

# Migrants allophones et système de soins. Enjeux éthiques de l'interprétariat communautaire

Simone Romagnoli<sup>a</sup>

a Dr. phil., Collaborateur scientifique, Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine CNE-NEK

## Abstract

The National Advisory Commission on Biomedical Ethics NCE has given the Position statement 27/2017 "Allophone migrants and the healthcare system Ethical issues of community interpreting". You find a summary of the Position statement in this viewpoint.

## Introduction

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.<sup>1</sup>

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.

Au niveau international et national, de nombreuses normes rappellent les droits des migrants à des

soins de santé équitables et à la qualité des soins [1–5]. La CNE précise ci-après 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.

## Les droits des patients

### 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 [6]. 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 exposé, 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

<sup>1</sup> Ce point de vue est composé d'extraits de la prise de position CNE-NEK 27/2017, document qui peut être téléchargé à l'adresse suivante: [www.nek-cne.ch/fr/publications/prises-de-position/](http://www.nek-cne.ch/fr/publications/prises-de-position/).

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 [7], 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. 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 asséculogique 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). Les vulnérabilités des migrants allophones peuvent donc être cumulées. Certaines peuvent avoir un effet corrosif, une vulnérabilité pouvant en entraîner une autre [8]. La barrière linguistique, la limitation de couverture des soins, le risque d'associations implicites, le capital économique [9, 10] et la fragilité de la résidence peuvent tous 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.

## 2. Égalité: 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» [11] et que chacun a droit aux moyens «indispensables pour mener une existence conforme à la dignité humaine» [11]; de ce droit découle le principe de non-discrimination [11, 12]. En outre, le Tribunal fédéral a déclaré que le droit d'accès aux soins d'urgence, même pour les sans-papiers, doit être garanti [13–15].

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 [16, 17] et de maîtrise linguistique. De manière générale, les déterminants sociaux de la santé sont ces inégalités individuelles (parmi lesquelles 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 [18]. Des caractéristiques collectives, comme l'organisation du système de santé et le contexte de migration constituent, eux aussi, des déterminants sociaux de la santé.

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» [19].

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. On peut à ce titre rappeler que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels [2] énonce: «Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'à toute per-

sonne 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 [20] 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.

### 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 [20]. Du point de vue légal, le consentement éclairé constitue une condition absolument nécessaire pour assurer la licéité de tout acte médical représentant *per se* 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 est 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 [21]. 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» [22]. 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) [23], 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 [24].

### 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 [24]. 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 [25–27].

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 d'affecter les bases sociales du respect de soi.

## Les obligations déontologiques des professionnels

### 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» [28]. 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.

### 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 [29]. 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) [30, 31]. 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 [32].

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.

### 3. Formation de base et continue

L'utilisation des services d'interprétariat communautaires 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 [33, 34] selon les moda-

lités indiquées (en présentiel, par téléphone ou par vidéo) et être à mêmes de travailler avec ce dernier dans une situation de dialogue (à savoir un «dialogue à trois»).

## Conclusion

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 a formulé à l'unanimité les recommandations suivantes:

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

### Correspondance

Dr. phil. Simone Romagnoli  
Collaborateur scientifique  
Office fédéral de la santé publique OFSP  
Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine CNE-NEK  
Schwarzenburgstrasse 157  
CH-3003 Berne

E-mail: simone.romagnoli[at]nek-cne.admin.ch

### Références

1. OMS. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. 1946. RS 0.810.1. Récupéré le 26 janvier 2017 de: [www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19460131/index.html](http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19460131/index.html).
2. ONU. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. 1966. RS 0.103.1. Récupéré le 26 janvier 2017 de: [www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19660259/index.html](http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19660259/index.html).
3. Comité DESC. Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Observation générale 14, U.N. Doc. E/C.12/2000/4. 2000.
4. WHO. Resolution WHA61.17 on the Health of Migrants. 2008.
5. Conseil de l'Europe. Recommandation CM/Rec(2011)13 du Comité des Ministres aux Etats membres sur la mobilité, les migrations et l'accès aux soins de santé. 2011. Voir notamment l'Annexe à la Recommandation.

6. Martin AK, Tavaglione N, Hurst S. Resolving the conflict: clarifying 'vulnerability' in health care ethics. *Kennedy Inst Ethics J*. 2014;24(1):51-72.
7. Tavaglione N, Martin AK, Mezger N, et al. Fleshing out Vulnerability. *Bioethics*. 2015;29(2):98-107.
8. Wolff J, de-Shalit A. *Disadvantage*. Oxford: Oxford University Press; 2017.
9. WHO Regional Office for Europe. *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen; 2010.
10. Guessous I, Gaspoz JM, Theler JM, Wolff H. High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: a population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Prev Med*. 2012;55(5):521-7.
11. Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999. RS 101. Voir notamment article 8, al. 1 et 2; article 12.
12. Conseil de l'Europe. *Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH)*. 1950. RS 0.101. Voir notamment article 14.
13. Arrêt du Tribunal fédéral. 2005. ATF 131 I 166, 2005.
14. Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine CNE. *Les soins médicaux: un devoir. Prise de position n° 8*. 2005.
15. Conseil d'Ethique Clinique. *Prise en charge clinique de patients requérants d'asile frappés d'une décision de Non Entrée en Matière (NEM)*. 2007; et attribués à un autre canton que Genève.
16. Sommerhalder K, Abel T. *Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung*. Institut für Sozial- und Präventivmedizin im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. 2007. Récupéré le 27 octobre 2016 de: [www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6JONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpn02YUq2Z6gpJCGdoF-5f2ym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A--](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/02873/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6JONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpn02YUq2Z6gpJCGdoF-5f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--).
17. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80.
18. OMS. *Comblent 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*. 2009.
19. OMS. Récupéré le 27 octobre 2017 de: [www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/](http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/fr/).
20. Conseil de l'Europe. *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)*. 1997. RS 0.810.2.
21. Ilkic I. *Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses*. In: *Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung*. Deutscher Ethikrat, Tagungsdokumentation. 2010, p. 29-40.
22. Roussille B, Deschamps J-P. *Aspects éthiques de l'éducation pour la santé... ou les limites de la bienfaisance*. *Santé publique*. 2013;25(2):85-91.
23. Kai J, Beavan J, Faull C (2011). Challenges of mediated communication, disclosure and patient autonomy in cross-cultural cancer care. *British Journal of Cancer*. 2011;105(7):918-24.
24. Hanssen I. From human ability to ethical principle: An intercultural perspective on autonomy. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2004;7:269-79.
25. Davis AJ, De Raevae L, Tschudin V. *Essentials of teaching and learning in nursing ethics: perspectives and methods*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2006.
26. Roach MS. *The human act of caring: a blueprint for the health professions*. Rev. ed., Ottawa: Canadian Hospital Association Press; 2002 (c1992; 1999 [printing]).
27. Tschudin V. *Ethics in nursing: the caring relationship*. 3<sup>rd</sup> ed., Edinburgh: Butterworth-Heinemann; 2003.
28. Groupe d'experts du réseau SH4E. *Prise de position du groupe d'experts en interprétariat communautaire des «Swiss Hospitals for Equity» concernant les barrières linguistiques dans la santé*. 2016. Consulté le 3 janvier 2016 sur: [www.hospitals4equity.ch/files/BAG/Documents/Communication/SH4E\\_Prise%20de%20position\\_barrieres%20linguistiques%20dans%20la%20sante.pdf](http://www.hospitals4equity.ch/files/BAG/Documents/Communication/SH4E_Prise%20de%20position_barrieres%20linguistiques%20dans%20la%20sante.pdf).
29. Wolff J, Casillas A, Rieder J-P, Gétaz L. Health care in custody: Ethical fundamentals. *Bioethica Forum*. 2012;5(4):145-9.
30. Lindholm M, Hargraves JL, Ferguson WJ, Reed G. Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1294-9.
31. Flores G, Abreu M, Pizzo Barone C, Bachur R, Lin H. Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: A comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Annals of Emergency Medicine*. 2012;60(5):545-53.
32. Roque R, Leanza Y. A Systematic review of patients' experiences in communicating with primary care physicians: Intercultural encounters and a balance between vulnerability and integrity. *PLoS ONE*. 2015;10(10):e0139577.
33. Alpers L-M. *Distrust and patients in intercultural healthcare: A qualitative interview study*. *Nursing Ethics*. 2016. First published June 9.
34. Krupic F, Hellström M, Biscevic M, Sadic S, Fatahi N. Difficulties in using interpreters in clinical encounters as experienced by immigrants living in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*. 2016;25(11-12):1721-8.