

Conseil d'Ethique Clinique des HUG

Demande d'avis au sujet des patients de langue étrangère – droit à bénéficier d'un interprète dans les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)

Position de la question

La société genevoise actuelle est caractérisée par une diversité culturelle et linguistique croissante. Cet état de fait est tout particulièrement marqué à la Policlinique de Médecine, puisque ce service médical prend en charge un grand nombre de patients qui ne parlent pas français. Il n'est donc pas surprenant que les problèmes de communication entre les soignants et les patients vont en augmentant sans cesse. L'obstacle linguistique s'associe souvent à une barrière liée aux mentalités, qui sont parfois très différentes entre celles des soignants, issus du monde développé, et celles de certains patients, provenant de pays moins favorisés, à la culture différente.

Deux voies sont actuellement explorées, tant à Genève qu'en Suisse, pour assurer la présence d'interprètes et de médiateurs culturels qualifiés dans les services médicaux publics. Il s'agit soit :

- 1. d'institutionnaliser la présence d'interprètes professionnels, d'autant plus qu'il existe des évidences qui démontrent que la présence de ces personnes accroît la qualité des soins;
- 2. de rechercher, voire créer, une base légale destinée à défendre un droit des patients à être entendus dans leur langue maternelle.

Les programmes de l'OMS et ceux de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) en Suisse proclament *un accès équivalent aux prestations des systèmes de santé, également pour les étrangers*. Sans l'appui d'interprètes, il apparaît assez difficile de satisfaire cette ambition. La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), ratifiée par la Suisse le 28 novembre 1974, stipule le droit d'un accusé de demander à être assisté gratuitement par un interprète et la Loi sur l'asile suisse prévoit l'assistance d'un interprète en cas de besoin. Malgré ces dispositions généreuses, il n'existe pas d'ancrage légal ferme, national ou international, d'un "droit à l'assistance d'un interprète" dans le système de soins. Les associations professionnelles (Code de Déontologie de la FMH, 1997; Académie suisse de Sciences Médicales, 1994; Code déontologique du Conseil International des Infirmières, 2000) insistent sur le devoir du médecin d'informer complètement son malade avant d'entreprendre un traitement. En revanche, il n'existe pas d'obligation explicite au recours d'un interprète, ou d'un médiateur culturel, dans ces textes déontologiques.

Malgré ces lacunes, tant sur le plan national que sur le plan international, les Hôpitaux Universitaires de Genève ont considérablement investi pour assurer l'accès des patients à des interprètes formés. Ainsi, cette Institution prend-elle en charge les coûts engendrés par le recours à des interprètes formés par la Croix-Rouge. Toutefois, comme la gestion de ces interprètes, et les

frais qui en découlent, sont décentralisés dans les départements médicaux, l'accès des patients à ce type de service peut être très inégal d'un département médical à l'autre.

Les questions posées au Conseil d'Ethique

Est-ce un devoir pour l'institution que de mettre à disposition des patients allophones¹ un interprète en cas d'impossibilité de communiquer en français ?

Comment le consentement éclairé du patient et la garantie du secret médical peuvent-ils être protégés dans le contexte d'un interprétariat en milieu de soins ?

1. La question d'un devoir institutionnel à assurer la disposition d'un interprète pour les allophones

Pour aborder cette question, il convient de se demander s'il est acceptable au sein des HUG d'utiliser les "moyens du bord" pour communiquer avec un patient, plutôt que de recourir systématiquement à un interprète qualifié.

Ceci nous paraît douteux pour deux raisons fort différentes :

-i. la notion d'un "droit à des soins optimaux"

Dans notre système de santé helvétique, il n'existe pas actuellement de rationnement explicite des soins. Il est donc difficile de justifier une limitation de l'utilisation de ressources somme toutes modestes (on évalue le coût de l'heure d'interprète à CHF 60.--). Comme il est proclamé largement que les soins doivent être "optimaux", il est naturel de penser que le recours à un interprète est légitime. En termes éthiques, on agit ici en vue du bien du malade (*bienfaisance* à l'égard du patient), notamment en permettant qu'il puisse exercer son droit à la liberté individuelle (*autonomie*). En effet, ce n'est que si le malade a compris le projet thérapeutique qu'on lui propose qu'il peut adhérer à celui-ci, et exprimer son *consentement libre et éclairé* à l'acte médical. Bien entendu, si les HUG entrent en matière pour faire bénéficier un malade d'un interprète, il doit exister quelques limites à ce type de service. Une institution ne peut pas

¹ on entend par "allophone" une personne qui ne parle pas la langue de la collectivité dans laquelle elle vit.

maintenir constamment en fonction un corps d'interprètes qualifiés, et ce pour tous les idiomes parlés sur terre, au nombre d'environ 6500 ! En termes d'éthique, c'est le principe de *proportionnalité* qui doit gouverner l'instauration de ce service, ainsi que le bon sens. Dans la situation actuelle du manque cruel de soignants et devant l'absence presque généralisée de compétences spécifiques de ceux-ci dans le domaine des relations interculturelles, la mise à disposition de ces interprètes paraît tout de même un plus important, tant pour les soignants que pour les patients. En effet, compte tenu de la provenance, souvent lointaine, des patients qui nécessitent le recours à un interprète, il existe de façon fréquente une distance culturelle importante entre le malade et son ou ses soignants. L'interprète peut jouer un double rôle dans ce contexte, celui d'un simple traducteur des questions du médecin, mais aussi celui d'un médiateur culturel à même de faciliter la qualité du contact entre les protagonistes. Les critères qui gouvernent la mise en route d'un tel service devraient notamment tenir compte de l'intensité de la détresse d'un malade et de son degré isolement.

-ii. La protection de la santé publique

Un deuxième argument milite en faveur de l'introduction d'interprètes en milieu hospitalier, celui d'une amélioration de la santé publique. En effet, il a été démontré, à Genève, en milieu de type policlinique médicale avec des patients ambulatoires, que le recours à un interprète améliorait de façon significative la communication entre les soignants et les patients. Ceci se traduisait par la perception par les patients que les soins étaient de meilleure qualité. On peut donc espérer qu'une amélioration de l'état de santé des patients allophones pourrait suivre s'il existe une communication linguistique de qualité. De plus, mais ceci reste à démontrer, l'instauration d'un interprète permettant une anamnèse de qualité auprès d'un malade de langue étrangère devrait limiter le nombre d'exams inutiles. En effet, une amélioration de la communication entre le médecin et le malade a été identifiée comme étant un élément important dans la situation de patients indigènes, facteur à même de limiter les exams. En termes d'éthique, cet autre bénéfice de la mise à disposition d'un interprétariat pourrait être considéré comme une valeur liée à la protection de la santé de tous, alliant *bienfaisance* à l'égard de la société dans son ensemble et *justice* dans les chances de chacun face aux menaces contre la santé.

En résumé donc, et dans la mesure où les ressources en soins ne sont pas gravement limitées, il est légitime sur le plan éthique, et pertinent sur un plan purement pragmatique, qu'une institution, comme le fait la nôtre, offre un service d'interprétariat aux patients qui en ont besoin.

2. La question du secret médical

Il semble que, dans le cas idéal où une personne parlant la langue du malade est disponible, deux situations peuvent se rencontrer :

-i. il existe un interprète professionnel, mandaté par l'institution :

En ce cas, sur le plan juridique, la situation semble simple et l'on peut assimiler cet interprète à un auxiliaire des professions de la santé, tenu au secret professionnel, selon l'art. 321 du Code Pénal Suisse (CPS). En effet, cet article stipule que *"les médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, ainsi que leurs auxiliaires, qui auront révélé un secret à eux confié en vertu de leur profession ou dont ils avaient eu connaissance dans l'exercice de celle-ci, seront, sur plainte, punis de l'emprisonnement ou de l'amende"*.

Le secret médical est également garanti par les dispositions des art. 27 et 28 du Code Civil Suisse touchant la protection de la personnalité et la loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992, sauf dans les établissements publics cantonaux, comme les HUG, où cette dernière loi ne s'applique pas.

La définition de l'auxiliaire a été discutée en profondeur dans une thèse de licence en droit de l'Université de Lausanne (Michel NEY, 1979, page 137), qui souligne: que *l'auxiliaire* est une personne qui aide le médecin; que son activité n'est pas nécessairement de nature médicale, et que cet auxiliaire, même s'il accomplit des actes de nature médicale, ne jouit pas, à cet égard, de la liberté de décision ou de l'autonomie propre au médecin. Un autre auteur (Philippe GRAVEN, dans : *"Le Secret médical"* - Méd Hyg 175; 33: 1729) écrit que *"l'auxiliaire est une personne qui accomplit, à titre professionnel, des actes de nature médicale, sur les instructions ou sous la direction d'un médecin, tels les membres du personnel soignant"*.

Il apparaît donc qu'un interprète, officiellement mandaté par l'Institution, et instruit par elle aux impératifs liés au secret professionnel, devient un auxiliaire dans le sens mentionné ci-dessus. Dans ce cas, cet auxiliaire a des devoirs. Il convient que, dans un premier temps, l'interprète explique au malade quel est son rôle, lui confirme qu'il est tenu au secret professionnel et que, sous la responsabilité du médecin, il exerce un partage du secret médical. Il doit alors solliciter l'accord du patient à ce que l'entretien médical se déroule en sa présence. Le droit, ici, est en plein accord avec les principes d'éthique médicale, puisqu'il vise principalement à préserver la liberté individuelle du malade (*autonomie*). De plus, l'interprétariat assuré dans ces conditions offre toute garantie de ce que les révélations faites à l'interprète, couvertes par le secret professionnel, ne puissent être divulguées dans le but de nuire au patient (principe de *non-malfaisance*) et que la traduction soit loyale, sans partialité.

A l'évidence donc, le bon déroulement de l'intervention d'un interprète mandaté nécessite une formation spécifique à cette tâche. L'OFSP s'est attelé à relever les exigences de cette formation, mais ses travaux sont actuellement en cours et leur conclusion n'est pas encore connue. De plus, une information des utilisateurs (soignants et médecins) paraît essentielle pour que l'interprétariat fonctionne de façon harmonieuse. Le Conseil est d'avis que l'institution pourrait mettre sur pied une Charte de l'Interprète aux HUG, précisant les points sur laquelle une formation devrait porter et les devoirs de ces personnes et qui serait informative pour les soignants et les patients. Cette formalisation du fonctionnement de l'interprétariat et de la médiation culturelle dans les HUG nous paraît être une tâche importante que nos autorités administratives devraient entreprendre.

Les exceptions liées au maintien du secret médical prévues par la loi s'appliquent également à l'interprétariat (obligation de témoigner en justice (CPS, art. 321, chiffre 3), ou obligation de renseigner une autorité conformément au droit cantonal et/ou fédéral (même article 321, chiffre 3 du CPS). Il convient de rappeler que ces obligations, pour l'interprète, sont liées à sa personne, en tant que citoyen ou résident en Suisse, et non à sa qualité d'interprète formé ou diplômé. Il est vrai que, pratiquement, on ne voit pas comment on pourrait contraindre un patient à se livrer à un interprète avec confiance, tout en l'informant que les informations concernant sa santé vont être divulguées à une autorité. Dans ce cas de figure, l'interprète devrait informer préalablement le patient des conditions légales et des conséquences des révélations que le patient pourrait être amené à faire. Si le patient, dûment informé par l'interprète, refuse que des informations soient livrées à l'autorité dans le cadre des exceptions prévues par le Code Pénal, la rigueur de la loi devrait s'appliquer pour le bien de la communauté, comme pour tout autre malade indigène. Il s'agit ici d'une extension du principe de *justice*, et du principe de *non-malfaisance* à l'égard de tous.

-ii. Il n'existe pas d'interprète professionnel, mandaté par l'Institution.

S'il n'existe pas d'interprète mandaté par l'Institution, les soignants vont recourir à une personne qui possède les qualifications linguistiques appropriées, qu'il s'agisse d'un proche du malade, ou encore d'un soignant bi- ou multilingue. Cette situation est beaucoup plus problématique, tant sur le plan juridique que sur les plans éthique ou pratique.

En effet, il est difficile de considérer un proche comme un auxiliaire de santé au sens de la loi (voir plus haut), surtout à cause de l'absence pour lui d'un mandat formel. Ainsi, à première vue,

il paraît pratiquement impossible de garantir au malade de façon absolue la confidentialité des informations qu'il livrerait à un proche. Ceci est d'autant plus grave que ledit proche pourrait potentiellement tirer de ces informations un bénéfice, ou la capacité de nuire au patient, au vu de relations contractées dans le passé. De plus, le proche est parfois, voire souvent, impliqué émotionnellement dans la relation avec le malade, de sorte que la qualité de la traduction peut en souffrir. En revanche, le proche utilisé comme interprète présente l'avantage d'être issu de la même culture que le malade et, outre le bénéfice de l'interprétariat, il peut ajouter celui de la facilité de la communication culturelle et, de surcroît, l'atout d'une relation personnelle, souvent affectueuse et confiante.

S'il s'agit d'un soignant, par exemple un membre des professions paramédicales, une difficulté supplémentaire peut survenir, celle qui serait liée à un éventuel conflit de loyauté entre les intérêts du malade et ceux de l'Institution, alors que le bénéfice d'une relation où l'affection faciliterait la communication est évidemment perdu. En revanche, ici, une forme de mandat devrait être envisagée au sein de l'Institution, pour autant que le cahier des charges du soignant prévoie ce cas et dans la mesure où sa responsabilité serait conforme à sa formation dans le domaine. Ici aussi, l'institution devrait prendre position en formalisant, sur le plan administratif, les conditions dans lesquelles un soignant peut fonctionner comme interprète dans les HUG.

Dans ces situations, le Conseil est d'avis qu'il n'y a que des cas d'espèce et qu'aucune règle de portée générale ne peut être proposée. Toutefois, même en présence d'une famille ou de proches bien disposés à l'égard du malade, même si il n'existe pas de conflit d'intérêt entre le malade et l'Institution qui mettrait un soignant interprète en porte-à-faux, le Conseil pense que l'on devrait systématiquement envisager le recours, au moins initialement, à un interprète mandaté et professionnel. En effet, cet interprète est le garant de la qualité de la communication médicale et culturelle, qui est un élément essentiel pour que la prise en charge ultérieure du malade soit optimale.

Dans les cas où aucun interprète mandaté ne peut être disponible, ou simplement qu'il n'en existe pas à Genève qui soit capable de parler la langue du malade, les proches ou les soignants auxquels on serait alors contraint de recourir devraient être informés des difficultés potentielles des conditions de l'exercice de l'interprétariat et de la médiation culturelle par un non professionnel. En particulier, la nécessité de la confidentialité, l'impartialité et l'impératif de l'absence de contrainte psychologique à l'égard du malade devraient être rappelés à ces interprètes occasionnels. L'utilisation ultérieure de révélations apportées durant l'entretien devrait être expliquée comme un interdit important, même si on peut s'attendre à ce que, dans certaines cultures, cette façon de voir ne soit pas facilement comprise par les protagonistes.

Références

1. Weiss R, Stuker E : Interprétariat et médiation culturelle dans le système de soins. Forum suisse pour l'Etude des Migrations. Université de Neuchâtel, rapport de recherche n° 11, 1998.
2. Bischoff A, Tonnerre C, Eytan A, Bernstein M, Loutan L : Addressing language barriers to health care – a survey of medical services in Switzerland. *Soz. Präventivmed* 1999; 44: 248-256.
3. Ebdon P, Bhatt A, Carey O, Harrison B : The bilingual consultation. *Lancet* 1998, feb 13.
4. Baker D, Parker R, Williams M, Coates W, Pitkin K : Use and effectiveness of interpreters in an emergency department. *JAMA* 1996; 275: 783-788.
5. Phelan M, Parkman S. Work with an interpreter. *BMJ* 1995; 311: 555-557.

Avis consultatif du Conseil d'Ethique Clinique des HUG

Le Conseil d'Ethique Clinique est d'avis que :

-1. l'interprétariat et la médiation culturelle sont une partie intégrante des soins et qu'à ce titre les patients hospitalisés dans les HUG doivent pouvoir bénéficier de ce service. Une formation spécifique, destinée aux interprètes mandatés par l'Institution, voire à certains membres du personnel soignant, est indispensable. Il en va de même d'une information aux soignants sur les bénéfices apportés par l'interprétariat et la médiation culturelle. Une Charte de l'interprète mandatés par les HUG devrait être rédigée en collaboration avec les services d'interprétariat de la Croix-Rouge;

-2. un interprète professionnel est un auxiliaire de santé. Comme tel, il est tenu au secret professionnel et son activité doit pouvoir être contrôlée par le médecin responsable du malade bénéficiant de l'interprétariat;

-3. les principales attentes à l'égard des interprètes sont, outre la qualité technique et la loyauté de la traduction ainsi que de la médiation culturelle, le respect de la confidentialité des informations transmises (comme l'implique le point 2) et l'absence d'utilisation de celles-ci pour exercer une influence, de quelque nature que ce soit, présente ou future, sur le patient;

-4. si l'interprétariat et la médiation culturelle ne peuvent être, pour des raisons pratiques, assurées par un interprète professionnel, le recours à des proches ou aux membres du personnel soignant est incontournable. Dans ce cas, les personnes qui se dévouent pour aider le patient doivent être informées des aspects éthiques de leur intervention dans le dialogue singulier entre le patient et son médecin (respect de la confidentialité, fidélité de la transmission des propos du patient, absence d'utilisation ultérieure des informations recueillies). Un contrat moral préalable à l'entretien sera ainsi établi avec ces interprètes occasionnels.

Enfin, le Conseil salue l'effort des HUG dans la mise à disposition d'interprètes formés à l'égard des patients dont ils ont la responsabilité. Cet effort est particulièrement important dans une société comme celle de Genève, qui compte environ 40 % d'étrangers.

Fait à Genève, le 15 mars 2002.

Pour le Conseil d'Ethique Clinique des HUG :
Pr. Jean-Claude CHEVROLET, Président