



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2017 –

**« L'INTERPRETARIAT MEDICAL ET SOCIAL,  
ELEMENT DE LA DEMOCRATIE SANITAIRE »**

– Groupe n° « 12 » –

- |                          |                      |
|--------------------------|----------------------|
| – Louise AREND           | – Anne GAUTHIER      |
| – Aurélien CADART        | – Tiphaine GUIFFAULT |
| – Lucie CHABAGNO         | – Karine MOUTOU      |
| – Anna DELEPOULLE NDIAYE | – Elodie THOMIN      |
| – Reynald DESEILLE       | – Mélisande URCUN    |

*Animateurs :*

- *Pascal JARNO*
- *Anne-Cécile HOYEZ*



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>Méthodologie.....</b>	<b>4</b>
<b>1 L'interprétariat en santé : un bénéfice reconnu unanimement malgré des divergences de représentation et de recours .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Des différences de définitions et de perceptions de l'interprétariat .....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Un décalage entre la définition posée par le cadre réglementaire et celles des personnes rencontrées .....	7
1.1.2 Un cadre normatif méconnu .....	8
<b>1.2 Des organisations et des recours hétérogènes selon les terrains et les professionnels.....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Une émergence différenciée entre Calais et Rennes .....	9
1.2.2 Une structuration différente de l'interprétariat.....	10
1.2.3 Les pratiques alternatives utilisées .....	11
<b>1.3 Une réelle valeur ajoutée pour la qualité des soins .....</b>	<b>12</b>
1.3.1 Une intervention tierce déterminante à la communication soignant/soigné.....	12
1.3.2 Une relation apaisée, un parcours de soin amélioré .....	13
1.3.3 Des études d'impact à affiner .....	14
<b>2 L'interprétariat en santé : un vecteur d'amélioration de la qualité des soins sous certaines conditions .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 Des difficultés inhérentes à la profession d'interprète en santé.....</b>	<b>15</b>
2.1.1 Une faible stabilité dans le travail et le statut.....	15
2.1.2 Une forte charge émotionnelle .....	16
<b>2.2 Une profession encore insuffisamment structurée .....</b>	<b>17</b>
2.2.1 Les limites et difficultés liées à l'interprétariat non professionnel .....	17
2.2.2 Les attentes communes des professionnels .....	18
2.2.3 Un mouvement de professionnalisation en cours.....	18
<b>2.3 Une systématisation du recours à l'interprétariat professionnel faisant débat .....</b>	<b>19</b>

2.3.1	Les pratiques soignantes et les priorités médicales bornant la généralisation du recours à l'interprétariat.....	19
2.3.2	Un recours entravé par des contraintes d'organisation et de financement.....	20
2.3.3	L'absence d'évaluation médico-économique faisant autorité.....	21
<b>3</b>	<b>Des perspectives visant à faire de l'interprétariat un véritable outil de démocratie sanitaire.....</b>	<b>22</b>
<b>3.1</b>	<b>Une organisation de l'offre d'interprétariat adaptée aux besoins réels.....</b>	<b>22</b>
3.1.1	Mutualiser et coordonner les ressources .....	22
3.1.2	Faire appel à des ressources en dehors des établissements de santé .....	22
3.1.3	Utiliser les technologies de communication .....	23
3.1.4	Organiser la permanence de l'offre d'interprétariat.....	23
3.1.5	Clarifier le financement de l'interprétariat.....	23
<b>3.2</b>	<b>Interprète : un vrai métier .....</b>	<b>24</b>
3.2.1	Mettre en place une formation nationale reconnue .....	24
3.2.2	Prendre en compte la charge émotionnelle .....	25
3.2.3	Formaliser un statut d'interprète dans le champ médico-social.....	25
<b>3.3</b>	<b>Une sensibilisation des professionnels et des usagers du système de santé au recours à l'interprétariat.....</b>	<b>25</b>
3.3.1	Informier et former.....	25
3.3.2	Démontrer formellement les gains liés au recours à l'interprétariat professionnel	26
	<b>Conclusion.....</b>	<b>28</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>I</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>III</b>
	<b>Annexe 1 - Liste des personnes interrogées : .....</b>	<b>IV</b>
	<b>Annexe 2 : Eléments législatifs et réglementaires .....</b>	<b>V</b>
	<b>Annexe 3 : Noms des neuf associations membres du groupe de travail inter-associatif.....</b>	<b>VII</b>
	<b>Annexe 4 : Guide d'entretiens (acteurs de terrain, institutionnels) .....</b>	<b>VIII</b>
	<b>Annexe 5 : Extrait du tableau de synthèse des entretiens réalisés.....</b>	<b>XII</b>





---

## Remerciements

---

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes ayant contribué à la réalisation de ces travaux.

Nous remercions tout particulièrement Pascal JARNO et Anne-Cécile HOYEZ pour leurs idées, leurs conseils, leur disponibilité, pour le soutien qu'ils nous ont apporté, et pour la relecture de ce mémoire.

Nos remerciements s'adressent également à toutes les personnes qui ont accepté de nous rencontrer sur le terrain malgré des emplois du temps chargés. Merci à Isabelle ANDRIEUX, Reza ARBARI, Bertrand AVEZ, Elisabeth BOUGEARD, Jean-Marc CHAPPLAIN, Magali COGNET, Alain COUATARMANAC'H, Agathe DOUTRIAUX, Mohamed ELMOUDEN, Jean-Pierre EPAILLARD, Véronique GHADI, Carole HENNICAUX Carole, Dominique LEGRAND, Philippe MAGNE, Véronique PELTIER-CHEVILLARD, Anaïk PIAN, Chantal ROUSSEAU et Oksana VATS. Au vu des connaissances et expériences de chacun d'entre vous, les entretiens menés furent riches et ont tous éclairés à leur façon notre sujet.

Enfin, nous remercions l'EHESP pour nous avoir donné l'opportunité de travailler en inter-professionnalité et pour nous avoir fourni tous les moyens logistiques permettant de mener à bien nos travaux.



---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH :	Attachés d'Administration Hospitalières
AME :	Aide Médicale de l'Etat
ARS :	Agence Régionale de Santé
CD2I :	Contrat à Durée Indéterminée Intermittent
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS :	Direction Générale de la Santé
DH :	Directeurs d'Hôpital
DS :	Directeurs des Soins
D3S :	Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-Social
EIG :	Evénement Indésirable Grave
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS :	Haute Autorité de Santé
ISM :	Inter Service Migrants
ISO :	International Organization for Standardization
LMSS :	Loi de Modernisation du Système de Santé
MIGAC :	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MIP :	Module Inter professionnel
MISP :	Médecin Inspecteur de Santé Publique
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PASS :	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PTA :	Plateforme Territoriale d'Appui
REX-EIGS :	Retour d'Expérience – Evénement Indésirable Grave en Santé
RLG :	Réseau Louis Guilloux
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine



## INTRODUCTION

« Traduire des mots pour guérir des maux »<sup>1</sup>, tel est l'un des objectifs poursuivis par l'interprète médical et social exerçant auprès des migrants.

De nombreuses définitions du terme « migrant » se superposent et il n'existe aucun concept juridique au niveau international<sup>2</sup>. Seul le niveau de maîtrise de la langue française sera pris en compte par l'étude qui suit, puisqu'elle concerne les migrants allophones. Il s'agit de personnes qui se sont déplacées volontairement hors de leur pays d'origine, en parlant peu ou pas la langue du pays où elles se trouvent. Les chiffres concernant la migration diffèrent et il est par exemple impossible de distinguer le nombre de migrants allophones parmi les 227 500 titres de séjour délivrés en 2016<sup>3</sup> par la France.

A leur arrivée, puis au cours de leur séjour en France, les migrants allophones peuvent être confrontés à des problématiques les conduisant vers les champs sanitaire, médico-social et social. Dès lors, des problèmes de communication se posent et c'est dans ce cadre que peut intervenir un interprète. La Haute Autorité de Santé (HAS), en élaborant deux référentiels distincts suite à la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016<sup>4</sup>, invite à distinguer l'interprète du médiateur, autre acteur pouvant accompagner des migrants allophones. Le métier d'interprète en milieu médical est défini par la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France<sup>5</sup>, adoptée en 2012 : il « exerce de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas une même langue. Pour ce faire, il met en œuvre sa maîtrise des langues utilisées et sa connaissance des techniques de traduction orale. (...) ». L'interprète sera entendu comme une personne qualifiée pour exercer cette fonction, c'est-à-dire au sens de l'interprétariat professionnel. De la même manière que l'interprétariat sera distingué de la médiation<sup>6</sup>, ce terme sera préféré à celui d'interprétation, notamment pour éviter toute confusion avec les autres sens que peut prendre l'interprétation dans le domaine médical.

---

<sup>1</sup> Migrations Santé Alsace (2003)

<sup>2</sup> L'Organisation des Nations Unies (ONU) explique la difficulté à distinguer entre les migrants qui quittent leurs pays à cause de persécutions politiques, conflits, problèmes économiques, dégradation environnementale ou une combinaison de toutes ces raisons et les migrants qui recherchent du travail ou une meilleure qualité de vie qui n'existe pas dans leur pays d'origine.

<sup>3</sup> Source AGDREF (Application de gestion des dossiers des ressortissants étrangers en France)

<sup>4</sup> Article 90 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<sup>5</sup> Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée par le Groupe de Travail National inter associatif à Strasbourg, le 14 novembre 2012

<sup>6</sup> Voir partie 1.1.1

C'est d'ailleurs le terme retenu par le décret du 5 mai 2007 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé<sup>7</sup>.

Des outils au service de la profession et des utilisateurs ont été créés et portés depuis une quinzaine d'années par le secteur associatif<sup>8</sup>. C'est suite à cette mobilisation sur le terrain que la place de l'interprétariat a été récemment reconnue d'un point de vue législatif. En effet, l'article 90 de la LMSS affirme que « l'interprétariat linguistique vise à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités ». Cette loi prévoit la rédaction de référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques en la matière, élaborés par la HAS, qui sont actuellement en phase de validation. Les outils encadrant l'interprétariat médical et social listent les bonnes pratiques à adopter afin de permettre aux usagers de communiquer de façon satisfaisante avec les professionnels de santé. Ils rappellent l'objectif principal de l'interprétariat dans ces secteurs, à savoir garantir « aux personnes allophones (...) les moyens d'expression afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins »<sup>9</sup>.

Etre un sujet autonome, c'est être acteur de sa santé et donc au préalable pouvoir accéder aux soins. Ces éléments constituent des composantes de la démocratie sanitaire, définie par les Agences Régionales de Santé (ARS) comme une « démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation ». Entendue au niveau individuel, cette notion suppose donc que le patient soit actif dans la prise de décisions concernant sa santé afin d'améliorer la qualité des soins<sup>10</sup>.

Au vu de ces éléments, la facilitation de la communication entre l'utilisateur et le professionnel doit être soutenue. C'est pourquoi l'interprétariat professionnel est promu par le groupe de travail inter-associatif précité, et désormais également par la loi.

---

<sup>7</sup> Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé

<sup>8</sup> Annexe n°3

<sup>9</sup> Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée par le Groupe de Travail National inter associatif à Strasbourg, le 14 novembre 2012

<sup>10</sup> Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la qualité des soins est « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. »

Dans quelle mesure le recours à l'interprétariat permet-il de faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes migrantes allophones ? De façon plus large, c'est la question de la qualité des soins qui se pose.

Dans ce cadre, une hypothèse principale autour de l'amélioration de la qualité des soins par le recours à l'interprétariat médical et social est posée et déclinée selon trois axes : l'accès aux soins, la relation patient/professionnel et la pertinence des soins. Celle-ci sera explorée à l'aide de lectures bibliographiques et d'entretiens sur le terrain (plus particulièrement au niveau de deux terrains d'enquête : Rennes et Calais<sup>11</sup>).

Dans un premier temps, il apparaît que, bien que les représentations et le recours à l'interprétariat soient hétérogènes, il est unanimement reconnu comme bénéfique pour l'accès et la qualité des soins des personnes migrantes allophones (1). Pour permettre une amélioration de la qualité des soins, il doit cependant être mis en œuvre dans des conditions particulières (2), ce qui amène à envisager des perspectives visant à faire de l'interprétariat un véritable outil de démocratie sanitaire (3).

Il convient de présenter notre méthodologie de travail. En effet, celle-ci influence nécessairement le contenu de ce qui va suivre.

---

<sup>11</sup> Voir rubrique « méthodologie »

## METHODOLOGIE

Tout d'abord, le groupe de travail a été composé sur le principe de l'interfiliarité. Nous étions deux élèves attachés d'administration hospitalières (AAH), deux élèves directeurs des soins (DS), deux élèves directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S), trois élèves directeurs d'hôpital (DH) et une élève médecin inspecteur de santé publique (MISP). Cette diversité dans les profils a joué sur l'angle d'attaque choisi pour traiter le sujet.

### Cadrage du sujet

Le cadrage du sujet s'est d'abord fait à partir des termes du sujet proposé par les animateurs. Dans un premier temps, nous avons ainsi cherché à préciser les principaux termes du sujet : interprétariat, migrant, démocratie sanitaire, qualité des soins ou encore accès aux soins. Tout ce travail est retranscrit dans l'introduction.

Il nous a également semblé intéressant de questionner le sujet présenté. Ainsi, nous avons réinterrogé la problématique posée au départ, pour la modifier et la faire correspondre à ce qui nous semblait plus pertinent. Au-delà de l'accès aux soins et de la démocratie sanitaire, nous avons ainsi souhaité interroger l'amélioration de la qualité des soins via l'interprétariat. En faisant référence à des étapes de prise en charge, nous pouvions interroger l'ensemble de ces notions dans le cadre de l'interprétariat.

Un autre choix méthodologique a été de limiter la question de l'interprétariat au secteur sanitaire. Malgré l'intitulé du sujet, qui faisait référence à l'interprétariat « *médico-social et de santé* », nous avons choisi de nous limiter au secteur de la santé. En effet, compte tenu du livrable attendu, et du temps qui nous était imparti, nous avons considéré qu'il serait plus judicieux de réduire le champ du sujet. Aussi, la majorité de notre terrain d'enquête se situe dans le champ sanitaire.

Notre travail a d'abord consisté en l'analyse des données bibliographiques relatives au terrain. Celles-ci nous ont aidé à cadrer le sujet, mais ont également servi de support dans le choix des personnes à interroger et dans la réalisation du guide d'entretien.

### L'enquête auprès des acteurs de terrain

Nous avons profité des ressources internes du groupe pour arrêter deux terrains d'enquête. En effet, deux membres du groupe étaient anciennement en poste en tant que membres de la direction des soins sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de Calais et de Grande Synthe. Ils connaissaient donc bien la thématique de l'interprétariat en santé et disposaient de contacts intéressants. Le terrain de Rennes, proposé et connu par les animateurs, a également été retenu pour la dynamique associative sur l'interprétariat.

L'objectif à chaque fois était d'identifier les acteurs intervenant dans la mise en place de l'interprétariat en santé : organismes regroupant les interprètes intervenant en établissement, professionnels de santé et organismes de tutelle. Ainsi, sur Rennes et Calais, nous avons cherché à mobiliser ce type d'acteurs. Ensuite, nous avons essayé de comprendre les logiques encadrant la mise en place de l'interprétariat à l'échelle nationale. Pour cela, nous avons rencontré des acteurs plus éloignés du terrain : il s'agissait d'avoir une vision institutionnelle et stratégique de la mise en place de ces pratiques, en allant interroger la HAS et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Enfin, nous avons également bénéficié de l'éclairage d'une sociologue menant un travail de recherche sur ces questions et d'un interprète<sup>12</sup>.

Étant donné la diversité des acteurs rencontrés, nous avons déterminé une organisation précise pour le recueil des données de terrain. Tout d'abord, nous avons fait le choix de limiter le nombre d'entretiens à réaliser. Celui-ci ne devait pas excéder vingt, l'objectif étant de ne pas se perdre dans la masse de données accumulées et de pouvoir véritablement exploiter l'ensemble des données recueillies. Malgré ce choix, nous regrettons de n'avoir pu interroger le rôle de l'interprète dans le cadre de prises en charge sociales et médicosociales, ainsi que de n'avoir pu réaliser d'entretiens avec des personnes migrantes.

#### Organisation du travail en groupe

Pour finir, il convient de revenir sur l'organisation de notre travail en groupe. Sur les trois semaines qui nous ont été consacrées, nous avons mis en place un planning précis. La première semaine était consacrée au cadrage du sujet, à la préparation des entretiens et à l'organisation du travail pour les semaines à suivre. Nous avons ainsi élaboré un guide d'entretien<sup>13</sup> à partir de grands thèmes, qui constituait également une base pour la rédaction des comptes rendus. Avant de l'utiliser, nous avons testé le guide auprès d'élèves de l'EHESP. L'enquête de terrain s'est entièrement faite sur la deuxième semaine. Les

---

<sup>12</sup> Annexe n°1

<sup>13</sup> Annexe n°4

entretiens semi-directifs auprès des professionnels se sont fait par binômes inter filières. Cela permettait de mieux suivre le guide d'entretien et a facilité les échanges. Ensuite, les comptes rendus devaient être finalisés pour la troisième semaine. Durant celle-ci, nous avons entrepris la rédaction du plan, puis de l'ensemble du dossier. Une personne a rédigé l'introduction et les neuf sous-parties ont été réparties entre les neuf autres personnes. Puis nous nous sommes réunis par groupes de trois correspondant aux trois grandes parties de notre travail afin d'assurer la cohérence et la fluidité du travail et de faciliter l'harmonisation finale. L'harmonisation globale et la mise en page a été réalisée par un binôme avant de soumettre à la relecture de tous les membres du module interprofessionnel (MIP) et des animateurs.

Pendant ces trois semaines, nous avons tâché de rester en contact et d'échanger sur l'avancée de notre travail. Plusieurs outils nous ont permis cela : une adresse mail dédiée et un espace de partage de documents en ligne<sup>14</sup>. Nous étions également en contact régulier avec les responsables du projet, qui étaient disposés à répondre à toutes nos questions en cas de besoin. Cette organisation nous a permis de travailler en autonomie les uns par rapport aux autres, ce qui était nécessaire vue l'étendue géographique du terrain d'enquête (Paris, Rennes, Calais...). Nous avons souhaité maintenir le contact entre tous les membres du groupe malgré un travail à distance la deuxième semaine. L'ensemble des comptes rendus étaient également rendus accessibles à tous les membres du groupe, et ceux-ci étaient synthétisés dans un tableau qui recensait les principales idées des entretiens<sup>15</sup>.

Pour finir, on peut souligner une bonne dynamique de groupe. L'ensemble des travaux ont été rendus dans les délais fixés et de vrais échanges ont pu permettre une réflexion fine sur le sujet. Nous espérons que cela se traduise dans le développement qui va suivre.

---

<sup>14</sup> Cet espace est le « one drive » fourni par l'EHESP via les adresses mails des élèves.

<sup>15</sup> Annexe n°5

# **1 L'INTERPRÉTARIAT EN SANTE : UN BENEFICE RECONNU UNANIMEMENT MALGRE DES DIVERGENCES DE REPRESENTATION ET DE RECOURS**

L'interprétariat en santé a émergé progressivement et fait l'objet d'une structuration toujours en cours. Au-delà de la pluralité des définitions et des modalités d'organisation, il renforce la qualité des soins pour les patients allophones.

## **1.1 Des différences de définitions et de perceptions de l'interprétariat**

### *1.1.1 Un décalage entre la définition posée par le cadre réglementaire et celles des personnes rencontrées*

Le décret du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé<sup>16</sup> propose une définition axée sur la transmission linguistique et le rôle d'interface : « l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, reposant sur des techniques de traduction orale, assurée entre les personnes qui ne maîtrisent pas ou imparfaitement la langue française et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, en vue de garantir à ces personnes les moyens de communication leur permettant d'accéder de manière autonome aux droits [...], à la prévention et aux soins »<sup>17</sup>. Cependant, une définition partagée et stabilisée de l'interprétariat n'est pas encore établie comme en témoignent les multiples définitions recensées lors des entretiens. Celles-ci reflètent des différences de perception de l'interprétariat d'un acteur à l'autre. Pour une coordinatrice d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), l'interprète est la « *voix du patient* ». Son rôle est « *de retransmettre avec fidélité les propos en ayant la distance nécessaire pour ne pas interférer entre le patient et le soignant* ». Pour un médecin, l'interprète permet d'établir « *une confiance indirecte entre le médecin et le patient* ».

Par ailleurs, cette définition réglementaire reste en deçà de la complexité de la fonction d'interprète évoquée par les professionnels de terrain. Deux éléments enrichissent le plus souvent cette définition : l'importance de la dimension culturelle et le positionnement de l'interprète dans la relation de soin.

La plupart des professionnels de santé insiste sur la dimension à la fois linguistique et culturelle de l'interprétariat. Le rôle d'interprète serait d'ajouter – si besoin – des

---

<sup>16</sup> Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, intervenu durant le MIP.

<sup>17</sup> Ibid.

explications à la simple traduction des paroles du professionnel de santé, afin que la personne allophone comprenne au mieux sa prise en charge. Cette fonction rejoint en réalité une fonction de médiation. S'il existe une forme de gradation entre l'interprète et le médiateur, la loi a choisi de bien différencier ces deux fonctions, en prévoyant également une définition de la médiation en santé avec le décret du 5 mai 2017 : « la médiation sanitaire, ou médiation en santé, désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits [...], à la prévention et aux soins ». Cette définition de la médiation introduit la notion de vulnérabilité qui n'est pas présente dans la définition officielle de l'interprétariat, mais qui est parfois présente chez les professionnels interrogés.

Le positionnement de l'interprète comme interface est appréhendé différemment selon les professionnels. La définition officielle précise que l'interprète assure l'interface entre les personnes allophones et les professionnels de santé : dans ce cadre, il est un tiers d'une relation qui s'établit à deux. Pour la responsable du pôle interprétariat, l'interprète est « *un équilibriste* » qui doit trouver sa juste place dans la relation soignant/soigné. Or, pour la plupart des personnes rencontrées, l'interprète est positionné soit du côté du patient, soit du côté du professionnel.

### 1.1.2 Un cadre normatif méconnu

A ces différences de pratiques et de perceptions s'ajoute un cadre normatif récent et insuffisamment connu, ce qui explique la non-stabilisation de la définition. Le cadre normatif – défini par la LMSS et le récent décret – est largement méconnu ou mal connu. De nombreux professionnels de santé travaillant avec des personnes allophones (quatre personnes sur cinq sur le terrain de Calais, dont l'interprète) ignorent l'existence de la loi. D'autres prêtent au nouveau cadre législatif beaucoup plus de pouvoir normatif qu'il n'en a en réalité. Par exemple, un médecin responsable d'une PASS s'inquiète d'une loi potentiellement contraignante qui pourrait venir bouleverser les organisations mises en place, au regard des statuts ou des diplômes exigés pour les interprètes. Certains professionnels pensent que l'article 90 va permettre d'accéder à des financements. L'existence d'un cadre normatif et d'une réflexion plus générale sur l'interprétariat n'est connue que dans un milieu restreint, à savoir les associations pionnières sur les questions d'interprétariat et les membres de la HAS chargés de la rédaction du référentiel.

## **1.2 Des organisations et des recours hétérogènes selon les terrains et les professionnels**

Les recommandations de la HAS en matière d'interprétariat dans le domaine de la santé indiquent que « le recours à des interprètes professionnels permet aux professionnels de santé de disposer d'un moyen de communication dans le respect du patient et d'une prise en charge bienveillante, de garantir des conditions d'accès dans tout le parcours de l'utilisateur ». L'objectif de l'interprétariat est double, d'une part garantir aux professionnels les moyens d'exercer leurs fonctions et d'autre part de garantir aux personnes allophones soignées les moyens d'expression et de compréhension leur permettant un égal accès aux droits et aux soins. Toutefois, l'organisation et le recours à l'interprétariat en santé sont hétérogènes sur les deux terrains d'étude, Rennes et Calais, et différent selon les secteurs d'activités, que ce soit en milieu hospitalier, en médecine de ville ou encore au sein d'un camp de migrants.

### **1.2.1 Une émergence différenciée entre Calais et Rennes**

Sur les deux terrains d'étude, l'émergence de l'interprétariat en santé a été progressive.

Dans le Calaisis, le besoin d'interprétariat apparaît en 1996 avec l'arrivée des premiers réfugiés Kosovars. Durant de nombreuses années, le personnel de santé utilisait divers moyens de « débrouille » : anglais approximatif, recours à l'entourage ou aux associations bénévoles accompagnant les réfugiés. L'arrivée de plus en plus massive de migrants a amené le Centre Hospitalier (CH) de Calais à structurer son interprétariat : en 2007 un interprète est recruté directement grâce à l'augmentation des financements de la PASS via des fonds de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)<sup>18</sup>. Ce dernier, ancien migrant arrivé en 2003, maîtrise cinq langues et trois dialectes afghans. De plus, il dispose d'une solide connaissance de terrain. En 2014, devant l'afflux toujours croissant de migrants en consultation « PASS »<sup>19</sup>, le CH de Calais missionne une infirmière au sein de la « new jungle »<sup>20</sup>. Elle évoque : « *j'avais un sac de premier secours et je faisais infirmière d'orientation, avec des rudiments d'anglais et l'aide des ONG sur place je les orientais vers les urgences, la consultation PASS ou je faisais les premiers soins, c'était la débrouille, mais ce n'était vraiment pas satisfaisant* ». Et en 2015, l'implantation d'un dispensaire avec dix-huit lits de soins de suites s'est accompagné du

---

<sup>18</sup> Mode de financement des établissements hospitaliers par dotation annuelle visant à compenser les charges liées à l'accomplissement de missions d'intérêt général

<sup>19</sup> Entre quarante à quatre-vingt patients migrants par jour

<sup>20</sup> Camp de migrants « nouvelle jungle » selon la dénomination utilisée après la destruction du premier camp

recrutement d'un deuxième interprète et de deux médecins d'origine afghane afin de faciliter la compréhension soignant/soigné.

Le recours à l'interprétariat en Bretagne a débuté il y a un peu plus de dix ans. Il s'est structuré autour d'une convention entre le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes et le réseau Louis Guilloux (RLG), qui dispose d'un véritable pôle d'interprétariat, à portée régionale et organisé en réseau à cette échelle. Les interprètes du réseau sont également disponibles pour d'autres opérateurs du champ sanitaire et social sur le territoire et offrent des combinaisons de langues variées.

### 1.2.2 Une structuration différente de l'interprétariat

Au CH de Calais, les interprètes sont recrutés directement. Ce choix s'explique par la volonté de fidéliser et de fixer l'interprétariat, en réponse à un besoin fort. Cette modalité permet à l'interprète d'être rapidement disponible et de s'intégrer pleinement aux équipes de soins et à l'établissement. Outre les besoins sanitaires, ils accompagnent par exemple le travail des assistantes sociales de l'établissement : « *l'interprète est devenu incontournable afin de répondre aux demandes de la CPAM pour créer des dossiers AME* » comme l'indique l'encadrement du service social. Pour optimiser les interventions de l'interprète, le service social a mis en place des sessions d'information collectives avec interprète, réunissant les migrants pris en charge au sein des services d'hospitalisation<sup>21</sup>.

Au CHU de Rennes, le recours à l'interprétariat est encadré par une procédure interne. Au premier niveau, le professionnel de santé fait appel à un éventuel agent parmi les professionnels médicaux et paramédicaux figurant sur deux listes recensant les langues parlées par ces derniers. Si ce premier niveau est infructueux, il remplit un formulaire transmis à la direction des relations avec les usagers qui donne accord ou rejet en cas de demande incomplète, puis le professionnel contacte le RLG pour convenir d'un rendez-vous. Le délai est d'environ trois jours. La procédure est jugée lourde et contraignante par les professionnels et ne permet pas de réponse en urgence. Toutefois, il faut noter que les demandes sont passées de trente en 2010 à huit cents en 2016, ce qui témoigne d'une forte augmentation du recours.

Sur les deux terrains, l'interprétariat présentiel est de loin le plus utilisé. Les professionnels le jugent plus adapté dans la relation soignant/soigné. Cela permet de prendre en compte le non verbal mais aussi la création d'une relation de confiance favorisant le questionnement

---

<sup>21</sup> Entre trente et cinquante patients migrants hospitalisés

du patient et permettant les reformulations et de revalider la bonne compréhension du message. La difficulté reste la disponibilité de l'interprète. A l'inverse, le téléphone est peu employé. L'association Inter Service Migrants (ISM), qui propose cette prestation, est connue des professionnels mais le coût financier élevé rend son utilisation assez rare. L'avantage en est pourtant l'accès rapide et la diversité des langues proposées. La vidéo, bien que peu développée, semble incontournable pour les prochaines années pour de nombreux professionnels.

### 1.2.3 Les pratiques alternatives utilisées

Une multiplicité de pratiques alternatives a été mise en place et persiste. Tout d'abord des listes d'agents hospitaliers parlant des langues étrangères sont utilisées. Certains professionnels interrogés, comme un médecin du CHU, soulignent les limites de ce procédé : *« cela ne marche pas, c'est rarement à jour, la qualité des traductions est parfois aléatoire et l'agent qui quitte son service le désorganise »*. A l'inverse, d'autres, comme un cadre des urgences de Calais, considèrent que *« cela peut devenir très utile quand une rixe éclate dans la "jungle" et qu'une centaine de migrants sont amenés aux urgences. Il est alors important de les comprendre pour séparer les ethnies afin qu'ils ne finissent pas le carnage au sein des urgences ! »*.

L'entourage du patient, membre de la famille ou accompagnant, est parfois mis à contribution. Dès lors, des problèmes se posent, liés au secret professionnel, au vocabulaire médical non maîtrisé ainsi qu'à la difficile gestion des émotions. Cela peut également engendrer de l'autocensure, notamment pour les soins relevant de gynécologie-obstétrique parce qu'ils peuvent soulever des questions sensibles. Enfin l'identité même des accompagnants est parfois sujette à interrogation ; l'encadrement du CH de Calais signale la venue de passeurs s'étant présentés à ce titre. De plus, nombre d'étrangers sur les deux sites utilisent l'application *Google traduction*<sup>®</sup>, notamment en cas d'urgence. Comme le signale un médecin urgentiste, *« la traduction ne porte que sur des mots et non des phrases, ce n'est pas toujours adapté au langage médical et les traductions peuvent être erronés, surtout pour les langues rares »*.

Les ressources visuelles, tels les pictogrammes, sont souvent utilisées mais comme le faisait remarquer un soignant de Calais *« il faut faire attention aux dessins utilisés car ils n'ont pas toujours le même sens selon les populations et ils doivent être adaptés à la vie quotidienne »*. Enfin, le mime est également une pratique alternative fréquente que ce soit pour expliquer des applications de produits médicaux, les douches thérapeutiques ou encore des mouvements de prévention de lombalgie.

Selon les terrains et les professionnels, le recours à l'interprétariat est variable. Il n'en demeure pas moins qu'un consensus existe sur la valeur ajoutée pour la qualité des soins.

### **1.3 Une réelle valeur ajoutée pour la qualité des soins**

L'ensemble des acteurs interrogés convient que le recours à de l'interprétariat professionnel est un vecteur d'amélioration de la qualité pour la personne migrante allophone dans sa relation de soins. Ce constat est unanime au niveau de la qualité de soins telle que définie par l'OMS, incluant notamment l'accès et la pertinence des soins.

#### *1.3.1 Une intervention tierce déterminante à la communication soignant/soigné*

Avant tout, le recours à de l'interprétariat nécessite la prise en compte d'un tiers interprète dans la relation de soins. Ce dernier vient interférer dans la relation soignant/soigné. L'interprète va influencer le rapport de confiance entre le patient et les personnels soignants. Or, « l'accès à des soins de qualité ne se limite pas à l'ouverture des droits : seule une compréhension mutuelle permet un réel échange et une alliance thérapeutique efficace »<sup>22</sup>. La fonction d'interprète est alors précieuse au patient comme au soignant, et si elle reste méconnue de nombreux professionnels, ceux qui en font l'expérience en reconnaissent les bénéfices.

En effet, l'interprétariat est une source de communication qui va permettre une compréhension mutuelle. « La "barrière linguistique" est une source d'insatisfaction importante pour le patient allophone comme pour le soignant, auquel il pourra manquer des informations à considérer pour orienter la prise en charge »<sup>23</sup>. De l'avis des professionnels rencontrés, l'interprète doit être présent à des moments clés d'intervention comme le diagnostic, le changement de traitement et la délivrance de médicaments. Pour une infirmière référente de soins de suite hospitalier, « *un interprète devrait être constamment à deux points clés : l'accueil (...) et la distribution de médicaments. A l'inverse, il n'est pas indispensable pour un pansement (...)* ».

Lors de la phase de diagnostic, l'interprète joue un rôle indispensable car il va permettre aux personnels soignants de solliciter les antécédents familiaux, médicaux, les conditions de vie et de travail de la personne. L'aspect psychologique de la personne migrante peut être pris en compte et peut aider à baisser l'anxiété devant l'incompréhension d'une situation. C'est le cas dans l'exemple rapporté par une coordinatrice de PASS, concernant

---

<sup>22</sup> Gaudillère, B. (2008)

<sup>23</sup> Ibid.

une femme avec un enfant qui pleure aux urgences. Sans l'intervention d'un interprète, elle reviendra toutes les deux heures, ignorant toujours le degré de gravité de la situation de son enfant.

### 1.3.2 Une relation apaisée, un parcours de soin amélioré

En outre, les personnels soignants peuvent également, grâce à l'interprète, mieux expliquer leur diagnostic au patient et réaliser un meilleur suivi. En matière de psychothérapie notamment, s'il n'y a pas d'interprète, le suivi ne peut pas se faire. C'est probablement là l'un des secteurs les plus délicats pour l'interprétariat, puisque l'écoute et la parole sont au cœur du soin. « Le patient construit d'abord une alliance thérapeutique avec l'interprète avant que l'alliance puisse se construire avec le thérapeute »<sup>24</sup>.

De plus, les personnels soignants peuvent aussi, via l'interprète, expliquer le fonctionnement de la filière de soins et mieux orienter le patient. Selon un coordinateur d'une PASS, « le soin est plus adapté car l'équipe soignante a pu bien évaluer le besoin. Le soin est corrélé au besoin du patient ». L'interprétariat facilite également la prévention en faveur d'une population souvent éloignée du système de soin. Au-delà des problèmes linguistiques, l'interprète joue un rôle fondamental dans la compréhension des différences culturelles.

En parallèle, l'interprétariat permet aux patients d'être mieux informés et de poser les questions nécessaires à la compréhension de leur situation médicale. Partant de ce fait, le patient qui a une meilleure connaissance de sa situation est plus conciliant dans la relation de soins. L'interprète va pouvoir lui expliquer ce qui va être fait et solliciter son accord sur les soins, conformément à la charte de la personne hospitalisée<sup>25</sup>. Le patient sera plus à même d'adhérer à sa situation et d'être impliqué de son parcours de soins. Ce sont des préalables à l'émergence du patient co-acteur de sa sécurité, composante de la démocratie sanitaire.

Par ailleurs, selon une majorité des personnes interrogées, le recours à l'interprétariat dans la relation de soins permet une consommation de soins plus rationnelle ayant pour conséquence un gain en efficacité médicale. Selon un médecin d'une PASS, « cela se traduit par une meilleure explication sur le traitement donné et sa portée, ce qui permet

---

<sup>24</sup> Chalverat, C., al. (2011)

<sup>25</sup> Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et Charte de la personne hospitalisée, notamment son article 4 « Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient »

*d'éviter des consultations qui ne seraient pas nécessaires.»*

### 1.3.3 Des études d'impact à affiner

Malgré le consensus existant sur le lien interprétariat et qualité de soins, il n'existe pas ou peu d'études en France permettant de mesurer l'impact réel de l'interprétariat dans l'amélioration de la qualité de soins de la personne migrante allophone.

Certaines études ont pour autant été réalisées, principalement à l'étranger. Ainsi *Partners for Applied Social Sciences international* mène une revue de la littérature dans l'article « le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? »<sup>26</sup>. Il confirme le rôle essentiel de l'interprétariat dans la qualité de soins et l'impact positif en termes de rentabilité.

De plus, la Direction Générale de la Santé (DGS) a commandité une étude intitulée « Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans domaine de la santé »<sup>27</sup>. Cette recherche, réalisée dans les structures spécialisées dans le diabète, le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et la tuberculose, montre l'impact de l'interprétariat dans la compréhension de l'information suite à la consultation et les conséquences notamment en termes d'observance du traitement.

Les bénéfices du recours à l'interprétariat pour la qualité des soins, bien que ressentis sur le terrain, ne sont pas formellement démontrés. Il apparaît en outre que pour être véritablement bénéfique, l'interprétariat doit être mis en œuvre dans des conditions particulières.

---

<sup>26</sup> Muela Ribera, J., al. (2008)

<sup>27</sup> Schwarzinger, M. (2012)

## **2 L'INTERPRETARIAT EN SANTE : UN VECTEUR D'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS SOUS CERTAINES CONDITIONS**

L'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins via l'interprétariat suppose d'abord de dépasser les difficultés liées au métier d'interprète, ensuite de structurer la profession et enfin de dépasser les résistances liées à cette pratique.

### **2.1 Des difficultés inhérentes à la profession d'interprète en santé**

L'interprétariat est vu, par la majorité des personnes que nous avons rencontrées, comme un moyen d'améliorer l'accès et la qualité des soins. Toutefois, les difficultés liées à l'exercice du métier d'interprète sont elles aussi mises en avant. Elles persistent malgré un développement du recours à l'interprétariat et constituent des freins à la généralisation de cette pratique.

Deux types de difficultés peuvent ainsi être mis en avant. L'interprète est confronté à une grande instabilité tant du point de vue de la charge de travail que de son statut. De plus, il est souvent exposé à une forte charge émotionnelle.

#### **2.1.1 Une faible stabilité dans le travail et le statut**

Le travail d'interprète est très instable<sup>28</sup>, et ce pour plusieurs raisons. Le besoin d'interprètes dépend des patients présents sur le territoire, des langues qu'ils parlent et des vagues migratoires. Autrement dit, il est très difficile de prévoir la charge de travail de l'interprète d'une année sur l'autre, voire même d'un mois sur l'autre. Cela entraîne une forte précarité du statut. Comme le travail des interprètes ne peut être anticipé, ils sont maintenus dans un statut relativement précaire, qui permet de ne faire appel à eux qu'en cas de besoin. Par exemple, au RLG de Rennes, les interprètes sont employés *via* des contrats de type contrat à durée indéterminée intermittent (CD2I). Ces contrats permettent que les interprètes puissent être sollicités à tout moment par le réseau, pour des missions spécifiques. Toutefois, le réseau ne peut garantir une charge de travail minimum hebdomadaire ou même mensuelle. De fait, la rémunération des interprètes est aussi très aléatoire, bien que la rémunération CD2I garantisse un montant minimum par mois, ainsi

---

<sup>28</sup> Laure Marché parle de « *situation instable* » pour évoquer la place des interprètes dans le système de soin. Marché, L. (2016)

qu'une rémunération en fonction des actes réalisés. Le CH de Calais lui, privilégie les interprètes multilingues pour tenter d'assurer un seuil d'activité équivalent temps plein.

L'activité des interprètes est ainsi très fluctuante. En fonction des flux arrivants, ils peuvent être fortement demandés sur une courte période puis ne plus l'être pendant plusieurs mois. C'est ce qu'explique une cadre de santé du CHU de Rennes en prenant l'exemple d'une hospitalisation dans le service de trois patients géorgiens simultanément qui avait entraîné un besoin fort de l'interprète à ce moment donné. De plus, ces variations d'activité impliquent pour l'interprète d'être disponible à tout moment, ce qui peut être source de stress.

Tous ces éléments interrogent sur la pérennité de cette forme d'organisation.

### *2.1.2 Une forte charge émotionnelle*

Une autre contrainte forte à laquelle sont exposés les interprètes est la charge émotionnelle induite par le métier. En effet, les interprètes ont à retranscrire les histoires de vie des patients pour faciliter le diagnostic. Ceci peut faire écho à leur propre histoire et les exposer à des témoignages particulièrement éprouvants. Comme l'indique l'encadrement infirmier du CH de Calais, cela peut même aller jusqu'au déclenchement d'un syndrome de stress post-traumatique. De la même façon, l'annonce de diagnostic, si celui-ci est grave, peut être source d'angoisse pour l'interprète. Ainsi, l'ensemble des émotions lié à l'interprétariat peut s'apparenter à un risque psychosocial. Il est soumis à « l'usure de la compassion »<sup>29</sup>.

Cet aspect peut être renforcé par un relatif isolement de l'interprète dans son milieu professionnel. Comme le souligne une cheffe de projet à la HAS, l'interprète n'a pas réellement d'équipe vers laquelle il peut se tourner pour déposer ses questionnements et ses difficultés face à une situation.

Dans tous les cas, il convient de préciser que l'ensemble de ces difficultés n'est pas nécessairement connu des équipes auprès desquelles interviennent les interprètes. Beaucoup des professionnels que nous avons rencontrés les évoquent, mais n'ont sans doute pas connaissance de l'étendue de celles-ci et de l'impact qu'elles ont sur le métier d'interprète.

---

<sup>29</sup> Claessens, M. (2016)

## **2.2 Une profession encore insuffisamment structurée**

Les limites et difficultés liées à l'interprétariat non professionnel recueillies sur le terrain mettent en lumière en creux les attentes des professionnels. Celles-ci se cristallisent autour d'un socle commun solide et répondent au mouvement de professionnalisation en cours.

### *2.2.1 Les limites et difficultés liées à l'interprétariat non professionnel*

Les professionnels de santé expriment beaucoup de retours négatifs sur l'interprétariat assuré par les proches du patient. Ces points négatifs s'avèrent rédhibitoires : « celui qui traduit n'est pas un pont mais un barrage »<sup>30</sup>. Il restitue les paroles par rapport à ses propres critères, ou énonce et transmet ses angoisses selon son lien au patient ou à sa communauté, s'autocensure ou censure parfois les propos des soignants en voulant les filtrer. Il peut également divulguer des informations couvertes par le secret médical, faute d'en maîtriser le principe.

Sont de cette manière régulièrement cités comme écueils « la rupture du secret médical, les traductions approximatives voire fausses, les malentendus et omissions, l'impossibilité d'expression de propos qui sont jugés choquants par le malade ou le traducteur, l'inversion du rapport d'autorité au sein des familles quand ce sont les enfants qui traduisent, la souffrance des traducteurs »<sup>31</sup>, les conflits de loyauté etc. La nature du lien entre l'interprète et le patient peut être un biais.

De nombreux exemples viennent illustrer ces difficultés dont certaines sont rapportées par la coordinatrice de l'interprétariat du RLG. Ainsi, une jeune femme tchétchène qui venait en consultations gynécologiques toujours accompagnée de sa belle-mère pour la traduction, n'a pu demander une contraception que le jour où cette dernière était absente. Par ailleurs, du fait d'une confusion des mots « cœur » et « foie » par une personne de la communauté du patient qui ne parlait elle-même pas très bien le français, toutes les investigations ont été réalisées sur le foie au lieu du cœur. Enfin, une chercheuse en sociologie évoque un adolescent apprenant le diagnostic de cancer incurable d'un parent et devant lui traduire simultanément l'annonce et les consignes du médecin<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> Mete-Yuva, G. (2008)

<sup>31</sup> Tryleski, P. (2008)

<sup>32</sup> Pian, A. (2017)

Les risques sont de plusieurs natures et peuvent altérer le bon jugement de la situation, de sa gravité, et la mise en place ou la pertinence des soins. Ces conséquences dommageables ouvrent un débat sur les attentes vis-à-vis de l'interprète.

### 2.2.2 Les attentes communes des professionnels

Dans le tronc commun des compétences professionnelles attendues par les professionnels concernant les interprètes se retrouvent la neutralité, la discrétion, le respect du secret professionnel, un comportement courtois et approprié, la maîtrise de ses propres émotions, la fiabilité, la capacité à mettre en confiance, une facilitation des échanges, et une mesure fine de son rôle dans la triade patient/soignant/interprète. Cet interprète serait alors un vecteur de qualité garantissant une compréhension par la personne allophone de ce qui lui arrive. Cela l'amènerait au consentement éclairé et à une meilleure adhésion aux protocoles de soins engagés. Ces éléments sont retrouvés et partagés par l'ensemble des personnes rencontrées et constituent un socle solide de qualités attendues chez un interprète.

Il convient de souligner que des divergences existent tout de même au sein des professionnels. Par exemple, le service des urgences n'attend pas les mêmes prestations d'un interprète que le service cancérologie. La temporalité, l'urgence, la réactivité et les traitements diffèrent. Aussi, un médecin psychiatre peut demander une traduction littérale, estimant qu'il en a besoin pour évaluer la psychose d'un patient, quand son collègue préférera une traduction où le sens est privilégié. De même, l'approche des praticiens quant à l'apport culturel de l'interprétariat n'est pas unanime et « peut générer un vrai différentiel de soins »<sup>33</sup>. Cependant, ces divergences s'expliqueraient davantage par le contexte de l'intervention, par la conception de son métier par le professionnel et la perception du métier d'interprète que par un véritable désaccord sur le fond.

La demande croissante de professionnalisation intervient ainsi à la fois pour pallier les écueils de l'interprétation pratiquée par des proches des patients ou par les personnels soignants réquisitionnés et pour répondre aux attentes développées ci-dessus.

### 2.2.3 Un mouvement de professionnalisation en cours

Les associations d'interprètes ont œuvré ces vingt dernières années à faire comprendre les enjeux de la professionnalisation des interprètes. Dans ce contexte, les pouvoirs publics souhaitent désormais sensibiliser les acteurs de santé et accompagner le mouvement de

---

<sup>33</sup> Pian, A. (2017)

professionnalisation, par des outils pédagogiques tels la charte de l'interprétariat<sup>34</sup> et le référentiel produit par la HAS<sup>35</sup>. La charte de l'interprétariat définit en effet une forme d'interprétation de liaison telle qu'elle devrait s'exercer dans les champs du médical du social, du juridique et de l'éducation. La LMSS incite à la création d'un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans les domaines et de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique, et a confié ces deux missions à l'HAS. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer que les difficultés rencontrées lors du recours à l'interprétariat non professionnel ainsi que les attentes remontées à travers les entretiens et les éléments du référentiel de la HAS se répondent et coïncident fortement. Ces outils s'accompagnent d'un arsenal réglementaire qui se renforce<sup>36</sup>.

Une politique volontariste est désormais affichée par les pouvoirs publics et semble annoncer une nouvelle place de l'interprète dans le système de soins. Pour autant, systématiser l'interprétariat ne fait pas consensus.

### **2.3 Une systématisation du recours à l'interprétariat professionnel faisant débat**

Si le recours à l'interprétariat professionnel doit être fortement encouragé, voire systématisé pour certains des intervenants, d'autres l'envisagent comme un ultime recours.

#### **2.3.1 Les pratiques soignantes et les priorités médicales bornant la généralisation du recours à l'interprétariat**

Le recours à l'interprétariat professionnel devrait être généralisé selon certains intervenants. Il s'agit en particulier des soignants qui y recourent régulièrement et des associations qui interviennent dans ce champ. Au CHU de Rennes comme au CH de Calais, les soignants interviewés considèrent l'interprète comme indispensable, c'est un « *partenaire essentiel du soin au même titre que l'infirmier ou l'aide-soignant* » et il est « *engagé dans les mêmes protocoles* ». L'hypothèse d'une adaptation et d'une habitude des soignants à cette modalité d'intervention peut être avancée. Ainsi la régularité du travail en commun contribue à renforcer la connaissance réciproque et la confiance. Des

---

<sup>34</sup> Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France du 14 novembre 2012

<sup>35</sup> Recommandations en santé publique : Interprétariat dans le domaine de la santé – Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. Version soumise à la consultation publique du 20 février 2017 au 13 mars 2017

<sup>36</sup> Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Circulaire à venir.

binômes soignant-interprète se forment dans la pratique. Cet aspect est particulièrement prégnant s'agissant des consultations psychologiques et psychiatriques<sup>37</sup>.

Toutefois, certains praticiens estiment que l'interprétariat professionnel n'est pas toujours adapté et recourent à des alternatives dans des cas précis et circonscrits. En situation d'urgence ou en présence de symptômes somatiques, l'interprétariat professionnel n'est pas jugé toujours possible ou nécessaire. Un médecin du CHU de Rennes l'estime peu adapté à la temporalité du service des urgences et à ses missions. De la même manière, plusieurs des professionnels rencontrés admettent qu'un échange direct avec le patient est possible « *sur ce qui se voit* » et « *sur ce qui se montre* ». Par exemple, le recours au mime par les soignants dans la « jungle » de Calais a été jugé pratique et efficace pour certains soins. L'utilisation d'une langue tierce, en particulier l'anglais, est également facilitante quand elle est bien maîtrisée.

Enfin, généraliser le recours à l'interprétariat ne peut être engagé sans une sensibilisation et un accompagnement des professionnels de santé restant à convaincre. Par exemple, la crainte de « *perdre du temps* » est une perception qui freine le recours à l'interprétariat selon des études internationales<sup>38</sup>. Or la littérature n'apporte pas de conclusion unanime à ce sujet<sup>39</sup>. Certains chefs de service sont réticents, s'imaginant un temps de consultation rallongé quand les disponibilités des médecins sont contraintes. De même, une expérimentation à laquelle participait ISM consistait à proposer à certains médecins généralistes ciblés, de recourir gratuitement à l'interprétariat téléphonique. Certains ont refusé par peur que cela prenne du temps, soit trop compliqué ou dépasse leur rôle avec une problématique sociale au-delà de la prise en charge médicale.

### 2.3.2 Un recours entravé par des contraintes d'organisation et de financement

La contrainte d'organisation impose d'anticiper le recours à l'interprète face à des besoins fluctuants. La flexibilité requise est un défi qui demande souplesse et disponibilité. La difficulté d'évaluer les besoins, du fait des flux changeants en termes de nationalité/origine à Calais, a été soulignée. Cette situation se distingue de grandes villes où les populations sont plus fixes. La contrainte organisationnelle repose sur l'employeur, éventuellement sur l'interprète selon la contractualisation retenue.

---

<sup>37</sup> « Petit à petit, on apprend à se connaître pour se faire confiance. J'appelle cela l'accordage [...]. Cet apprentissage de l'autre passe par des échanges implicites (des regards, une écoute du rythme de travail...) et par les échanges que l'on a après les séances. » in Burtin, J. (2013)

<sup>38</sup> Muela-Ribera, J., et al. (2008)

<sup>39</sup> Ibid.

En outre, l'analyse sous l'angle financier est contestée par nombre d'intervenants du secteur, et ce pour des raisons politiques, éthiques<sup>40</sup> et médicales<sup>41</sup>. La contrainte budgétaire ne peut cependant être négligée. Par exemple, les prestations téléphoniques d'ISM ont été abandonnées par le CH de Calais en raison de leur coût. Pourtant, il convient de souligner que, tant à Rennes qu'à Calais, les tutelles sont sensibles aux enjeux de l'interprétariat en santé et ont accompagné les initiatives.

Le développement de l'interprétariat en santé requiert adaptation des moyens alloués. « *Il faut que les hôpitaux aient les moyens de la mise en œuvre* » rappelle un médecin.

### 2.3.3 L'absence d'évaluation médico-économique faisant autorité

Comme le souligne par un médecin du CHU de Rennes, il n'existe pas d'évaluation médico-économique de l'interprétariat médical et social. Il peut être supposé que l'absence d'interprétariat entraîne l'augmentation des coûts médicaux, en raison d'erreurs ou de complications médicales et des coûts inutiles engendrés. De même, une étude menée en Belgique estime que prévenir un cas de diabète avec gangrène au pied grâce au travail d'un interprète représente une économie de coûts médicaux à même de couvrir le salaire annuel d'un interprète<sup>42</sup>. Par ailleurs, la régularisation de dossiers en aide médicale d'Etat (AME), grâce à l'appui de l'interprète de l'hôpital à Calais, permet le financement des soins par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)<sup>43</sup>. Toutefois, aucune étude médico-économique ne fait à ce jour autorité en France. Une telle démarche, complexe, permettrait d'argumenter en faveur du développement de l'interprétariat.

Toutes ces divergences et difficultés doivent être surmontées pour favoriser le développement de l'interprétariat et sa pleine intégration au système de santé. Différentes perspectives peuvent dès lors être envisagées.

---

<sup>40</sup> « *Ne lions pas le migrant à ce que ça coûte !* » Intervention de Tabouri A. président ISM, Colloque (2016)

<sup>41</sup> « *Il faut avant tout éviter une perte de chance pour le patient* », médecin responsable de la PASS de Calais

<sup>42</sup> De l'ordre de 40.000€ in Muela-Ribera, J., et al. (2008)

<sup>43</sup> Entretien cadre service social, CH de Calais

### **3 DES PERSPECTIVES VISANT A FAIRE DE L'INTERPRETARIAT UN VERITABLE OUTIL DE DEMOCRATIE SANITAIRE**

Les pistes de réflexions présentées s'inspirent des entretiens menés et répondent aux besoins, attentes et difficultés exposés dans les parties précédentes. Elles s'articulent autour de trois axes : adapter l'organisation de l'offre d'interprétariat aux besoins réels, reconnaître le métier d'interprète et sensibiliser les professionnels et les usagers du système de santé.

#### **3.1 Une organisation de l'offre d'interprétariat adaptée aux besoins réels**

##### *3.1.1 Mutualiser et coordonner les ressources*

La LMSS a introduit les groupements hospitaliers de territoire (GHT)<sup>44</sup> et les plateformes territoriales d'appui (PTA)<sup>45</sup>. Les GHT peuvent être une opportunité de développer la coopération inter-établissements dans le domaine de l'interprétariat et ainsi d'optimiser son organisation. De même, les PTA pourraient aider les professionnels de santé, notamment les médecins libéraux, à trouver les ressources linguistiques rares au niveau d'un territoire de santé. Ces dispositifs pourraient être mis à profit pour avoir une offre d'interprétariat adaptée, notamment face à des besoins en interprétariat fluctuants.

##### *3.1.2 Faire appel à des ressources en dehors des établissements de santé*

Une alternative à des interprètes salariés de l'établissement est la mise en place de convention avec des associations qui proposent des services d'interprètes. Une telle organisation qui existe au niveau de certains établissements pourrait être développée afin de permettre à un plus grand nombre d'établissements d'avoir accès à une offre d'interprétariat plus large.

Une autre option évoquée par certains de nos interlocuteurs lors des entretiens est la formalisation d'un recours au service d'interprétariat de la police. Si elle présente l'avantage d'offrir un recours pour les langues rares, il nous semble que cette option doit être considérée avec précaution. En effet, si les patients allophones identifient l'interprète

---

<sup>44</sup> Les GHT ont pour objectif de garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité à tous les patients. Ils doivent permettre aux établissements de santé d'assurer une mutualisation des ressources.

<sup>45</sup> Les PTA visent à mettre en œuvre des fonctions d'appui aux professionnels de santé. Une de leur mission est d'informer et d'orienter les professionnels vers les ressources médicales, sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire.

comme lié à la police, l'apprehension générée pourrait les dissuader d'avoir recours aux soins.

### 3.1.3 Utiliser les technologies de communication

L'utilisation de moyens de communication tels que le téléphone ou la webcam pour permettre d'avoir plus facilement accès à l'interprétariat a été évoquée lors des entretiens. Cette modalité d'interprétariat peut être développée dans le cadre de la mutualisation de ressources ou de recours à des ressources linguistiques rares. Le développement de l'interprétariat téléphonique paraît particulièrement pertinent pour les médecins libéraux. Néanmoins, ce développement nécessite une réduction de leurs coûts afin qu'il ne représente pas un fardeau financier trop important pour le système de santé.

### 3.1.4 Organiser la permanence de l'offre d'interprétariat

L'optimisation et la coordination des ressources peuvent constituer un début de réponse afin d'assurer une permanence de l'offre d'interprétariat, y compris le soir et le week-end. Un système d'astreinte pourrait être mis en œuvre en complément pour répondre à cette attente.

### 3.1.5 Clarifier le financement de l'interprétariat

Les perspectives présentées ci-dessus nécessitent, face à l'obstacle financier, d'identifier des financements. Il est aujourd'hui important de clarifier les sources de financement et de mettre en place éventuellement une enveloppe spécifique dédiée, incluse dans un budget MIGAC. Face aux diversités des pratiques et à la confusion actuelle, cette démarche permettra de soutenir véritablement le développement de l'interprétariat.

La reconnaissance des interprètes comme acteur à part entière du parcours de soins des patients allophones pourrait s'accompagner de la mise en place d'une ligne budgétaire bien identifiée pour leurs missions.

Il faut signaler qu'il est prévu que la HAS aborde le sujet du financement, présent en creux dans les attentes des acteurs, lors de la présentation du référentiel aux instances.

## 3.2 Interprète : un vrai métier

### 3.2.1 Mettre en place une formation nationale reconnue

Les références pour formaliser une formation sont solides comme notamment la charte de l'interprétariat de 2012<sup>46</sup>, la norme ISO 13611<sup>47</sup>, le référentiel de compétences de l'interprète de mars 2016<sup>48</sup> et les recommandations HAS de 2017<sup>49</sup>. Il n'existe pas de formation reconnue nationalement. Notre recherche a permis de mettre en évidence des initiatives associatives en lien avec la charte au niveau local voire régional et le groupe de travail national. Il s'agit parfois d'une démarche interne à l'établissement comme pour le CH de Calais.

Il est donc indispensable de développer les axes décrits précédemment dans le cadre d'une formation reconnue au niveau national et portée par des organismes indépendants pour favoriser une homogénéité et répondre à ce besoin d'uniformisation des pratiques.

Cette formation doit intégrer différents modules. Le premier permettrait de développer une « éthique » pour l'interprète face aux attentes de neutralité, de fidélité ou de fiabilité de la traduction et de respect du secret médical et professionnel dans l'interprétariat de liaison.

Le deuxième pourrait porter sur le langage médical mais il existe un débat quant à sa capacité à apporter une plus-value à la compréhension par le patient qui lui ne dispose pas de ces connaissances techniques. Cependant, il semble *a minima* indispensable de leur apporter des éléments de base.

Le troisième concernerait la maîtrise linguistique en complément d'une exigence particulière portée sur cet aspect lors du recrutement de l'interprète. Elle porterait notamment sur l'anglais reconnu comme indispensable par l'ensemble des personnes rencontrées.

Enfin, il est pertinent de proposer un quatrième module « de spécialité » dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie qui nécessite une réelle maîtrise de la langue pour

---

<sup>46</sup> Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012.

<sup>47</sup> Norme internationale ISO 13611, Interprétation- Lignes directrices pour l'interprétation en milieu social, première édition décembre 2014.

<sup>48</sup> Groupe de Travail National Inter-associatif, Référentiel de compétences, interprète médical et social professionnel, mars 2016.

<sup>49</sup> Recommandations en santé publique : Interprétariat dans le domaine de la santé – Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. Version soumise à la consultation publique du 20 février 2017 au 13 mars 2017.

garantir la fidélité des échanges. Ce type de prise en charge est en effet fréquent sur les terrains étudiés.

### *3.2.2 Prendre en compte la charge émotionnelle*

Il convient de créer des espaces pour limiter l'impact émotionnel pour l'interprète, favoriser son expression et le partage d'expériences. À titre d'exemple, le RLG prévoit ainsi une cellule spécifique composée de psychologues et de psychiatres au sein de laquelle les interprètes peuvent échanger sur les situations auxquelles ils sont confrontés. De même, la PASS de Calais propose un suivi psychologique aux interprètes intervenant dans ce service. Des dispositifs existent donc déjà mais sont à conforter.

### *3.2.3 Formaliser un statut d'interprète dans le champ médico-social*

La professionnalisation passe par une formation en lien avec des compétences identifiées mais également par la reconnaissance d'un statut d'interprète.

Il est pertinent d'envisager l'option de créer un statut propre d'interprète médico-social. Il permettrait à la fois de mettre en place une grille salariale dans le secteur public, d'offrir la possibilité d'avoir un plan de carrière et ainsi attirer et fidéliser les interprètes dans les structures. Ce statut serait un élément fort de résorption de la précarité de leur situation.

Ceci implique d'engager une réflexion sur la forme du statut d'interprète et sa reconnaissance comme un professionnel de santé comme le suggère certaines personnes rencontrées. Néanmoins, il nous semble important de questionner cette appartenance pour que les interprètes ne soient pas assimilés au soignant et restent dans le rôle de liaison.

## **3.3 Une sensibilisation des professionnels et des usagers du système de santé au recours à l'interprétariat**

### *3.3.1 Informer et former*

La sensibilisation des professionnels de santé à l'interprétariat professionnel passe par plusieurs biais. D'abord, il s'agit de faire connaître à différents niveaux les dispositifs existants et les moyens d'accéder à l'interprétariat. Par exemple, à l'échelle d'un CHU comme celui de Rennes, il apparaît important que tous les services, y compris ceux où la présence de migrants allophones n'est pas fréquente, soient au courant des possibilités et reçoivent des informations claires et précises pour contrer certaines idées préconçues. Il est d'ailleurs intéressant de remarquer qu'un médecin du CHU a indiqué lors de l'entretien ne pas se sentir légitime pour formuler des préconisations du fait de son recours minime à

l'interprétariat, illustrant ainsi la pertinence de persévérer dans la sensibilisation des professionnels sur cette thématique.

Cette information doit également s'étendre au-delà des établissements aux médecins exerçant dans le secteur de ville, chez lesquels la méconnaissance des possibilités de recours à l'interprétariat peut être accrue. Un membre du RLG insiste sur le rôle moteur que devrait avoir le réseau pour favoriser l'implication des médecins généralistes et permettre l'exploitation de la structure d'interprétariat déjà existante à Rennes. Les PTA évoquées précédemment peuvent également être utilisées.

Cependant, une simple connaissance des possibilités de recours à l'interprétariat s'avère insuffisante, notamment face aux craintes et aux appréhensions qu'il peut soulever pour les professionnels de santé qui ne sont pas familiarisés avec cette pratique. Il est alors essentiel de mener une réflexion sur la formation des professionnels qui ont ou peuvent avoir recours à des interprètes. Celle-ci s'intègre dans leur sensibilisation au travail avec les interprètes afin de leur apprendre à composer avec l'introduction d'une tierce personne dans la relation avec le patient. Cette formation pourrait revêtir différentes modalités entre autres s'intégrer dans le cursus initial, prendre la forme de formation par les pairs dans le cadre de l'exercice professionnel, être portée par des structures d'interprétariat. La formation permettrait également d'aider les professionnels à cibler les moments-clés où l'interprétariat est indispensable ou apporte une forte valeur ajoutée.

Enfin, bien que cet aspect ait été peu évoqué dans les entretiens, il ressort que pour que l'interprétariat devienne un véritable outil de démocratie sanitaire, le patient lui-même (ici la personne migrante allophone) doit être mis au courant de manière formelle de la possibilité d'y avoir recours.

### 3.3.2 Démontrer formellement les gains liés au recours à l'interprétariat professionnel

Afin de justifier le développement de l'interprétariat professionnel et de soutenir l'ensemble des préconisations énoncées, il est nécessaire de s'appuyer sur une démonstration solide des gains liés au recours à l'interprétariat à la fois pour les patients, pour les professionnels, pour les établissements, pour le système de santé et pour la société à la fois en termes financiers et de qualité des soins.

Pour ce faire, compte tenu de leur absence à l'heure actuelle en France, des études fiables et rigoureuses doivent être réalisées. Elles doivent porter à la fois sur le lien entre interprétariat et qualité des soins et sur le chiffrage du coût du non-recours à l'interprétariat (examens et consultations inutiles, prolongation des durées de séjours, erreurs de

médication et de diagnostic, non-observance du traitement etc.). Elles peuvent être inspirées de ce qui a été fait aux Etats-Unis<sup>50</sup> par exemple et être financées dans le cadre des programmes de recherche sur la performance du système de soins du Ministère de la Santé<sup>51</sup>. Un membre de la DGOS suggère de commencer par des études qualitatives au sein de services ciblés avant et après mise en place d'un recours à l'interprétariat.

Pour prendre une dimension plus globale et adopter un autre angle, une étude pourra également s'appuyer sur une exploitation de la base informatique des événements indésirables graves (EIG) de la HAS<sup>52</sup> afin d'identifier et d'analyser ceux imputables à la barrière linguistique. Ceci implique qu'en amont les déclarations d'EIG soient effectuées au sein des établissements de santé de telle sorte qu'ils mentionnent cet obstacle comme un élément ayant conduit à l'EIG et que cet élément soit ensuite repris dans le traitement approfondi réalisé par l'ARS.

L'existence de telles études, en fonction de leurs conclusions, pourraient appuyer le financement du développement de l'interprétariat qui, comme montré précédemment, est un enjeu essentiel. Elles pourraient aussi être un levier de sensibilisation de tous à l'importance de l'interprétariat professionnel.

Ces perspectives ont le mérite de soulever des pistes de réflexion mais doivent être approfondies en lien avec les différents acteurs concernés par cette thématique tant au niveau local que national.

---

<sup>50</sup> Comme celle de Hampers, L.C., et al. (1999) montrant que le coût des examens est plus élevé chez les patients avec des connaissances limitées dans la langue du pays d'accueil que les autres.

<sup>51</sup> Le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) concerne des recherches devant expérimenter et évaluer des organisations permettant une meilleure qualité des soins et des pratiques.

<sup>52</sup> Le décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients missionne la HAS dans l'exploitation d'un retour d'expérience des EIGS en France à travers une base informatique (REX-EIGS) rassemblant toutes les analyses de ces événements après traitement par les ARS.

## CONCLUSION

La recherche menée sur les deux terrains de Rennes et Calais permet donc de conclure que l'interprétariat en santé a un fort potentiel pour améliorer la qualité des soins en favorisant l'accès aux soins, la relation patient/professionnel et la pertinence des soins. Il est de ce fait un élément inhérent et incontournable de la démocratie sanitaire.

Au cœur du sujet de l'interprétariat professionnel, se joue la question du patient acteur de sa santé et de son parcours de soins. Ceci s'inscrit dans la dynamique lancée par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>53</sup>, qui consacre l'égal accès aux soins de tous, le droit à l'information des patients, le consentement libre et éclairé et la co-construction patient/soignant.

Pour que l'interprétariat atteigne ces ambitions, il reste à améliorer son organisation, le professionnaliser et sensibiliser les acteurs de santé et les usagers à ses bénéfices.

De là s'engage une autre réflexion à mener : le recours à l'interprétariat doit-il être un choix, voire un droit du patient ? Ou bien est-ce au soignant ou à l'administration d'arbitrer les demandes ? Peuvent-ils imposer un interprète à un patient ? Une clarification est à réaliser.

---

<sup>53</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

---

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

### **Ouvrages, articles, études, colloques, mémoires**

- Burtin, J. (2013). Traduire les maux. *Plein droit*, vol. 98 (n°3), 20-23.
- Chalverat, C. ; de Jonckheere, C. ; Rufini Steck, L. ; Elghezouani, A. (2011). Le thérapeute et le diplomate – Modélisation des pratiques de soin aux migrants. Genève : ies éditions (Haute Ecole de travail social), 207 p.
- Claessens, M. (2016). Un triangle pas si anodin : la clinique transculturelle avec interprète. In : Snoeck, L. et Manco, A. (coord.), Soigner l’Autre en contexte interculturel. L’Harmattan, 75-80.
- Gaudillière, B. (2008). Se comprendre et accéder aux soins. *Maux d'exil*, n°24, 3-4
- Groupe de Travail National inter associatif. (2012). Charte de l’interprétariat médical et social professionnel en France
- Groupe de Travail National inter associatif. (2016). Référentiel de compétences, interprète médical et social professionnel.
- Hampers, L.C.; Cha, S.; Gutglass, D.J. ; Binns, H.J. & Krug, S.E. (1999) Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics*. n°6, 1253-6.
- Haute Autorité de Santé. (2017). Recommandations en santé publique. Interprétariat dans le domaine de la santé. Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. Version provisoire soumise à consultation publique.
- Marché, L. (2016). L’interprète médico-social : un nouvel acteur dans le système de soins français. Mémoire Master 1 Intervention sociale. Département de sociologie Université Rennes 2. Rennes, 65 p.
- Mete-Yuva, G. Gül (2008). Traduire pour rendre la parole. *Maux d'exil*, n°24, 1-2.
- Migrations Santé Alsace. (2003). Parole de l’autre, l’interprétariat dans l’entretien médical et social, 104 p.
- Muela Ribera, J. ; Grietens, P. ; Toomer, E. Partners for Applied Social Sciences international. (2008). Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? Présentation d’études réalisées aux USA, au Canada et en Belgique sur la pertinence et le coût de l’interprétariat en milieu de soins. COFETIS – FOSOVET asbl., 52 p.
- Pian, A. (2017). Accès aux soins et trajectoires du mourir. *Maux d'exil*, n°53, 6.
- Schwarzingler, M. ; Cediey, E. ; Argant, S. (2012). Usage et opportunité du recours à l’interprétariat professionnel dans domaine de la santé – Analyse des pratiques d’interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/sida, de la tuberculose et du diabète. Ministère des affaires sociales et de la santé. 139 p.
- Tabouri, A. (2016) Langues et cultures plurielles : l’altérité dans le soin. Colloque. Les PASS : des laboratoires d’un système de santé en devenir. De l’exclusion à la complexité, essaier une nouvelle approche du soin, 06-07/10/2016, Marseille (FRA)
- Tryleski, P. (2008). L’interprétariat professionnalisé, facteur d’égalité des chances. *Maux d'exil*, n°24, 5-6

## **Textes législatifs et règlementaires**

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé : art. 90
- Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé
- Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients
- Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et Charte de la personne hospitalisée
- Organisation internationale de normalisation. (2014). Interprétation -- Lignes directrices pour l'interprétation en milieu social. Norme ISO 13611:2014, 17 p.

## **Sites et pages internet**

- UNESCO. Migrations internationales. (page consultée le 15/05/2017)  
<http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>
- Ministère de l'intérieur. Données de l'immigration, de l'asile et de l'accès à la nationalité française. (page consultée le 15/05/2017)  
<http://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Donnees-statistiques/Donnees-de-l-immigration-de-l-asile-et-de-l-acces-a-la-nationalite-francaise>
- Santé publique. Qualité des soins : définition. (page consultée le 12/05/2017)  
<http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/>

## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Liste des personnes interrogées

Annexe 2 : Eléments législatifs et réglementaires

Annexe 3 : Noms des neuf associations membres du groupe de travail inter-associatif

Annexe 4 : Guide d'entretiens

Annexe 5 : Extrait du tableau de synthèse des entretiens réalisés

## **Annexe 1 - Liste des personnes interrogées :**

ANDRIEUX Isabelle, cadre de santé en charge de la PASS / CRA / CDAG, CH de Calais.

ARBARI Reza, interprète, CH de Calais.

AVEZ Bertrand, médecin responsable des urgences, CHU Rennes.

BOUGEARD Elisabeth, cadre de santé du service des maladies infectieuses, CHU Rennes.

CHAPPLAIN Jean-Marc, responsable médical de la PASS, CHU Rennes, et président du Réseau Louis Guilloux.

COGNET Magali et DOUTRIAUX Agathe, cheffes de projet au service Evaluation Economique et Santé Publique, Haute Autorité de Santé.

COUATARMANAC'H Alain, médecin généraliste libéral, Rennes.

DEFONTE Pascal, cadre supérieur de santé, CH de Calais.

ELMOUDEN Mohamed, médecin urgentiste, à l'origine de la PASS et de l'infirmierie du centre de rétention administratif CRA, CH de Calais.

EPAILLARD Jean-Pierre, médecin inspecteur de santé publique, direction territoriale d'Ille et Vilaine, Agence Régionale de Santé de Bretagne.

GHADI Véronique, cheffe de projet à la Direction de l'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins, Haute Autorité de Santé.

HENNICAUX Carole, IDE, ancienne référente IDE du dispensaire situé dans le camp de migrant (« new jungle »), CH de Calais.

LEGRAND Dominique, cadre socio-éducatif, CH de Calais.

MAGNE Philippe, conseiller médical au bureau « Qualité et sécurité des soins » de la sous-direction du pilotage de la performance, des acteurs, de l'offre de soin, DGOS.

PELTIER-CHEVILLARD Véronique, coordinatrice de la PASS, CHU Rennes.

PIAN Anaïk, MCU en sociologie, coordinatrice du projet de recherche IMSODA, Université de Strasbourg.

ROUSSEAU Chantal, attachée d'administration Hospitalière, direction de la relation avec les usagers, CHU Rennes.

VATS Oksana, responsable du pôle interprétariat, Réseau Louis Guilloux, Rennes.

## **Annexe 2 : Eléments législatifs et réglementaires**

### **Article 90 de la LMSS**

I.- Le chapitre préliminaire du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1110-13 ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-13.-La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.

« Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret. »

II.-Le 5° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique ».

### **Extrait du décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé**

Le chapitre préliminaire du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3

« Médiation sanitaire et interprétariat linguistique

« Art. D. 1110-5.-La médiation sanitaire, ou médiation en santé, désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités.

« Art. D. 1110-6.-L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, reposant sur des techniques de traduction orale, assurée entre les personnes qui ne maîtrisent pas ou imparfaitement la langue française et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, en vue de garantir à ces personnes les moyens de communication leur permettant d'accéder de manière autonome aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins.

« L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit aux professionnels de santé les moyens d'assurer la prise en charge des personnes qui ne maîtrisent pas ou imparfaitement la langue française dans le respect de leurs droits prévus au présent titre, notamment du droit à l'information, du droit au consentement libre et éclairé, du droit au respect de leur vie privée et au secret des informations les concernant.

« Art. D. 1110-7.-Les référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques en matière de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique mentionnés à l'article L. 1110-13 sont rendus publics par la Haute Autorité de santé. »

### **Annexe 3 : Noms des neufs associations membres du groupe de travail inter-associatif**

ADATE, Grenoble ;

APTIRA – Association pour la promotion et l'intégration dans la région d'Angers, Angers ;

ASAMLA – Association santé migrants Loire-Atlantique, Nantes ;

COFRIMI – Conseil et formation sur les relations interculturelles et les migrations, Toulouse ;

ISM Corum – Inter-Services-Migrants Corum, Lyon ;

ISM Interprétariat, Paris ;

MANA, Bordeaux ;

Migrations Santé Alsace, Strasbourg ;

Réseau Louis Guilloux (anciennement dénommé « RVH35 »), Rennes.

## **Annexe 4 : Guide d'entretiens (acteurs de terrain, institutionnels)**

### **Guide d'entretien (acteurs de terrain)**

#### **Présentation de la démarche :**

Nous sommes étudiants à l'EHESP de Rennes. Dans le cadre d'un module interprofessionnel, nous avons choisi de travailler sur le thème de l'interprétariat en santé au regard de l'accès aux soins et aux droits des personnes migrantes allophones. Cette recherche est accompagnée par le Dr Pascal JARNO, médecin de santé publique et Anne-Cécile HOYEZ, chargée de recherche au CNRS. Afin de réaliser notre recherche, votre point de vue en tant que [...] nous intéresse. Si vous n'y voyez pas d'inconvénients nous enregistrerons notre entretien pour limiter la prise de note et faciliter l'échange. Cet enregistrement ne sera en aucun cas diffusé.

Question de départ : Pourriez-vous nous présenter votre fonction, vos missions actuelles ? La structure XXX dans laquelle vous travaillez (statut, public accueilli, nombre d'agents, environnement de travail, ...) ? Des éléments sur le bassin de population ?

Complémentaire : votre parcours professionnel ?

#### 1. Contexte de recours à l'interprétariat

- Avez-vous recours à de l'interprétariat ?
- Quand ? À la demande de qui ?
- Comment se passe l'interprétariat dans votre établissement ? (procédure?)
- Avez-vous une idée des nationalités/langues de patients qui sollicitent des interprètes ?
- Quels sont les différents modes : téléphone, vidéo, sur place... [quelles modalités privilégiez-vous?]
- Avez-vous recours à d'autres ressources en dehors de l'interprétariat professionnel? Formalisées (faire parler sur les situations) ?
- Dans votre pratique, auriez-vous un exemple de difficulté rencontrée ?

#### 2. Partenariats en place

- Quels partenariats sont mis en place ? (collaborations ponctuelles ou pérennes, formalisation de conventions ou de réseaux, GHT, postes partagés)
- Sur votre territoire, quel rôle joue l'ARS dans le développement de l'interprétariat ? (ARS incitative, impulsion des pouvoirs publics ?)

### 3. Connaissance générale de l'interprétariat

- Dans votre exercice professionnel, avez-vous eu l'opportunité de discuter : du cadre législatif? des outils existants (*charte, référentiel de compétences, ISO 13611:2014*)? (La LMSS prévoit que ..... qu'en pensez-vous ?) Se présenter avec les documents écrits (LMSS, Charte) : les commenter ensemble.
- Comment définiriez-vous l'interprétariat (en santé) ?

### 3. Le métier d'interprète professionnel

- Quelles sont vos attentes par rapport à l'interprète ? (plutôt un traducteur, un médiateur ?)
- Selon vous, quelles compétences et qualités doit avoir un interprète ?Quelle formation, initiale et continue ?Le langage médical est-il bien retranscrit ? (professionnalisation) Une formation est-elle nécessaire sur ces aspects?
- Quelles sont selon vous les difficultés de la fonction? (passage du traducteur au médiateur, ne pas être dans l'empathie, charge émotionnelle de l'interprétariat)
- Quel est le statut des interprètes avec lesquels vous travaillez (précarité) ?

### 4. Accès aux soins/qualité

- Quelle place occupe l'interprète dans la relation soignant/soigné ? (Interférence/facilitateur)
- Le recours à l'interprétariat permet-il de faciliter l'accès aux soins et d'améliorer la qualité ? Auriez-vous un exemple ?
- Le recours à l'interprétariat permet-il d'améliorer la pertinence des soins ? Auriez-vous un exemple (diagnostic, prévention) ?

### 5. Financement

- Combien coûte une heure d'interprétariat ? (tarifs)
- Comment sont financées les activités d'interprétariat (source) ?
- Quels choix éventuels faites-vous dans votre service ?
- Y-a-t-il un gain pour l'établissement/ pour le système de santé (examens, DMS) ?

### Ouverture

- Quelles sont vos préconisations ? Exemples de bonnes pratiques ailleurs ? Quelles alternatives proposez-vous ? Système idéal ?

## **Guide d'entretiens (institutionnels)**

**Présentation de notre démarche :** Nous sommes étudiants à l'EHESP de Rennes. Dans le cadre d'un module interprofessionnel, nous avons choisi de travailler sur le thème de l'interprétariat en santé au regard de l'accès aux soins et aux droits des personnes migrantes allophones. Cette recherche est accompagnée par le Dr Pascal JARNO, médecin de santé publique et Anne-Cécile HOYEZ, chargée de recherche au CNRS. Afin de réaliser notre recherche, votre point de vue en tant que [...] nous intéresse. Si vous n'y voyez pas d'inconvénients nous enregistrerons notre entretien pour limiter la prise de note et faciliter l'échange. Cet enregistrement ne sera en aucun cas diffusé.

Question de départ : Pourriez-vous nous présenter votre fonction, vos missions actuelles ? La structure XXX dans laquelle vous travaillez (statut, public accueilli, nombre d'agents, environnement de travail, ...), ?

Complémentaire : votre parcours professionnel ?

Dans quelle mesure votre institution et vous êtes amenés à intervenir sur le sujet de l'interprétariat?

### 1. Connaissance générale de l'interprétariat

- Pouvez-vous nous dire quel est l'esprit de la loi et sa genèse (article 90)? (parler du futur décret pour DGOS)
- Comment définiriez-vous l'interprétariat (en santé) ?

### 2. Contexte de recours à l'interprétariat

- Dans quelles situations le recours à l'interprétariat par les professionnels vous semble-t-il indiqué ? (Quand ? À la demande de qui ?)
- Avez-vous une idée des nationalités/langues de patients qui sollicitent des interprètes ?
- Quels sont les différents modes : téléphone, vidéo, sur place... [quelles modalités privilégiez-vous?]
- Existe-t-il des recours à d'autres ressources en dehors de l'interprétariat professionnel? Formalisées (faire parler sur les situations) ?
- Selon vous quelles peuvent être les difficultés rencontrées ?

### 3. Partenariats en place

- Pour revenir au contexte du recours à l'interprétariat, quels partenariats sont mis en place ? (collaborations ponctuelles ou pérennes, formalisation de conventions ou de réseaux, GHT, postes partagés)
- *Quel rôle joue l'ARS dans le développement de l'interprétariat ? (ARS incitative, impulsion des pouvoirs publics ?*

#### 4. Le métier d'interprète professionnel

- Quelles sont vos attentes par rapport à l'interprète ? (plutôt un traducteur, un médiateur ?)
- Selon vous, quelles compétences et qualités doit avoir un interprète ? Quelle formation, initiale et continue ? Le langage médical est-il bien retranscrit ? (professionnalisation) Une formation est-elle nécessaire sur ces aspects?
- Quelles sont selon vous les difficultés de la fonction? (passage du traducteur au médiateur, ne pas être dans l'empathie, charge émotionnelle de l'interprétariat)
- Quel est le statut des interprètes avec lesquels vous travaillez (précarité) ?

#### 5. Accès aux soins/qualité

- Quelle place occupe l'interprète dans la relation soignant/soigné ? (Interférence/facilitateur)
- Le recours à l'interprétariat permet-il de faciliter l'accès aux soins et d'améliorer la qualité ? Auriez-vous un exemple ?
- Quel lien faites-vous entre interprétariat en santé et démocratie sanitaire?
- Le recours à l'interprétariat permet-il d'améliorer la pertinence des soins ? Auriez-vous un exemple (diagnostic, prévention) ?

#### 6. Financement

- Combien coûte une heure d'interprétariat ? (tarifs)
- Comment sont financées les activités d'interprétariat (source) ?
- Y-a-t-il un gain pour l'établissement/ pour le système de santé (examens, DMS) ?

#### Ouverture

- Quelles sont vos préconisations ? Exemples de bonnes pratiques ailleurs ? Quelles alternatives proposez-vous ? Système idéal ?

## Annexe 5 : Extrait du tableau de synthèse des entretiens réalisés

EXTRAIT		Responsable du pôle interprétariat RLG	HAS
	LE CONTEXTE DE RECOURS	Responsable du pôle interprétariat du Réseau Louis Guilloux, qui a notamment une convention avec le CHU	Non pertinent
	LES PARTENARIATS	Partenariat dans le cadre du groupe de travail inter-associatif. Convention avec l'hôpital public, des structures médico-sociales, des écoles.	ARS comme acteurs centraux mais pas encore assez sensibilisés.
	LA CONNAISSANCE GENERALE DE L'INTERPRETIARIAT	A participé à tous les groupes de travail permettant de rendre plus visible le travail de l'interprétariat et de développer des formations.	Connaissance partielle de la loi.
	LE METIER D'INTERPRETE	Maîtrise de la langue, gestion des émotions et prise de distance, professionnalisme, image d'un équilibriste, métier très précaire	Insistance sur l'importance de l'aspect de médiation culturelle pour que cela soit réellement efficace. Exemple des femmes-
	L'ACCES A DES SOINS DE QUALITE	Mention d'études belges, qui montrent que les coûts baissent avec l'interprétariat	L'interprétariat est une condition nécessaire mais non suffisante et donc à l'amélioration de la qualité des soins forcément source de plus grande pertinence.
	L'ASPECT FINANCIER	Pas de financements spécifiques, mais des financements variés auprès de différentes sources (ARS, conseil départemental...). Tarif: 35€/h.	Même si l'interprétariat permet des gains pour le système de santé (plus grande pertinence), tout fléchage entre les gains et le financement est impossible.
	PRECONISATIONS	Pas de système idéal. Importance de la professionnalisation des interprètes. Importance de la sensibilisation des professionnels de santé sur le recours à l'interprétariat	Arriver à faire reconnaître et financer d'autres fonctions à l'hôpital et dans le système que les fonctions classiques, des fonctions hybrides, et qui apportent un grand plus à la prise en charge (interprète, pairs en santé mentale). Important travail de conviction sur l'intérêt d'une plus grande implication du patient dans ses soins.





Thème n° 12

*Animé par : Anne-Cécile HOYEZ, chargée de recherche CNRS UMR ESO / Université Rennes 2 - Maison de la Recherche en Sciences Sociales et Pascal JARNO, médecin de Santé Publique, Service d'Epidémiologie et de Santé Publique au CHU de RENNES*

## **L'interprétariat médical et social, élément de la démocratie sanitaire**

Groupe : Louise AREND (DH), Aurélien CADART (DS), Lucie CHABAGNO (DH), Anna DELEPOULLE NDIAYE (MISP), Reynald DESEILLE (DS), Anne GAUTHIER (AAH), Tiphaine GUIFFAULT (D3S), Karine MOUTOU (AAH), Elodie THOMIN (D3S), Mélisande URCUN (DH)

### **Résumé :**

Dans son article 90, la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 qui vise à renforcer notamment la démocratie sanitaire, fait de l'interprétariat médical et social une priorité. La Haute Autorité de Santé est missionnée, dans ce cadre, pour la rédaction de référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques dans le domaine de l'interprétariat en santé. La charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France de 2012, issue de la réflexion du secteur associatif, définit une forme d'interprétariat de liaison telle qu'elle devrait s'exercer dans les champs sanitaire, social, juridique et éducatif.

L'objectif de cette démarche est de garantir aux personnes peu ou pas francophones de s'exprimer comme personnes autonomes dans ces domaines et de permettre leur égal accès aux droits et aux soins. Par ailleurs, elle doit permettre aux acteurs professionnels d'exercer leurs fonctions dans des contextes où la communication est nécessaire.

Ceci fait donc de l'interprète une figure émergente du système de santé et de ses domaines connexes, une profession à part entière qui mobilise des compétences et qui doit trouver sa place dans une triade (patient/soignant/interprète) qui interroge la relation de soin.

Ainsi, dans quelle mesure le recours à l'interprétariat permet-il de faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes migrantes allophones ?

Au regard d'une recherche bibliographique et d'une enquête de terrain sur Rennes, sur Calais et auprès des institutions officielles engagées sur le sujet (DGOS, HAS et ARS), il apparaît que, bien que les représentations et le recours à l'interprétariat soient hétérogènes, il est unanimement reconnu comme bénéfique pour la qualité et la pertinence des soins des personnes migrantes allophones.

Pour permettre une amélioration de la qualité des soins, il doit cependant être mis en œuvre dans des conditions particulières, ce qui amène à envisager des préconisations visant à faire de l'interprétariat un véritable outil de démocratie sanitaire.

Il s'agit donc d'organiser le recours à l'interprétariat pour répondre aux besoins réels (mutualisation, nouvelles technologies et financement), de professionnaliser l'interprétariat (formation et statut) et de sensibiliser les professionnels et les usagers du système de santé aux modalités de recours à l'interprétariat.

**Mots clés :** *Interprétariat, migrant, allophone, démocratie sanitaire, qualité et pertinence des soins, référentiel de compétences, formation, bonnes pratiques, autonomie*

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*