

RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES

Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé

Octobre 2017

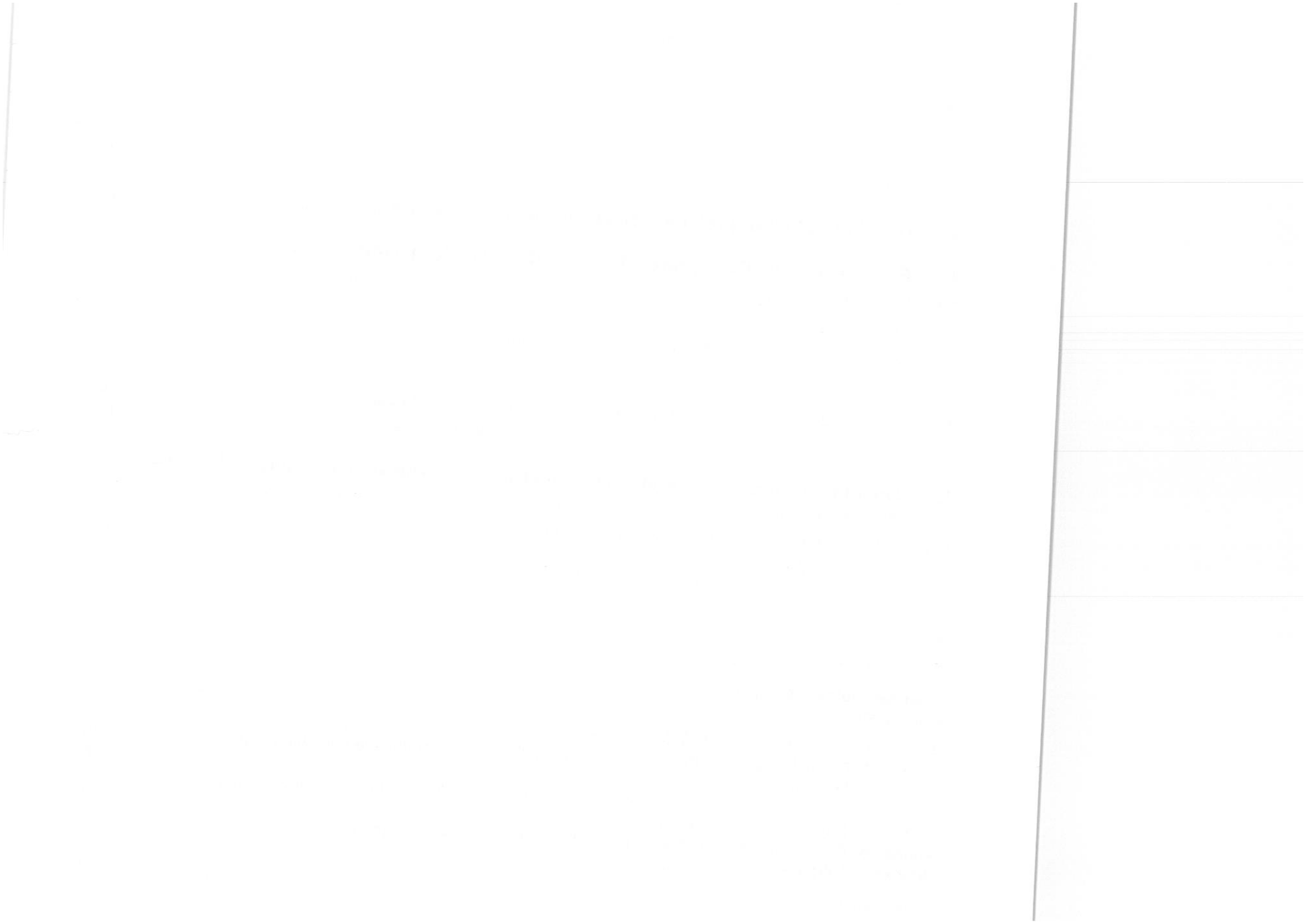
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service communication – information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00



2.1	Saisine	7
2.2	Analyse de la saisine et objectif	7
2.3	Populations concernées	8
2.4	Méthodologie	8
2.5	Périmètre du référentiel	8
2.6	Cible du référentiel	8
2.7	Intitulé du document et choix terminologiques	10
3.	Définition de l'interprétariat dans le domaine de la santé	12
4.	État des lieux de l'interprétariat dans le domaine de la santé	13
4.1	Le développement historique de l'interprétariat professionnel en santé	13
4.2	Les structures existantes	13
4.3	Différents types de moyens pour dépasser la barrière de la langue	13
4.3.1	Interprétariat professionnel dans le domaine de la santé	16
4.3.2	Autres moyens de communication	18
4.4	Attentes des acteurs de l'interprétariat dans le domaine de la santé	19
4.5	Nécessité de l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé	19
5.	Orientations pour un référentiel de l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé	21
5.1	Cadre déontologique de l'interprétariat dans le domaine de la santé	21
5.2	Bonnes pratiques	22
5.2.1	Intervention d'un interprète	24
5.2.2	Besoins prioritaires	26
5.3	Compétences	29
5.4	Formation	32
	Liste des tableaux et figures	33
	Abréviations	34
	Annexe 1. Article 90 de la LMSS du 26 janvier 2016	35
	Annexe 2. Distinction entre la médiation en santé et l'interprétariat dans le domaine de la santé	36
	Annexe 3. Méthodologie	39
	Annexe 4. Coordonnées des principales associations proposant un service d'interprétariat professionnel	42
	Annexe 5. Parties prenantes sollicitées	45
	Annexe 6. Compte rendu de la réunion de parties prenantes du 23 septembre 2016	53
	Annexe 7. L'équipe	54
	Bibliographie	

moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical.

Reconnu par la loi de modernisation de notre système de santé, l'interprétariat linguistique s'inscrit dans l'ambition de la Haute Autorité de Santé de garantir à chacun des soins de qualité.

Ce référentiel, élaboré par la HAS dans le cadre des articles L. 1110-13 du Code de la santé publique et L. 161-37 du Code de la sécurité sociale, précise les compétences requises et le socle minimal de formation pour l'exercice de l'interprétariat linguistique professionnel auprès des personnes peu ou non francophones, ainsi que les bonnes pratiques à respecter.

À l'occasion de l'élaboration de ce référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques, le Collège de la HAS souhaite souligner l'importance d'un ancrage de l'interprétariat professionnel dans les territoires au sein desquels des barrières linguistiques dans l'accès à la prévention et aux soins sont observées, aussi bien en établissements de santé qu'en médecine de ville. Les volets précarité de chaque Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) incluent comme axe d'intervention le développement de l'interprétariat professionnel.

Par ailleurs, le Collège insiste sur la nécessité pour les étudiants des filières de santé et du secteur médico-social d'être sensibilisés aux spécificités des publics ne parlant pas une même langue qu'eux, qu'ils seront amenés à prendre en charge dans leur exercice professionnel. Les étudiants et professionnels en exercice ainsi que les patients devraient être informés du recours possible à des interprètes professionnels soumis à un cadre déontologique (fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité, respect de l'autonomie des personnes).

Ensuite, le Collège considère que le respect des bonnes pratiques énoncées dans ce référentiel nécessitera la reconnaissance et un financement adapté des dispositifs d'interprétariat professionnel. Enfin, le collège préconise la mise en place de procédures nationales harmonisées, simples et rapides pour l'accès à l'interprétariat professionnel.

Le Collège, tout en rappelant que ce référentiel exclut de son périmètre l'interprétariat en langue des signes (encadrement spécifique par la circulaire DHOS/E1/2007/163), souligne néanmoins la nécessité de reconnaissance et d'un financement adapté également pour les interprètes professionnels de la langue des signes dans le domaine de la santé.

a introduit dans le Code de la santé publique (en Annexe 1) prévoyant l'élaboration de référentiels de compétences, de formations ou pratiques pour définir et encadrer les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation en santé et d'interprétariat linguistique. Il est précisé que cette mission est confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) (1). L'article 90 a également modifié l'article L. 161-37 du Code de la sécurité sociale (CSS) qui présente les missions de la Haute Autorité de Santé.

L'article D. 1110-6 du CSP, issu du décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 (2), donne une définition réglementaire de l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Selon les termes de cet article :

« 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. »

La Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) ont saisi la HAS pour inscrire ce thème à son programme de travail.

Dans l'intitulé de la demande, des éléments de précisions sont apportés. Ces dispositifs sont tournés vers les personnes qui sont éloignées des systèmes de prévention et de soins. Ils concernent notamment « les migrants, les demandeurs d'asile, les personnes en situation de précarité, d'isolement, les mineurs isolés, les situations de crainte ou de méconnaissance du système de soins, l'illettrisme, le handicap sensoriel (les sourds et malentendants) ».

Par ailleurs, il est mentionné dans la saisine que « l'élaboration de ces référentiels s'appuiera sur les pratiques existantes et évaluées en ce domaine qu'il s'agira d'encadrer et de stabiliser à travers ces référentiels communs, sans générer de financements supplémentaires ».

Les travaux parlementaires relatifs à la loi de modernisation de notre système de santé précisent que « ce travail, qui sera limité au seul travail d'élaboration, et non plus de validation, de référentiels et de règles de bonnes pratiques par la HAS, permettra de lui faciliter le travail d'homogénéisation de pratiques a priori disparates, sans avoir à les valider en amont, ce qui risquerait en effet de les « fixer », sans possibilités d'évolution ou d'harmonisation avec les autres pratiques. ».

à l'élaboration du référentiel sur l'interprétariat dans le domaine de

d'évaluation économique et santé publique (CEESP) le 12 juillet 2016 et par le Collège de la HAS le 21 juillet 2016.

L'objectif de ce référentiel est de préciser le cadre d'intervention de l'interprétariat dans le domaine de la santé afin d'en permettre une meilleure appropriation par les publics et les partenaires, et de faciliter l'ancrage de l'interprétariat dans le système de santé.

Les dispositifs de médiation en santé et d'interprétariat sont introduits dans un même article du CSP. Pour autant, ce sont deux dispositifs bien distincts faisant l'objet de référentiels spécifiques (Annexe 2). L'interprète professionnel n'a pas vocation à se substituer à un médiateur en santé, et inversement.

Le présent référentiel porte sur l'interprétariat dans le domaine de la santé.

2.3 Populations concernées

Les populations concernées sont les usagers/patients et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue.

Les deux parties sont confrontées à la barrière linguistique.

2.4 Méthodologie

Pour réaliser ce référentiel, la HAS s'est appuyée sur une revue de la littérature, une réunion de parties prenantes et des entretiens individuels pour approfondir certaines questions (Annexe 3). Une mise en consultation publique du référentiel, du 20 février 2017 au 13 mars 2017, a également été organisée.

La revue de la littérature a eu pour objectif d'identifier les programmes mis en place, les référentiels et les données de coûts, publiés en France et à l'étranger.

La HAS a rappelé son souhait de :

- s'appuyer sur les documents existants publiés, tels que la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France ;
- produire un référentiel utile et lisible par les professionnels intervenant dans le parcours de santé des patients/usagers ne parlant pas la même langue qu'eux, les institutions, les associations, les interprètes, etc.

En préambule, trois documents clefs, sur lesquels ce référentiel repose, méritent d'être mentionnés :

- la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012 (3) ;

usagers/patients et des professionnels de santé parlant une même langue, tenant compte en particulier des besoins des usagers/patients polycophones.

L'interprétariat en langue des signes est exclu du périmètre de ce référentiel, dès lors qu'il fait l'objet d'un encadrement spécifique précisé par la circulaire DHOS/E1/2007/163 (5). En effet, cette circulaire stipule les missions, organisation et fonctionnement des Unités d'accueil et des soins des patients sourds en langue des signes (UASS-LS), unités les plus à même à ce jour de fournir des soins de qualité aux personnes sourdes et malentendantes. Si des principes communs s'appliquent à l'interprétariat en langue des signes et à l'interprétariat en langues étrangères pour les compétences requises et le cadre déontologique, des particularités sont à noter concernant la formation de ces interprètes. En effet, tel que précisé par la circulaire, « *le(s) interprète(s) [français-langue des signes française] doivent être dûment diplômé(s) (diplôme universitaire d'interprète)* ». À titre d'information, l'association française des interprètes et traducteurs en langue des signes (AFILS) a établi une liste des qualifications reconnues pour exercer la profession d'interprète LSF/Français et adhérer en son sein.

Par ailleurs, les attentes des acteurs sont communes, notamment concernant la reconnaissance de la fonction d'interprète (cf. section 4.4). Comme mentionné dans la circulaire précise : « *ce n'est plus au patient de s'adapter à la langue des professionnels de santé mais c'est à l'équipe qui l'a en charge de s'adapter à ses capacités de communication* ».

2.6 Cible du référentiel

Ce référentiel s'adresse aux professionnels qui interviennent dans le parcours de santé des personnes ne parlant pas une même langue qu'eux, c'est-à-dire les institutions, les professionnels dans le domaine de la santé et du social (médecins, infirmiers, assistantes sociales, etc.), les interprètes, ainsi que les associations, etc.

2.7 Intitulé du document et choix terminologiques

La terminologie a été discutée avec les parties prenantes afin de veiller à se référer aux termes reconnus par tous dans le domaine ou du moins en avoir connaissance de manière à faire ensuite les choix qui paraissent les plus adaptés.

Les documents clefs publiés à ce jour font référence aux termes *interprétariat* et *interprétation* :

- *interprétariat* : terme d'usage courant, mais remis en question par certains acteurs de l'interprétariat dans le domaine de la santé. Ce terme est notamment utilisé dans la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France adoptée à Strasbourg en 2012 (3) ;
- *interprétation* : terme « historique » pour référer à la fonction des interprètes. Ce terme est repris dans le référentiel de compétences élaboré par le Groupe de travail national interassocia-

...et convaincre sur la pertinence d'utiliser le terme *interprétation*. Toutefois, il y a un risque de confusion à utiliser ce terme dans le domaine médical. En effet, dans le champ de la médecine, l'*interprétation* peut prendre d'autres sens. L'*interprétation* fait notamment référence à l'analyse par un médecin des résultats d'un examen clinique ou paraclinique pour poser un diagnostic, telle que l'interprétation d'un examen de biologie médicale ou d'imagerie. L'*interprétation* prend également une autre dimension dans le domaine de la psychanalyse.

Par ailleurs, pour spécifier le domaine d'intervention de l'*interprétariat / interprétation*, dans les différents documents clefs, ce terme est juxtaposé à la terminologie « dans le domaine médical et social » ou « en milieu social », sur lequel il convient également de statuer.

Il a été convenu de retenir dans ce référentiel la terminologie *Interprétariat (linguistique)* dans le domaine de la santé.

Le terme « **interprète** » fait référence à une personne qualifiée pour exercer la fonction d'interprète, c'est-à-dire à l'interprétariat professionnel.

Le terme « **professionnel** » fait référence aux professionnels de santé et du secteur médico-social et social intervenant dans le parcours de santé de patients/usagers ne parlant pas une même langue qu'eux.

Le terme « **usager/patient** » fait référence aux personnes prises en charge dans le système de santé.

différencier de l'interprétariat en présence de deux parties. Il intervient en comité restreint et, après avoir écouté les interlocuteurs, prend la parole à intervalles réguliers pour restituer dans une autre langue ce qui vient d'être dit.

Deux textes clefs encadrent l'interprétariat dans le domaine de la santé :

- la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012 (3) ;
- la norme internationale ISO 13611:2014(F) "Interprétation - Lignes directrices pour l'interprétation en milieu social" - décembre 2014 (4).

La définition de l'interprétariat dans le domaine de la santé, élaborée par la HAS, repose sur la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France (cf. encadré ci-dessous).

Définition de l'interprétariat dans le domaine de la santé

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients/usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction.

L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé garantit, d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical.

Une définition plus détaillée, et spécifique de l'interprétariat auprès des personnes peu ou non francophones, est disponible dans la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France (cf. encadré ci-dessous). Seul le contexte spécifique du champ médical de cette charte est considéré dans le présent référentiel.

... de l'expression [et de compréhension] afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins. »

L'interprète dans le domaine de la santé :

L'interprète dans le domaine de la santé « 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.

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical [...] :

- restitue dans la langue cible le discours (les propos) exprimé dans la langue source, en termes de contenu, de niveau de langue, d'intention, de tonalité, [...] ;
- retranscrit avec justesse – autant que possible – les nuances, les traits d'humour, les émotions, [...] ;
- veille à la compréhension entendue comme la vérification de la bonne réception des propos traduits ;
- utilise des compétences non seulement linguistiques, mais aussi interculturelles ainsi que des connaissances spécifiques aux principaux champs d'intervention.

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical [...] :

- est spécialiste des échanges verbaux ; il travaille en temps réel ; sa prestation est destinée exclusivement à l'audition directe et immédiate ;
- ne peut exercer autrement qu'en présence des parties au cours de consultations et d'entretiens individuels, ou de réunions en comité restreint, en face-à-face ou téléphoniques ;
- pratique essentiellement l'« interprétation consécutive » : ce mode opératoire nécessite un discours scindé par séquences pour que l'interprète en restitue le contenu, au fur et à mesure, et par intervalles réguliers ;
- intervient pour imposer un temps de traduction, et ce dans l'attention du maintien de la fluidité des échanges entre les parties.

De manière spécifique, l'interprète médical [...] :

- exerce son activité au sein d'une diversité d'institutions et de lieux ;
- exerce son activité entre des usagers non ou peu francophones, et les acteurs professionnels notamment des services publics, administrations, associations, (ou exerçant en privé), qu'ils soient travailleurs sociaux, médecins, soignants, [...] ;
- intervient au sein d'une relation souvent asymétrique, entre les professionnels des différents domaines et les usagers dans une position de besoins et de demandes. »

La barrière de la langue, associée aux migrations des populations, et le recours à des interprètes pour y remédier existent depuis toujours.

En France, la nécessité du recours aux interprètes professionnels s'est imposée historiquement dans la prise en charge de patients/usagers parlant peu ou pas français et atteints de maladies infectieuses, notamment l'infection à VIH/SIDA et la tuberculose (7). Ces projets ont été à l'initiative d'associations à but non lucratif et subventionnés par la DGS.

Le recours à l'interprétariat professionnel en santé est, à la date d'élaboration de ce référentiel, hétérogène en fonction des régions françaises, des secteurs d'activité (médecine de ville ou hôpital) et des types de professionnels.

L'interprétariat professionnel s'est développé principalement dans le circuit hospitalier soit *via* des conventions ou des marchés publics entre des associations et des établissements de santé, soit, plus rarement, *via* des interprètes directement au sein des établissements de santé. D'après les données de l'association Migrations Santé Alsace (MSA)⁴, collectées à l'hôpital en 2016, la majorité des acteurs ayant eu recours à des interprètes sont les médecins et internes (59 %) en termes de volume horaire. Les autres acteurs sont : les psychologues (17 %), les sages-femmes (6 %), les assistants sociaux (4 %), les puériculteurs / infirmiers (4 %) et autres (0,5 %). La fonction des professionnels n'était pas renseignée dans 9,5 % des cas.

L'accès à l'interprétariat professionnel est très difficile et rare en médecine de ville. Une évaluation de la pratique des médecins généralistes concernant le recours à un interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française a été réalisée à Strasbourg en 2014 (8). Les freins principaux au recours à un interprète professionnel identifiés auprès des médecins généralistes étaient la méconnaissance des structures proposant ces services, la difficulté de mise en place et le coût engendré par ces services, dans un contexte de financement rare. À titre d'exemple, un dispositif d'interprétariat a été mis en place par l'URML-Alsace⁵ en partenariat avec l'association Migrations Santé Alsace et avec le soutien de l'Agence régionale de Santé (ARS) d'Alsace et du Contrat local de Santé de Mulhouse (9). Ce dispositif, qui a vocation à faciliter l'accueil des personnes non francophones, rencontre un grand succès auprès des patients/usagers en difficulté et des médecins qui les accueillent.

Dans le rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins (10), faisant état de l'activité en 2015 des 67 programmes menés par les équipes de Médecins du Monde (MdM) en France auprès des populations en situations de grande précarité et/ou d'exclusion, la problématique de l'accès à l'interprétariat est soulevée. Compte tenu de la grande diversité des origines des personnes accueillies en 2015, avec 164 nationalités différentes reçues dans les centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO), le recours à un interprète s'est révélé nécessaire dans près de quatre consultations sur dix. L'interprétariat a pu être assuré sur place dans huit cas sur dix, mais dans la majorité des situations par un accompagnant (52 %). L'interprétariat professionnel a été sollicité dans seulement 6 % des cas. Il est rapporté que près d'un patient sur cinq évoque la barrière de la

- 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 ;
- MSA (Migrations Santé Alsace), Strasbourg ;
- Réseau Louis Guilloux (anciennement dénommé « RVH35 »), Rennes.

D'autres associations sont également citées dans le guide du COMEDE sur les soins et l'accompagnement des migrants/étrangers en situation précaire : Accueil et promotion (Bourges), AAMI 70 (association accompagnement migration intégration, Vesoul), ISM Méditerranée (Marseille) (11).

La liste des structures existantes n'est pas exhaustive. Des coordonnées sont disponibles par région en Annexe 4.

De rares institutions ont décidé de se doter d'interprètes professionnels au sein même de l'établissement.

4.3 Différents types de moyens pour dépasser la barrière de la langue

Il convient de différencier l'interprétariat professionnel des autres moyens de communication utilisés en pratique courante.

En préambule de cette section, il est important de noter que ces autres moyens de communication, qui sont « supposés » lever la barrière de la langue, comportent de réels risques d'erreur, ne respectant pas le cadre professionnel et ne permettant pas un dialogue restituant la totalité des énoncés et dans le respect de l'autonomie et de l'intimité du patient.

La HAS considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. Elle reconnaît néanmoins que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles dans les cas où le recours à un interprète professionnel n'est pas possible.

4.3.1 Interprétariat professionnel dans le domaine de la santé

Dans le domaine de la santé, l'interprétariat professionnel correspond à de l'interprétation successive et/ou simultanée. Il s'agit d'un

Tableau 1. Interprétariat en face-à-face versus par téléphone – Avantages et inconvénients (non-exhaustifs)

	Avantages	Inconvénients
Face-à-face	Qualité des échanges : - favorise la concentration et permet une meilleure écoute réciproque ; - prise en compte de la « dimension non verbale » ; - instauration de la relation de confiance plus fluide entre le professionnel et l'interprète professionnel ainsi qu'entre l'interprète professionnel et le patient ; - pour le patient, conditions plus favorables pour poser des questions ; - pour le médecin et l'interprète, prise en compte directe des émotions ; - meilleure gestion des tours de parole, de la fluidité des échanges ; - meilleure audibilité ; - permet de mieux éviter les demandes de répétition, malentendus.	- disponibilité de l'interprète ; - organisation plus complexe en termes de logistique (prise de rendez-vous) ; - cela ne convient pas à un besoin immédiat ; - dans des petites communautés, crainte des patients par rapport à l'anonymat (dans ce cas, l'interprète professionnel énonce avec une attention particulière le principe déontologique de confidentialité).
Téléphone	- rapidité d'accès pour un besoin immédiat (sans rendez-vous, consultation d'urgence) ; - disponibilité des interprètes ; - diversité des langues potentielles ; - anonymat : réduction de la gêne du face-à-face qui peut surgir dans certaines consultations.	- « dimension non verbale » absente (regards, etc.) : * il faut que le professionnel commente ce qui se passe dans la pièce, qui rentre, sort, etc. ; - non adapté dans certaines situations, par exemple : * en psychiatrie, * consultations clefs, c'est-à-dire consultation d'annonce, éducation thérapeutique, * accompagnement de fin de vie ; - problème de confidentialité : selon le lieu où l'interprète traduit (maison, voisinage), l'accès immédiat à l'interprète ne signifie pas qu'il est dans une réelle « disponibilité » ; - équipements techniques : matériel de qualité impératif afin de garantir des échanges sans parasitage.

4.3.2 Autres moyens de communication

Il existe d'autres moyens de communication utilisés en pratique courante pour lever la barrière linguistique. Trois types de moyens de communication ont été identifiés :

- le recours à un tiers non formé à l'interprétariat et maîtrisant, à des niveaux variés, les deux langues impliquées dans la communication : les professionnels de proximité (personnel de l'hôpital), l'entourage du patient/usager (accompagnant si en face-à-face) voire d'autres usagers ;
- le recours à une langue tierce, parlée par le professionnel et par l'utilisateur ;
- l'utilisation d'outils : des pictogrammes (Medipicto⁶), des sites de traduction en ligne et applications pour smartphones (des sites/applications spécialisés dans le domaine médical : Traducmed⁷ ; des sites/applications « grand public » : Google Traduction, à titre d'exemples), des lexiques, des questionnaires et consignes traduits en différentes langues.

Ces moyens de communication sont évoqués car ils sont utilisés en pratique courante. L'objectif étant d'en présenter les limites et les risques (Tableau 2). Ils donnent l'*illusion* d'une communication entre le professionnel et le patient/usager. Le professionnel peut avoir le sentiment de s'être fait comprendre sans être réellement compris par le patient/usager.

Ces moyens de communication sont à considérer avec une grande prudence.

⁶ Lien : <http://medipicto.aphp.fr/#/>

⁷ Lien : <http://www.traducmed.fr/>

Tableau 2. Autres moyens de communication - Limites et risques (non-exhaustifs)

Moyens de communication	Limites et risques
Recours à un tiers non formé à l'interprétariat	- le respect du cadre déontologique n'est pas garanti (fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité, respect de l'autonomie des personnes) ; - non maîtrise des techniques d'interprétation et du vocabulaire médical par le tiers non formé à l'interprétariat : - non maîtrise de la gestion des émotions par le tiers non formé à l'interprétariat, - non maîtrise de la posture d'un tiers en retrait ; - un transfert de responsabilités et une perte d'autonomie du patient /usager vers son entourage sur-sollicité. Le rôle d'accompagnant est ainsi mis à mal.
Recours à une langue tierce (par exemple, l'anglais)	souvent une maîtrise partielle de la langue commune et non une pleine maîtrise et donc une difficulté à employer le vocabulaire adéquat et les nuances nécessaires aux propos, amenant à une communication très appauvrie et restreinte, inadaptée à des situations médicales.
Pictogrammes	- communication unilatérale ; - les pictogrammes ne sont pas universels ; - les pictogrammes ne permettent pas de vérifier la compréhension par la reformulation, et comportent donc des risques d'incompréhension non maîtrisés ; - difficiles à utiliser par des personnes non habituées à ce mode de communication.
Sites de traduction en ligne	- communication unilatérale, dans la plupart des cas ; - ne sont pas adaptés pour toutes les langues et plus particulièrement les langues rares. Ils comportent des risques des traductions erronées, sources de malentendus et de mauvaises compréhensions ; - ce sont des « dictionnaires », ayant de capacités très limitées en création de phrases. Il n'est pas possible d'y avoir recours avec l'objectif de communiquer ; - réponses binaires sans possibilité d'apporter des nuances ou précisions, par exemple sur des antécédents ; - les logiciels de traduction effacent la dimension humaine des fonctions de l'interprète et ne permettent pas à l'intervenant médical ou social d'être pleinement disponible dans la consultation.

Dans de nombreux hôpitaux, le recours à des professionnels de proximité volontaires est organisé par un système de listing. Cependant, ces listings sont complexes et nécessitent du temps de gestion. Ils sont associés à un frein organisationnel certain, le professionnel volontaire ayant des disponibilités très limitées, comparé au besoin réel. De plus, leur niveau de compétences linguistiques n'est pas « vérifié », notamment leur maîtrise de la terminologie médicale dans une langue étrangère. Les personnels volontaires ne sont pas formés aux techniques d'interprétation ni au cadre d'intervention. Il y a aussi des risques qu'ils restent majoritairement dans leur fonction « pri-

maire » (de soignant notamment) et non pas dans le rôle d'un interprète professionnel (c'est-à-dire restituant l'autonomie et respectant les logiques des parties). Cela peut entraîner une confusion des places et des fonctions. Ce type de listing peut être utile pour obtenir quelques informations précises sur le patient/usager dans un contexte particulier, dans le cadre des urgences et/ou d'un besoin immédiat. Par la suite, il est indispensable de faire appel à des interprètes professionnels. L'impact de cette pratique sur le personnel volontaire doit également être souligné : lourde charge/responsabilité pour le professionnel, effets délétères sur la relation patient/soignant et professionnel volontaire/soignant.

Lorsque les institutions ont recours à un système de listing, il est recommandé que les professionnels volontaires soient formés spécifiquement à cette fonction et que leurs compétences linguistiques soient testées.

4.4 Attentes des acteurs de l'interprétariat dans le domaine de la santé

Les attentes des acteurs dans le domaine de l'interprétariat en santé sont multiples et, dans l'ensemble, communes à tous.

- **Reconnaissance de l'interprétariat professionnel** dans le domaine de la santé avec un cadre précis, décrit et connu des professionnels de santé

Pour une reconnaissance professionnelle, les parties prenantes mentionnent la nécessité de créer un statut professionnel propre aux interprètes dans le domaine de la santé. Cela permettrait de fixer, dans un cadre légal et réglementaire, les droits et obligations des interprètes notamment en matière de formation et de conditions d'exercice.

- **Une meilleure diffusion de l'information** sur l'interprétariat auprès des usagers

L'information sur la possibilité de recours à l'interprétariat mériterait d'être davantage diffusée auprès des utilisateurs, à savoir les autorités de santé, les établissements et professionnels de santé, les associations travaillant dans le domaine sanitaire et social auprès de patients/usagers (7).

- **Mise en place de procédures harmonisées, simples et rapides**

Les usagers/patients et professionnels sont demandeurs de procédures adaptées à leurs besoins pour avoir recours à un interprète, c'est-à-dire des procédures harmonisées sur l'ensemble du territoire, simples et rapides. Actuellement, dans la pratique courante, la demande émane du professionnel et non pas de l'utilisateur/patient qui n'a d'autre recours que d'en faire la demande au professionnel le prenant en charge ou l'utilisateur/patient n'a pas connaissance de sa faculté de demander un interprète professionnel.

Pour ce faire, les acteurs souhaiteraient inscrire l'interprétariat dans l'organisation du parcours de santé, pour favoriser une meilleure organisation et structuration de son accès.

- **Sensibiliser les professionnels** intervenant dans le parcours de santé des personnes ne parlant pas la même langue qu'eux

Les professionnels devraient être formés (formation initiale et développement professionnel continu), tel que stipulé dans la recommandation du Conseil de l'Europe sur les Services de santé dans une société multiculturelle : « les professionnels de santé devraient être conscients que les obstacles linguistiques ont des effets négatifs sur la qualité des soins. Ils devraient être formés à travailler conjointement et efficacement avec des interprètes. » (12). À titre d'exemple, les items suivants pourraient être étudiés : Quels choix pour lever la barrière linguistique (limites et risques) ? Comment travailler avec des interprètes ?, etc.

- **Financements**

Le financement est une problématique conduisant à une disparité d'accès à ce service et à la précarité des interprètes professionnels. Il est attendu une amélioration de l'équité dans l'accès aux

services d'interprétariat, une plus grande visibilité des enveloppes attribuées à l'interprétariat dans le domaine de la santé. La mise en place de financements spécifiques et pérennes pour ce service devrait permettre, selon les parties prenantes, de :

- faciliter l'accès de façon uniforme et donc réduire les inégalités d'accès mentionnées dans l'état des lieux ;
- réduire des surcoûts liés à la barrière linguistique ;
- inscrire ce type de prise en charge dans un parcours de soins de qualité.

Par ailleurs, le temps de consultation allongé des professionnels sollicitant un interprète soulève la question de la valorisation de la consultation.

4.5 Nécessité de l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé

Les politiques publiques européennes et nationales recommandent l'interprétariat dans le domaine de la santé. Parmi les textes de référence relatifs aux droits des patients peuvent être cités :

- la déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe (13) : Consultation européenne sur les droits des patients, Amsterdam, 28-30 mars 1994 : « *L'information doit être communiquée au patient sous une forme adaptée à sa faculté de compréhension avec un minimum de termes techniques d'usage peu courant. Lorsque le patient ne parle pas la langue courante, il faudrait pouvoir lui assurer une interprétation de cette information.* » ;
- la charte sociale européenne (révisée). Conseil de l'Europe. Strasbourg, 3.V.1996 (14), Partie V – Article E – non-discrimination : « *La jouissance des droits reconnus dans la présente Charte⁸ doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation.* » ;
- la recommandation du Conseil de l'Europe sur les services de santé dans une société multiculturelle : « *Des interprètes professionnels devraient être mis à disposition et utilisés régulièrement pour assister les patients membres de minorités ethniques, si nécessaire.* » (12) ;
- la charte de la personne hospitalisée. Ministère de la Santé et des Solidarités (15). « *Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché.* »

La conférence nationale sur l'interprétariat médical et social professionnel tenue à Strasbourg le 14 novembre 2012 propose une liste de textes plus exhaustive (16).

Le recours à l'interprétariat professionnel représente un intérêt pour l'utilisateur/patient, l'entourage de l'utilisateur/patient, les professionnels intervenant dans leur prise en charge et les institutions.

⁸ Parmi les 31 articles détaillant les droits, il y a :

- article 11 « *Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre.* » ;
- article 12 : « *Tous les travailleurs et leurs ayants droit ont droit à la sécurité sociale.* » ;
- article 13 : « *Toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale.* »

Tel que mentionné dans la Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France :

« L'interprétariat médical et social garantit aux professionnels des domaines concernés les moyens d'exercer pleinement leurs fonctions.

L'interprétariat médical et social garantit aux personnes allophones (peu ou non francophones) les moyens d'expression afin qu'elles puissent se poser comme sujets autonomes, visant ainsi leur égal accès aux droits et aux soins. » (3).

L'interprétariat dans le domaine de la santé d'une part garantit les droits des patients, et d'autre part a montré un impact positif sur la qualité des soins.

L'intervention d'un interprète garantit le respect de la confidentialité (secret médical), protège et renforce le libre choix et l'autonomie des personnes allophones dans les décisions qu'elles prennent au regard de leur santé. La présence d'interprètes professionnels dès l'accueil dans les structures médicales et sociales permet d'établir la communication. Elle favorise l'instauration d'une relation de confiance réciproque. Elle contribue aussi à instaurer des rapports plus égalitaires entre le personnel soignant, investi du savoir et du pouvoir, et la personne soignée, en demande d'aide et de soutien (11).

L'intervention d'un interprète est associée à un impact positif sur la qualité des soins en limitant les malentendus ou incompréhensions liés à la barrière linguistique et parfois aux représentations culturelles du soin et de la maladie. Plusieurs publications clefs ont permis de renseigner l'impact de l'interprétariat sur la qualité des soins (7, 17-19).

Les résultats des revues systématiques des études de Flores 2005 et de Karliner *et al.* 2007 suggèrent que le recours à des interprètes professionnels est associé à une amélioration globale des soins (17, 18). Il semble améliorer la communication et, par conséquent, augmenter la compréhension des patients et réduire les erreurs de communication, améliorer les résultats cliniques et augmenter la satisfaction des patients ainsi que l'utilisation adéquate des services médicaux.

L'impact d'un interprète professionnel par rapport à un tiers non formé à l'interprétariat a été abordé dans plusieurs publications (7, 17, 19). L'étude de Karliner *et al.* 2007 montre un meilleur impact du recours à des interprètes professionnels par rapport à l'entourage du patient. L'étude de Brisset *et al.* 2013 (19) rapporte que l'apport d'un interprète professionnel est différent de celui de l'entourage dans la traduction des éléments factuels, et qu'il peut être important pour le médecin, selon le souhait du patient, de pouvoir associer les deux types de communication avec les limites et les avantages de chacun. Elle précise enfin que « la prochaine étape pour améliorer l'impact de l'interprétation sur la qualité du soin semble être la reconnaissance et l'amélioration des conditions de travail des interprètes. Il y a clairement un besoin de recherches/actions pour inciter à des changements dans les contextes institutionnels ou à tester des outils ou programmes novateurs de formation (formation des professionnels et des interprètes à travailler en équipe, formation des professionnels à gérer différentes situations et différents types d'interprètes). ».

L'étude de Schwarzingner 2012 a montré notamment une amélioration significative de l'observance des patients allophones avec le recours à l'interprétariat professionnel, par rapport à l'interprétariat par un membre bilingue du personnel non-soignant ou par un accompagnant du patient, ainsi qu'une meilleure autonomie du patient et niveau d'information (7).

Par ailleurs, la barrière linguistique peut conduire à une augmentation des dépenses en santé de deux manières : d'une part, elle augmente le risque d'erreurs médicales et de complications, et d'autre part, elle induit des dépenses inutiles (20). PASS International a réalisé une revue critique de la littérature en 2008 dans laquelle sont rapportées des informations sur les coûts. En cas de difficulté de communication entre le patient et le professionnel de santé, ce dernier doit considérer un plus large éventail de diagnostics différentiels et est amené à prescrire davantage de tests en comparaison à une consultation avec une bonne communication, pour éviter les erreurs de diagnostics. La barrière linguistique est également associée à une augmentation de la possibilité d'être hospitalisé et du temps passé à l'hôpital, et la prescription de plus de traitements qui auraient pu ne pas être prescrits.

5. Orientations pour un référentiel de l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé

Cette section présente les bonnes pratiques d'intervention à l'exercice des interprètes professionnels, assurées par les principes déontologiques qui encadrent l'interprétariat dans le domaine de la santé. Le respect de ces principes est garanti par les compétences des interprètes professionnels acquises par une formation spécialisée.

5.1 Cadre déontologique de l'interprétariat dans le domaine de la santé

Le cadre déontologique est établi dans la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012 (3).

Les grands principes déontologiques s'appliquant à l'interprète dans le domaine de la santé sont : la fidélité de la traduction, la confidentialité et le secret professionnel, l'impartialité et le respect de l'autonomie des personnes.

► Fidélité de la traduction

L'interprète dans le milieu de la santé restitue les discours dans l'intégralité du sens, avec précision et fidélité⁹, sans addition, omission, distorsion ou embellissement du sens.

► Confidentialité et secret professionnel

L'interprète dans le milieu de la santé a un devoir de confidentialité concernant toute information entendue ou recueillie. Il est soumis au secret professionnel de la même manière que les acteurs auprès desquels il est amené à intervenir.

► Impartialité

L'interprète dans le milieu de la santé exerce ses fonctions avec impartialité, dans une posture de retrait par rapport aux parties. Sa traduction est loyale aux différents protagonistes.

► Respect de l'autonomie des personnes

L'interprète dans le milieu de la santé n'émet pas de jugement sur les idées, croyances ou choix exprimés par les personnes. Il leur reconnaît les compétences pour s'exprimer en leur propre nom et prendre des décisions en toute autonomie. Il ne se substitue pas à l'un ou à l'autre des interlocuteurs.

Par ailleurs, l'interprète professionnel s'inscrit dans le respect absolu de la volonté de la personne et de sa liberté de choix.

Le consentement aux soins est formulé à l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique en ces termes :

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traite-

⁹ Comme pour toute interprétation et traduction, la précision et la fidélité visent la transmission satisfaisante de l'information et le style avant la restitution lexicale exhaustive.

ment, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10. »

5.2 Bonnes pratiques

La HAS considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. Elle reconnaît néanmoins que d'autres moyens de communication peuvent s'avérer utiles dans les cas où le recours à un interprète professionnel n'est pas possible. Le recours à un interprète issu de la famille, et tout particulièrement les enfants, du voisinage ou de l'entourage immédiat, risque de méconnaître le droit du patient au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. En outre, ce recours constitue une charge lourde pour les aidants.

5.2.1 Intervention d'un interprète

L'intervention d'un interprète s'inscrit dans son cadre professionnel, dans le respect des principes déontologiques. Il doit mobiliser l'ensemble des compétences requises ci-dessus et s'inscrire dans une démarche de formation tout le long de sa vie professionnelle.

Des recommandations sur le bon déroulement d'un entretien avec un interprète sont proposées par des associations disposant de services d'interprétariat, notamment ISM interprétariat (fiches pratiques pour l'interprétariat sur place (21) et par téléphone (22)) et MSA (23).

Quatre temps peuvent être distingués : avant l'entretien, au début de l'entretien, pendant l'entretien et après l'entretien.

Avant l'entretien

En amont de l'entretien, un temps d'échange entre l'interprète et le professionnel de santé est recommandé, voire indispensable, lors de consultations difficiles (contenu lourd comme une annonce de diagnostic ou sujets très techniques, etc.). Ce temps d'échange a pour but d'informer l'interprète sur le motif de la consultation et les objectifs prévus lors de l'entretien. Cela permet à l'interprète de s'approprier le contexte précis, préparer les termes techniques à mobiliser et de gérer ses émotions pour rester stable dans la traduction.

Ce temps d'échange n'est pas systématique, il dépend du contenu de la consultation.

Au début de l'entretien

Les étapes clefs du début de l'entretien sont les suivantes :

- le professionnel présente l'interprète au patient/usager et explique brièvement le cadre d'intervention de l'interprète afin de créer un climat de confiance :
 - s'il s'agit du début d'une prise en charge, le professionnel de santé informe le patient/usager qu'il pourra demander l'intervention d'un interprète quand il le souhaitera lors des consultations ultérieures,
 - par ailleurs, le patient/usager a le droit de refuser l'intervention de l'interprète, quelles que soient ses raisons. Le consentement du patient est un prérequis à l'intervention de l'interprète ;
- il est recommandé, dans la mesure du possible, d'opter pour une disposition en triangle, en plaçant le patient/usager et le professionnel en face-à-face et l'interprète sur le côté pour qu'un contact visuel direct entre le patient/usager et le professionnel puisse être possible, et pour que

l'interprète puisse bien entendre et avoir un contact visuel avec les deux parties tout en respectant l'intimité des personnes ;

- le professionnel de santé invite l'interprète à exposer le cadre déontologique de sa fonction. Cela favorise l'instauration d'un climat de confiance et rassure les parties quant à la confidentialité de l'entretien et le secret professionnel, la fidélité de la traduction, l'impartialité de l'interprète.

Pendant l'entretien

Pendant le déroulement de l'entretien, les points suivants sont recommandés :

- le professionnel de santé veille à accorder à l'interprète le temps nécessaire pour la restitution de ses propos. La totalité des énoncés est traduite ;
- l'interprète intervient toujours en présence des parties concernées par l'entretien ;
- l'interprète n'effectue pour aucune des parties des services autres que l'interprétariat ;
- l'interprète pratique essentiellement l'« interprétation consécutive » (il existe également le mode simultané). L'interprète traduit les échanges par séquences de quelques phrases. Dans la mesure du possible, le professionnel de santé rythme ses propos ;
- le professionnel de santé s'adresse au patient / usager. Le langage non-verbal est important ;
- s'il en ressent le besoin, l'interprète peut demander au professionnel de santé et/ou à l'utilisateur auprès de qui il intervient de préciser leurs propos ;
- le professionnel de santé laisse à l'interprète la possibilité de s'assurer auprès de l'utilisateur de la compréhension des messages traduits ;
- le professionnel de santé veille à garder le contrôle de l'entretien. L'interprète se maintient en retrait ;
- le professionnel de santé évite au maximum d'utiliser le jargon professionnel ou, le cas échéant, s'assure de l'expliquer.

Après l'entretien

Un moment d'échange entre le professionnel de santé et l'interprète est recommandé pour :

- discuter du déroulement pratique et technique de l'entretien (mode de traduction consécutive, limites linguistiques, etc.) ;
- offrir à l'interprète un temps d'échange, notamment dans le cas d'entretiens émotionnellement difficiles ;
- éviter que l'interprète se retrouve en tête-à-tête avec le patient/usager.

Témoignage d'un professeur d'un service de maladies infectieuses

« Une relation de confiance tripartite est essentielle car dans cette relation triangulaire seul(e) l'interprète est à même de tout comprendre. Cette confiance passe sans doute par une garantie de qualité de formation mais aussi par une confiance renouvelée au fil des entretiens. »

5.2.2 Besoins prioritaires

Dans l'idéal, le recours à un interprète professionnel devrait être envisagé pour chaque consultation avec un patient/usager parlant peu ou pas français, mais cela est difficile en pratique courante. Certaines situations nécessitent de façon prioritaire l'intervention d'un interprète, telles que le début de prise en charge (consultation initiale), les consultations d'annonce et de synthèse, etc.

La maîtrise de la langue française par les patients

Il est clair qu'un patient ne parlant pas français nécessite l'intervention d'un interprète. En revanche, dans le cas d'un patient parlant « un peu » français, la situation est moins évidente. Il est important de proposer un interprète aux patients parlant « un peu » français car ces derniers peuvent généralement répondre à des questions de la vie courante sans pour autant être en mesure de comprendre un entretien spécialisé, demandant une connaissance linguistique fine et comportant des termes techniques médicaux. De plus, l'état émotionnel de l'utilisateur influençant sa capacité d'écoute et de mémorisation dans sa propre langue maternelle, les moyens dont il dispose dans une langue partiellement maîtrisée sont d'autant plus diminués. Cette situation peut créer une *illusion* de communication entre le patient/usager et le professionnel intervenant dans son parcours de santé et créer des malentendus, parfois graves, voire des risques pendant la prise en charge (par exemple manque d'observance, incompréhension d'une pathologie).

Les pathologies

Le critère « pathologie » ne permet pas d'identifier un besoin prioritaire. En revanche, le recours à la notion de « situation complexe » (à savoir des facteurs médico-psycho-socio-culturels susceptibles d'interférer avec la prise en charge) peut permettre de déterminer les situations justifiant de façon prioritaire l'intervention d'un interprète, à la discrétion du professionnel.

Les consultations clefs

L'intervention d'un interprète est particulièrement importante à certains temps forts de la prise en charge du patient/usager.

Une liste non-exhaustive est proposée : consultation initiale, annonce de diagnostic, consultation nécessitant de recueillir un consentement éclairé, consultation de synthèse, initiation d'un traitement, changement de traitement/protocole, restitution des résultats, proposition d'un examen/intervention chirurgicale, sortie d'hospitalisation, entretien pré-anesthésique, entretien avec un psychologue/psychiatre, consultation de prévention et de promotion de la santé, consultation obligatoire avec un médecin du travail, etc.

À tout moment, le patient/usager et le professionnel intervenant dans son parcours de santé peuvent, et même doivent, solliciter un interprète s'ils le jugent nécessaire. Il faut tenir compte du fait que ce n'est pas uniquement le professionnel qui a des informations à délivrer à l'utilisateur et donc qui dispose des paramètres pour déterminer si l'intervention d'un interprète est nécessaire. Le patient/usager a également des informations à communiquer et/ou demander au professionnel. Les deux perspectives sont à prendre en compte. Il est donc essentiel d'**informer le patient en début de prise en charge qu'il peut demander ou refuser l'intervention d'un interprète s'il le souhaite.**

Par ailleurs, il est important que le recours à des interprètes soit possible pour tous les professionnels intervenant dans le parcours de santé du patient et qui en expriment le besoin, à savoir les professionnels médicaux, paramédicaux et les professionnels du secteur social (assistants sociaux, etc.) intervenant dans le parcours de santé du patient/usager.

Témoignage d'un pédopsychiatre

« Nécessité de recourir à des interprètes professionnels compte tenu de l'extrême complexité de cette fonction en pédopsychiatrie.

Absolue nécessité de décharger l'enfant qui, pour les demandeurs d'asile, assume généralement cette fonction du fait de l'isolement familial et des difficultés de financement. »

Témoignage d'un médecin généraliste dans un centre de santé ayant accès à 'un interprétariat professionnel

« Le jour où j'ai découvert l'interprétariat professionnel téléphonique, dans ce centre, j'ai immédiatement ressenti une baisse de la tension en consultation. L'agacement qui se manifestait de mon côté comme du côté du patient disparaissait. Agacement qui était lié aux difficultés de se comprendre mutuellement. Impossible de parler de respect, ni même de relation de soins sans interprétariat professionnel. Les patients partent satisfaits de l'échange et l'expriment. Quand on peut demander à la personne qu'on soigne: avez-vous d'autres choses à signaler ? Avez-vous d'autres questions ? Et que la personne, avec l'aide de l'interprète professionnel peut formuler une incompréhension ou une inquiétude, c'est réellement du soin. Sans ça, le soin se transforme en une violence bilatérale. »

Témoignage d'un médecin généraliste

« L'interprétariat est indispensable pour l'alliance thérapeutique notamment dans les traitements de tuberculose très fréquente également. Il faut beaucoup de temps pour convaincre les gens d'aller au bout d'un traitement. Un traitement intermittent est non seulement préjudiciable à la personne soignée mais favorise également l'émergence de souches résistantes.

Même si le traitement est mis en route par le CLAT, l'alliance thérapeutique avec le médecin de famille, qui va encourager, expliquer, accompagner, etc., est très importante. »

5.3 Compétences

Deux documents clefs encadrent les compétences requises des interprètes dans le domaine de la santé :

- la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, adoptée à Strasbourg, le 14 novembre 2012 (3) ;
- le référentiel de compétences de l'interprète médical et social professionnel, élaboré par le Groupe de travail national interassociatif, composé des neuf associations signataires de la charte susnommée, validé en mars 2016¹⁰.

La HAS retient les quatre domaines de compétences identifiés dans le référentiel de compétences.

La HAS rappelle que ces compétences s'inscrivent dans le respect des principes déontologiques précédemment énoncés, c'est-à-dire la fidélité de la traduction, la confidentialité et le secret professionnel, l'impartialité et le respect de l'autonomie des personnes.

► Domaine de compétence 1 : cadre professionnel

L'interprète dans le domaine de la santé :

- inscrit son intervention au sein d'un cadre professionnel ;
- a conscience des enjeux professionnels liés à l'acte d'interprétation ;
- respecte l'intégrité, l'autonomie et les logiques des interlocuteurs.

Témoignage d'une psychologue

*« Les interprètes avec qui je travaille soulignent l'importance d'inscrire leur intervention dans un cadre professionnel qui leur assure une "protection" :
- en étant reconnu comme un professionnel qui connaît ses fonctions et ses limites ;
- en lui permettant d'affirmer les principes déontologiques ».*

► Domaine de compétence 2 : interprétation de liaison

L'interprète dans le domaine de la santé :

- traduit le sens des propos au plus près des nuances exprimées et contribue à la fluidité des échanges ;
- garantit une interprétation fidèle aux paroles des usagers et professionnels et non à leurs intentions supposées.

Il est du devoir de l'interprète de demander une précision/explication/reformulation avant de traduire s'il ignore le sens d'un terme ou d'une formulation employé par l'un ou l'autre des interlocuteurs.

¹⁰ Groupe de travail national interassociatif. Référentiel de compétences, Interprète médical et social professionnel. Mars 2016 [non publié].

Témoignage d'une psychiatre

« J'attends une précision dans la traduction mais aussi dans le contexte de l'entretien, c'est-à-dire qu'ils n'hésitent pas à me demander par exemple ça : « ça, dans ma langue, ça ne peut pas se traduire, est-ce que vous acceptez que je le dise comme ça ? ». Mais qu'ils me le disent. Qu'ils échangent avec moi sur les jeux de la précision ».

► Domaine de compétence 3 : distanciation

L'interprète dans le domaine de la santé :

- assure la fonction d'interprétation consécutive, ou plus rarement simultanée, pour laquelle il est mandaté, quel que soit le contexte émotionnel (souffrance, détresse, etc.) ;
- développe au sein des groupes de pairs des capacités d'analyse, de réflexivité et de distanciation pour rester à l'écoute et stable dans son travail d'interprétation ;
- respecte l'intégrité, l'autonomie et les stratégies / logiques des interlocuteurs.

Témoignage d'un cadre de santé au sein d'une équipe mobile psychiatrie précarité

« Il importe également que l'interprète puisse prendre du recul et de la distanciation par rapport à la situation rencontrée qui peut faire écho à son propre parcours individuel. S'il a vécu des scènes compliquées dans son parcours (violence, agression, etc.) par exemple ».

► Domaine de compétence 4 : attention interculturelle

L'interprète dans le domaine de la santé :

- intervient au croisement des registres de langages, d'usages et de systèmes de référence et fait preuve d'une attention et d'une disponibilité interculturelles afin de mettre en « relation de compréhension » les parties ;
- analyse les situations et sait discerner les origines des dysfonctionnements ou blocages dans l'échange qui relèvent de l'interprétation (vide lexical et points aveugles), des mots tabous, des stéréotypes ;
- tient compte de la place et du rôle de chacun dans cette relation triangulaire inhérente à l'interprétation en veillant à maintenir un positionnement impartial ;
- reste centré sur son travail d'interprète en ayant conscience des enjeux linguistiques et/ou de positionnement que peuvent entraîner :
 - sa maîtrise des deux langues,
 - sa responsabilité de « veille de la compréhension »,
 - et les attentes culturelles (conseil, expertise, explication, substitution, etc.) dont il peut être l'objet par les interlocuteurs.

Témoignage d'un interprète

« Lors d'une séance de psychothérapie, la psychologue demande à la patiente si elle veut bien lui raconter son dernier rêve. La patiente acquiesce de la tête. Elle l'invite donc à commencer. La parole ne vient pas. Le silence s'installe. La patiente me regarde avec insistance mais ne s'exprime toujours pas. Je traduis à nouveau la demande du thérapeute pour m'assurer qu'elle a bien compris. Elle me répond alors que je n'ai pas prononcé la formule "khair oua slam" qui signifie littéralement "le bien et la paix " et qui est une manière de dire : je t'écoute et que ce rêve soit porteur de bien et de paix. J'explique au thérapeute la demande de la patiente. Je prononce la formule, la thérapeute répète. La patiente commence alors à raconter son rêve. »

Témoignage d'un interprète

« Un homme disait au médecin "le bas ne fonctionne plus". J'ai compris qu'il était gêné, j'ai traduit littéralement au médecin en ajoutant que je pensais qu'il voulait parler d'un problème d'impuissance. »

5.4 Formation

La formation des interprètes a pour objectif l'acquisition des compétences citées dans la section précédente pour leur permettre l'exercice de leur fonction dans le respect du cadre déontologique qui leur est propre.

La formation des interprètes est nécessaire et recommandée par les textes ci-après encadrant l'interprétariat dans le domaine de la santé :

- dans la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, les associations signataires s'engagent à développer et approfondir la formation initiale et continue des interprètes dans le domaine de la santé. L'interprète accomplit ses fonctions professionnelles en engageant sa responsabilité et ce, en identifiant ses limites linguistiques et de posture professionnelle et en renforçant sa pratique à travers la formation continue (3) ;
- la recommandation du Conseil de l'Europe sur les « services de santé dans une société multiculturelle » stipule que des programmes de formation s'imposent pour les interprètes travaillant dans le domaine de la santé (12) ;
- le référentiel de compétences recommande l'association de la formation et l'analyse des pratiques pour acquérir les compétences requises pour l'exercice de l'interprétariat dans le domaine de la santé¹¹.

Actuellement, les formations des interprètes sont hétérogènes tant par leur volume horaire que par leur contenu. Les formations disponibles sont majoritairement de type « professionnalisant » et non diplômant. Les formations existantes sont disponibles sur les sites de chaque association.

Le Groupe de travail national interassociatif¹² fait des préconisations de formation pour les interprètes professionnels. La formation de type professionnel doit s'organiser en différentes étapes : les prérequis, la formation de base et les modules de perfectionnement.

Comme prérequis au recrutement, les compétences dans la ou les langues d'interprétariat sont préalablement testées dès lors que le candidat n'est pas diplômé d'une école de traduction.

Puis la formation à la fonction d'interprète dans le domaine de la santé se présente selon les items suivants : le tutorat, les apports théoriques, les suivis individuels et collectifs par la structure employeur, les groupes d'analyse des pratiques et les expériences de terrain (cf. Figure 1).

¹¹ Groupe de travail national interassociatif. Référentiel de compétences, Interprète médical et social professionnel. Mars 2016 [non publié].

¹² À la date de validation du référentiel de compétences, le Groupe de travail national interassociatif est composé de : **Adate** – Grenoble, **Aptira** – Angers, **Asamla** – Nantes, **Cofrimi** – Toulouse, **ISM Corum** – Lyon, **ISM Interprétariat** – Paris, **Mana** – Bordeaux, **Migrations Santé Alsace** – Strasbourg, **Réseau Louis Guilloux** (anciennement RVH 35) – Rennes.

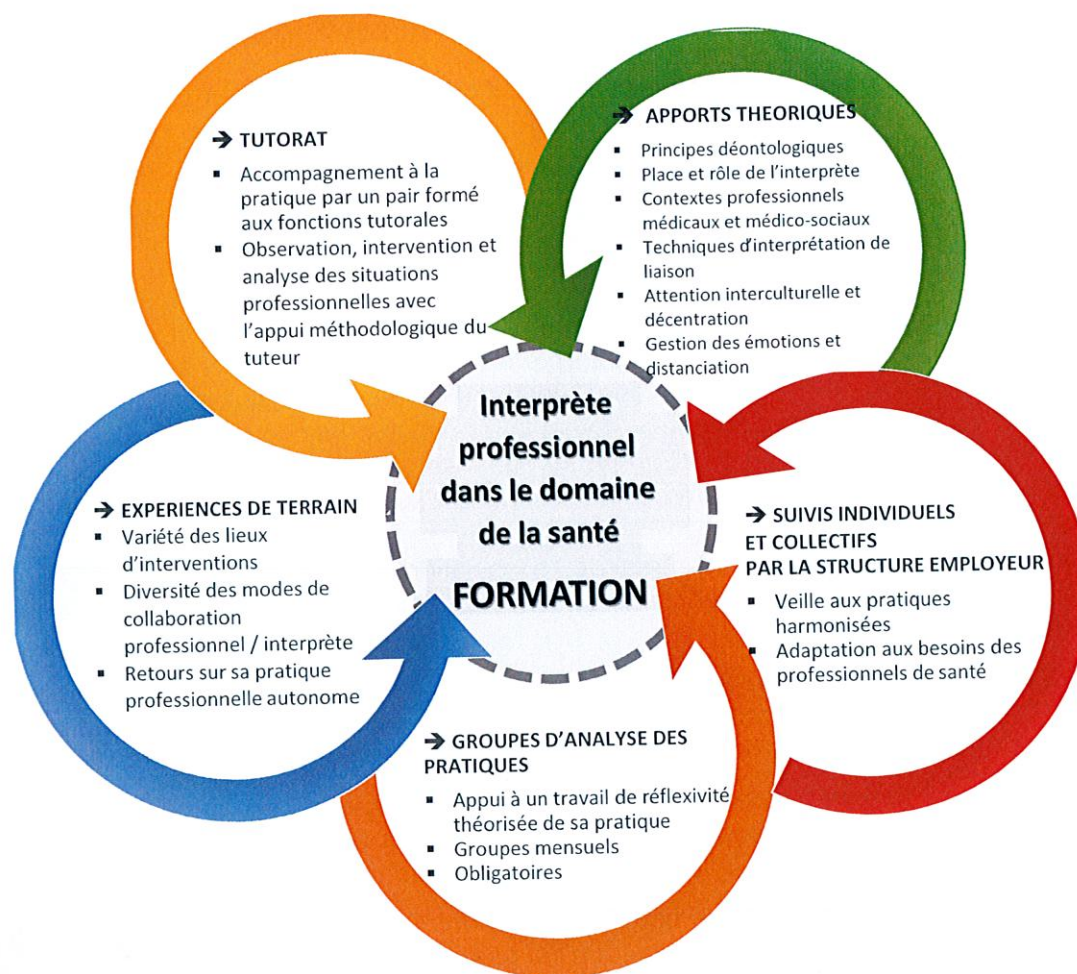


Figure 1. Formation à la fonction d'interprète dans le domaine de la santé

[Figure extraite des préconisations de formation pour les interprètes professionnels établies par le Groupe de travail national interassociatif]

L'ensemble du dispositif pédagogique est conçu en deux niveaux : 1/ niveau de base, et 2/ niveau de perfectionnement.

- Le **tutorat** représente un des principaux leviers de la prise de fonction ; il est en articulation direct avec le **suivi individuel fait par la structure employeur** ;
- la formation de type professionnel inscrit le développement des compétences dans une confrontation à des lieux diversifiés, grâce aux **expériences terrain** ;
- les **apports théoriques** se réfèrent aux différentes fonctions de l'interprète :
 - les interprètes travaillant dans le cadre de la santé mentale doivent être spécifiquement formés pour remplir leurs fonctions lors des interventions psychothérapeutiques ou psychiatriques. La formation porte *a minima* sur l'organisation des soins de santé mentale et la connaissance des troubles psychiatriques,
 - par ailleurs, il peut en être de même pour d'autres thématiques spécifiques dans le champ de la santé (annonce de maladies graves, handicap, éducation thérapeutique du patient, etc.) ;
- la formation intègre obligatoirement des séances mensuelles d'**analyse des pratiques**. Elles sont imposées durant les deux premières années :
 - les groupes d'analyse des pratiques sont des temps d'échanges et d'interrogations déontologiques sur les situations d'interprétariat rencontrées au quotidien. Ils participent au développement

de méthodes de réflexivité sur la pratique professionnelle, indispensable au contexte spécifique de la santé. Ils doivent être animés par des psychologues, ou autres animateurs/formateurs compétents et formés à cette technique.

Témoignage d'une assistante sociale

« On sent que les interprètes ont les mêmes directives à la base... de comment se passe l'interprétariat. On sent qu'ils sont formés. On ressent qu'il y a quelque chose comme ça. Quand ça se passe bien, ils ont le même comportement en entretien : la distance, traduire les choses, expliquer à l'utilisateur exactement ce qu'on dit... »

Témoignage d'une psychologue

« Dans le contexte psychothérapique, on sent les interprètes rodés à la pratique de l'interprétariat, et pas seulement sur le plan linguistique. Leur approche est, le plus souvent, empreinte de prévenance et de tact, mêlant de façon équilibrée une proximité accueillante et une distance professionnelle qui participent à l'établissement d'un dispositif d'écoute propice au travail en cours. Ce constat est récurrent y compris face à des interprètes de tempéraments et de styles très différents. On les sent engagés dans leur travail, bien formés et disposant de ressources personnelles suffisantes pour faire face à des situations parfois particulièrement complexes. »

Liste des tableaux et figures

Tableau 1. Interprétariat en face-à-face versus par téléphone – Avantages et inconvénients (non-exhaustifs)	15
Tableau 2. Autres moyens de communication - Limites et risques (non-exhaustifs).....	17
Tableau 3. Revue de la littérature – Question d'étude	36
Tableau 4. Revue de la littérature – Termes de recherche	37
 Figure 1. Formation à la fonction d'interprète dans le domaine de la santé.....	 30

Abréviations

AAMI.....	Association accompagnement migration intégration
AFILS....	Association française des interprètes et traducteurs en langue des signes
APTIRA.	Association pour la promotion et l'intégration dans la région d'Angers
ASAMLA	Association santé migrants Loire-Atlantique
CASO....	Centre d'accueil de soins et d'orientation
CEESP..	Commission d'évaluation économique et santé publique
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLAT	Centre de lutte anti tuberculeuse
COFRIMI	Conseil et formation sur les relations interculturelles et les migrations
COMEDE	Comité pour la santé des exilés
CSMI.....	Centre de santé mentale infantile
CSP.....	Code de la santé publique
CSS.....	Code de la sécurité sociale
DGCS....	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS ...	Direction générale de l'offre de soins
DGS.	Direction générale de la santé
DSS.....	Direction de la sécurité sociale
HAS	Haute Autorité de Santé
ISM.....	Inter Service Migrants
ISO	<i>International Organization for Standardization</i> (Organisation internationale de normalisation)
LMSS....	Loi de modernisation de notre système de santé
LSF	Langue des signes française
MdM.....	Médecins du monde
MSA.....	Migrations Santé Alsace
NR.....	Non renseigné
SEESP..	Service évaluation économique et santé publique
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UASS-LS	Unités d'accueil et des soins des patients sourds en langue des signes
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Annexe 1. Article 90 de la LMSS du 26 janvier 2016

I. – Le chapitre préliminaire du titre I^{er} du livre I^{er} 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 ».

Annexe 2. Distinction entre la médiation en santé et l'interprétariat dans le domaine de la santé

Le médiateur en santé et l'interprète dans le domaine de la santé ont des fonctions qui peuvent mobiliser tous deux la question de la langue et de la culture et se situent comme tiers entre institutions/professionnels et usagers qui ont des difficultés d'accès aux services. Néanmoins, il est important de comprendre leurs particularités pour savoir quelle solution envisager selon les contextes (24).

Alors que l'interprétariat cible les personnes parlant peu ou pas français, la médiation vise les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, pour des raisons potentiellement autres que la seule barrière linguistique ou culturelle.

Le travail de l'interprète est centré sur la langue et sur la restitution du sens. Lorsqu'il traduit, il mobilise des connaissances culturelles des deux langues qui lui permettront de restituer les dictons, expressions, etc. mais il ne s'autorisera à apporter des explications culturelles qu'exceptionnellement en précisant qu'il sort de la traduction, et en demandant la validation de son apport par les personnes. Le médiateur peut prendre appui sur ses connaissances des contextes voire des cultures et des langues pour proposer ou négocier des solutions acceptables par les parties. Il peut apporter des éclairages culturels lorsqu'il le juge nécessaire. Si le médiateur, dans des contextes populationnels particuliers, intervient occasionnellement sur le registre de la langue, il ne dispose pas des compétences techniques d'interprétation acquises par une formation spécifique et il n'est dès lors pas lié par les principes déontologiques de fidélité de la traduction et d'autonomie des personnes que garantit l'interprète professionnel.

Alors que l'interprète travaille toujours en présence des deux parties, le médiateur travaille entre les deux parties sans qu'elles soient nécessairement en présence. Par ailleurs, l'interprète n'effectue pas de démarche avec les personnes, alors que le médiateur peut y être amené.

L'interprète postule l'autonomie et la capacité des personnes à s'exprimer en leur nom dès lors qu'on leur en donne la possibilité en levant la barrière de la langue. Le médiateur accompagne les personnes vers une autonomie progressive (sans injonction à l'autonomie).

Une formation spécifique est nécessaire à l'exercice de ces deux fonctions.

Pour plus d'information sur la médiation en santé, la HAS vous invite à consulter le référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques de la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins.

Annexe 3. Méthodologie

Pour réaliser ce référentiel, la HAS propose de s'appuyer sur une revue de la littérature, une réunion de parties prenantes et des entretiens individuels pour approfondir certaines questions.

► Revue de la littérature

Une revue de la littérature a été conduite pour identifier les documents pertinents en France et à l'international sur l'interprétariat dans le domaine de la santé.

Définition de la question d'étude

La question d'étude est définie par les critères PICOS et présentée dans le Tableau 3.

Tableau 3. Revue de la littérature – Question d'étude

Population	Pas de restriction
Intervention	Interprétariat en santé
Comparateur	Pas de restriction
Outcome	• Recommandations • Compétences • Formation • Programmes : études de coûts en France
Study type	Pas de restriction

Stratégie de recherche

Bases de données

Les bases de données bibliographiques automatisées consultées sont les suivantes : Medline (National Library of Medicine, États-Unis), the Cochrane Library (WileyInterscience, États-Unis), BDSP Banque de données en santé publique, Science Direct (Elsevier), Cairn et Érudit.

Les termes de recherche sont détaillés dans le Tableau 4.

Tableau 4. Revue de la littérature – Termes de recherche

Type d'étude / sujet / Termes utilisés	
Interprétariat	
Health[TIAB] AND ("Translating"[Mesh] OR interpreter*[TIAB])	
Recommandations	Consensus[TIAB] OR guideline*[TIAB] OR recommend*[TIAB] OR guidance[TIAB] OR "Guideline" [Publication Type]
Compétences	competenc*[TIAB] OR skill*[TIAB] OR "Professional Competence"[Mesh]
Formation	"Education, Professional"[Mesh] Or training[TIAB] or education[TIAB]
Programme : Études de coûts / France	("Economics"[Mesh] OR cost[TIAB] OR costs[TIAB] OR economic*[TIAB] OR French[TIAB] OR "France"[MeSH] OR France[TIAB]) AND (Programme[TIAB] OR experience[TIAB] OR experiment*[TIAB])

Recherches manuelles

Les sites Internet français et internationaux pertinents ont été explorés en complément des sources interrogées systématiquement. La liste des sites consultés est présentée ci-dessous.

- Agency for Healthcare Research and Quality
- Association pour l'accueil des voyageurs
- Association suisse pour l'interprétariat communautaire et la médiation interculturelle
- Australian Institute of Interpreters and Translators (AUSIT)
- Bibliothèque médicale Lemanissier
- California Healthcare Interpreters Association
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé
- Centers for Disease Control and Prevention
- CISMeF
- Collège des médecins du Québec
- Collectif français de la médiation en santé publique
- Conseil de l'Europe
- Department of Health (UK)
- Fondation Robert Schuman
- France Médiation
- Haute Autorité de Santé
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
- Intermed, réseau d'accès à la santé
- International Medical Interpreters Association
- Joint Commission
- National Council on Interpreting in Health Care
- National Health Services
- National Institute for Health and Clinical Excellence
- PASS International
- Programme national de médiation sanitaire
- Santé Canada

- Service public fédéral (SPF) Santé publique
- WHO Regional Office for Europe
- World Health Organization

► Échange avec des parties prenantes

Des parties prenantes ont été consultées au cours d'une réunion de travail et d'entretiens individuels.

La charte de l'expertise sanitaire, approuvée par le décret n° 2013-413 du 21 mai 2013, indique que la décision pour laquelle une expertise est sollicitée « *peut s'appuyer, si l'objet de l'expertise le justifie, sur la prise en compte des points de vue des parties prenantes (ou parties intéressées)* ».

Les parties prenantes sont définies comme des « *personnes ou groupes concernés ou susceptibles de l'être, directement ou indirectement, par les conséquences de la décision, notamment des milieux associatifs et des acteurs économiques ou professionnels, ou qui représentent l'intérêt général de groupes concernés par ces conséquences* ».

Réunion de parties prenantes

Une réunion de parties prenantes a eu lieu le 23 septembre 2016.

La liste des personnes présentes à la réunion de parties prenantes est reportée en Annexe 5.

Le compte rendu de la réunion est disponible en Annexe 6.

Entretiens individuels

Des entretiens individuels de parties prenantes ont été réalisés afin de compléter les retours de la réunion de parties prenantes.

La méthodologie des entretiens est décrite ci-dessous :

- entretien d'une durée de 1h-1h30, en face-à-face ou par téléphone ;
- déroulement en deux parties : 1/ entretien libre, retour d'expérience ; 2/ entretien semi-directif à partir du support de présentation.

Dans la première partie des entretiens, de type libre, l'entretien se passe sur le mode de la conversation « naturelle », sans cadre prédéfini. Ce type d'entretien est souvent utilisé pour les retours d'expérience. La seconde partie des entretiens, de type semi-directif, a permis de poser des questions spécifiques pour lesquelles la HAS souhaitait interroger la partie prenante, à savoir : les documents clefs pour définir l'interprétariat (charte Strasbourg 2012, norme ISO), l'identification des besoins prioritaires, le positionnement des interprètes professionnels par rapport aux autres outils de communication.

La liste des personnes contactées dans le cadre de ces entretiens de parties prenantes est rapportée en Annexe 5.

Annexe 4. Coordonnées des principales associations proposant un service d'interprétariat professionnel

National	Téléphone et mail
ISM Interprétariat (Inter Service Migrants) 90, avenue de Flandre 75019 PARIS Couverture téléphonique sur tout le territoire (métropole et outre-mer)	01 53 26 52 62 http://www.ism-interpretariat.fr/

Région et Structure	Téléphone et mail
GRAND EST	
MSA , Migrations Santé Alsace 24, rue du 22 novembre 67 000 STRASBOURG	03 88 22 60 22, migrationssante@free.fr www.migrationssante.org , rdvinterprete@migrationssante.org (pour la prise des rendez-vous d'interprétariat) Si non, contact@migrationssante.org
ISM EST 44, avenue des Deux-Fontaines 57 000 METZ	03 87 31 77 77 Interprétariat direct 03 87 30 03 51 http://ism-est.net
NOUVELLE-AQUITAINE	
Mana Soins psychothérapeutiques et prévention auprès des populations migrantes 20, quai de la Monnaie 33 800 BORDEAUX	06 73 40 83 49 http://www.cliniquetransculturelle-mana.org mana.interpretariat@gmail.com
BRETAGNE	
RLG , Réseau Louis Guilloux 12 ^{ter} , avenue de Pologne 35 200 RENNES	02 99 32 91 57 http://www.reseauvillehopital35.org/
CENTRE VAL DE LOIRE	
Accueil et promotion Service Migrants 5, rue Samson 18 000 BOURGES	02 48 70 99 23 accueil-et-promotion@wanadoo.fr

Région et Structure	Téléphone et mail
BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ AAMI 70, association Accompagnement Migration Intégration 6, cours François-Villon 70 000 VESOUL	03 84 75 36 27 aami70@wanadoo.fr
ÎLE-DE-FRANCE ISM Interprétariat rue du Faubourg Saint Martin 75 010 PARIS	01 53 26 52 50, www.ism-interpretariat.com
OCCITANIE Cofrimi, conseil et formation sur les relations interculturelles et les migrations 108, route d'Espagne 31 100 TOULOUSE	05 34 60 12 71 http://www.cofrimi.com
PAYS DE LA LOIRE Aptira, association pour la promotion et l'Intégration dans la région d'Angers 35, rue Saint-Exupéry 49 100 ANGERS Asamla, association santé migrants Loire-Atlantique 49-51, chaussée de la Madeleine, 44 000 NANTES	02 41 88 64 33 http://aptira.org/ 02 40 48 51 99 http://www.asamla.fr/
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR Centre Osiris, association de soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique 10, boulevard Cassini 13 004 MARSEILLE ISM Méditerranée 1, boulevard Garibaldi 13 001 MARSEILLE	04 91 91 89 73 http://www.centreosiris.org 04 91 92 56 44 ismm@wanadoo.fr

Région et Structure	Téléphone et mail
Auvergne Rhône-Alpes	
Adate 5, place Sainte-Claire 38 000 GRENOBLE	04 76 44 46 52 www.adata.org
Addcaes , association départementale pour le développement et la coordination des actions auprès des étrangers de la Savoie 259, place René Vair BP 3126 Le Biollay 73 031 CHAMBERY	04 79 72 43 49 http://www.addcaes.org/
ISM Corum 32, cours Lafayette 69 421 LYON	04 72 84 78 99 http://www.ismcorum.org/

Annexe 5. Parties prenantes sollicitées

► Réunion de parties prenantes

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ce référentiel.

Structure	Interlocuteur
Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) de l'Hôpital Bichat-Claude Bernard Ministère des Affaires étrangères et du Développement international	Dr Frédérique Delatour, Consultante au CeGIDD de l'Hôpital Bichat-Claude Bernard, Conseillère Santé pour la Mission de l'adoption internationale (MAI)
Migrations Santé Alsace (MSA)	Emilie Jung, Directrice adjointe
AP-HP	Corinne Lamouche, Responsable de la mission vulnérabilités
Association Parole sans frontière	Dr Bertrand Piret, Psychiatre, Responsable de l'association Parole sans frontière
Migrations Santé Alsace (MSA)	Liliana Saban, Directrice
ISM Interprétariat	Aziz Tabouri, Directeur
Unions de Lorraine et de Champagne Ardenne à l'Union régionale des professionnels de santé représentant les médecins libéraux de la région Grand Est (URPS ML Grand Est)	Dr Pierre Tryleski, Médecin généraliste, Responsable de la commission « Accès aux soins »
Comité pour la santé des exilés (COMEDE)	Laure Wolmark, Responsable psychothérapie et santé mentale
CHU Toulouse	Pavla Zatvrska, Interprète, Coordinatrice interprétariat et médiation inter-culturelle

► Entretiens individuels

Structure	Interlocuteur
Direction générale de l'offre de soins	Julia Caratti, chargée de mission accès aux soins des personnes en situation de handicap – autisme
Direction générale de la santé	Catherine Chardin, chargée de mission au bureau de lutte contre les infections par le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose (SP2)
Groupe des hôpitaux de l'Institut catholique de Lille	Dr Benoît Drion, praticien des Hôpitaux et coordinateur du réseau Sourds et Santé
Association Santé Migrant Loire-Atlantique (ASMLA)	Cédric Gratton, directeur

Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé
Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques

Ex-aequo	Pascaline Michel, présidente de l'AFILS et interprète français-langue des signes française
Unité Rhône Alpes d'accueil et de soins pour les sourds (URAASS)	Dr Benoît Mongourdin, praticien hospitalier et responsable Centre national Relais 114
ATIP/AVENIR, INSERM 738	Michael Schwarzingier, chercheur en économie de la santé

► **Groupe de lecture**

Structure	Interlocuteur
Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) de l'Hôpital Bichat-Claude Bernard Ministère des Affaires étrangères et du Développement international	Dr Frédérique Delatour, Consultante au CeGIDD de l'Hôpital Bichat-Claude Bernard, Conseillère Santé pour la Mission de l'adoption internationale (MAI)
Migrations Santé Alsace (MSA)	Emilie Jung, Directrice adjointe
Unions de Lorraine et de Champagne Ardenne à l'Union régionale des professionnels de santé représentant les médecins libéraux de la région Grand Est (URPS ML Grand Est)	Dr Pierre Tryleski, Médecin généraliste, Responsable de la commission « Accès aux soins »
CHU Toulouse	Pavla Zatvrska, Interprète, Coordinatrice interprétariat et médiation inter-culturelle

► **Consultation publique**

Structure
Osiris, association de soutien thérapeutique aux victimes de torture et de répression politique
CLAT 53, centre de lutte antituberculeux
La case santé
Direction générale de la santé
CHS Savoie
ISM Interprétariat
Unité départementale intersectorielle, « La Causerie », EPS VILLE EVRARD
URML Pays de La Loire
COMEDE

Académie nationale de médecine
CHU Toulouse
CMSI Association Rénovation, Centre de Santé Mentale Infantile
Médecins du monde
Conseil départemental de la Gironde, Direction Promotion de la Santé PMI-Ado-Adultes, Centre de lutte contre la tuberculose, Maison départementale de la santé
Groupe de travail national interassociatif
Parole sans frontière
Université Paris Diderot Paris 7
Centre Françoise Minkowska
ISM CORUM
Individuel, n=5

Annexe 6. Compte rendu de la réunion de parties prenantes du 23 septembre 2016



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Compte rendu

Réunion de parties prenantes – 23 septembre 2016
Interprétariat linguistique - Élaboration de référentiels de compétences, de formation, et de bonnes pratiques

Participants

Présents

Parties prenantes (PP)

- *Dr Frédérique Delatour*, Consultante au CeGIDD de l'Hôpital Bichat-Claude Bernard, Conseillère Santé pour la Mission de l'adoption internationale (MAI) au ministère des Affaires étrangères et du Développement international
- *Emilie Jung*, Directrice Adjointe de Migrations Santé Alsace (MSA)
- *Corinne Lamouche*, Responsable de la mission vulnérabilités à l'AP-HP, Direction des patients, usagers et associations
- *Dr Bertrand Piret*, Psychiatre, Responsable de l'Association Parole sans frontière
- *Liliana Saban*, Directrice de Migrations Santé Alsace (MSA)
- *Aziz Tabouri*, Directeur d'ISM Interprétariat
- *Dr Pierre Tryleski*, Médecin généraliste, Responsable de la commission « Accès aux soins » des URPS ML Grand Est
- *Laure Wolmark*, Responsable psychothérapie et santé mentale au Comité pour la santé des exilés (COMEDE)
- *Pavla Zatvrska*, Interprète, Coordinatrice interprétariat et médiation interculturelle CHU de Toulouse

HAS

- *Catherine Rumeau-Pichon*, chef du Service Évaluation économique et Santé publique (SEESP) et directrice adjointe de la Direction de l'Évaluation médicale, économique et de Santé publique (DEMESP)
- *Dr Olivier Scemama*, Adjoint au chef de service, SEESP, HAS
- *Agathe Doutriaux*, chef de projet, SEESP, HAS

Excusés

Parties prenantes

- *Dr Arnaud Veisse*, Médecin généraliste, Directeur général du Comité pour la santé des exilés (COMEDE)

HAS

- *Magali Cognet*, chef de projet, SEESP, HAS

Un tour de table a été effectué afin que chaque participant se présente et indique ses liens avec le sujet.

I-Objectifs

Les objectifs de cette réunion de parties prenantes (PP) ont été rappelés :

- présenter la saisine et son contexte ;
- discuter des éléments principaux suivants :
 - définir l'interprétariat linguistique et son périmètre d'application,
 - identifier les besoins prioritaires,
 - clarifier les différents types d'interprétariat et modes/outils de communication,
 - discuter d'éventuelles spécificités entre l'interprétariat en médecine libérale et en secteur hospitalier,
 - proposer un format pour le référentiel de bonnes pratiques.

II-Éléments/sujet/questions abordés

1- Présentation du contexte, de l'objectif de la saisine et de la mise en œuvre envisagée

La HAS a rappelé que l'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé a introduit dans le Code de la santé publique un nouvel article prévoyant l'élaboration de référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques pour définir et encadrer les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire (MS) et d'interprétariat linguistique (IL). Cet article précise que les référentiels sont élaborés par la HAS. Cette mission a donc été inscrite au programme de travail 2016 de la HAS, demande portée par quatre directions d'administration centrale, la DGS, la DGOS, la DSS, la DGCS.

Pour réaliser ces référentiels, la HAS propose de s'appuyer sur une revue de la littérature, des réunions de PP sur chaque thème et des entretiens individuels pour approfondir certaines questions. La HAS envisage de mettre en place un groupe de relecture ou une consultation publique des référentiels.

La HAS prévoit d'orienter la revue de la littérature sur les programmes mis en place, les référentiels publiés et sur les données de coûts, publiés en France et à l'étranger.

La HAS a rappelé son souhait de :

- s'appuyer sur les documents existants publiés, tels que la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France (3) ;
- produire des référentiels utiles et lisibles par les professionnels dans le domaine de la santé, les institutions, les interprètes et prestataires.

La HAS a rappelé la notion de « parties prenantes ».

La HAS a présenté la bibliographie fournie par la DGS pour faire un état des lieux de la littérature consultée au jour de la réunion.

2- Discussion des points clés

Les points suivants prévus à l'ordre du jour ont été abordés :

- définir l'interprétariat linguistique et son périmètre d'application ;
- identifier les besoins prioritaires ;
- clarifier les différents types d'interprétariat et modes/outils de communication ;
- discuter d'éventuelles spécificités entre l'interprétariat en médecine libérale et en secteur hospitalier ;
- proposer un format pour le référentiel de bonnes pratiques.

a. Définition de l'interprétariat

La HAS a présenté les définitions d'interprétariat dans le domaine de la santé identifiées dans la littérature dans deux sources : la charte de l'interprétariat et la norme ISO (4).

Discussion

La définition de l'interprétariat linguistique n'est pas évidente. L'interprétariat linguistique est un métier normé, qui se définit par un référentiel de compétences, une déontologie, des fonctions essentielles ainsi que des responsabilités associées.

La terminologie a été discutée avec les PP. La charte propose « interprétariat en milieu médical et social » et la norme internationale ISO propose « interprétariat en milieu social ». Il a été convenu de la formulation suivante « Interprétariat dans le domaine de la santé ».

Pour la définition de l'interprétariat dans le domaine de la santé, il a été convenu de renvoyer aux deux documents suscités, reconnus comme documents de référence.

La terminologie « interprète » fait référence à une personne qualifiée pour exercer la fonction d'interprète.

Pour le référentiel de compétences, il a été convenu de renvoyer au document de référence publié : « *Référentiel de compétences de l'interprète médical et social professionnel* »¹³. Un référentiel de formation est en cours d'élaboration.

Points clés

- Reprendre les documents de référence (Charte, norme ISO, référentiel de compétences)
- Retenir la dénomination « interprétariat dans le domaine de la santé »
- Insister sur la notion de métier normé

b. Besoins prioritaires

Dans l'idéal, il faudrait un interprète professionnel à chaque consultation avec un patient parlant peu/pas français, mais cela est difficile en pratique courante. Certaines situations nécessitent davantage l'intervention d'un interprète, telles que le début de prise en charge, les consultations d'annonce et de synthèse, etc.

La HAS a présenté une proposition de schéma pour identifier les situations prioritaires pour lesquelles l'intervention d'un interprète est indispensable.

Le Dr Piret a présenté l'évolution de l'utilisation de l'interprétariat en psychiatrie dans le Bas-Rhin.

¹³ Groupe de travail national interassociatif. Référentiel de compétences, Interprète médical et social professionnel. Mars 2016 [non publié].

Discussion

Le schéma présentant les situations prioritaires a été discuté.

Le patient

Le patient doit être au centre du schéma, sans patient l'intervention d'un interprète n'a pas lieu.

Le niveau de français des patients

Il est clair qu'un patient allophone nécessite l'intervention d'un interprète. Dans le cas d'un patient parlant « un peu » français, la situation est moins évidente. Il est important de proposer un interprète aux patients parlant « un peu » français car ces derniers peuvent généralement répondre à des questions de la vie courante sans pour autant être en mesure de comprendre une discussion avec des termes médicaux. Cette situation peut créer une *illusion* de communication entre le professionnel et le patient.

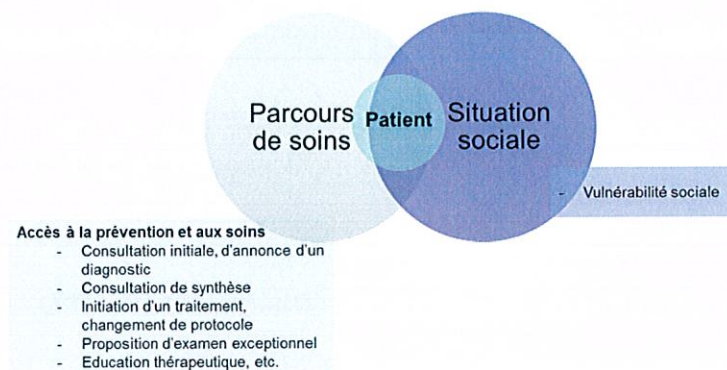
Pathologie

Le critère « pathologie » ne permet pas d'identifier un besoin prioritaire. Il a été proposé de retirer ce critère. En revanche, la notion de pathologie/situation « très complexe » pourrait représenter un besoin prioritaire et justifier l'intervention d'un interprète, à la discrétion du professionnel.

Situation sociale-administrative.

Il a été proposé de reformuler ce critère par la terminologie « situation sociale », qui couvre également l'aspect administratif. Dans le contexte de l'interprétariat linguistique, les patients ont accès aux soins, la question de la couverture santé n'est donc pas pertinente.

Le schéma mis à jour



Ce schéma représente une généralité qu'il est indispensable de nuancer. À tout moment, le professionnel et le patient peuvent et même doivent solliciter un interprète s'ils le jugent nécessaire. En effet, il est possible que le patient ait besoin de parler en dehors des consultations clés identifiées par le professionnel. Les deux perspectives sont à prendre en compte.

Il faut informer le patient en début de prise en charge qu'il peut demander l'intervention d'un interprète s'il le souhaite.

Mme Zatvrska a évoqué, à titre d'exemple, le protocole mis en place au sein de la PASS du CHU de Toulouse, afin que les patients puissent bénéficier de l'interprétariat dans les différentes temporalités de son parcours. Mme Zatvrska a souhaité démontrer qu'il est techniquement possible de mettre en place une organisation pour avoir recours à un interprète, et ceci pour l'ensemble des professionnels intervenant dans une équipe pluridisciplinaire (Dr, IDE, AS). Cette organisation est en place au sein d'un service de consultations sans rendez-vous dont la moitié de l'activité rencontre la barrière linguistique.

Il a été discuté d'étendre le recours aux interprètes en dehors des consultations avec des médecins. En effet, d'après des retours d'expérience, les interprètes sont sollicités dans 80 % des cas au cours de consultations médicales et dans 20 % des cas pour des consultations avec un psychologue. L'intervention des interprètes mériterait d'être étendue à tous les professionnels intervenant dans le parcours de soins du patient, dont les infirmiers, les assistantes sociales, etc.

Points clés

- Informer les patients qui parlent peu/pas français de la possibilité de bénéficier d'un interprète
- Schéma des besoins prioritaires à nuancer
- Étendre l'intervention des interprètes à tous les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient

c. Différents types d'interprétariat

Les différents types d'interprétariat identifiés dans la littérature ont été présentés, à savoir les interprètes professionnels versus non professionnels :

- interprètes professionnels : en face-à-face ou par téléphone ;
- interprètes non professionnels : les interprètes informels (accompagnant du patient) et les interprètes *ad hoc* (membre du personnel (non) soignant).

Discussion

Il est indispensable de différencier l'interprétariat des autres modes de communication. L'interprétariat fait référence à un interprète professionnel tandis que les autres modes/outils de communication sont assimilés à de la « traduction ».

Il est important de séparer ces deux éléments dans des sections bien distinctes dans le référentiel de bonnes pratiques.

Il existe trois types d'intervention pour l'interprétariat : en face-à-face et par téléphone (utilisés actuellement en pratique courante) et par vidéo (en cours d'implémentation par ISM interprétariat, sous un format Skype professionnel). À l'exception des consultations en psychiatrie où seuls les interprètes en face-à-face sont sollicités, les deux types d'interprétariat présentent des avantages et des inconvénients.

	Avantages	Inconvénients
Face-à-face	- « dimension non verbale »	- coût - disponibilité de l'interprète - organisation
Téléphone	- intervention en cas d'urgence, sans RDV - rapidité d'accès - entretien court - impact économique limité - anonymat - multiplicité des langues	- pas possible en psychiatrie - « dimension non verbal » absente, c-à-d. regards - non adapté pour consultations clés, i.e. annonce, consultation de synthèse, éducation thérapeutique

À titre informatif, l'association MSA rapportait moins de 100 heures d'interprétariat par téléphone sur près de 25 000 heures. Ce type d'intervention est réservé aux urgences pour cette association.

Il existe de nombreux autres modes de communication utilisés aujourd'hui en pratique courante. Mme Lamouche a évoqué une enquête sur les 38 sites de l'AP-HP afin de réaliser un état des

lieux des pratiques dans ce domaine. Quatre modalités ont été définies : interprétariat professionnel, traduction par les professionnels de santé, traduction par l'entourage, utilisation d'outils (par exemple des pictogrammes, des sites de traduction en ligne, etc.). Les résultats sont en cours d'analyse. Ils pourront être transmis à la HAS.

Il a été convenu de présenter ces autres modes de communication dans le référentiel de bonnes pratiques et d'en souligner les limites/dangers. Parmi les autres modes de communication, il y a l'intervention d'un « traducteur » non professionnel et des outils de communication. La formulation « Tiers non professionnels » a été arrêtée pour désigner un « traducteur » non professionnel et marquer la différence avec un interprète professionnel, qualifié pour le métier d'interprète. Cette catégorie regroupe les professionnels de proximité (personnels de l'hôpital), l'entourage du patient (accompagnant si en face-à-face). Il existe aussi des outils de communication tels que des pictogrammes (Medipicto, lien : <http://medipicto.aphp.fr/#/>) et Google Traduction. Ces modes de communication présentent de vraies limites :

- donnent *l'illusion* d'une communication entre le professionnel et le patient. Le médecin peut avoir le sentiment de s'être fait comprendre sans être réellement compris par le patient ;
- déontologie : dans le cas d'un « tiers non professionnel » dans l'entourage du patient. Qui est réellement cette personne ?
- transfert de responsabilités et perte d'autonomie du patient ;
- pictogrammes : non universels ;
- etc.

Retour d'expérience sur la pratique des listings

Ce type de listing est intitulé « personnel bénévole bilingue » au CHU de Toulouse. Le terme de « bilingue » peut être contesté car il n'y a pas d'indicateur en place pour s'en assurer, cela fait donc plus référence à des bénévoles « qui parle une langue étrangère ». En pratique, les listings ne sont pas opérationnels, sont complexes et nécessitent du temps. Il y a un frein organisationnel certain. La traduction par un professionnel de santé d'une autre spécialité peut entraîner une perte d'autonomie du patient. Ce type de listing peut être utile lors d'un premier entretien pour obtenir quelques informations précises sur le patient, puis il est indispensable d'orienter le patient vers des interprètes professionnels. Les PP ont souligné l'impact de cette pratique sur le personnel bénévole : lourde charge/responsabilité pour le professionnel, mise à mal de la relation patient/soignant et professionnel/soignant.

Outils de traduction en ligne

MSA a réalisé des tests sur l'outil de traduction Google Traduction. Ces tests ont révélé que cet outil n'est pas adapté aux langues rares et au contexte médical (outil plus performant pour les termes administratifs). Les professionnels ne sont pas conscients des erreurs de traduction de Google traduction.

Points clés

- **Différencier l'interprétariat professionnel des autres modes de communication**
- **Présenter les autres modes de communication dans une section distincte et en souligner les limites et dangers**

d. Ville/hôpital

La HAS a ouvert la discussion sur d'éventuelles spécificités entre l'interprétariat en médecine libérale et en secteur hospitalier.

Le Dr Tryleski a présenté le dispositif d'interprétariat en médecine de ville de l'URPS ML A CA L.

Discussion

Ce ne sont pas deux secteurs qui s'opposent. Ils s'inscrivent dans une continuité des soins, un parcours global du patient. La thématique de « soins coordonnés » et de la médecine de parcours a été abordée.

Points clés

- Il n'y a pas de spécificité particulière de l'interprétariat en médecine libérale et en secteur hospitalier.

e. Format bonnes pratiques

La HAS a interrogé les PP sur le format des référentiels, avec pour objectif d'élaborer un document utile et lisible.

Discussion

La question de la cible de ces référentiels a été posée. Les cibles sont multiples : ces référentiels s'adressent aux personnes qui interviennent dans la prise en charge du patient, c'est-à-dire les institutions, les professionnels dans le domaine de la santé (médecins, infirmiers, assistantes sociales, etc.), les interprètes et les patients.

Les PP ont émis la possibilité d'inclure des témoignages pour illustrer les bonnes pratiques.

f. Autres sujets de discussion

Volet « coût », « efficience »

Les PP ont partagé à plusieurs reprises l'intérêt d'explorer les volets « coût » et « efficience » de l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. La discussion a porté sur :

- l'impact de l'interprétariat en termes de coût en fonction de différentes perspectives : l'hôpital et la société ;
- l'amélioration du service rendu ;
- le coût de la qualification des interprètes : formation et prestation ;
- la trop grande importance donnée aux coûts dans les appels d'offres, fondés entre 60 % et 100 % sur le coût.

Sensibilisation

Former et sensibiliser les professionnels à l'accueil et à la prise en charge de patients allophones, avec l'intégration de cette thématique en formation initiale et en formation continue.

Informer les médecins de l'importance d'évoquer avec les interprètes le contenu de la consultation en amont, principalement pour les consultations difficiles (par exemple annonce de diagnostic), afin que l'interprète puisse pleinement assurer sa mission.

Mme Saban a évoqué à ce sujet un projet de recherche financé par la Fondation de France, portant sur les soins avec interprète dans la relation médecin-patient. Des pistes de travail ont été identifiées dans le cadre de ce projet et pourraient être utiles pour le référentiel de bonnes pratiques (en particulier sur la question de l'annonce du diagnostic).

Freins

Plusieurs freins aux dispositifs d'interprétariat linguistique ont été énoncés :

- le temps : des consultations plus longues ;
- la disponibilité des interprètes, notamment pour les interventions en face-à-face ;
- le coût : pas de valorisation en termes de coûts du temps passé avec un interprète.

Procédures

Les procédures actuelles pour avoir recours à un interprète sont très complexes, avec un circuit administratif lourd à l'hôpital. Les usagers sont demandeurs de procédures simplifiées pour avoir recours à un interprète. Ils souhaitent également être informés de ces procédures.

Hétérogénéité territoriale

Les PP ont insisté sur la disparité du recours à l'interprétariat entre les régions (Alsace ≠ Ile-de-France, Lorraine). Un fléchage des financements pourrait permettre de garantir l'équité entre les régions.

Disponibilité de l'information

Dans un souci d'accès à l'information, il faudrait traduire les documents dans toutes les langues qui s'écrivent.

Les documents principaux à traduire sont : la charte du patient hospitalisé, les documents de recueil de consentement (*a minima* traduit à l'oral avec la mention « en présence d'un interprète »), les documents de désignation de la personne de confiance, directives anticipées, etc.

Présentations

- Médiation sanitaire et interprétariat linguistique – Élaboration de référentiels de compétences, de formation, et de bonnes pratiques, support de la réunion présenté par la HAS.
- Évolution de l'utilisation de l'interprétariat en psychiatrie dans le Bas-Rhin, présentation du Dr Piret.
- Présentation du dispositif interprétariat en médecine de ville de l'URPS ML A CA L, présentation du Dr Tryleski.
- Interprétation-Médiation interculturelle – Organisation, besoins, perspectives, présentation de Pavla Zatvrska (*non projetée*).

Annexe 7. L'équipe

Ce travail a été coordonné et rédigé par Magali Cognet et Agathe Doutriaux, chefs de projet à la HAS dans le Service d'évaluation économique et de santé publique (SEESP). La feuille de route a été rédigée par Agnès Dessaigne, chef de projet à la HAS dans le SEESP.

Ce travail a été relu par le Dr Olivier Scemama, adjoint au chef de service, sous la direction de Catherine Rumeau-Pichon, chef de service et adjoint au directeur de l'évaluation médicale, économique et de santé publique.

Le secrétariat a été assuré par Laurence Touati-Guesdon.

La recherche documentaire a été réalisée au service Documentation-Veille, assistée de Maud Leffèvre, sous la direction de Frédérique Pagès, chef de service du service Documentation-Veille.

Les rapporteurs de la CEESP étaient : Daniel Bideau, de l'Union fédérale des consommateurs (UFC) Que Choisir, Jean-Claude K Dupont, chercheur, philosophe, Olivier Lacoste, géographe de la santé et Emmanuel Rusch, santé publique et épidémiologie, sous la direction de Christian Saout, président de la CEESP.

Bibliographie

1. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel 2016;27 janvier.
2. Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Journal Officiel 2017;7 mai(108).
3. ADATE, APTIRA, ASAMLA, COFRIMI, ISM Corum, ISM Interprétariat, *et al.* Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France (adoptée à Strasbourg le 14 novembre 2012). Strasbourg: UNAF; 2012.
<http://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf>
4. Organisation internationale de normalisation. Norme ISO 13611. Interprétation - Lignes directrices pour l'interprétation en milieu social. Genève: ISO; 2014.
5. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire N°DHOS/E1/2007/163 du 20 avril 2007 relative aux missions, à l'organisation et au fonctionnement des unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes (LS) Paris: Ministère de la santé et des solidarités;; 2007.
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_163_200407.pdf
6. Seleskovitch D. Interprétation ou interprétariat ? Meta Journal des traducteurs 1985;30(1):19-24.
7. Schwarzing M. Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le 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, décembre 2012. Paris: Direction générale de la santé; 2012.
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_interpretariat_professionnel_sante.pdf
8. Chaaban S. Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprete professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse [thèse] Toulouse: Université Paul Sabatier Toulouse III; 2014.
<http://thesesante.ups-tlse.fr/1634/1/2014TOU31041.pdf>
9. Union régionale des professionnels de santé regroupant les médecins libéraux d'Alsace. Guide d'utilisation du dispositif d'interprétariat en médecine de ville de l'URML-Alsace Schiltigheim: URML Alsace; 2014.
<http://www.urml-alsace.fr/category/73-acces-aux-soins-des-personnes-en-difficulte?download=143:acces-aux-soins-interpretariat-professionnel-guide-d-utilisation-2014>
10. Médecins du monde. Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France en 2015. Paris: MDM; 2016.
<http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/10/14/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2015>
11. Comité pour la santé des exilés. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement. guide pratique pour les professionnels. Saint-Denis: INPES; 2015.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf>
12. Conseil de l'Europe. Recommandation Rec(2006)18 du Comité des ministres aux états membres sur les services de santé dans une société multiculturelle. Strasbourg: CE; 2006.
https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805d73bf
13. WHO Regional Office for Europe. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. European consultation on the rights of patients Amsterdam 28-30 march 1994. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1994.
http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf
14. Conseil de l'Europe. Charte sociale européenne (révisée). Strasbourg: CE; 1996.
<https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchService/DisplayDCTMContent?documentId=090000168007cf94>
15. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction générale de la santé. Usagers vos droits. Charte de la personne hospitalisée. Paris: Ministère de la santé et des solidarités; 2006.
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf
16. Migration Santé Alsace, Adate, Asamla, Cofrimi, ISM Interprétariat, ISM Corum, *et al.* L'interprétariat médical et social professionnel. Exercice effectif des droits et de la santé dans une société plurielle. Strasbourg: MSA; 2012.
<http://www.conference.migrationssante.org/textes-de-reference/politiques-publiques-en-faveur-de-linterpretariat/#ancr14>
17. Karliner LS, Jacobs EA, Chen AH, Mutha S. Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited english proficiency? A systematic review of the literature. Health Serv Res 2007;42(2):727-54.
18. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. Med Care Res Rev 2005;62(3):255-99.

19. Brisset C, Leanza Y, Laforest K. Working with interpreters in health care: a systematic review and meta-ethnography of qualitative studies. Patient Educ Couns 2013;91(2):131-40.

20. PASS International. Is the use of interpreters in medical consultations justified ? A critical review of the literature. Bruxelles: COFETIS-FOSOVET ; 2008.

21. ISM Interprétariat. Comment travailler avec un interprète sur place ? Fiche 1. Paris: ISM Interprétariat; 2015.

<http://www.ism-interpretariat.fr/wp-content/uploads/2015/06/Fiche-pratique-Comment-travailler-avec-un-interprete-sur-place.pdf>

22. Interprétariat; I. Comment travailler avec un interprète par téléphone ? Paris: ISM Interprétariat; 2015.

<http://www.ism-interpretariat.fr/wp-content/uploads/2015/06/Fiche-pratique-Interpr%C3%A9tariat-par-t%C3%A9l%C3%A9phone.pdf>

23. Migration Santé Alsace. Coopération professionnelle entre les interprètes et les acteurs de la santé ou du social [En ligne]. Strasbourg: MSA; 2017.

<https://www.migrationssante.org/axes-dintervention/interpretariat/cooperation-professionnelle/>

24. Madelin B, Gential D, Goyaux N, Bouille-Ambrosini I. Refonder la politique d'intégration. Rapport du groupe protection sociale. 29 octobre 2013. Paris: La Documentation Française; 2013.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000759.pdf>



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur :
www.has-sante.fr