity.ch/files/BAG/Documents/Communication/SH4E_Prise%20de%20position_barrieres%20linguistiques%20dans%20la%20sante.pdf

Guessous, I., Gaspoz, J.M., Theler, J.M., Wolff, H. (2012). High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: a population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Prev. Med* 55(5): 521-7.

Guggisberg, J., et al. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz. Schlussbericht*. Im Auftrag von Bundesamt für Gesundheit und Bundesamt für Migration.

Hanssen, I. (2004). From human ability to ethical principle: An intercultural perspective on autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy* 7: 269–279.

Institute of Medicine Committee on Health Literacy (2004). *Health literacy. A prescription to end confusion*. Washington, DC: National Academies Press. Récupéré le 27 octobre 2016 de : www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/

INTERPRET (2016). *L'interprétariat communautaire*. Consulté le 23 août 2016 de : <http://www.inter-pret.ch/fr/angebote/linterpretariat-communautaire-et-la-mediation-interculturelle/linterpretariat-communautaire-28.html?query=interpr%C3%A9tariat+communautaire>

IOM (2013). *International Migration, Health and Human Rights*.

Jäggi, C. J. (2016). *Migration und Flucht. Wirtschaftliche Aspekte – regionale Hot Spots – Dynamiken – Lösungsansätze*. Springer.

Jacobs, E. A., et al. (2004). Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services. *American Journal of Public Health* 94(5): 866-9.

Kai, J., Beavan, J. & Faull, C. (2011). Challenges of mediated communication, disclosure and patient autonomy in cross-cultural cancer care. *British Journal of Cancer* 105(7): 918–924.

Karliner, L., Jacobs, E., Chen, A. & Mutha, S. (2007). Do Professional Interpreters Improve Clinical Care for Patients with Limited English Proficiency? A Systematic Review of the Literature. *Health Research and Educational Trust* 42(2): 727–754.

Krupic, F., Hellström, M., Biscevic, M., Sadic, S. & Fatahi, N. (2016). Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *Journal of Clinical Nursing* 25(11–12): 1721–1728.

Levinas, E. (1991). *Entre nous. Essai sur le penser-à-l'autre*. Paris, Grasset.

Lindholm, M., Hargraves, J L., Ferguson, W. J. & Reed, G. (2012). Professional Language Interpretation and Inpatient Length of Stay and Readmission Rates. *J Gen Intern Med* 27(10): 1294–1299.

Martin, A. K., N. Tavaglione and S. Hurst (2014). Resolving the conflict: clarifying 'vulnerability' in health care ethics. *Kennedy Inst Ethics J* 24(1): 51–72.

Masland, M. C., Lou, C. & Snowden, L. (2010). Use of Communication Technologies to Cost-Effectively Increase the Availability of Interpretation Services in Healthcare Settings. *Telemedicine and e-Health* 16(6): 739-45.

Migrant Friendly Hospitals (2008). *Rapport sur le financement des prestations d'interprétariat dans les institutions suisses de santé pour les personnes qui ne maîtrisent pas la langue officielle locale, rédigé par un groupe d'experts sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et de H+ Les Hôpitaux Suisse*.

Nobs, L. & Simon, R. (2012). L'interprète et le thérapeute ou l'enjeu de savoir-faire croisés. *Tribune psychanalytique* 10: 13–38.

Office fédéral de la santé publique (2013a). *Stratégie globale « Santé2020 »*. Récupéré le 7 décembre de: <http://www.bag.admin.ch/gesundheit2020/index.html?lang=fr>

Office fédéral de la santé publique (2013). *Programme national Migration et santé. Bilan 2008–2013 et axes prioritaires 2014–2017*.

Office fédéral de la santé publique (2011). *Des ponts linguistiques pour mieux guérir. L'interprétariat communautaire et la santé publique en Suisse*.

Office fédéral de la santé publique (2010). *Monitoring de l'état de santé de la population migrante (GMM II)*. Récupéré le 26 janvier de : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit/forschung-migration-und-gesundheit/gesundheitsmonitoring-der-migrationsbevoelkerung.html>

Office fédéral de la santé publique (2010). *Monitoring de l'état de santé de la population migrante (GMM I)*. Récupéré le 26 janvier de : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-migration-gesundheit/forschung-migration-und-gesundheit/gesundheitsmonitoring-der-migrationsbevoelkerung.html>

Office fédéral de la statistique (2016a). *Personnes maîtrisant très bien 3, 2, 1 ou aucune langue nationale*. Récupéré le 19 août 2016 de : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/ind43.indicator.43041.430106.html>

Office fédéral de la statistique (2016b). *Population résidante permanente de 15 ans ou plus selon le statut migratoire, en 2014*. Récupéré le 19 août 2016 de : <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/07/blank/key/06.html>

OIM (2007). *Termes clés de la migration*. Récupéré le 31 août 2016 de : <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>

OMS (2016). *Promotion de la santé des migrants*. Rapport du Secrétariat à la soixante-neuvième assemblée mondiale de la santé, A69/27. Point 14.7 de l'ordre du jour provisoire.

OMS (2009). *Comblé le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé.

OMS (1946). *Constitution de l'organisation mondiale de la santé*. RS 0.810.1. Récupéré le 26 janvier de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19460131/index.html>

ONU (1966). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. RS 0.103.1. Récupéré le 26 janvier de : <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19660259/index.html>

Phillimore, J. (2016). *Superdiversity and healthcare in Europe: challenges and opportunities*. Communication à l'occasion de la Conférence nationale 2016 du réseau Swiss Hospitals for Equity, Office fédéral de la santé publique, le 24 novembre 2016. Récupéré le 3 janvier 2017 de : <http://www.hospitals4equity.ch/index.php/fr/news>

Priebe, S., et al. (2011). Good practice in health care for migrants: view and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health* 11:187 (published online 2011 March 25. doi: 10.1186/1471-2458-11-187).

- Roach, M. S.** (2002). *The human act of caring: a blueprint for the health professions* (Rev. ed. ed.): Ottawa: Canadian Hospital Association Press, c1992 (1999 [printing]).
- Roque, R. & Leanza, Y.** (2015). A Systematic Review of Patients' Experiences in Communicating with Primary Care Physicians: Intercultural Encounters and a Balance between Vulnerability and Integrity. *PLoS ONE* 10(10): e0139577.
- Roussille, B. & Deschamps, J.-P.** (2013). Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance. *Santé publique* 25(2): 85–91.
- Saha, M.** (1998). Racism and its implications in ethical-moral reasoning in nursing practice: a tentative approach to a largely unexplored topic. *Nursing Ethics* 5(2): 139–146.
- Schwappach, D.L., et al.** (2012). Communication barriers in counselling foreign-language patients in public pharmacies: threats to patient safety? In: *Int J Clin Pharm* (Epub 2012 Jul 21).
- Smedley, B. D., Stith, A. Y. & Nelson, A. R. (Eds)** (2003). *Unequal treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, The National Academies Press.
- Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et d'Adolescents** (2016). *Prise de position de la SSPPEA sur la situation et les soins des réfugié-e-s mineur-e-s en Suisse*.
- Sommerhalder, K. & Abel, T.** (2007). *Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Récupéré le 27 octobre 2016 de: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de&download=NHzLpZeg7t,Inp6lONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuuq2Z6gpJCGdoF5f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H.** (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12:80.
- Spang, T. & Zuppinger, B.** (2010). Switzerland: immigrants facing poverty and social exclusion – the Migration and Public Health Strategy (pp. 196–204). In: WHO Regional Office for Europe. *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen.
- Tavaglione, N., A. K. Martin, N. Mezger, et al.** (2015). Fleshing out Vulnerability. *Bioethics* 29(2): 98–107.
- Tschudin, V.** (2003). *Ethics in nursing: the caring relationship* (3rd ed. ed.). Edinburgh: Butterworth-Heinemann.

United Nations (2000). *Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: General Comment N°14. The right to the highest attainable standard of health*: http://data.unaids.org/publications/external-documents/ecosoc_ceschr-gc14_en.pdf

Urquia, M.L. & Gagnon, A.J. (2011). Glossary: migration and health. *J Epidemiol Community Health* 65: 467–472.

VanderWielen, L. M., Enurah, A. S., Rho, H. Y., Nagarkatti-Gude, D. R., Michelsen-King, P., Crossman, S. H. & Vanderbilt, A. A. (2014). Medical Interpreters: Improvements to Address Access, Equity, and Quality of Care for Limited-English-Proficient Patients. *Academic Medicine* 89(10): 1324–1327.

Vertovec, S. (2007). Super-diversity and its implications. *Ethnic and Racial Studies* 30(6): 1024–1054.

Wardin, K. (1996). A comparison of verbal evaluation of clients with limited English proficiency and English speaking clients in physical rehabilitation settings. *American Journal of Occupational Therapy* 50(10):816–825.

WHO (2010). *Health of Migrants: The Way Forward*. Report of a Global Consultation, Madrid, Spain. Récupéré le 27 octobre 2016 de: www.who.int/hac/events/consultation_report_health_migrants_colour_web.pdf?ua=1

WHO (2008). Resolution WHA61.17 on the *Health of Migrants*.

WHO (1998). *Health Promotion Glossary 1998*. Geneva. Récupéré le 27 octobre 2016 de: www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf

WHO Regional Office for Europe (2016). *Refugee Crisis. Situation update 3-06-April-2016*.

WHO Regional Office for Europe (2015). *Stepping up action on refugee and migrant health: Towards a WHO European framework for collaborative action*. Récupéré le 2 novembre 2016 de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/298196/Stepping-up-action-on-refugee-migrant-health.pdf

WHO Regional Office for Europe (2010). *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen.

Wolff, J., Casillas, A., Rieder, J.-P. & Gétaz, L. (2012). Health care in custody: Ethical fundamentals. *Bioethica Forum* 5(4): 145-9.

Wolff, J. et A. de-Shalit (2007). *Disadvantage*. Oxford, Oxford University Press.

Membres de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine

Présidente

Prof. Dr. iur. Andrea Büchler*

Vice-président

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

Membres

Dr. med. Hélène Beutler*

Prof. Dr. med. Samia Hurst*

Prof. Dr. iur. Valérie Junod

Prof. Dr. theol. Frank Mathwig

Prof. Dr. med. Paolo Merlani

Dr. med. Karen Nestor

Prof. Dr. phil. François-Xavier Putallaz

Prof. Dr. rer. oec. Katja Rost

Dr. med. Benno Röthlisberger

Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche

PD Maya Shaha RN PhD*

Prof. Dr. iur. Brigitte Tag

PD Dr. med. Dorothea Wunder

*Membre du groupe de travail préparatoire

Graphisme et mise en page

Jordi SA, Aemmenmattstrasse 22, 3123 Belp

Bureau

Directrice du bureau

Dr. rer. soc. Elisabeth Ehrensperger

Collaborateur scientifique

Dr. phil. Simone Romagnoli*

Cette prise de position est publiée en français,
l'abstract et les recommandations sont également
disponibles en allemand et en italien.

© 2017 Commission nationale d'éthique dans le
domaine de la médecine humaine, Berne.

Reproduction autorisée avec mention de la
source.



**Commission nationale d'éthique dans
le domaine de la médecine humaine CNE**

CH-3003 Berne

Téléphone +41 (0)58 464 02 36

Télécopie +41 (0)58 462 62 33

info@nek-cne.admin.ch

www.nek-cne.ch