



Inspection générale
des affaires sociales

Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé

RAPPORT

Établi par

Philippe BURNEL

Philippe CALMETTE

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2019 –

- 2018-128R -

SYNTHESE

[1] La mission relative au modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé a été conduite de fin novembre 2018 à mars 2019 dans le cadre de la lettre de mission de la Ministre des solidarités et de la santé en date du 24/10/2018 qui fixait deux objectifs :

- Formuler des propositions pour rendre l'accès à l'interprétariat effectif tant pour le secteur hospitalier qu'en ville en prenant en compte les différentes formes qu'il peut revêtir en fonction des différentes étapes du parcours ;
- Objectiver un modèle économique de l'interprétariat en identifiant les ressources qui seraient requises et les modalités de leur financement.

[2] La nécessité pour le patient et son soignant de se comprendre, est clairement posée par les textes à vocation éthique et juridique comme dans la littérature scientifique et médicale, voire médico-économique. Dès lors que le professionnel de santé et le patient ne parlent pas la même langue, le recours à l'interprétariat est indispensable. Le non-recours constitue une prise de risque, un facteur de non qualité et une source potentielle de soins non pertinents et inutilement coûteux.

[3] L'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé (article L.1110-13 du CSP) a confié à la Haute Autorité de Santé la mission d'élaborer un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Dans son référentiel publié en octobre 2017, la HAS fait du recours à l'interprétariat professionnel la pratique de référence. Les autres solutions (recours à un autre professionnel de santé bilingue, à un proche du patient ou à un outil de traduction numérique) devant être proscrites ou circonscrites à des situations limitées.

[4] Le constat de la réalité des pratiques témoigne de l'importance de l'écart avec les recommandations de la HAS. Si la prise en compte des difficultés linguistiques est généralement bien organisée dans les structures dédiées à l'accueil des patients migrants et/ou précaires (structures associatives et PASS principalement), le recours à l'interprétariat professionnel reste une solution de recours minoritaire dans le système de santé de droit commun.

[5] L'offre d'interprétariat s'est progressivement structurée à l'initiative de l'économie sociale et des associations les plus importantes du secteur, qui ont pris plusieurs initiatives visant à professionnaliser le métier et à garantir l'éthique et la qualité des prestations : adoption d'une charte en 2012, d'un référentiel de compétences en 2016, participation aux travaux de normalisation ISO...

[6] La comparaison avec d'autres pays montre que la France est clairement en retrait en matière de recours à des interprètes professionnels, tant du point de vue du droit (certains pays affirmant un droit à l'interprétariat attaché au patient – ou à l'utilisateur des services publics - allophones) que de la pratique. Le niveau des dépenses en témoigne : à population étrangère comparable, le niveau des dépenses en France devrait se situer aux environs de 30 M€ selon les standards anglais ou suisse, voire 300 M€ sur la base des pratiques suédoise contre 6 M€ actuellement. Bien qu'estimés avec une méthode qui autorise de larges approximations, ces chiffres rendent compte de l'ampleur des écarts de pratique.

[7] Certains établissements de santé (CHU de Strasbourg et de Toulouse) et certaines URPS-ML et ARS (régions Grand-est et Pays de la Loire) se sont néanmoins engagés de façon volontariste en s'appuyant sur l'expérience d'associations fournissant les prestations d'interprétariat.

[8] Ces expériences permettent de tirer des enseignements sur la conception du dispositif à mettre en place pour généraliser l'accès à des prestations d'interprétariat :

➤ Le dispositif doit être connu et lisible et sa justification affirmée.

[9] Que ce soit en ville ou en milieu hospitalier, le recours pertinent à l'interprétariat suppose que les praticiens et les patients soient informés des possibilités de recours à l'interprétariat. Son existence doit donc faire l'objet d'une large communication auprès des établissements et des professionnels de santé.

[10] En amont de l'information opérationnelle, il importe que la motivation et l'économie générale du dispositif soient connues des acteurs concernés. Les messages de l'exigence de la qualité, de l'égalité d'accès et du refus de la perte de chance doivent être d'autant plus clairement portés que les réticences peuvent être parfois d'une autre nature que purement fonctionnelles ou pratiques : **La motivation et l'économie générale du dispositif ainsi que les principes d'organisation et de fonctionnement du recours à l'interprétariat doivent être posés par une instruction ministérielle.**

➤ Ses règles de bon usage doivent être élaborées et largement diffusées.

[11] Le recours à l'interprétariat professionnel doit être affirmé comme un outil de la qualité et de la réduction des risques liés aux soins. Il est toutefois coûteux et forcément contraignant pour le professionnel de santé. Il serait, à ce titre, déraisonnable de prétendre accompagner 100 % des recours aux soins, de patients allophones, d'un interprète. De plus, le recours aux différentes formes d'interprétariat professionnel doit pouvoir être guidé. **Les modalités de recours à l'interprétariat doivent donc être explicitées et mises sous forme de recommandations (voire de protocoles ou d'arbres de décision) en veillant à la simplicité de leur usage. Cette mission relève de la HAS.**

➤ Il doit être simple d'usage en permettant au professionnel de santé d'y recourir directement sans excès de procédures.

[12] Les professionnels de santé doivent pouvoir accéder directement au service d'interprétariat dans le respect des règles de bon usage décrites au-dessus.

[13] En milieu hospitalier, la mise en place d'une fonction de coordination de l'interprétariat, telle qu'elle existe au CHU de Toulouse apparaît comme une bonne pratique permettant tout à la fois de sensibiliser et de former les professionnels de santé au bon usage de l'interprétariat, d'organiser le recours (procédures de recours, appels d'offres de prestataires, contrôle qualité du service fait...), y compris en gérant avec rigueur les listes de volontaires internes à l'établissement (mises à jour, vérification de leurs compétences linguistiques, organisation de formations). **Dans les établissements de santé, l'effectivité et la qualité de l'organisation du recours à l'interprétariat professionnel devraient figurer dans le référentiel de certification de la HAS.**

[14] En milieu libéral mais aussi au sein des établissements de santé, en situation de paiement à l'acte ou à l'activité, dans un contexte de tensions sur le temps médical disponible, la question de la simplicité d'usage peut inclure celle de l'absence de « dés-incitation » du fait de la pénalisation que représente l'allongement du temps de consultation. Dans le contexte de la stratégie nationale de santé qui vise notamment au renforcement des soins de premiers recours, la mission considère **que l'introduction d'une majoration liée à la présence (physique, téléphonique ou par vidéo) d'un interprète devrait constituer une priorité.**

➤ Il doit être adapté et agile dans ses modalités de fonctionnement pour répondre à la diversité et l'évolutivité des besoins d'interprétariat.

[15] Les recours à l'interprétariat présentiel et à distance (par téléphone ou par vidéo) doivent être rendus également accessibles aux professionnels de santé. La mission considère cependant que l'interprétariat à distance (par téléphone et par vidéo) doit constituer la base d'une réponse accessible aux professionnels de santé en tout point du territoire et à toute heure du jour ou de la nuit.

[16] L'accès à l'interprétariat présentiel doit être possible dans le respect des règles de bon usage qui auront été posées. En dépit des contraintes de programmation qui y sont associées, cette modalité est souvent préférée par les professionnels de santé parce qu'elle permet à l'interprète de capter la communication non verbale. Elle apparaît en outre plus humainement adaptée dans les situations difficiles telles que l'annonce d'un diagnostic grave ou pour les consultations de santé mentale. Pour des raisons de faisabilité, son usage doit s'inscrire dans une organisation qui permet de mobiliser l'interprète au cours d'une même vacation au profit de plusieurs patients et/ou de plusieurs professionnels (parcours) au profit d'un même patient.

[17] Enfin, certains territoires en particulier les DOM soumis à une forte immigration (Mayotte et La Guyane) requièrent des dispositions particulières permettant notamment la présence permanente d'interprètes.

➤ La mise en mouvement des acteurs locaux doit être coordonnée par les ARS.

[18] Il ressort des expériences des régions, Grand-est et Pays de la Loire, la nécessité d'une action coordonnée à destination des différents interlocuteurs concernés : opérateurs d'interprétariat, associations d'accueil des immigrés, établissements et professionnels de santé. Si le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) apparaît comme l'élément fédérateur qui fonde la cohérence de l'action, la déclinaison opérationnelle n'en est pas moins importante. A l'instar ce qui est réalisé au sein du NHS (cf. infra), **un travail de cartographie des besoins d'interprétariat devrait être intégré de façon systématique au sein des PRAPS.**

[19] **Les outils de la contractualisation apparaissent bien adaptés pour formaliser les actions attendues des différents acteurs et les mesures d'accompagnement à la main des ARS :** CPOM liant l'ARS et les différentes URPS pour assurer la sensibilisation et l'accompagnement des professionnels, mais aussi contrats ou conventions d'accompagnement des CPTS, des MSP ou des GHT.

➤ La qualité des prestations doit être garantie aux professionnels de santé et aux patients

[20] La qualité de l'offre repose aujourd'hui sur la motivation des acteurs qui s'inscrivent dans une démarche historiquement militante en faveur des droits des migrants et dans une perspective non lucrative, constitutive, pour certains offreurs, d'une forme de délégation de service public. Dans cette vision de leurs missions, les opérateurs du secteur ont pris des initiatives décrites plus haut pour professionnaliser leur métier tout en l'inscrivant dans une charte éthique. L'expérience d'autres champs d'activité montre que ce modèle et les motivations qui le portent s'inscrivent difficilement dans la durée. Surtout l'extension du marché de l'interprétariat en santé qui résulterait de la mise en place de financements s'accompagnera très probablement de l'émergence de nouveaux offreurs entraînant une concurrence notamment sur les prix qui n'existe pas aujourd'hui.

[21] **Afin de garantir la qualité des prestations d'interprétariat, la mission recommande la mise en place d'un processus de certification obligatoire des entreprises et organisations commercialisant des prestations d'interprétariat en s'appuyant sur les travaux de normalisation conduits par la profession.**

[22] On ne peut en outre exclure l'émergence d'autres formes d'offres mettant plus directement en relation des interprètes avec l'acheteur de prestations : plateformes d'intermédiation et/ou interprètes indépendants. **Dans cette hypothèse, il convient de garantir la qualité de l'interprète lui-même en définissant des prérequis attestant d'un certain niveau de langue (certification type TOEFL ou TOEIC) et d'une formation minimale sanctionnée par un diplôme dans le champ de l'interprétariat médical et social.**

➤ Le coût du dispositif national d'interprétariat dépendra de son dimensionnement qui est lui-même conditionné par les besoins et par le niveau d'appropriation du dispositif par les professionnels.

[23] La mission a tenté d'évaluer la dépense attendue sur la base de différentes hypothèses de calcul faisant intervenir soit une estimation de la population allophone et de son recours aux soins, soit une extrapolation des dépenses à partir des comparaisons internationales ou des dépenses observées dans les régions françaises les plus avancées

[24] La première méthode strictement fondée sur une mesure du besoin théorique (chaque recours aux soins appelant le recours à un interprète) conduirait à un niveau de dépenses de 150 à 300 M€ selon le nombre de professions de santé incluses (médecins et établissements de santé, ou toutes les professions de santé). Ce montant amènerait à des niveaux de recours comparables à ceux de la Suède.

[25] Les autres méthodes conduisent à des montants autour de 20 à 40 M€. Ces approches qui combinent la prise en compte des besoins avec les taux de recours observés (c'est-à-dire prenant en compte le fait que les professionnels et établissements de santé ne font pas systématiquement appel à un interprète) permettrait de supporter un recours raisonné et encadré (par les règles de bon usage) à l'interprétariat.

➤ Plusieurs scénarios de financement ont enfin été élaborés par la mission : subvention aux opérateurs d'interprétariat, financement des opérateurs par les professionnels de santé et les établissements de santé, eux-mêmes bénéficiaires de ressources dédiées, financement par un fonds géré par la CNAM ou financement « sur le risque » par la création de prestations ad hoc.

[26] Après avoir évalué les avantages et inconvénients des différents scénarios, la mission considère qu'un financement dédié dans le cadre d'enveloppes fermées est la solution la plus simple,

la plus rapide de mise en œuvre et la plus adaptée à l'accompagnement d'un dispositif nouveau à l'échelle nationale et porteur par conséquent de fortes incertitudes.

[27] S'agissant de la médecine de ville, le recours à un fonds associé à une gestion directe des achats de prestations par l'Assurance maladie apparaît comme la solution la plus adaptée, les URPS n'ayant pas vocation à assurer cette mission et la capacité des futures CPTS à prendre en charge cette mission étant à ce jour incertaine et probablement peu réaliste au regard de leur taille et des missions prioritaires qui seront les leurs en matière de coordination des soins. La gestion directe par l'Assurance maladie permettra en outre de gérer, en tant que de besoin, l'extension aux différentes professions médicales

[28] S'agissant du champ hospitalier, le financement par une MIG dédiée apparaît comme la solution la plus simple et la plus évidente. Elle nécessite que le calibrage de la MIG soit assis sur des éléments objectifs de qualification du besoin (dans le cadre de la cartographie élaborée par chaque ARS), son versement s'opérant sur un modèle de remboursement des dépenses sous contrainte d'un barème de tarifs opposable.

[29] Cette juxtaposition de procédures est toutefois peu favorable à la mutualisation, dès lors que chaque établissement (GHT dans le cadre du secteur public) opérerait ses propres appels d'offres en s'adressant de fait aux mêmes opérateurs notamment en matière d'interprétariat téléphonique. **C'est pourquoi, la mission suggère de confier à la CNAM le portage d'un marché national d'interprétariat téléphonique, financé par le FNPEIS ou le FNDS, au profit de tous les acteurs, établissements et médecine de ville.**

➤ Enfin, la mission a souhaité attirer l'attention sur les progrès rapides des technologies de traduction numérique fondées sur des approches d'intelligence artificielle.

[30] **Elle recommande vivement d'assurer une veille technologique et d'encourager l'évaluation de dispositifs numériques d'interprétation dans le champ médical et leurs conséquences sur l'évolution du recours à l'interprétariat professionnel.**

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RAPPORT	13
1 L'INTERPRETARIAT LINGUISTIQUE, UN BESOIN POUR LES PATIENTS ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE DIVERSEMENT PRIS EN COMPTE	13
1.1 Contexte et origine de la mission	13
1.1.1 L'interprétariat est nécessaire à la bonne prise en charge des patients.....	13
1.1.2 Le recours à l'interprétariat professionnel constitue la solution de référence	16
1.1.3 Le référentiel HAS.....	18
1.1.4 La lettre de mission.....	19
1.2 Etat des lieux.....	19
1.2.1 Les populations concernées	19
1.2.2 Le recours à l'interprétariat : des pratiques diversifiées.....	22
1.2.3 Des expériences régionales en voie d'extension.....	25
1.2.4 Les contraintes et limites réelles ou supposées du recours à l'interprétariat professionnel en limitent l'usage	35
1.2.5 Des modes de financement diversifiés et non pérennes	36
1.2.6 Des initiatives pour structurer le secteur et pour davantage de professionnalisation	37
2 CE QUE NOUS APPRENNENT LES EXPERIENCES ETRANGERES	39
2.1 Le recours à l'interprétariat est un droit reconnu à la personne.....	40
2.1.1 En Suède: pour l'ensemble des personnes allophones, les textes reconnaissent un « droit du patient à comprendre les informations fournies par le prestataire de services de soins ».	40
2.1.2 Aux Etats-Unis : il existe un cadre juridique qui oblige toutes les structures de soins qui bénéficient de financements fédéraux à fournir un service d'interprétariat.....	40
2.1.3 En Allemagne: il existe un cadre juridique garantissant et organisant le droit à l'interprétariat, pour deux catégories particulières de populations allophones.....	41
2.2 Le recours à l'interprétariat est un outil de la qualité et de l'égalité d'accès aux soins.....	41
2.2.1 Le Québec.....	41
2.2.2 Le Royaume-Uni.....	43
2.2.3 L'Espagne	43
3 LES PARAMETRES DE L'EFFICIENCE ET LES CONDITIONS DE LA REUSSITE DES DISPOSITIFS D'INTERPRETARIAT	44
3.1 Un système connu et lisible par les professionnels de santé et les patients	44

3.2	Elaborer et promouvoir des règles de bon usage.....	45
3.3	Il doit être simple d'usage en permettant au professionnel de santé d'y recourir directement sans excès de procédures.....	46
3.4	Il doit être adapté et agile dans ses modalités de fonctionnement pour répondre à la diversité et l'évolutivité des besoins d'interprétariat.....	47
3.4.1	Le recours à l'interprétariat doit être opérationnel pour l'ensemble du territoire.....	47
3.4.2	Un panel large et évolutif de langues accessibles.....	48
3.5	Les Agences Régionales de Santé doivent organiser la réponse aux besoins.....	48
3.6	Les garanties de qualité des prestations.....	49
3.6.1	La qualité des opérateurs.....	49
3.6.2	La qualité des interprètes.....	50
4	LA RECHERCHE D'UN FINANCEMENT CONJUGUANT UN COUT MAITRISE ET DES VECTEURS ADEQUATS.....	51
4.1	Les hypothèses de coût.....	51
4.1.1	Une estimation des coûts à partir des expériences étrangères.....	53
4.1.2	Une estimation des recours attendus compte tenu de la population concernée.....	54
4.1.3	Estimation des coûts à partir des expériences françaises les plus abouties.....	56
4.1.4	Le codage PMSI.....	57
4.1.5	La question de la montée en charge.....	58
4.1.6	Au total, une dépense estimée entre 20 et 40 M€.....	58
4.2	Les scénarios de financement : avantages/inconvénients.....	59
4.2.1	Le financement direct par subvention des opérateurs par la puissance publique.....	59
4.2.2	Le financement des opérateurs par des dotations dédiées.....	59
4.2.3	Le financement et la gestion directe par l'assurance maladie dans le cadre d'un de ses fonds (FNASS, FNPEIS ou FNDS).....	60
4.2.4	Le financement via une prestation prise en charge sur le risque maladie.....	61
4.3	La préconisation de la mission : des modalités de financement mixtes adaptées aux spécificités des champs hospitaliers et ambulatoires.....	62
4.4	L'émergence des outils numériques de traduction automatique.....	63
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION.....	67
	LETTRE DE MISSION.....	69
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	73
	ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX CONSEILLERS POUR LES AFFAIRES SOCIALES.....	77
	PIECE JOINTE 1 : EXPLOITATION DES REPNSES DES C.A.S PAR LA DELEGATION AUX AFFAIRES EUROPEENNES ET INTERNATIONALES.....	79

EN ALLEMAGNE.....	85
AU CANADA	88
EN ESPAGNE	91
AUX ETATS-UNIS	94
EN FRANCE	103
EN ITALIE.....	104
AU ROYAUME-UNI.....	106
EN SUEDE	113
PIECE JOINTE 2 : EXEMPLE DE PROCEDURE DE DEMANDE D'INTERPRETARIAT AU CHU DE TOULOUSE (INTRANET)	119
PIECE JOINTE 3 : RECOMMANDATIONS POUR LE RECOURS AUX DIFFERENTS TYPES D'INTERPRETES (QUEBEC).....	121
PIECE JOINTE 4 : EXEMPLE D'OUTIL D'AIDE AU BON USAGE DE L'INTERPRETARIAT (EXTRAIT)	123
PIECE JOINTE 5 : QUI SONT LES INTERPRÈTES DE MIGRATIONS SANTE ALSACE ?	125
SIGLES UTILISES.....	127

RAPPORT

1 L'INTERPRÉTARIAT LINGUISTIQUE, UN BESOIN POUR LES PATIENTS ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE DIVERSEMENT PRIS EN COMPTE

[31] L'évolution des courants migratoires et notamment la variabilité et la diversité des langues et pays d'origine accroissent la fréquence des situations où les professionnels de santé sont amenés à prendre en charge des patients qui ne parlent pas la même langue qu'eux. La capacité des professionnels à délivrer des soins adaptés et de qualité ainsi que la capacité des patients à comprendre les enjeux, à consentir en toute connaissance de cause et à suivre les traitements prescrits sont alors compromis.

[32] Le nombre potentiellement élevé de patients concernés implique d'aller au-delà des réponses ponctuelles apportées ici ou là à l'initiative des acteurs locaux en construisant un dispositif qui soit apte à répondre aux demandes en tous points du territoire, quelles que soient les modalités de prise en charge du patient dès lors que la bonne compréhension des deux parties conditionne la qualité des soins.

[33] Le présent rapport, en cohérence avec les dispositions législatives relatives à l'interprétariat en santé (article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé) et avec les travaux de la HAS (référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins) a exclu de ses investigations l'interprétariat en langue des signes. Celui-ci fait l'objet d'un encadrement et de dispositions spécifiques précisés par la circulaire DHOS/E1/2007/163.

1.1 Contexte et origine de la mission

1.1.1 L'interprétariat est nécessaire à la bonne prise en charge des patients

[34] Au-delà de l'évidence de bon sens, la nécessité pour le patient et son soignant de se comprendre, est clairement posée par les textes à vocation éthique et juridique comme dans la littérature scientifique et médicale, voire médico-économique.

1.1.1.1 Le cadre juridique et éthique de l'exercice médical suppose une linguistique commune

[35] La nécessité d'établir une bonne communication avec le patient est rappelée dans divers textes internationaux, parmi lesquels on peut citer :

- La convention des Nations Unies pour les droits économiques, sociaux et culturels qui prescrit l'interdiction de « *toute forme de discrimination dans l'accès aux soins médicaux 5...] fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion [...]* » ;
- La déclaration de 1994, sur la promotion des droits des patients en Europe, qui indique que « *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 recommandation du Conseil de l'Europe sur les services de santé dans une société interculturelle selon laquelle « *des interprètes professionnels devraient être mis à disposition et utilisés régulièrement pour assister les patients membres de minorités ethniques, si nécessaire.* »

[36] A la différence d'autres pays¹, Il n'existe pas dans le droit français de droit à l'interprétariat médical. L'article 90 de la Loi de modernisation de notre système de santé fait en revanche de l'interprétariat linguistique un outil d'amélioration « *de l'accès aux droits, à la prévention et aux soins...* ».

[37] En outre, Il est aisé de déduire des différentes obligations éthiques et juridiques qui s'imposent aux professionnels de santé, la nécessité de garantir la bonne compréhension respective du patient et de celui qui le soigne. Dans sa thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine², Samah CHAABAN rappelle, sans prétendre à l'exhaustivité, les différentes exigences éthiques et juridiques qui supposent pour être satisfaites que le patient et son médecin parlent une langue commune :

- Le serment d'Hippocrate : « *J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences [...]* »
- L'article L1111-2 du Code de Santé Publique : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé [...] Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel...* »
- L'article R.4127-35 du CSP (code de déontologie médicale) : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension [...]* »
- La charte du patient hospitalisé : « *Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des personnes hospitalisées soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information [...] Le médecin doit, au cours d'un entretien individuel, donner à la personne une information accessible, intelligible et loyale [...] aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé.* »

1.1.1.2 La barrière de la langue est un facteur de non-qualité des soins

[38] Ainsi que le souligne M. SOUMANA ALI DAMANIO, M.DUCROZ et F.ALBERT dans leur thèse de médecine³, « *la relation médecin-patient est à la base de toute consultation. Elle ne peut être de qualité que si la compréhension mutuelle est assurée* ».

¹ C'est notamment le cas aux USA où le Civil Rights Act de 1964 oblige les prestataires de soins médicaux à fournir un service d'interprétariat et de traduction aux patients disposant d'une connaissance limitée de l'anglais. Ce point est développé plus loin dans la partie 3.

² Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse. Samah CHAABAN. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine soutenue à la faculté de médecine de Toulouse le 18 juin 2014.

³ M. SOUMANA ALI DAMANIO, M. DUCROZ et F. ALBERT. Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine générale ambulatoire dans les Pays de la Loire. Thèse pour le diplôme de docteur en médecine soutenue à Nantes, le 13 septembre 2018.

[39] En s'appuyant pour l'essentiel sur deux études publiées en Europe⁴ et en France⁵, S. CHAABAN relève un nombre important de facteurs de non qualité, démontrés dans la littérature scientifique et médicale⁶, en l'absence d'interprète, lorsque le patient et les soignants qui le prennent en charge ne pratiquent pas la même langue :

- Des investigations diagnostiques incomplètes et inappropriées ;
- Une diminution du nombre de symptômes physiques et mentaux signalés ;
- Un taux plus bas d'interventions préventives ;
- Un taux plus bas de suivi ;
- Une mauvaise observance du traitement ;
- Une augmentation des traitements inutiles reçus et des risques d'erreur de traitement ;
- Une gestion inadéquate des maladies chroniques et l'apparition de complications occasionnées par celle-ci ;
- Une augmentation du recours aux services des urgences ;
- Une sous-utilisation des services de santé, en particulier des services psychiatriques et préventifs ;
- Une augmentation du nombre de consultations répétées et inutiles dans différents centres de soins pour le même problème ;
- Des risques en termes d'erreurs médicales ;
- Le non-respect des principes de confidentialité ou de consentement éclairé.

[40] Dans une publication de 2001, S. BOWEN⁷ indique en synthèse « *qu'il a été démontré que les barrières linguistiques ont des effets négatifs sur l'accès aux soins de santé, sur la qualité des soins, sur le droit des patients, sur le degré de satisfaction des patients et des intervenants et, surtout, sur les résultats des traitements donnés aux patients.* »

[41] De même, la HAS⁸ considère, en se fondant sur la revue de la littérature que « *le recours à des interprètes professionnels est associé à une amélioration globale des soins.* »

1.1.1.3 Des enjeux médico-économiques plus complexes à établir

[42] La littérature scientifique et médicale fournit un certain nombre d'arguments, bien que moins solidement établis, visant à établir les surcoûts induits par la prise en charge de patients dans un contexte d'absence de langue commune.

⁴ RIBEIRA J. HAUSMANN S. PEETERS K. TOOMER E. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? Partners for Applied Social Sciences. Mars 2008. Etude financée avec le soutien du Fonds Européen pour les réfugiés.

⁵ M. SCHWARZINGER. ATIP/AVENIR, INSERM738. 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. Etude financée par la Direction Générale de la Santé.

⁶ BRIAND-LAMARCHE, M., et Guériton, M. L'interprétariat en tant que mode d'intervention en santé et en services sociaux, Montréal, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, mars 2017.

⁷ S BOWEN. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Santé Canada ; 2001 nov.

⁸ HAS. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Octobre 2017.

[43] Les facteurs de non qualité synthétisés par S. CHAABAN ont pour certains d'entre eux un impact direct (sur-prescription d'examen diagnostiques, recours plus fréquent aux urgences...) ou indirect (mauvaise observance) sur les coûts. D'autres travaux repris dans l'étude de PASS citée plus haut ou dans le guide de l'AHRQ⁹ montrent notamment l'existence de durées de séjour plus longues.

[44] En revanche, les travaux et études réalisées ne permettent pas de conclure à un bilan économique, positif ou négatif, du recours à l'interprétariat. Si les gains qualitatifs sont clairement établis, il n'en va pas de même du bilan économique. Tout au plus les auteurs cités dans l'étude PASS ou dans celle de M SCHWARZINGER mentionnent la modestie des coûts d'interprétariat rapportés à ceux des soins. Par ailleurs, les modélisations opérées dans diverses situations de prises en charge (prévention de complications diabétiques, prise en charge de patients tuberculeux ou infectés par le VIH) suggèrent que l'équilibre économique de l'intervention d'interprètes peut être facilement réalisé grâce au bénéfice tiré de cette intervention en termes d'observance des traitements et donc de complications lourdes évitées.

1.1.1.4 L'interprétariat est un des moyens de réponse à la précarité

[45] La non maîtrise de la langue constitue d'autant plus un handicap et une perte de chance, en l'absence de la mesure correctrice que constitue l'intervention d'un interprète, qu'elle se conjugue très fréquemment avec une situation de précarité qui majore les difficultés de santé. A ce titre, apporter une réponse aux difficultés linguistiques contribue à la lutte contre la précarité et participe à la réduction des inégalités de santé. Plusieurs Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), pilotés par les ARS, incluent ainsi légitimement l'interprétariat parmi les moyens d'intervention devant faciliter l'accès aux soins des populations les plus démunies¹⁰.

1.1.2 Le recours à l'interprétariat professionnel constitue la solution de référence

[46] Devant un patient allophone, le professionnel de santé qui le prend en charge peut recourir à plusieurs solutions :

- Il peut prendre en charge le patient sans recours à un tiers parce qu'il parle lui-même la langue du patient. Cette situation peut se rencontrer à l'hôpital ou dans les structures de santé dédiées à la prise en charge de patients précaires. Il en est ainsi pour les médecins et équipes soignantes issus de pays d'immigration ancienne (pays du Maghreb, par exemple). L'évolution des vagues migratoires remet cependant en cause ce schéma.
- Le patient et son médecin peuvent utiliser une langue tierce commune (par exemple l'anglais) et/ou s'aider d'un logiciel d'aide à la traduction généraliste (Google translation, par exemple) ou spécialisé (Traducmed¹¹), voire d'outils de type pictogramme (Medipicto¹²). La HAS invite cependant à considérer l'usage de ces moyens de communication avec une grande prudence, considérant qu'ils ne donnent souvent que « *l'illusion de la communication* » (cf. encadré ci-dessous).
- Le professionnel de santé peut enfin faire appel à un tiers interprète en recourant à un autre professionnel de santé qui parle la langue du patient, à un accompagnant du patient ou à un interprète professionnel.

⁹ Agency for Healthcare Research and Quality. Improving "Patient Safety Systems for Patients with Limited English Proficiency". September 2012.

¹⁰ C'est notamment le cas des PRAPS des régions Ile-de-France, Grand-Est ou Pays de la Loire que la mission a consultés.

¹¹ <http://www.traducmed.fr/>

¹² <http://medipicto.aphp.fr/#/>

Des limites actuelles des traducteurs numériques généralistes

Des chercheurs américains du Zuckerberg San Francisco General Hospital se sont donc penchés sur la fiabilité de Google Translate, afin de vérifier si son utilisation pouvait faire courir des risques aux patients.

Le test a porté sur une série de 100 instructions de sortie, contenant au total 647 phrases. Google Translate a été utilisé pour traduire, d'une part en espagnol, d'autre part en chinois, ces instructions rédigées en anglais.

Les traductions étaient justes dans 92 % des phrases pour le passage de l'anglais à l'espagnol et dans 81 % des cas pour le passage au chinois. Il y avait donc un nombre significatif d'informations inexacts : 8 % des phrases traduites en espagnol et 19 % de celles traduites en chinois, certaines erreurs incluant des contresens sur le traitement préconisé !

Source: Assessing the Use of Google Translate for Spanish and Chinese Translations of Emergency Department Discharge Instructions. Elaine C. Khoong, MD, MS; Eric Steinbrook, BA; Cortlyn Brown, MD; et al Alicia Fernandez, MD. JAMA Intern Med. Published online February 25, 2019. doi:10.1001/jamainternmed.2018.7653

➤ L'interprétariat professionnel est la pratique de référence.

[47] En dehors des situations où le professionnel de santé et son patient parlent une même langue¹³, le recours à l'interprétariat professionnel apparaît comme la solution de référence dans l'ensemble de la littérature scientifique et médicale. La HAS¹⁴ considère ainsi 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* ».

[48] Les modalités alternatives mobilisant un tiers (interprète informel) souffrent de limites importantes que souligne la HAS avec d'autres auteurs et institutions :

- S'agissant du recours à un autre professionnel de santé organisé à travers l'élaboration de listes de volontaires, la HAS met en avant la complexité et la lourdeur de la mise à jour, l'absence de vérification de la réalité des compétences linguistiques, l'absence de formation aux techniques d'interprétation et les risques de confusion des rôles. D'autres auteurs soulignent les aléas de leur disponibilité et les coûts masqués induits par cette méthode. La HAS recommande enfin qu'en cas de recours à cette solution, les professionnels volontaires soient formés spécifiquement à cette fonction et que leurs compétences linguistiques soient testées.
- S'agissant du recours à un tiers accompagnant membre de l'entourage familial ou amical du patient, les réserves sont plus lourdes: Elles tiennent à l'incertitude sur la qualité de la traduction, à la charge émotionnelle dans le cas du recours à un enfant, à la rupture du secret médical et aux risques de pression, de censure des propos, ou d'existence de liens financiers...

[49] La HAS mentionne néanmoins la possibilité de faire appel à ces solutions lorsque le recours à l'interprétariat professionnel n'est pas possible. Elle souligne dans ce cas la nécessité de recourir à l'interprétariat professionnel au moins dans toutes les étapes clefs de la prise en charge du patient telles que le début de la prise en charge, les consultations d'annonce et de synthèse.

¹³ Et sous réserve de la bonne maîtrise de la langue commune par l'un et l'autre.

¹⁴ HAS. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Octobre 2017

➤ L'existence de freins à sa diffusion

[50] La littérature¹⁵ montre l'existence de freins et de résistances vis-à-vis du recours à l'interprétariat professionnel en raison de son coût, mais aussi des contraintes qu'il fait peser sur les professionnels, notamment en terme d'augmentation du temps passé avec le patient et des lourdeurs qui peuvent accompagner sa mise en œuvre dans la conduite des soins.

[51] S'agissant de la question clef de l'augmentation du temps de consultation, la littérature fournit cependant des indications contradictoires dont rend compte l'Etude PASS International. Les deux revues bibliographiques les plus récentes (2005 et 2006)¹⁶ citées conduisent à l'impossibilité de tirer des conclusions claires.

[52] Vraies ou supposées, les contraintes mentionnées conduisent à un sous-recours, même dans les pays qui ont adopté une politique volontariste de développement de l'interprétariat professionnel. Dans ces conditions, les auteurs recommandent généralement de promouvoir les services d'interprétariat, de développer la sensibilisation et la formation des professionnels de santé en insistant sur la qualité de la pratique clinique qu'il permet et les risques médicaux voire légaux entraînés par une mauvaise compréhension.

1.1.3 Le référentiel HAS

[53] L'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé (article L.1110-13 du CSP¹⁷) a confié à la Haute Autorité de Santé la mission d'élaborer un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins.

[54] L'interprétariat est lui-même défini à l'article D1110-6 du CSP : « *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.* »

[55] Le référentiel a été publié en octobre 2017.

¹⁵ RIBEIRA J. HAUSMANN S. PEETERS K. TOOMER E. Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ? Partners for Applied Social Sciences. Mars 2008.

¹⁶ Idem pages 19/20

¹⁷ « *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.* »

- Il précise le cadre déontologique de l'interprétariat en santé qui reprend la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France¹⁸ adoptée en novembre 2012 par les associations intervenant dans ce champ. Elle repose sur quatre principes clefs: fidélité de la traduction, confidentialité et respect du secret professionnel, impartialité, et respect de l'autonomie des personnes ;
- Il définit les bonnes pratiques régissant les conditions d'appel et d'intervention d'un interprète : besoins prioritaires, modalités de déroulement de l'intervention de l'interprètes incluant l'avant et l'après de l'entretien médical ;
- Il précise les compétences requises autour de quatre domaines : cadre professionnel, interprétation de liaison, distanciation et attention interculturelle ;
- Il aborde enfin la question de la formation en préconisant la mise en œuvre d'une forme de parcours combinant des phases de tutorat, d'expériences de terrain, d'apport théorique de suivi individuel et collectif par la structure employeur et des groupes d'analyse des pratiques.

1.1.4 La lettre de mission

[56] Le Collège de la HAS a estimé souhaitable d'accompagner son référentiel d'un avis invitant les pouvoirs publics à créer les conditions d'un recours effectif à l'interprétariat professionnel. L'avis du Collège préconise ainsi « *un financement adapté des dispositifs d'interprétariat professionnel, la mise en place de procédures nationales harmonisées simples et rapides pour l'accès à l'interprétariat professionnel* ».

[57] Dans la continuité de cet avis, la lettre de mission adressée par la Ministre des solidarités et de la santé demande à l'IGAS de :

- Formuler des propositions pour rendre l'accès à l'interprétariat effectif tant pour le secteur hospitalier qu'en ville en prenant en compte les différentes formes qu'il peut revêtir en fonction des différentes étapes du parcours ;
- Objectiver un modèle économique de l'interprétariat en identifiant les ressources qui seraient requises et les modalités de leur financement.

La lettre de mission invite par ailleurs l'IGAS à s'appuyer sur un certain nombre d'initiatives développées dans des établissements de santé (AP-HP, CHU de Toulouse et de Strasbourg) ou en ville dans certaines régions avec l'appui des ARS Grand-Est, Nouvelle Aquitaine et Pays de Loire.

1.2 Etat des lieux

1.2.1 Les populations concernées

[58] L'identification et la quantification des populations concernées par le besoin d'interprétariat constituent une démarche aussi indispensable pour calibrer et valoriser le dispositif à construire, que complexe en l'absence de chiffres solidement établis.

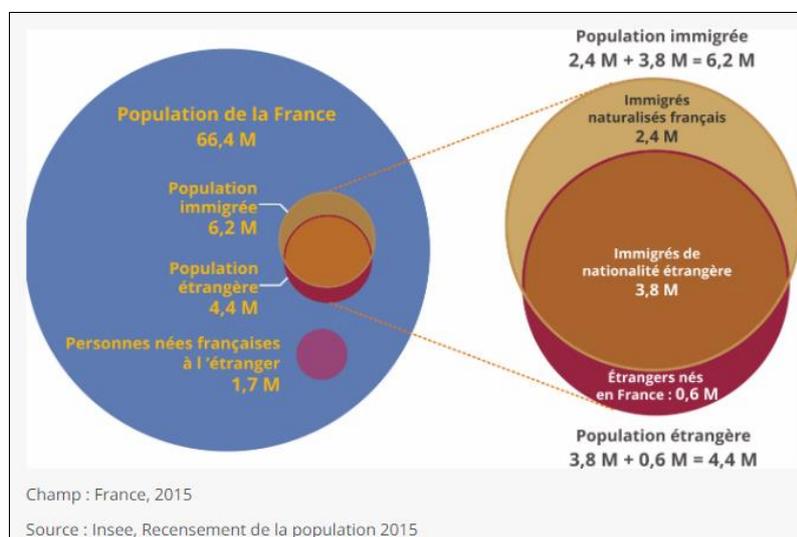
¹⁸ <https://www.unaf.fr/IMG/pdf/charte-signee-scan19-12-2012.pdf>

1.2.1.1 La population étrangère en France

[59] La population allophone constitue *a priori* un sous-ensemble de la population étrangère ou d'origine étrangère (immigrés) présente sur le territoire national. Au sein de cette population, le besoin de soins peut être plus ou moins important : probablement faible pour le touriste de passage, sans doute plus forte pour certains migrants, voire à l'origine même de la présence en France pour certains séjours, notamment dans le cadre du régime des étrangers malades.

[60] Selon l'INSEE, la France comptait en 2015 6,2M¹⁹ d'immigrés, dont 39 % avaient la nationalité française (2,4 M). Aux 3,8M d'immigrés étrangers se rajoutent 0,6M d'étrangers nés en France constituant la population étrangère présente en France évaluée au total à 4,4M²⁰, dont 2,7M issus des pays tiers (hors Europe). Ces chiffres issus du recensement ne prennent que très partiellement en compte les étrangers en situation irrégulière, dont l'effectif est estimé dans diverses publications à environ 400.000²¹ personnes.

Schéma 1 : Populations étrangère et immigrés en France en 2015



Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

[61] Les données du ministère de l'intérieur, fondées sur le décompte des titres de séjour accordés aboutissent à un volume de 3,2M de titulaires de titres de séjours en 2018 (issus de pays tiers, l'obtention d'un titre de séjour n'étant pas requis pour les citoyens européens). En 2015 (année du recensement de l'INSEE) l'effectif était de 2,8M peu différent du chiffre de l'INSEE. Réalisées sur une base annuelle, ces statistiques permettent de connaître les flux annuels et l'évolution des origines par pays. Par construction, elles n'intègrent pas les immigrés irréguliers dépourvus de titre de séjour (ou au titre devenu obsolète).

¹⁹ Source : Insee, recensement de la population 2015

²⁰ Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212>

²¹ Le seul chiffre connu est celui des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME) qui s'élevait à 311.000 en 2016 (source CNAM).

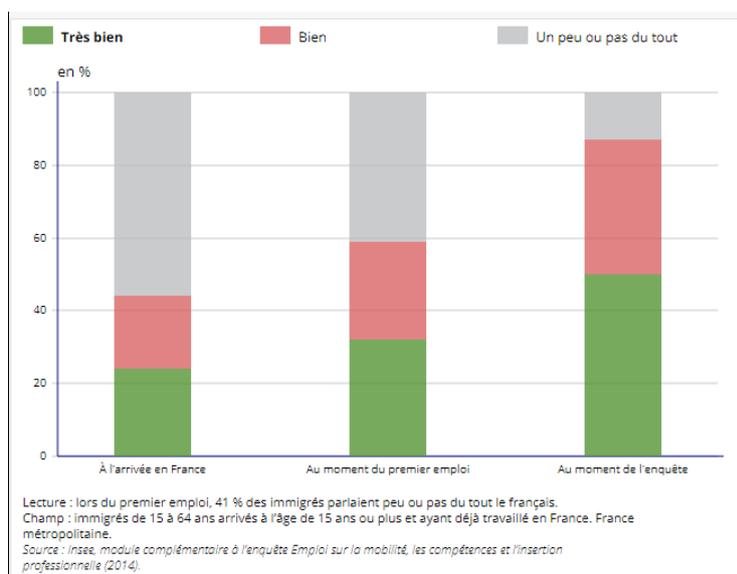
1.2.1.2 La part des populations allophones

[62] La part de population allophone est plus compliquée à évaluer, peu de chiffres étant disponibles.

[63] Dans une étude publiée en 2012, l'INSEE²² indique que le niveau de maîtrise du français peut être considéré comme bon à l'oral pour 89 % des immigrés. Ce chiffre tombe à 84 % si on ne prend en compte que les immigrés arrivés en France à l'âge adulte. Cette proportion varie cependant selon le pays d'origine et l'ancienneté du séjour en France (les deux phénomènes se recouvrant partiellement, les vagues migratoires ayant vu se succéder diverses nationalités au fil du XXème siècle). Si on applique le pourcentage de 11 % de personnes ne maîtrisant pas ou peu la langue française à la population immigrée, on obtient une population de près de 700.000 personnes.

[64] Dans une enquête plus récente (2018) de l'INSEE sur l'insertion des immigrés²³, il apparaît que 13 % des immigrés parlaient peu ou pas le français au moment de l'enquête en 2014 (soit environ 800.000 personnes), alors que cette proportion était de 41 % à leur arrivée en France.

Graphique 1 : Niveau en français à l'arrivée en France, au premier emploi et dans l'emploi occupé au moment de l'enquête



Source : www.insee.fr/fr/statistiques/3640742#graphique-figure2

[65] On peut enfin mentionner l'estimation de 8 % de patients allophones dans les 28 services hospitaliers (VIH/tuberculose et diabète) enquêtés dans l'étude déjà citée de M. SCHWARZINGER. Ce pourcentage est cependant difficile à interpréter, la définition restrictive retenue pour évaluer le degré de maîtrise du français conduisant à sous-estimer la proportion de patients allophones. Inversement, la nature des pathologies prises en charge (VIH et tuberculose) entraîne probablement une surreprésentation des patients étrangers.

[66] **En se fondant sur les données les plus récentes de l'INSEE, la mission a retenu le chiffre de 800.000 personnes allophones**, chiffre qui constitue un ordre de grandeur qui ne tient

²² Immigrés et descendants d'immigrés en France, édition 2012

²³ www.insee.fr/fr/statistiques/3640742

cependant pas compte du caractère forcément partiel du recensement des personnes en situation irrégulière.

1.2.2 Le recours à l'interprétariat : des pratiques diversifiées

[67] S'il n'existe pas de données sur le nombre de prises en charges hospitalières ou ambulatoires de patients allophones, il n'existe pas non plus de données permettant de connaître l'importance relative des différentes modalités d'interprétariat utilisées.

[68] Il ressort des auditions de la mission qu'il convient sans doute de distinguer deux situations différentes selon que le patient est pris en charge dans une structure dédiée à l'accueil des patients précaires et de fait majoritairement étrangers ou dans une structure de soins hospitalière ou ambulatoire de « droit commun²⁴ ».

1.2.2.1 La prise en charge dans une structure de soins dédiées à l'accueil des patients précaires et/ou étrangers

[69] Dans les structures dédiées (PASS, centres de soins associatifs divers), la proportion de patients allophones est élevée et la réponse aux difficultés linguistiques est généralement organisée. Les quelques exemples recueillis par la mission témoignent d'une conscience claire des problèmes posés par les difficultés linguistiques et de l'existence de réponses organisées :

- Ainsi, 34 % des consultations²⁵ réalisées par le centre de santé de Bicêtre par l'association COMEDE²⁶ se déroulent dans une langue étrangère. Le recours à un interprète professionnel est majoritaire (74 %) alors que dans 19 % des cas, les professionnels réalisent la consultation directement dans la langue du patient (sans professionnel tiers). Le recours à l'accompagnant est très minoritaire (7 % des consultations). Avec une file active de l'ordre de 400 patients dont 50 % requièrent l'assistance d'un interprète, le centre Primo LEVI²⁷ consacre ainsi 10 % de son budget à l'interprétariat²⁸.
- Le recours à un interprète professionnel est significatif au sein des permanences d'accès aux soins de Santé (PASS), bien qu'il ne soit pas systématique. Les résultats de l'enquête DGOS-2018 relative aux PASS indiquent que 49 % de celles-ci déclarent recourir à un service d'interprétariat professionnel. Selon les régions ce taux varie de 0 % dans les DOM et en Corse à 100 % en Auvergne-Rhône-Alpes et Occitanie.

²⁴ C'est à dire l'ensemble des professionnels et structures de soins, en dehors de celles dédiées à la prise en charge des populations précaires.

²⁵ Rapport d'activité 2017 du COMEDE

²⁶ COMEDE : Comité pour la santé des exilés.

²⁷ Le centre de soins Primo LEVI est une association créée en 1995 par 5 associations militantes dans le domaine des droits de l'homme, de la santé et de la justice. Elle accueille principalement des personnes victimes de tortures et de violences pour raisons politiques dans leur pays d'origine.

²⁸ Source : entretien ARS Ile-de-France

Tableau 1 : Nombre de PASS déclarant recourir à l'interprétariat professionnel

Interprétariat professionnel	ARA	Occitanie	Normandie	Ile de France	Bourgogne-Franche-Comté	Pays de la Loire	Bretagne	Grand Est	Centre Val de Loire	Hauts de France	PACA	Nouvelle Aquitaine	Corse	Martinique	Océan Indien	Guadeloupe	Guyane	total
Nb de PASS	55	42	32	66	21	19	17	38	19	44	38	41	3	3	9	2	6	455
recours à interprétariat professionnel	55	42	30	44	12	9	8	10	4	7	3	1	0	0	0	0	0	225
%	100%	100%	94%	67%	57%	47%	47%	26%	21%	16%	8%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	49%

Source : DGOS- Enquête relative aux PASS oct-nov 2018

[70] Pour autant, cette structuration n'est que partielle et ne privilégie pas toujours le recours à un interprète professionnel, faute notamment de ressources suffisantes :

- Les pourcentages de recours établis au niveau des PASS ne signifient pas que tous les patients allophones bénéficient d'un interprète : sur l'ensemble des PASS d'Ile-de-France, 42 % de la file active ne parle pas français et/ou une autre langue parlée par les professionnels de la PASS (notamment hors anglais²⁹). Parmi ceux-ci, 50 % ont fait l'objet d'un recours à l'interprétariat professionnel
- En mentionnant le rapport d'activité³⁰ 2015 des 67 programmes menés par les équipes de Médecins du Monde en France auprès des populations en situation de grande précarité et/ou d'exclusion, la HAS indique que le recours à un interprète s'est révélé nécessaire dans près de 4 consultations sur 10. L'interprétariat a pu être assuré sur place dans 8 cas sur 10, mais dans la majorité des situations par un accompagnant (52 %). L'interprétariat professionnel a été sollicité dans seulement 6 % des cas.

1.2.2.2 La prise en charge dans une structure de soins « de droit commun »

➤ Dans les structures hospitalières

[71] Dans les structures de soins de droit commun, la proportion de patients allophones est plus faible, mais variable selon les territoires, et les réponses aux questions linguistiques apparaissent généralement moins organisées. Le constat de cette dichotomie est également fait par les responsables des structures dédiées telles que les PASS qui doivent parfois poursuivre la prise en charge de patients dotés de leurs droits sociaux à cause de leurs difficultés linguistiques.

[72] Au sein des établissements de santé, le dispositif le plus couramment mis en place est le recours aux professionnels de l'établissement qui figurent sur une liste et dont les compétences ont été recensées en amont généralement sur un mode déclaratif. Représentant un cas extrême, le CH de Mayotte indique³¹ consacrer l'équivalent de 160 ETP (soit une dépense de près de 8 M€) à des missions d'interprétariat!

[73] Le recours à un tiers est fréquent et le recours à l'interprétariat professionnel est limité en dehors des quelques établissements qui se sont engagés de façon volontariste dans cette voie :

²⁹ En 2016 le nombre de consultations effectuées en langue anglaise est supérieur à celui des consultations effectuées en français.

³⁰ Médecins du monde. Rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins en France en 2015. Paris: MDM; 2016.

³¹ Source ARS océan Indien

- avec plus de 8000 heures d'interprétariat professionnel en 2018, les CHU de Strasbourg et de Toulouse affichent ainsi un recours important à comparer aux 921 heures du CHU de Rennes (certes plus petit) ou aux 4680 heures des HCL, deuxième CHU de France³².
- Dans son étude déjà citée³³, M. Schwarzinger indique que 63 % des médecins interrogés (n= 108) en Ile-de-France impliqués dans la prise en charge du VIH, de la tuberculose ou du SIDA déclarent n'avoir jamais recours à un interprète professionnel. Dans la même étude, il apparaît que seulement 2 % des consultations de patients allophones au sein des mêmes services ont donné lieu à l'intervention d'un interprète professionnel.
- Dans un état des lieux des pratiques réalisé par l'AP-HP³⁴, il apparaît que 87 % des professionnels interrogés mentionnent avoir été de une à plus de 10 fois dans le mois précédant l'enquête en situation de communication difficile avec un patient allophone. L'analyse des modalités de réponse montre que le recours à l'entourage du patient est la solution la plus fréquemment citée (41 %), suivie par l'appel à du personnel ressource de l'hôpital (32 %), le recours à un interprète ou à un logiciel d'aide à la traduction étant équivalents (13 et 14 %).

Tableau 2 : Répartition des modalités d'interprétariat (enquête portant sur 324 professionnels administratifs et de santé de l'AP-HP. Plusieurs réponses possibles)

Modalités	mois de 1 par semaine	de 2 à 5 fois par semaine	de 6 à 10 fois par semaine	Plus de 10 fois par semaine	Total	%
Entourage du patient	87	118	34	5	244	41%
Personnel ressource	120	55	8	4	187	32%
Interprète professionnel	58	17	1	0	76	13%
Logiciel d'aide à la traduction	58	18	4	4	84	14%
Total					591	100%

Source : AP-HP « communiquer avec les patients allophones parlant pas ou peu français. Etat des lieux des pratiques professionnelles et préconisations » mai 2017. Calculs mission.

► En médecine de ville

[74] Aucune donnée globale n'est disponible pour ce qui concerne la médecine de ville. Dans sa thèse³⁵ déjà citée, M. SOUMANA ALI DAMIANO indique ainsi que 97 % des médecins interrogés (n=159) reçoivent des patients non francophones, les logiciels de traduction (54 %) et le recours à un proche du patient (89 %) étant les solutions les plus utilisées. Dans sa thèse réalisée à Toulouse, également déjà citée, S. CHAABAN livre des chiffres convergents³⁶ avec 9 % des médecins généralistes ayant déjà eu recours à un interprètes professionnel, contre 74 % ayant eu recours à un interprète informel et 17 % n'ayant jamais fait appel à un interprète.

³²Hospices Civils de Lyon : chiffres communiqués par la DGS sur la base d'une enquête réalisée en 2018 par Pavla ZATVRSKA, interprète de liaison-coordination interprétariat au CHU de Toulouse.

³³ M. SCHWARZINGER. ATIP/AVENIR, INSERM 738. 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. Etude financée par la Direction Générale de la Santé.

³⁴ AP-HP. Communiquer avec les patients allophones parlant pas ou peu français. Etat des lieux des pratiques professionnelles et préconisations. Mai 2017

³⁵ Analyse observationnelle d'une mise à disposition d'interprétariat en médecine générale ambulatoire dans les Pays de la Loire de juillet 2017 à février 2018. Faculté de médecine de Nantes. 2018

³⁶ N= 130

1.2.3 Des expériences régionales en voie d'extension

[75] La mission a pu prendre connaissance de plusieurs initiatives régionales qui permettent de répondre aux besoins des territoires couverts et qui fournissent des enseignements utiles pour construire à plus grande échelle une réponse aux besoins d'interprétariat.

1.2.3.1 Les expérimentations en médecine de ville

► La région Grand-Est

[76] L'expérimentation la plus ancienne a été conduite en Alsace. Elle a démarré en 2007 et s'est poursuivie jusqu'au 31/12/2017, d'autres modalités ayant été mises en place en 2018 dans le cadre du déploiement sur l'ensemble de la région Grand-Est.

[77] Au plan institutionnel et organisationnel, le dispositif était fondé à l'origine sur deux conventions complémentaires visant à coordonner les actions des deux partenaires de l'ARS pour le déploiement de l'interprétariat : l'URPS des médecins libéraux (URPS-ML) et le prestataire des services d'interprétariat, l'association MSA (Migrations Santé Alsace).

[78] Un quota d'heure est alloué à chaque médecin en fonction de son estimation des besoins. L'ARS, en accord avec l'URPS a toutefois choisi de privilégier les soins de premiers recours (médecine générale et pédiatrie) qui n'ont pas de quota opposable. A l'initiative de certains médecins des spécialités de second recours, une « bourse d'échange » a été mise en œuvre permettant des ajustements de quota en cours d'année, répondant ainsi partiellement à la difficulté signalée par l'ARS de déterminer a priori les quotas pour les médecins nouvellement engagés.

[79] L'URPS-ML est particulièrement impliquée dans la promotion du dispositif par l'envoi « d'ambassadeurs » auprès des médecins destinés à lever les inquiétudes de ces derniers sur les conditions d'intervention des interprètes (secret professionnel, déroulement de la consultation...). Elle assure également, en application de la convention signée avec l'ARS, la sensibilisation et la formation des médecins « utilisateurs ».

[80] Le dispositif a concerné, en 2016, 1100 « passages/patients³⁷ ». Il s'applique dans le périmètre de l'Eurométropole de Strasbourg et de l'agglomération de Mulhouse : 82 médecins y ont fait appel, essentiellement installés dans l'agglomération de Strasbourg (85 %), Les généralistes (24 sur 82) et les psychiatres (22 sur 82) constituent les utilisateurs les plus importants avec respectivement 60 et 25 % des « passages/patients ». Les interprètes mobilisés ont traduit dans 22 langues ; l'albanais (37 %) et le russe (18 %) étant les deux langues les plus sollicitées. La dépense totale supportée par l'ARS en 2016 a été de 32.500 € dont 2.386 € (7,3 %) au titre des frais de déplacement des interprètes, soit un prix unitaire total moyen de 36,11 € l'heure d'intervention et de 29,17 € par « passage/patient ».

[81] Le dispositif a été étendu à l'ensemble de l'ex-région Alsace en 2018. Le prestataire est toujours Migration Santé Alsace sur la base d'un tarif tout compris (qui inclut le coût et le temps de transport de l'interprète) de 35 €/heure. Le budget prévisionnel était de 46.440 € pour 2018, de 47.640 en 2019 et de 48.840 € en 2020.

[82] La dépense totale 2018 s'est établie à 53.493 €, correspondant à 1399 heures facturées (y compris les déplacements), soit 1603 « passages-patients » réalisés dans 22 langues différentes au

³⁷ Le système de suivi ne permettant pas, dans un souci de protection de l'anonymat des patients, de compter les personnes physiques bénéficiaires

profit de 120 médecins différents³⁸, en dépassement par rapport au budget prévisionnel conduisant à anticiper sur la consommation de l'enveloppe 2019.

[83] Au plan qualitatif, une évaluation a été confiée à l'ORS³⁹ Grand-Est par l'ARS. Un bilan d'étape a été réalisé en janvier 2019, fondé notamment sur un questionnaire en ligne destiné aux médecins utilisateurs. Les évaluations par ces derniers sont très positives et rendent compte de l'apport essentiel de l'interprète dans une consultation diagnostique, pour l'anamnèse⁴⁰ notamment, comme dans une phase d'explication du traitement. La pertinence de l'étude est toutefois limitée par le faible nombre de réponses (33 questionnaires remplis par 13 médecins différents).

[84] A partir du 1^{er} janvier 2018, l'ARS a, en outre, entrepris d'étendre le bénéfice du recours à l'interprétariat professionnel à l'ensemble des médecins libéraux de la région Grand-Est. Il s'agit ici d'expérimenter le recours à l'interprétariat téléphonique. L'expérimentation est prévue en deux temps : une première phase de test sur quelques médecins puis une phase de généralisation après évaluation. Le prestataire retenu est l'association ISM Interprétariat Paris. Sur la base d'un tarif par appel de 20 € puis 6,50 € toutes les 5 minutes au-delà des 15 premières minutes, le budget prévisionnel est de 4000 € en 2018 (phase de test) puis 15.900 € en 2019 et 23.850 € en 2020. Un nouveau CPOM a été conclu entre l'ARS et l'URPS-ML pour organiser ce dispositif⁴¹. A la fin de l'année 2018, la dépense réelle constatée était de 1196 € (627 minutes) sensiblement inférieure à la prévision.

[85] Si les échanges avec les acteurs locaux témoignent de leur satisfaction, trois préoccupations émergent dans la perspective d'une montée en charge du dispositif :

- Les capacités de financement de l'ARS à partir des crédits du FIR et la possibilité de solliciter d'autres financeurs ;
- La disponibilité d'une offre de service suffisante en volume, en diversité et en niveau de qualité. Toutefois, l'ARS et l'URPS ont pu identifier deux autres acteurs locaux, dont l'existence témoigne d'un phénomène de diversification de l'offre :
 - Babel Interprétariat, qui est une association d'insertion par l'activité économique basée à Chaumont qui propose un service d'interprétariat en facilitant l'insertion professionnelle des réfugiés.
 - LINOO basée à Metz, qui est une association portant une plateforme proposant des services d'interprétariat par des interprètes auto entrepreneurs.
- L'incapacité de l'URPS à supporter durablement la charge de gestion financière du dispositif qui ne correspond, en outre, pas à ses missions.

➤ La région Pays de la Loire

³⁸ Données ARS Grand-Est

³⁹ Observatoire Régional de Santé

⁴⁰ L'anamnèse est le récit par le patient de ses antécédents médicaux et de santé.

⁴¹ Convention « relative à la participation financière de l'ARS pour la réduction des inégalités territoriales et sociales en améliorant l'accès à la prévention, la promotion de la santé et en développant l'interprétariat en santé ». Cette convention, de trois ans (2018-2020), signée entre l'ARS et l'URPS Grand Est porte sur le développement de l'interprétariat téléphonique, à distance. Les missions de l'URPS sont les mêmes que celles décrites dans les conventions précédentes pour le développement de l'interprétariat en présentiel : information et formation des médecins, organisation du recours

[86] S'inspirant du modèle alsacien, une expérimentation a été lancée en 2017 dans les Pays de la Loire impliquant l'URPS-ML, plusieurs associations d'interprétariat (ASAMLA⁴², APTIRA⁴³ et ISM) et bien sûr l'ARS.

[87] Un CPOM a été signé, en novembre 2016, entre L'ARS et l'Union Régionale des Professionnels de Santé regroupant les médecins libéraux exerçant dans la région (URPS-ML). Le CPOM définit un cadre général de coopération entre l'ARS et l'URPS qui porte sur quatre objectifs jugés prioritaires :

- L'accès aux soins spécialisés
- La démographie et les leviers d'installation de nouveaux médecins
- La lutte contre la précarité
- L'intervention des médecins généralistes en EPHAD

[88] L'objectif « lutte contre la précarité » est lui-même divisé en quatre actions :

- La mise en place de l'interprétariat
- La réalisation d'un guide à l'intention des médecins, sur la gestion des demandes des migrants
- La participation à l'élaboration du PRAPS (Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies)
- La formation et l'information des médecins

[89] Le CPOM assure le financement du dispositif à hauteur de 35.000 € par an, l'URPS-ML prenant en charge les facturations des associations d'interprétariat intervenant sur la base d'un tarif horaire⁴⁴ et l'information de ses adhérents.

[90] Lancée en juin 2017 au profit des seuls médecins généralistes de l'agglomération nantaise, elle a ensuite été étendue progressivement :

- Aux généralistes de l'agglomération angevine en octobre 2017
- A l'ensemble des généralistes de la région en novembre 2017
- Enfin à l'ensemble des spécialités en octobre 2018.

[91] Elle combine, au choix du praticien, le recours à l'interprétariat présentiel ou à distance par téléphone. Les utilisateurs ont clairement privilégié l'interprétariat par téléphone (95 % par téléphone contre 5 % des interventions en présentiel) plus souple que le mode présentiel qui nécessite une programmation des RDV peu compatibles avec le mode d'exercice en cabinet de ville (urgences, retard aux RDV...).

[92] L'URPS-ML des Pays de la Loire a conçu et très largement diffusé à ses 5700 adhérents, généralistes et spécialistes, deux guides : un guide en phase d'expérimentation (de juin 2017 à

⁴² Association Santé Migrants de Loire-Atlantique

⁴³ Association pour la promotion et l'intégration de la région d'Angers

⁴⁴ 20 € par quart d'heure plus 6,50 € toutes les cinq minutes pour ISM (téléphone)

42 € de l'heure (éventuellement fractionnable) transport inclus pour ASMALA (présentiel)

37 € de l'heure, transport inclus pour l'APTIRA (présentiel)

décembre 2018)⁴⁵ et un guide en phase de déploiement (depuis janvier 2019)⁴⁶. Chacun de ces guides est simple, avec un graphisme lisible, à usage opérationnel. Ils se présentent sous la forme d'une brochure ou d'un dépliant en quatre ou six volets. Chaque guide :

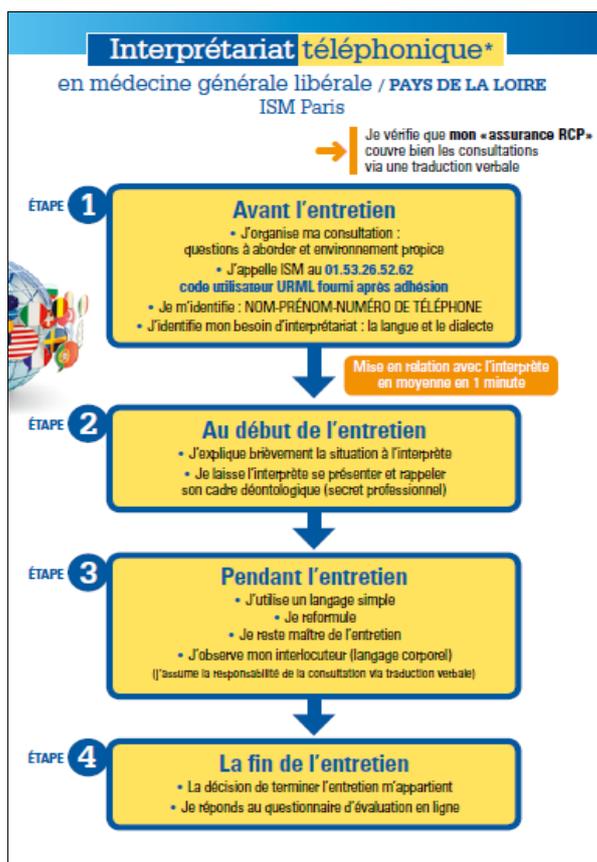
- Présente l'intérêt du recours à l'interprétariat : améliorer l'accès et la qualité des soins, faciliter la prise en charge des patients allophones en médecine ambulatoire.
- Indique le type de consultations concernées : pathologies chroniques, psychiatriques, prévention, urgence, première consultation, cas complexes.
- Présente les avantages et inconvénients des deux types d'interprétariat possibles, téléphonique ou en présentiel ainsi que les types de consultations qui s'y rattachent (pathologies psychiatriques, chroniques ou consultations complexes en présentiel ; consultation non programmée ou urgente en téléphonique, par exemple).
- Présente le processus de saisine (numéro de téléphone, code utilisateur) des prestataires de service d'interprétariat : ISM-Paris pour un interprétariat professionnel et ASAMLA (Nantes) et APTIRA (Angers) pour un interprétariat en présentiel.

[93] Le recours à l'interprétariat est « gratuit » pour le médecin qui y fait appel. Pour bénéficier du service, le médecin doit faire part de sa demande d'adhésion au dispositif auprès de l'URPS-ML qui lui communique, en retour, le mode d'emploi : prise de RDV par téléphone ou par mail pour les interventions en présentiel et appel au moment du besoin de recours par téléphone avec communication d'un code utilisateur pour l'interprétariat téléphonique (cf. schéma ci-dessous)

⁴⁵ Voir « Interprétariat en médecine générale libérale en Pays de la Loire- Guide d'utilisation – expérimentation agglomération nantaise ». URML des Pays de la Loire et ARS.

⁴⁶ Voir « Guide d'utilisation- un service d'interprétariat en médecine libérale en Pays de la Loire » URML des Pays de la Loire et ARS.

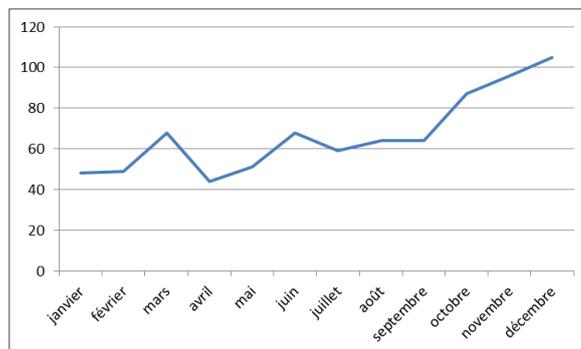
Schéma 2 : Modalité de recours à un interprète par un médecin libéral



Source : Guide d'utilisation URPS-ML

[94] Sur 5700 médecins libéraux installés en région Pays de la Loire, 273 avaient adhéré au dispositif à la fin décembre 2018 (soit 5 % des effectifs). Sur l'ensemble de l'année, 1015 prestations d'interprétariat ont été réalisées. Le dispositif témoigne d'une progressive montée en charge, le nombre de recours s'établissant à 105 au mois de décembre, à la demande de 34 médecins.

Graphique 2 : Evolution du nombre d'interventions d'interprétariat en 2018



Source : Données URPS-ML

[95] Encore modestes sur le plan quantitatif, les résultats sont sensibles sur le plan qualitatif, l'URPS-ML témoignant de la satisfaction de ses adhérents. Elle a également indiqué à la mission avoir été contactée par les URPS pharmaciens et chirurgiens-dentistes intéressés par ce dispositif.

➤ Le projet d'expérimentation breton dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018

[96] Le projet d'expérimentation a été déposé auprès du secrétariat du comité technique pour l'innovation en santé. Il est porté par le Réseau Louis GUILLOUX (RLG) qui gère notamment un centre médical dédié à la prise en charge des migrants et qui fournit des services d'interprétariat présentiel et téléphonique pour son propre usage mais également au profit d'autres structures de santé. Ouvert en 2007, le pôle d'interprétariat a délivré en 2017, 11.512 heures de prestations contre 9436 en 2016 et 6793 en 2015, témoignant du dynamisme de cette activité.

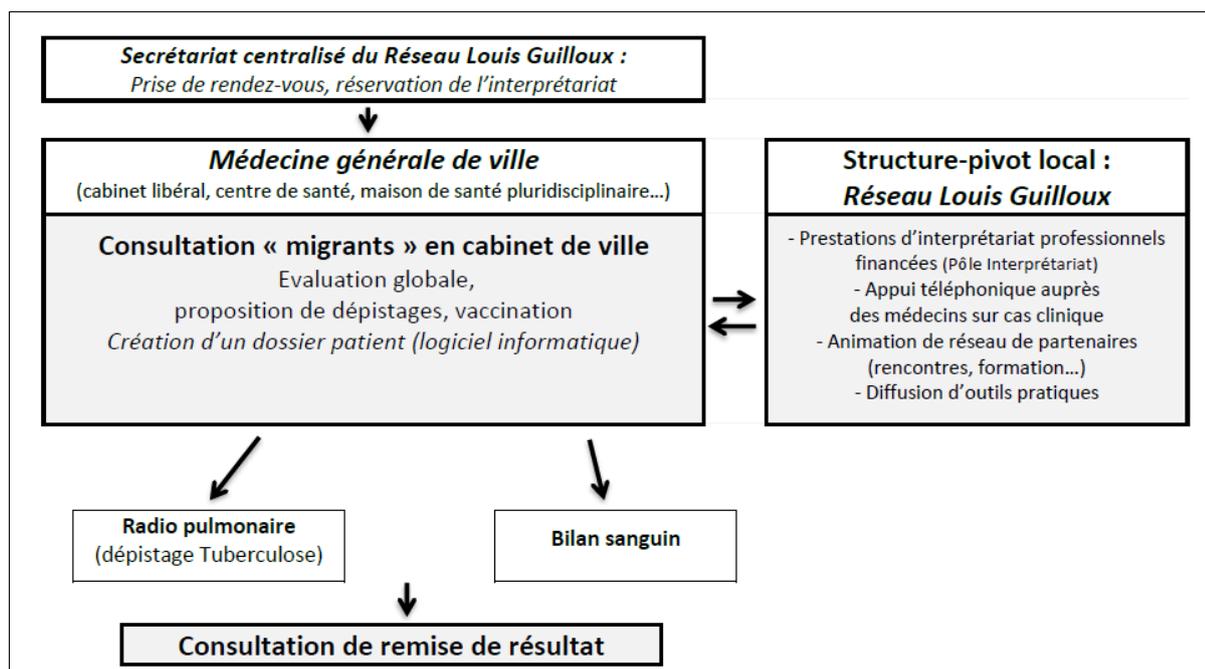
[97] Prévu sur 5 ans, le projet bénéficiera aux patients du territoire de Rennes métropole avant d'être étendu la cinquième année à l'ensemble du département. Il vise à améliorer le parcours de soins des patients migrants en s'appuyant sur le système de soins de droit commun et s'organise autour de trois objectifs :

- Faciliter et coordonner les orientations des nouveaux arrivants vers les consultations par l'intermédiaire d'un secrétariat centralisé ;
- Développer l'accès à l'interprétariat en médecine de droit commun (médecine libérale, centres de santé, maison de santé pluridisciplinaires) par la mise à disposition d'interprètes médico-sociaux professionnels, la gestion des prises de rendez-vous et leur financement ;
- Proposer une prise en charge financière d'un temps de consultation adapté au profil des patients (consultation plus longue et complexe).

[98] Concrètement, il repose sur :

- Un secrétariat centralisé de RDV porté par RLG ;
- Un réseau de généralistes volontaires qui accueillent les patients migrants sur des plages horaires fléchées par eux ;
- Un système d'information partagé (messagerie et DMP...);
- Des services d'appuis (portés par RLG) auprès des généralistes : services d'aide à la coordination des soins, services d'interprétariat et services de formation.

Schéma 3 : Schéma d'organisation du projet



Source : Dossier de candidature du Réseau Louis GUILLOUX

[99] La présentation du projet dans le cadre de l'article 51 est justifiée par la demande de création d'un forfait patient (évalué à 107 €) incluant :

- Le temps supplémentaire de consultation
- Les frais d'interprétariat (plus les frais de télécommunication ou de transport)
- Le temps de coordination (secrétariat et médecin).

[100] Dans la modèle proposé, les financements seraient portés par le RLG qui assurerait la facturation du forfait à la CPAM et la répartition des recettes auprès des médecins concernés (sur la base de 25 € par consultation). Le projet prévoit une phase d'évaluation médico-économique qui devrait permettre de mesurer les gains permis par une meilleure prise en charge notamment en termes de réduction des passages aux urgences.

1.2.3.2 Les expérimentations à l'hôpital et quelques exemples de bonnes pratiques

➤ Le CHU de Toulouse

[101] Le CHU de Toulouse a structuré l'organisation et le recours à l'interprétariat. Le dispositif repose sur l'existence d'une cellule de coordination dirigée par une coordinatrice, elle-même interprète (à hauteur de 60 % de son temps). Cette cellule a la responsabilité d'organiser le recours aux différentes formes d'interprétariat (personnel soignant dont elle gère la liste, interprètes professionnels internes ou externes) et modalités (présentiel ou téléphonique). Cette cellule gère également la mise à disposition des documents d'information ou des formulaires à destination des patients dans les langues étrangères.

[102] Les types d'interprétariat accessibles et les modalités de leur mobilisation ont été formalisés et sont disponibles sur le site Intranet du CHU (cf. encadré ci-dessous). Selon le degré d'urgence et de complexité de la situation, trois modes de recours sont proposés : personnels hospitaliers volontaires, interprétariat par téléphone et en présentiel.

Encadré 1 : Procédure de recours à un interprète au CHU de Toulouse

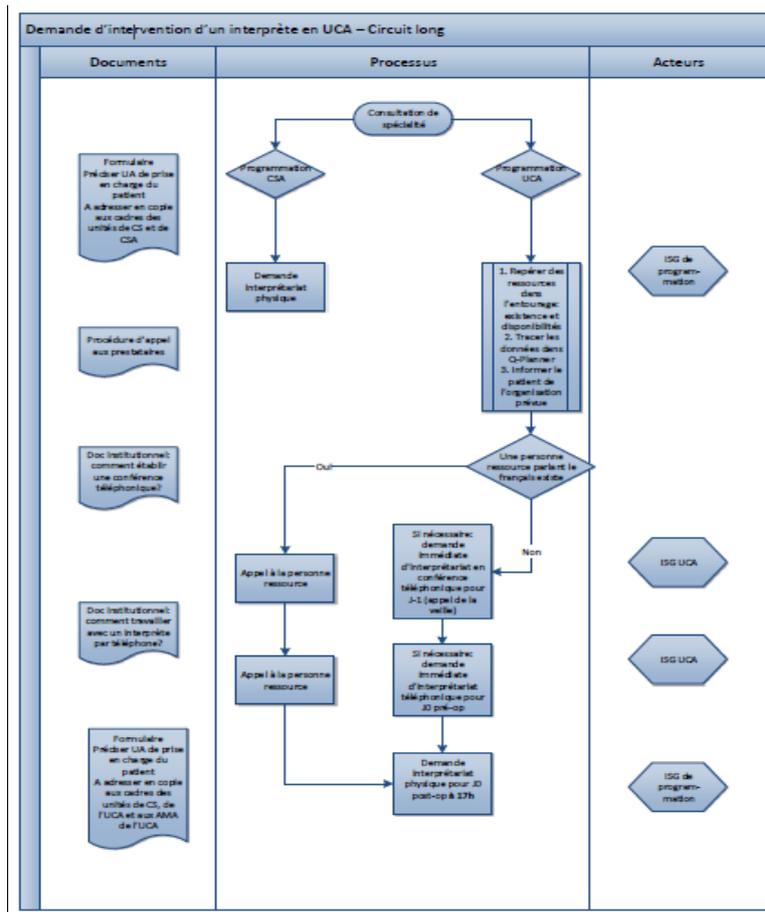
Procédure à suivre pour vos demandes d'interprétariat

1. En cas de **BESOIN IMMEDIAT** (jour J) et uniquement **LORSQUE LA SITUATION DU PATIENT LE PERMET** (premier interrogatoire d'urgence, entretiens courts, situations non complexes et non délicates, ne nécessitant pas un suivi régulier dans le temps...), **appelez directement les personnels hospitaliers bilingues**.
Pour poursuivre cliquez ici
2. En cas de **BESOIN IMMEDIAT**, du **LU au VE de 9h à 17h30** et des **SITUATIONS COMPLEXES DU PATIENT** (annonces/prise en charge d'une maladie grave, entretiens longs et/ou avec plusieurs professionnels, situations difficiles, suivis réguliers dans le temps...) ou si vous ne trouvez pas de **personnels bénévoles**, **appelez directement** (possibilité d'intervention immédiate d'un interprète par téléphone ou sur place, en fonction de votre besoin et des disponibilités des interprètes) :
Pour poursuivre cliquez ici
3. En cas des **RDV PROGRAMMES** et des **SITUATIONS COMPLEXES DU PATIENT** (annonces/prise en charge d'une maladie grave, entretiens longs et/ou avec plusieurs professionnels, situations difficiles, suivis réguliers dans le temps...), après en avoir informé le cadre de santé du service, **faites une demande d'interprétariat par mail** :
Pour poursuivre cliquez ici
4. En cas de **BESOIN IMMEDIAT, 24H/24 et 7J/7** et **EN DEHORS DES HORAIRES D'OUVERTURE** ou **DES DISPONIBILITES** (des interprètes, des langues) des partenaires locaux, et si vous ne trouvez pas de bénévoles en interne, et lorsqu'il s'agit d'une **URGENCE MEDICALE VITALE**, appelez **directement le prestataire national**.
Pour poursuivre cliquez ici

Source : Intranet CHU de Toulouse

[103] Dans le cas de l'anesthésie et chirurgie ambulatoire (ACA), un protocole établit le type de recours à l'interprétariat à mobiliser en fonction des phases (plus ou moins critiques) de la prise en charge.

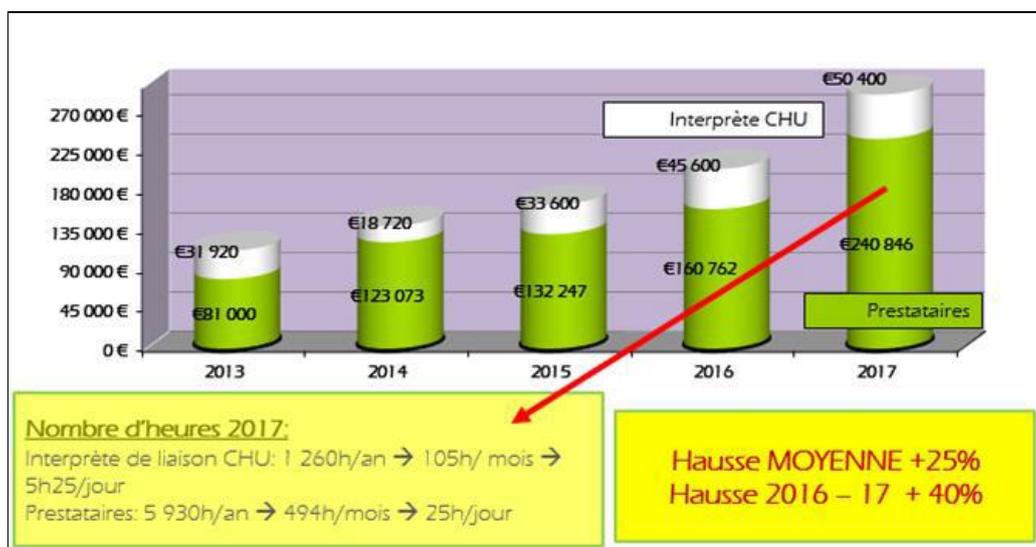
Encadré 2 : Protocole de recours à l'interprétariat en chirurgie ambulatoire



Source : CHU de Toulouse

[104] Le recours à l'interprétariat professionnel est important et en forte croissance.

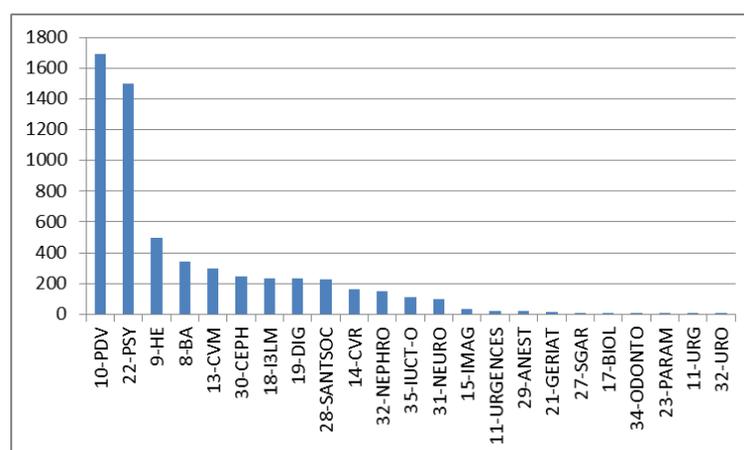
Graphique 3 : Evolution du recours à l'interprétariat professionnel



Source : CHU de Toulouse

[105] Selon les responsables du CHU, la progression observée témoigne d'un mouvement exogène d'augmentation des flux migratoires mais aussi d'une évolution endogène du recours à l'interprétariat professionnel (à volume constant de patients allophones). La montée en charge du dispositif n'est donc pas achevée, illustrant les difficultés d'une pleine intégration du recours aux interprètes professionnels dans les pratiques professionnelles. Les écarts de recours selon les pôles du CHU (de plus de 1500 heures pour les pôles PDV (obstétrique) ou psychiatre à quelques heures pour les urgences par exemple) suggèrent clairement l'existence de différences de pratiques au-delà des variations liées à la nature de la patientèle.

Graphique 4 : Nombre d'heures d'interprétariat par pôle – Année 2017



Source : CHU de Toulouse

➤ Le CHU de Strasbourg

[106] Le recours à l’interprétariat professionnel au CHU de Strasbourg remonte à 1990, les services de psychiatrie ayant été les premiers utilisateurs.

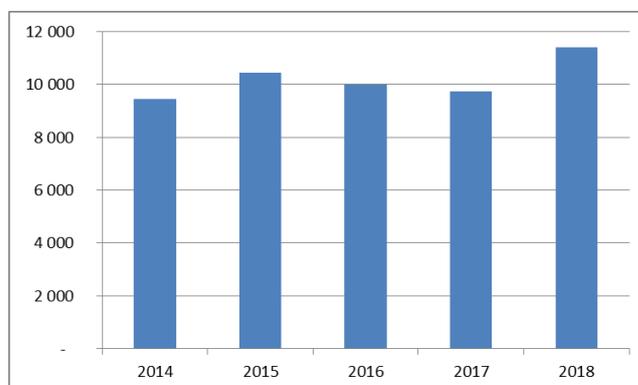
[107] Le circuit de demande d’intervention d’un interprète est très simple. La demande, faite par un soignant (médecin, infirmier, assistante sociale) d’une unité d’hospitalisation ou de consultation transite par le secrétariat médical de l’unité qui contacte directement le prestataire⁴⁷ par courriel. S’agissant presque exclusivement d’interventions en présentiel, la demande doit être adressée trois jours avant la date requise, permettant l’attribution d’un créneau de 30 minutes éventuellement prolongeable 30 minutes supplémentaires (sur la base de 23 € les 30 minutes).

[108] Ce dispositif n’exclut toutefois pas le recours, comme dans les autres établissements de santé, aux agents de l’établissement figurant sur une liste de volontaires. Le CHU, tout en affirmant que cette pratique n’était pas recommandée, n’a pas pu donner de chiffres sur la contribution de ce mode d’intervention.

[109] Au sein de la PASS du CHU, le recours à l’interprétariat fait l’objet d’une procédure plus formalisée où l’intervention de l’interprète professionnel est programmée en même temps que la consultation médicale après un premier contact réalisé en présence d’un proche du patient, suivi d’un RDV d’évaluation avec une infirmière qui décide de la nécessité de la présence d’un interprète professionnel.

[110] Le nombre d’heures d’intervention a été de 11.387 heures en progression sensible par rapport aux deux années précédentes, les fluctuations observées reflétant, selon le CHU, les variations des flux migratoires.

Graphique 5 : Nombre d’heures d’intervention d’interprètes au CHU de Strasbourg



Source : *Migration Santé Alsace. Facturations auprès des HUS*

⁴⁷ MSA (Migrations Santé Alsace) est une association régionale née en 1975. Elle gère un budget de 1,3 millions € consacré à 92 % aux activités d’interprétariat. Elle emploie une centaine d’interprètes (28 ETP) et permet la traduction d’une quarantaine de langues. MSA intervient presque exclusivement en présentiel auprès d’hôpitaux (18796 heures en 2018), de médecins libéraux (1399 heures en 2018), du secteur médico-social (3593 heures en 2018), de structures d’hébergement (3603 heures en 2018), de collectivités publiques (3679 heures en 2018).

➤ Le CHU de Bordeaux

[111] Dans le même esprit, le CHU de Bordeaux a mis en place, à la suite d'un travail collectif, un « Guide de l'interprétariat au CHU de Bordeaux » qui définit les bonnes pratiques de recours à l'interprétariat et organise leur mise en œuvre (liste de professionnels, procédure de recours à un interprète professionnel via deux marchés souscrits (présentiel et téléphone par le CHU...)).

1.2.3.3 La formation des professionnels de santé

[112] Comme on l'a vu plus haut, notamment pour la médecine de ville, la présence d'un interprète suscite des appréhensions qui doivent être levées à travers une communication appropriée s'appuyant sur l'expérience des pairs.

[113] Au-delà de ces actions de promotion et de sensibilisation indispensables, le souci d'assurer une pleine efficacité de l'intervention d'un tiers interprète a conduit l'observatoire national sur les problématiques de santé mentale et les vulnérabilités (association Orspere-Samdarra installée au CHS Le Vinatier à Villeurbanne) a développé un programme de formation à destination des interprètes et des professionnels de santé.

[114] Ce programme qui bénéficie du soutien de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a permis, depuis 2016, d'accueillir 306 professionnels, soit 183 interprètes professionnels, membres d'associations ou en freelance, et 123 professionnels de santé.

1.2.4 Les contraintes et limites réelles ou supposées du recours à l'interprétariat professionnel en limitent l'usage

[115] Si le recours à l'interprétariat professionnel constitue la bonne pratique de référence, elle n'est pas pour autant, comme on a pu l'observer dans d'autres pays, sans contraintes réelles ou redoutées par les professionnels de santé.

- En premier lieu cette possibilité est souvent inconnue quant à son existence et/ou son mode d'emploi. Il est apparu clairement à la mission que, même dans les régions ou dans les établissements les plus engagés, la faible diffusion de l'information traduisait une forme de retenue motivée par le souci d'éviter un emballement de la dépense.
- La présence d'un tiers qui s'insinue dans le dialogue singulier constitue le premier obstacle de principe mis en avant par les professionnels. Les professionnels qui ont déjà eu recours à un interprète professionnel expriment toutefois dans leur immense majorité leur satisfaction et la non réalisation de leurs appréhensions dès lors que l'interprète est lui-même respectueux des bonnes pratiques décrites dans la charte de l'interprétariat médical et social professionnel ;
- L'organisation du recours à l'interprète peut être lourde et entraîner des démarches administratives et logistiques contraignantes qui peuvent prendre un caractère dissuasif. C'est notamment le cas au sein de certains établissements de santé où le cheminement de la demande d'intervention depuis le médecin jusqu'au bureau des commandes entraîne des délais peu compatibles avec l'organisation du séjour du patient. Inversement, des établissements de santé ont mis en place des procédures simples permettant une prise de contact direct entre le PS et l'opérateur d'interprétariat. C'est aussi sur ce registre que fonctionnent les expérimentations dans le monde libéral en régions Grand-Est et Pays de la Loire.

- La question de l’allongement des temps, en particulier en consultation, constitue une objection forte. Les professionnels de santé rencontrés⁴⁸ par la mission ont sur le sujet une position équilibrée : le temps de traduction rallonge mécaniquement la consultation, mais réduit au total le temps de la prise en charge en permettant un meilleur diagnostic, une prescription plus adaptée et une meilleure observance. D’autres font valoir qu’il est difficile de faire la part dans l’allongement de la consultation de ce qui relève d’une part des contraintes linguistiques, d’autre part de la complexité intrinsèque du patient. On comprend toutefois aisément qu’au total, le temps de consultation ne peut être que mécaniquement augmenté par rapport à un patient francophone du fait du temps de traduction.
- Le coût constitue un obstacle incontournable dès lors que la prise en charge des frais d’interprétariat s’inscrit dans un budget iso-ressources. La « gratuité » pour le professionnel est un facteur essentiel de recours. Inversement, les expériences analysées par la mission montrent que si les taux de recours augmentent dès lors que celui-ci est facile et gratuit, la croissance observée n’est pas sans limite, du fait de l’intériorisation de la contrainte globale de ressources mais aussi du fait des contraintes qu’entraîne le recours à un interprète.

[116] Au final, les observations convergent vers la nécessité d’une formation des professionnels de santé au bon usage de l’interprétariat professionnel incluant une bonne compréhension de ses avantages et des contraintes qu’il emporte.

1.2.5 Des modes de financement diversifiés et non pérennes

[117] Deux grands modes de financement ont été observés par la mission.

[118] **Le premier mode** repose sur un subventionnement direct des opérateurs d’interprétariat qui fournissent en échange un volume de services aux professionnels ou aux établissements de santé désignés dans la convention ou le contrat passé avec le ou les financeurs.

- La convention passée entre la DGS et ISM Interprétariat pour les années 2018-2021⁴⁹ pour un montant total de 805.600 € confie à ISM la réalisation d’un certain nombre de missions, dont notamment la réalisation d’interventions d’interprétariat au profit des CeGIDD⁵⁰, des services de maladies infectieuses, des services d’hépatologie, des CLAT⁵¹ et des services hospitaliers prenant en charge des malades atteints de la tuberculose et enfin au profit de lieux d’accueil spécifique du COMEDE et de Médecins du monde. La convention prévoit une valeur cible du quantum d’heures annuel d’interprétariat de 10.000 heures pour les établissements de santé et 750 heures pour le secteur associatif.

⁴⁸ Qui sont des médecins engagés voire militants. Ils ne sont probablement pas représentatifs de l’ensemble de la profession.

⁴⁹ La première convention a été signée en 2000

⁵⁰ CeGIDD : Centre Gratuit d’information, de dépistage et de diagnostic.

⁵¹ CLAT : Centre de lutte antituberculeuse

- Plusieurs ARS subventionnent également, à partir généralement de crédits du FIR, des associations d'interprétariat qui délivrent en contrepartie des prestations d'interprétariat au profit d'établissements de santé et/ou de lieux d'accueil dédiés à l'accueil de migrants. C'est le cas par exemple, de l'ARS Pays de la Loire qui subventionne à hauteur de 73.000 € en 2018, aux côtés d'autres financeurs locaux⁵², l'ASAMLA dont les interprètes interviennent au profit du CHU de Nantes (faisant lui-même partie des financeurs de l'association à hauteur de 80.000 €), du CH de Saint Nazaire et de Médecins du Monde. Le quantum d'heure d'interprétariat n'est pas fixé, chaque utilisateur n'ayant pas de limitation opposable dans la limite des capacités totales de temps d'interprètes disponibles à l'ASAMLA. Un tel dispositif renvoie ainsi la charge de régulation de la demande sur l'opérateur. Une partie des ressources de MSA en Alsace est également assurée par un subventionnement direct de l'ARS à hauteur de 76.000 € par an pour la période 2018-2020.

[119] **Le deuxième mode** de financement repose sur un subventionnement des offreurs de soins qui rémunèrent directement des opérateurs d'interprétariat sur la base d'une tarification généralement au temps. Cette modalité est appliquée comme on l'a vu plus haut pour les expérimentations en médecine de ville en pays de la Loire et en région Grand-Est, les financements étant attribués à l'URPS-ML qui a en charge la gestion du contrat avec le ou les opérateurs d'interprétariat. S'agissant des établissements de santé, s'il leur revient de rémunérer les interventions d'interprétariat, le financement n'a pas toujours pour origine une allocation de crédits ciblés⁵³ par l'ARS, les établissements devant alors arbitrer au sein de leur budget la part des dépenses d'interprétariat.

[120] Si les établissements de santé disposent des capacités de gestion des contrats d'interprétariat, il n'en va pas forcément de même notamment des URPS qui indiquent de pas avoir les ressources pour gérer ce dispositif au-delà d'une phase d'expérimentation. La mission partage cette analyse qui devra conduire à imaginer d'autres modèles de financement (cf. partie 4).

[121] Si on exclut les quelques interprètes professionnels rémunérés directement par les établissements (en tant que salariés), la dépense totale de recours à des interprètes professionnels peut être estimée en cumulant le chiffre d'affaires santé de la dizaine d'associations concernées. Sur les bases des données à sa disposition (selon le cas : nombre d'heures d'interprétariat, chiffre d'affaires ou budget), **la mission estime le montant actuel des financements alloués à l'interprétariat professionnel dans le champ de la santé à environ 6M€.**

1.2.6 Des initiatives pour structurer le secteur et pour davantage de professionnalisation

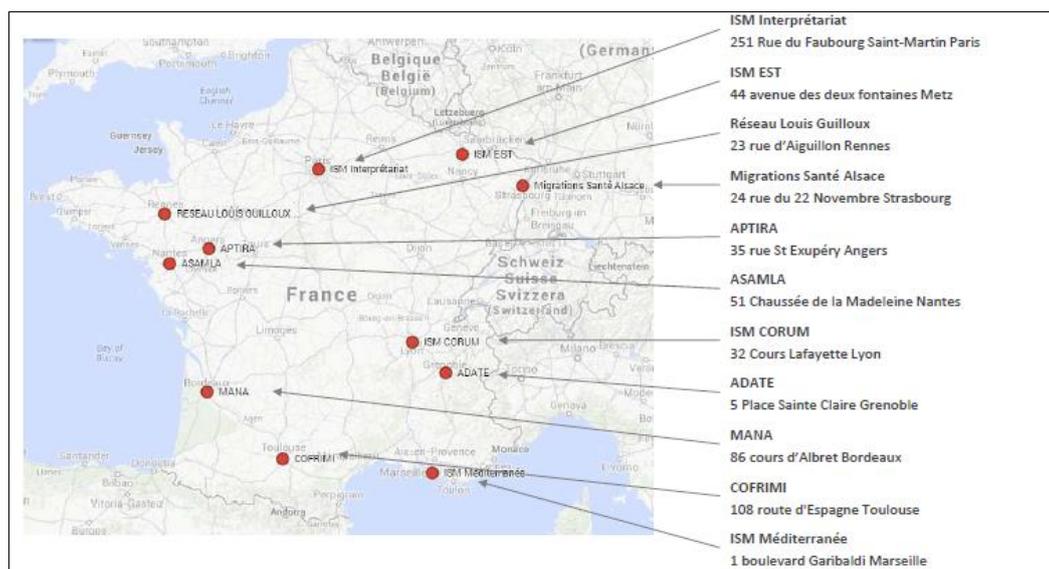
[122] Les prestations d'interprétariat professionnel dans le champ de la santé sont assurées principalement (outre les personnels salariés des établissements de santé) par une dizaine d'associations⁵⁴ réparties sur l'ensemble du territoire.

⁵² DRJSCS, Département, ville de Nantes- CCAS, CHU de Nantes

⁵³ Les financements attribués au titre des MIG PASS ou précarité ne flèchent pas de sous-ensemble interprétariat.

⁵⁴ Ils existent de nombreuses petites associations ainsi que des interprètes indépendants qui interviennent dans le champ de la santé. Leur activité totale est toutefois marginale au regard de celles des associations les plus importantes

Schéma 4 : Les structures d'interprétariat et leur localisation



Source : *Etude Eurogroup : Fonds asile, migration et intégration. L'interprétariat dans le domaine de l'accueil des demandeurs d'asile et de l'intégration des bénéficiaires d'une protection internationale*

[123] A l'initiative de tout ou partie d'entre elles, plusieurs étapes marquent la structuration de la profession.

- L'adoption en 2012 de la charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France, signée par 11 structures d'interprétariat. La charte vise à définir le métier et le cadre d'intervention juridique et institutionnel de l'interprète, la déontologie professionnelle (fidélité de la traduction, confidentialité et secret professionnel, impartialité et respect de l'autonomie des personnes). Elle décrit les fonctions de l'interprète en insistant sur les exigences de distanciation, d'attention et de disponibilité interculturelle.
- Le référentiel de compétences de l'interprète médical et social professionnel, validé par le Groupe de Travail National interassociatif⁵⁵ en mars 2016. Ce référentiel (cité par la HAS mais non publié) détermine les différentes étapes de la formation en distinguant les prérequis, la formation de base et les modules de perfectionnement.
- La création en 2012 d'un DU⁵⁶ de « Médiateur-Interprète dans les Services Publics » dans le cadre d'un partenariat entre l'ISM et l'université Paris-Diderot. Cette formation est destinée à consolider la formation d'interprètes nouvellement recrutés ou déjà en activité généralement issus eux-mêmes de l'immigration. Cette université a créé également plus récemment un Master 1 et 2 de « langues, interprétation et stratégies interculturelles » destiné aux étudiants en formation initiale. On peut citer également le DU de « Pratiques de médiation et de traduction en situation transculturelle » de l'université Paris-Descartes, le DU « Médecines et soins transculturels » de l'Université de Bordeaux qui intègre un module interprétariat ou le DIU⁵⁷ organisé à Lyon « Santé, Sociétés et migrations » qui comprend un module interprétariat et médiation.

⁵⁵ A la date de validation du référentiel de compétences, le Groupe de Travail National interassociatif est composé de : Adate à Grenoble, Aptira à Angers, Asamla à Nantes, Cofrimi à Toulouse, ISM Corum à Lyon, ISM Interprétariat à Paris, Mana à Bordeaux, Migrations Santé Alsace à Strasbourg, Réseau Louis Guilloux (anciennement RVH 35) à Rennes.

⁵⁶ Diplôme d'université

⁵⁷ Diplôme interuniversitaire

- L'Université Paris-Diderot porte enfin un projet de certification (sur le modèle du TOEFL ou du TOEIC) qui permettrait d'attester avec davantage de garantie du niveau de maîtrise des langues traduites.

[124] Certains acteurs de la profession se sont par ailleurs inscrits dans des démarches internationales de normalisation :

- La norme internationale ISO 13611 : « Interprétation - Lignes directrices pour l'interprétation en milieu social, première édition 2014-12-10 ». Elle a été élaborée en vue de répondre au « *besoin universel d'intégration de la diversité linguistique, culturelle et ethnique...* ». Son champ est plus large (services sociaux, établissements scolaires, organismes commerciaux et industriels...) que celui de la santé. Elle pose les principes de l'interprétation en milieu social, elle met en exergue les enjeux de compétence, de qualifications des interprètes et les responsabilités de ces derniers et des entreprises qui les mobilisent et définit le rôle et les responsabilités des interprètes en milieu social. En l'état, la norme n'apparaît pas directement auditable. L'élaboration d'un référentiel d'audit permettrait d'en préciser les éléments preuves attendus dans un contexte santé.
- La norme ISO/CD 21998 – Healthcare Interpreting (en cours d'élaboration). Elle est spécifiquement orientée vers le champ santé et intègre le langage des signes. Elle vise pour l'essentiel à garantir la sécurité des échanges entre offreurs de soins et patients, l'accès aux services de santé pour tous les patients et la sécurité de ceux-ci. Elle met en exergue, comme la norme ISO 13611, les enjeux de compétence et de qualification des interprètes.

2 CE QUE NOUS APPRENNENT LES EXPERIENCES ETRANGERES

[125] La mission a élaboré un questionnaire à l'attention des conseillers aux affaires sociales du réseau des ambassades de France.

[126] Ce questionnaire (Annexe 1) transmis par la délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI) portait sur le cadre légal de l'interprétariat, les conditions de financement et de régulation, les volumes d'actes et leurs coûts, ainsi que sur les modes d'organisation. Les réponses, sous forme de synthèse, ont été retournées à la mission, par le pôle synthèse de la DAEI avec les réponses des pays suivants : Allemagne, Suède, Italie, Canada, Espagne, Royaume-Uni et Etats-Unis (pièce jointe 1).

[127] L'analyse des réponses conduit à distinguer deux types d'approches : la première repose sur la reconnaissance d'un droit à l'interprétariat dont bénéficie la personne, généralement pour l'ensemble de ses relations avec les services publics dont la santé. Entre dans cette catégorie, des pays tels que la Suède, les Etats-Unis ou l'Allemagne, dans un nombre très limité de situations toutefois pour cette dernière. La deuxième approche, identique à la France, fait de l'interprétariat un outil au service de la qualité et de l'égalité des soins. Le Québec, le Royaume-Uni et l'Espagne illustrent ici cette approche.

2.1 Le recours à l'interprétariat est un droit reconnu à la personne.

2.1.1 En Suède: pour l'ensemble des personnes allophones, les textes reconnaissent un « droit du patient à comprendre les informations fournies par le prestataire de services de soins ».

[128] Ce sont les lois sur l'administration publique, sur les services de santé, sur les soins dentaires et la loi sur les patients du 1er janvier 2015 qui réglementent le droit à l'interprétariat et la mission de l'interprète. Une partie importante de la législation concerne le droit du patient à comprendre les informations fournies par le prestataire de soins.

[129] Compte-tenu de la décentralisation, en Suède, chaque comté peut avoir en outre des règles spécifiques adaptées au contexte local. Ainsi, par exemple le comté de Stockholm, le plus important de Suède, financeur et régulateur des soins de santé, a une « politique d'interprétariat » dans laquelle il est mentionné : *« Les soins de santé sont multiculturels et nécessitent d'être disponibles à toute heure de la journée, toute l'année. En cas de besoin, la loi sur l'administration publique dispose qu'un interprète soit sollicité dans le cadre de la fourniture de soins de santé et des soins dentaires financés par le secteur public, ainsi que dans le cadre d'autres activités publiques, lorsque quelqu'un ne maîtrise pas la langue suédoise, ou est malentendant, afin que les fournisseurs de soins de santé puissent garantir une prise en charge offrant les mêmes conditions à tous. En particulier, les groupes d'enfants et de patients ayant des besoins spéciaux doivent être particulièrement pris en compte. Les interprètes doivent, avant l'interprétariat, examiner soigneusement ses conditions préalables et sa mise en œuvre. Les interprètes doivent renoncer à la mission s'il existe une raison valable, par exemple, un conflit d'intérêts. Les interprètes doivent informer à l'avance les parties de leur rôle dans une situation d'interprétariat ».*

[130] Les services d'interprétariat sont mis à disposition et financés par les Comtés et offrent généralement une palette de services comprenant l'interprétariat à distance (programmé ou pas), l'interprétariat présentiel et l'interprétariat permanent. Dans ce dernier cas, l'hôpital ou le centre de soins demandeur doit pouvoir justifier d'un taux d'occupation minimum (au moins six patients par jour). Les règles de recours à l'interprétariat peuvent être protocolisées (Comté de Stockholm) afin d'assurer une bonne utilisation de la ressource.

[131] Le coût total des services d'interprétariat est élevé, avec plus de 100 M€ pour l'ensemble des services publics, dont plus de 60 M€ pour les seuls services de santé (avec une population étrangère totale –allophone ou pas – de 1,8 M de personnes).

2.1.2 Aux Etats-Unis : il existe un cadre juridique qui oblige toutes les structures de soins qui bénéficient de financements fédéraux à fournir un service d'interprétariat

[132] Plusieurs textes généraux sur la discrimination ou spécifique à la santé (voir annexe 2) fondent l'obligation d'offrir des services d'interprétariat dès lors que la structure de soins reçoit des fonds fédéraux : Medicare, Medicaid, Veterans Health Administration, mais aussi, depuis « l'*Affordable Care Act* » de 2010, les personnes prises en charge par des assurances individuelles.

[133] La population concernée est potentiellement importante avec 60 millions de personnes résidant aux Etats-Unis ayant une langue maternelle autre que l'anglais et dont 24 millions ont une maîtrise limitée de l'anglais : « *Limited English Proficiency ou LEP* ».

[134] En dépit des obligations légales, tous les hôpitaux ne disposent pas de services d'interprétariat, même si la proportion est élevée (69 % des 4514 hôpitaux généraux déclaraient offrir un service d'interprétariat en 2006).

[135] L'essentiel des prestations est réalisé par des sociétés privées sous la forme de services téléphoniques.

2.1.3 En Allemagne: il existe un cadre juridique garantissant et organisant le droit à l'interprétariat, pour deux catégories particulières de populations allophones.

[136] Deux catégories de population bénéficient du droit à l'interprétariat :

- Les demandeurs d'asile ayant droit à une prise en charge médicale peuvent bénéficier, si nécessaire, de services d'interprétariat. L'autorité en charge des étrangers assume les coûts de traductions. Toutefois, à partir du moment où le demandeur d'asile a obtenu son statut de réfugié, ce droit expire.
- Les prostitué(e)s qui doivent obligatoirement suivre un entretien médical avec l'autorité sanitaire locale afin d'obtenir une autorisation pour pratiquer leur activité. Les éventuels coûts de traductions pour ce premier rendez-vous ainsi que pour les consultations annuelles suivantes obligatoires, sont pris en charge par l'autorité sanitaire locale.

[137] Ce cadre exceptionnel appliqué à deux catégories de population fait l'objet, de la part d'associations d'une demande d'extension à l'ensemble de la population allophone comme le note le rapport de synthèse de la DAEI : « ... dans le cadre du projet « médiation linguistique dans le secteur de la santé » initiée en 2015, plusieurs associations fédérales du domaine de santé, de la protection des patients, des affaires sociales et de la médiation linguistique revendiquent « une prise en charge des services d'interprétariat ainsi que des médiateurs linguistiques au sein des prestations de l'assurance maladie légale ».

2.2 Le recours à l'interprétariat est un outil de la qualité et de l'égalité d'accès aux soins

[138] Les pays qui veulent garantir des normes de qualité pour le recours à l'interprétariat en santé établissent des normes et des référentiels de bonne pratique qui concernent l'interprétariat lui-même mais aussi les conditions du recours et l'organisation adaptée des services de santé.

[139] C'est le cas du Royaume-Unis, du Canada (Québec) ou de l'Espagne qui développent des programmes d'interprétariat en santé avec pour objectif de garantir un bon niveau d'accès à ce type de services pour les populations allophones mais également pour garantir un service de qualité, identique sur l'ensemble du territoire.

2.2.1 Le Québec

[140] La loi sur la santé et les services sociaux du Québec prévoit les règles applicables en matière d'adaptation des services aux particularités linguistiques et ethnoculturelles. Elle définit aussi les droits des usagers et les responsabilités des établissements quant à un devoir d'organisation de services tenant compte des diversités de leur population

2.2.1.1 Des référentiels, des protocoles, des modèles.

[141] Les autorités ministérielles ont élaboré un document de référence intitulé : « Les orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec »⁵⁸.

[142] Ces orientations reprennent les éléments jugés incontournables pour une utilisation de qualité de l'interprétariat dans l'intervention au sein des services de santé et des services sociaux et mettent en avant un modèle d'organisation afin d'offrir une desserte optimale dans toutes les régions du Québec.

[143] L'objectif est l'harmonisation des pratiques. Ainsi le document ministériel fixe des standards pour une pratique qualitative (définition des types d'interprètes, modes d'interprétariat, conditions de recours approprié à un interprète formel ou informel, encadrement de la pratique de l'interprète et éthique de l'interprète) et édicte des solutions d'amélioration de l'offre de services d'interprétariat pour le réseau de la santé et des services sociaux, notamment en organisant l'offre nationale de services d'interprétariat.

2.2.1.2 Des financements dédiés

[144] Afin de faciliter l'égalité d'accès aux immigrés qui ne connaissent pas suffisamment la langue ou la culture de la société d'accueil, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a créé la Banque interrégionale d'interprètes, à la demande du gouvernement du Québec.

[145] Afin également, de tenir compte du temps supplémentaire consacré par un professionnel de santé lors d'une consultation avec interprète, le gouvernement a majoré les tarifs des consultations des praticiens.

► Une Banque de l'interprétariat.

[146] Cette Banque fonctionne comme un service public. Elle est financée par la Province. Elle a été créée en 1993, au Québec pour répondre principalement aux besoins de l'agglomération de Montréal qui, avec une population totale de près de deux millions d'habitants, comprend 33 % de sa population dont la langue maternelle n'est, ni la française, ni l'anglais, 2,6 % du total de la population ne pouvant pas soutenir une conversation courante en français ou en anglais.⁵⁹

[147] Cette Banque qui peut être saisie par les particuliers et par les institutions est devenue le prestataire de référence en matière de traduction et d'interprétariat au Québec.

[148] En 2011, elle employait 121 traducteurs et interprètes pour un total de 43472 heures d'interprétariat. Elle a rendu 31227 prestations auprès notamment de 20042 clients allophones. Elle a été saisie par 453 organismes (établissements sociaux ou de santé, écoles...)⁶⁰.

► Des consultations avec interprète mieux tarifées.

⁵⁸Ministère de la santé et des services sociaux- Québec (Canada) : « Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux » : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002180/>

⁵⁹ Données 2008, fournies par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

⁶⁰ Données 2011, fournies par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

[149] Depuis 2012, un code d'acte tarifé à 25\$ canadien, a été reconnu au titre de « supplément pour la communication par l'intermédiaire d'un interprète intervenant en cabinet ou en établissement, pour un patient inscrit ».

[150] De même, depuis 2012, un code d'acte tarifé à 17\$ a été reconnu « en cas de déficience auditive du patient lorsque la communication se fait par écrit ou de façon gestuelle ».

2.2.2 Le Royaume-Uni

[151] En application des principes d'égalité de traitement et d'égalité des chances, le secteur des soins de santé doit garantir une communication adaptée à destination des patients et de leurs familles qui ne parlent pas ou ne maîtrisent pas suffisamment la langue anglaise. Un document intitulé « *Guidance for commissioners: Interpreting and Translation Services in Primary Care*⁶¹ », rassemble les principes relatifs au recours aux interprètes professionnels dans le secteur de la santé. Ce guide est également utilisé pour les soins hospitaliers. A ce titre, les besoins du patient en interprétariat doivent être tracés dans son dossier médical.

[152] Les autorités locales du NHS (les Clinical Commission Groups) doivent établir une cartographie des besoins en interprétariat. Au plan global, il en ressort que 2 % de la population résidant en Angleterre et au pays de Galles déclarent ne pas ou pas bien parler l'anglais.

[153] Il appartient aux offreurs de soins d'organiser le recours à l'interprétariat en s'adressant à des prestataires extérieurs. Les services de l'Etat (Le Crown Commercial Service (CCS)⁶²) mettent toutefois à leur disposition un accord-cadre alloué (« procurement framework ») afin de faciliter le recours à des services de traduction⁶³. Une variété de prestataires de services de traduction et d'interprétariat y est listée.

[154] Le montant de la dépense d'interprétariat pour le NHS a été estimé par le think tank « 2020health » entre 70 et 75 M€ sur les trois années de 2009-2011.

2.2.3 L'Espagne

[155] La santé est gérée au niveau des Communautés autonomes auxquelles il appartient donc d'organiser (ou pas) l'accès à des services d'interprétariat. Cet accès est effectif dans la Communauté de Madrid qui compte 893.000 immigrants dont environ 400.000 allophones.

[156] La Communauté de Madrid a ainsi mis en place un dispositif de télé-interprétariat centralisé par téléphone, accessible dans toutes les structures de soins. Il ne traduit physiquement par la mise à disposition d'un téléphone mobile équipé d'une double sortie oreillette et microphone (un pour le patient et un pour le professionnel de santé) relié à un centre d'appel. Le service est ouvert 24H/24 et 365 jours par an.

[157] Financé à l'origine dans le cadre d'un partenariat associant le ministère régional de la santé, le ministère régional de l'immigration et un mécénat privé (œuvre sociale de la banque CajaMadrid), le service est depuis 2013 à la seule charge des structures qui y font appel.

⁶¹<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/09/guidance-for-commissioners-interpreting-and-translation-services-in-primary-care.pdf>

⁶²La Crown Commercial Service est une agence exécutive du Cabinet Office chargée d'améliorer les activités commerciales et les achats du gouvernement.

⁶³<https://ccs-agreements.cabinetoffice.gov.uk/contracts/rm1092>

3 LES PARAMETRES DE L'EFFICIENCE ET LES CONDITIONS DE LA REUSSITE DES DISPOSITIFS D'INTERPRETARIAT

[158] Le recours à l'interprétariat professionnel doit permettre la prise en charge des patients allophones dans le système de santé de « droit commun » avec les mêmes garanties de sécurité et de qualité que les patients francophones.

[159] La mission a recueilli, en milieu hospitalier, en ville et auprès des prestataires de nombreux témoignages qui vont tous dans le même sens : malgré les risques que représentent, pour le patient et le médecin, les difficultés d'échanges et les incompréhensions de langage, le réflexe d'avoir recours à un interprète n'est pas encore suffisamment entré dans les habitudes et dans les bonnes pratiques, même si « *ceux qui y ont goûté, y reviennent* »⁶⁴.

[160] Dans un tel contexte où l'absence de recours relève tout à la fois de l'ignorance des dispositifs que du réflexe culturel, la facilité d'usage et la qualité du service rendu seront déterminants pour assurer la diffusion de l'interprétariat professionnel.

[161] Sur la base des constats et analyses qui précèdent, il est possible de poser les principes qui doivent fonder un dispositif d'interprétariat mobilisable par tout professionnel de santé en tout point du territoire. Ceux-ci sont au nombre de six :

- Le dispositif doit être connu, lisible et sa justification affirmée;
- Ses règles de bon usage doivent être largement diffusées ;
- Il doit être simple d'usage en permettant au professionnel de santé d'y recourir directement sans excès de procédures ;
- Il doit être adapté et agile dans ses modalités de fonctionnement pour répondre à la diversité et l'évolutivité des besoins d'interprétariat ;
- La mise en mouvement des acteurs locaux doit être coordonnée par les ARS ;
- La qualité des prestations doit être garantie aux professionnels de santé.

3.1 Un système connu et lisible par les professionnels de santé et les patients

[162] Que ce soit en ville ou en milieu hospitalier, le recours pertinent à l'interprétariat suppose comme première condition que les praticiens dans leur diversité de métiers ainsi que les patients soient informés de l'existence et des possibilités de recours à l'interprétariat. Ils doivent savoir quels professionnels peuvent y avoir recours ; comment solliciter le service ; quelles sont les modalités de déroulement de l'intervention, quel est le mode de financement. Ces aspects ne sont pas triviaux au regard des difficultés concrètes que rencontre souvent la puissance publique pour informer les professionnels de tel ou tel dispositif nouveau ou à informer les patients de leurs droits.

[163] Son existence doit donc faire l'objet d'une large communication auprès des établissements et des professionnels de santé. S'agissant des patients, la question est plus complexe compte tenu des spécificités de la population concernée. S'il est possible d'imaginer de disposer dans les établissements de santé de documents simples d'information disponibles dans les principales langues d'immigration (dont l'élaboration devrait être mutualisée à l'échelle nationale et diffusée sous une forme facilitant leur édition locale et leur insertion sur les sites Internet des établissements

⁶⁴ Propos d'un médecin représentant l'URPS-ML des pays de la Loire.

de santé), le canal des structures administratives d'accueil des étrangers (OFPPRA, OFII, préfectures) et associatives pourrait être mobilisé.

[164] En amont de l'information opérationnelle, il importe que la motivation et l'économie générale du dispositif soient connues des acteurs concernés. Au-delà de la sphère des « militants » et des convaincus, le recours à l'interprétariat informel reste la solution dominante en dépit de ses limites et des risques qui lui sont associés. Les messages de l'exigence de la qualité, de l'égalité d'accès et du refus de la perte de chance doivent être d'autant plus clairement portés que les réticences peuvent être parfois d'une autre nature que purement fonctionnelles ou pratiques. Mais les établissements et professionnels de santé doivent être aussi pleinement éclairés sur les conditions économiques de la prise en charge des dépenses induites, celles-ci dépendant du modèle de financement qui sera retenu (cf. partie, 4).

Recommandation n°1 : La motivation et l'économie générale du dispositif ainsi que les principes d'organisation et de fonctionnement du recours à l'interprétariat doivent être posés par une instruction ministérielle.

3.2 Elaborer et promouvoir des règles de bon usage

[165] Le recours à l'interprétariat professionnel doit être affirmé comme un outil de la qualité et de la réduction des risques liés aux soins. Il est toutefois coûteux et forcément contraignant pour le professionnel de santé. Il serait à ce titre déraisonnable de prétendre accompagner 100 % des recours aux soins de patients allophones d'un interprète. La Haute Autorité de Santé l'indique dans son référentiel en mentionnant en priorité certaines situations et la pratique des professionnels de santé les plus engagés le confirme à travers un recours raisonné. Pour autant, la situation la plus fréquente aujourd'hui est davantage celle d'un sous-recours du fait du manque de ressources mais aussi par des réticences rappelées plus haut. Celles-ci devront être levées de façon volontaristes et actives car elles placent le patient dans une situation potentiellement à risque. Il s'agit donc d'accompagner les professionnels dans le bon usage des différentes formes d'interprétariat (professionnel ou pas) et dans les conditions de leur mise en œuvre (par exemple, en matière de formation des professionnels de santé volontaires pour l'interprétariat).

[166] Les modalités de recours à l'interprétariat doivent donc être élaborées et mises sous une forme opérationnelle, par exemple de protocoles, en veillant à la simplicité de leur usage. Les réalisations du CHU de Toulouse ou de l'URPS des Pays de la Loire ainsi que de certains pays étrangers⁶⁵ tels que le Québec⁶⁶ qui mettent à disposition des utilisateurs des guides, référentiels ou outils d'aide à la décision précisant les modalités recommandées en fonction des circonstances, sont disponibles pour nourrir un travail qui devrait être opéré sous l'égide de la HAS.

[167] Pour la médecine de ville, ces recommandations pourraient être diffusées par les différents outils et médias de l'Assurance maladie : communication via AMELI Pro, messages ciblés en fonction de la patientèle du médecin adressés par messagerie ou promus par les délégués de l'Assurance Maladie. Le message pourrait être relayé également par les conseils nationaux des ordres des différentes professions de santé, les sociétés savantes et les URPS.

⁶⁵ Un autre exemple (cf. pièce jointe n° 4) dont il serait possible de s'inspirer, est fourni par un article publié en Nouvelle Zélande dans le « Journal of primary health care » : How to use interpreters in general practice: the development of a New Zealand toolkit Ben Gray MBChB; Jo Hilder MA; Maria Stubbe PhD. PRIM HEALTH CARE2012;4(1):52-61.

⁶⁶ Cf. pièce jointe n° 3

[168] En milieu hospitalier, le souci d'appropriation et la possibilité de recourir aux ressources internes excluent la simple diffusion de recommandations produites par la HAS. Il est sans doute indispensable, qu'autour d'un corpus préétabli, chaque établissement adopte sa propre charte d'utilisation en tenant compte notamment de la population de son territoire et des compétences linguistiques disponibles en interne. L'existence de cette démarche devrait être inscrite dans le référentiel de certification de la HAS.

[169] L'adoption des principes de bon usage de l'interprétariat médical par les professionnels de santé sera d'autant plus facile que son enseignement aura été inclus dans leur formation initiale (second cycle des études médicales ou séminaires d'internat) et que les stages leur auront permis d'en observer les bénéfices.

Recommandation n°2 : Des recommandations de bon usage des différentes formes d'interprétariat doivent être élaborées sous l'égide de la HAS et diffusées sous une forme pratique et opérationnelle auprès des professionnels de santé en mobilisant les différents canaux disponibles (sociétés savantes, DPC, AMILI-Pro...) ainsi que dans le cadre de leur formation initiale.

3.3 Il doit être simple d'usage en permettant au professionnel de santé d'y recourir directement sans excès de procédures

[170] Ce qui caractérise principalement la simplicité d'usage c'est la possibilité pour un professionnel de pouvoir contacter, par lui-même et au moment où le besoin apparaît, un prestataire par téléphone ou par une application Internet, afin d'établir un contact téléphonique direct avec un interprète ou d'organiser, sans délai, suivant son besoin, un rendez-vous avec la présence physique d'un interprète.

[171] En milieu hospitalier, les conditions d'usage et de recours à un interprète doivent, bien sûr, être formalisées mais avec des procédures simples, facilement mobilisables par les utilisateurs et permettant un accès rapide à un prestataire. La mise en place d'une fonction de coordination de l'interprétariat, telle qu'elle existe au CHU de Toulouse apparaît comme une bonne pratique permettant tout à la fois de sensibiliser et de former les professionnels de santé au bon usage de l'interprétariat, d'organiser le recours (procédures de recours, appels d'offres de prestataires, contrôle qualité du service fait...), y compris en gérant avec rigueur les listes de volontaires internes (mise à jour, vérification de leurs compétences linguistiques, organisation de formation). Le rattachement à la direction qualité apparaît logique au regard des finalités poursuivies, mais d'autres rattachements sont possibles dès lors qu'ils garantissent la cohérence et l'efficacité de l'action⁶⁷.

[172] En milieu libéral mais aussi au sein des établissements de santé, en situation de paiement à l'acte ou à l'activité dans un contexte de tensions sur le temps médical disponible, la question de la simplicité d'usage peut inclure celle de l'absence de dés-incitation du fait de la pénalisation que représente l'allongement du temps de consultation. Sur le modèle canadien, la mission considère que la question de la valorisation du temps supplémentaire lié aux temps de traduction par l'interprète doit être posée. Dans le contexte de la stratégie nationale de santé qui vise notamment au renforcement des soins de premiers recours, la mission considère que l'introduction d'une majoration tarifaire liée à la présence (physique ou virtuelle) d'un interprète devrait constituer une priorité.

⁶⁷ A Toulouse, l'interprétariat est rattaché à la direction de la qualité, de la sécurité et des relations avec les usagers. A Strasbourg, l'unité en charge de l'interprétariat est rattachée à la direction des relations internationales et européennes

Recommandation n°3 : Dans les établissements de santé, l'effectivité et la qualité de l'organisation du recours à l'interprétariat professionnel devraient être intégrées dans le référentiel de certification de la HAS.

Recommandation n°4 : Introduire la possibilité d'une majoration tarifaire de la consultation en soins de premiers recours (médecine générale et pédiatrie) lorsque celle-ci se déroule en présence (physique ou téléphonique) d'un interprète.

3.4 Il doit être adapté et agile dans ses modalités de fonctionnement pour répondre à la diversité et l'évolutivité des besoins d'interprétariat.

3.4.1 Le recours à l'interprétariat doit être opérationnel pour l'ensemble du territoire

[173] Les recours à l'interprétariat présentiel et à distance (par téléphone ou par vidéo) doivent être rendus également accessibles aux professionnels de santé.

[174] A l'évidence, l'interprétariat à distance constitue la solution la plus adaptée à la plupart des situations, en particulier en médecine de ville et de façon générale lorsque les flux de patients allophones sont faibles, dispersés dans la journée et hétérogènes du point de vue des langues parlées. Pour des raisons techniques et économiques, l'immense majorité des interventions à distance est aujourd'hui réalisée par téléphone. Il est possible que l'interprétariat par visiophonie puisse se développer dans l'avenir, sans pour autant remplacer la téléphonie qui offre davantage de souplesse et offre au patient un anonymat vis-à-vis de l'interprète. L'interprétariat à distance (par téléphone et par vidéo) doit donc constituer la base d'une réponse accessible aux professionnels de santé en tout point du territoire et à toute heure du jour ou de la nuit. Son organisation doit reposer sur une base nationale ou interrégionale faisant intervenir plusieurs opérateurs sur un panel de langues défini.

[175] A l'inverse, l'interprétariat présentiel constitue une solution efficace lorsque l'interprète peut être mobilisé au cours d'une même vacation au profit de plusieurs patients et/ou de plusieurs professionnels (parcours) au profit d'un même patient. En dépit des contraintes de programmation qui y sont associées, de nombreux professionnels interrogés par la mission ont fait part de leur préférence pour cette modalité, notamment parce qu'elle permet à l'interprète de capter la communication non verbale. Elle apparaît en outre plus humainement adaptée dans les situations difficiles telles que l'annonce d'un diagnostic grave. Son organisation doit reposer sur une base régionale ou locale. Les observations de la mission montrent qu'il est difficile de rendre l'interprétariat présentiel accessible au-delà d'un certain périmètre d'intervention (l'agglomération au sein de laquelle est implanté l'opérateur) pour les raisons de temps et de coût mentionnées ci-dessus. Néanmoins, cette solution est compatible avec un certain éloignement si les volumes de patients le justifient permettant d'utiliser au mieux le temps de vacation de l'interprète.

[176] Ces services, et en particulier les prestations téléphoniques doivent être disponibles sur de très larges amplitudes horaires et 7 jours sur 7. Cela suppose bien sûr, de pouvoir disposer sur le marché de prestataires suffisamment puissants pour assurer localement ou nationalement de tels services sur une telle amplitude.

[177] Enfin, certains territoires en particulier les DOM soumis à une forte immigration (Mayotte et La Guyane) requièrent des dispositions particulières permettant notamment la présence permanente d'interprètes.

3.4.2 Un panel large et évolutif de langues accessibles

[178] Le nombre de langues accessibles constitue un des éléments du modèle économique : la disponibilité 24/24 d'un interprète a un coût qui ne peut être rentabilisé que si le nombre de recours est suffisant. Selon les langues (et les flux migratoires du moment), le volume de recours implique une organisation mutualisée au plan national ou peut s'accommoder d'une organisation régionale ou interrégionale.

[179] L'organisation choisie et le degré de concentration de l'offre n'est pas sans impact sur les coûts. Dès lors la mise en place d'un système de tarification à l'intervention ou au temps ne peut manquer d'en tenir compte : soit le tarif est uniforme pour toutes les langues, et tous les opérateurs doivent offrir un panel de langues (à distance) identique, soit il leur est possible de n'afficher qu'un panel réduit et la tarification doit en tenir compte.

[180] Enfin, les prestataires doivent pouvoir s'adapter rapidement à des demandes de langues qui peuvent évoluer très vite en fonction de flux migratoires changeant⁶⁸.

Recommandation n°5 : L'organisation à mettre en place, le modèle économique et la tarification associés devront prendre en compte la nécessité pour les prestataires de garantir une offre de service adaptée combinant interprétariat présentiel et à distance, permanence du service et panel de langues répondant à la diversité et à l'évolutivité des besoins.

3.5 Les Agences Régionales de Santé doivent organiser la réponse aux besoins

[181] Les deux régions qui ont le plus expérimenté, évalué et développé de manière significative les pratiques de recours à l'interprétariat sont les régions Pays de la Loire et Grand Est. Dans les deux cas, l'implication des deux ARS a été forte.

[182] Il ressort de ces expériences la nécessité d'une action coordonnée à destination des différents interlocuteurs concernés : opérateurs d'interprétariat, associations d'accueil des immigrés, établissements et professionnels de santé. Si le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) apparaît comme l'élément fédérateur qui fonde la cohérence de l'action, la déclinaison opérationnelle n'en est pas moins importante.

[183] A l'instar ce qui est réalisé au sein du NHS (cf. infra), un travail de cartographie des besoins d'interprétariat devrait être intégré de façon systématique au sein des PRAPS.

[184] Les outils de la contractualisation apparaissent adaptés pour formaliser les actions attendues des différents acteurs et les mesures d'accompagnement à la main des ARS : CPOM liant l'ARS et les différentes URPS pour assurer la sensibilisation et l'accompagnement des professionnels, mais aussi contrats ou conventions d'accompagnement des CPTS⁶⁹, des MSP⁷⁰ ou des GHT⁷¹.

⁶⁸ A ce jour, en France, seule ISM (Inter Service Migrants- statut associatif) a la capacité de répondre à des demandes d'interprétariat 24h sur 24 et 7j sur 7. ISM propose 182 langues et dialectes à la traduction. ISM emploie 427 salariés (335 ETP) et gère un budget de 22,5 millions €. En 2018, ISM a assuré 32.279 prestations par téléphone.

⁶⁹ Communauté professionnelle Territoriale de Santé

⁷⁰ Maison de santé Pluridisciplinaire

⁷¹ Groupement Hospitalier de Territoire

Recommandation n°6 : Les ARS doivent contractualiser le déploiement de l'usage de l'interprétariat en mobilisant les différentes possibilités de contrats avec les acteurs de santé, et en utilisant les PRAPS, comme outil d'évaluation et de suivi des besoins.

3.6 Les garanties de qualité des prestations.

[185] La qualité de l'offre d'interprétariat repose aujourd'hui sur la motivation des acteurs qui s'inscrivent dans une démarche historiquement militante en faveur des droits des migrants et dans une perspective non lucrative, constitutive, pour certains offreurs, d'une forme de délégation de service public. Avec cette vision de leurs missions, les opérateurs du secteur ont pris des initiatives décrites plus haut pour professionnaliser leur métier tout en s'inscrivant dans une charte éthique.

[186] L'expérience d'autres champs d'activité dans le périmètre de la santé montre que ce modèle et les motivations qui le portent s'inscrivent difficilement dans la durée. Surtout l'extension du marché de l'interprétariat en santé qui résulterait de la mise en place de financements s'accompagnera très probablement de l'émergence de nouveaux offreurs entraînant une concurrence notamment sur les prix qui n'existe pas aujourd'hui.

[187] Dans ce contexte, une partie des caractéristiques de la qualité du service est observable par l'acheteur (panel de langues, disponibilité et réactivité de l'offre, relation client...) et peut figurer aisément dans un cahier des charges et être soumise au contrôle de l'acheteur.

[188] Ceci est en revanche plus difficile pour ce qui concerne la qualité de la traduction qui est plus difficilement observable par le professionnel de santé. Il est donc essentiel de concevoir un dispositif garantissant aussi la qualité de l'interprétariat.

[189] En conséquence, les garanties de qualité qu'un système de recours à l'interprétariat en santé doit apporter concernent deux domaines : les opérateurs et organismes prestataires d'une part, les interprètes d'autre part.

3.6.1 La qualité des opérateurs

[190] A ce jour, et en résumé, les outils disponibles permettant d'apprécier le niveau de qualité des organismes prestataires sont (voir supra paragraphe 1.2.6) :

- La charte de l'interprétariat médical et social professionnel, signée en novembre 2012, par les 11 principales structures associatives prestataires de services d'interprétariat⁷². Son caractère général fait de cette charte une déclaration d'intention collective utile traduisant la volonté d'organiser une profession et de reconnaître un métier mais insuffisante pour servir de garantie à la qualité des prestations des signataires ;
- La norme ISO 13611 « lignes directrices pour l'interprétation en milieu social » (2014) fixe dans son paragraphe 6 « les responsabilités des prestataires de services d'interprétation » tant vis à vis de leurs clients que vis-à-vis des interprètes qu'ils emploient. Les prescriptions de la norme énumèrent les obligations du prestataire envers le client et envers les interprètes ;

⁷² Les 11 signataires sont : Adate, Aptira, Asamla, Cofrimi, ISM CORUM, ISM interprétariat, ISM, Mana, Migrations santé Alsace, Réseau ville hôpital

- La norme ISO 18841 « Services d'interprétation-Exigences et recommandations générales » (2018) vient compléter la norme de 2014, sans aborder des domaines particuliers de l'interprétariat comme le domaine de la santé.

[191] Pour l'avenir, un projet de nouvelle norme sur l'interprétation, spécifique au domaine de la santé (norme ISO/CD 21998) est en cours d'examen par les comités techniques ISO. Ce projet de norme, outre l'intérêt qu'il porte également aux conditions de travail, détaille notamment les différentes situations professionnelles dans lesquelles un interprète en santé peut se trouver et fixe les conditions de bonnes pratiques dans chacune de ces situations : éléments d'information préalables, présentation de l'interprète, utilisation de la première personne, positionnement dans l'espace, reformulation, modes d'interprétation à maîtriser...

[192] Les compétences listées et les obligations pour le prestataire sont plus étoffées que dans la norme 13611 et comprennent des exigences spécifiques à la connaissance des problématiques médicales et de santé.

[193] Compte tenu de ce qui précède, il serait légitime d'appuyer la procédure de certification sur la future norme ISO/CD 21998. Si les délais de sa publication devaient se révéler trop lointain et/ou incertains, la norme ISO 13611 pourrait être retenue, dès lors qu'elle serait accompagnée d'un référentiel d'audit (objectivation des éléments de preuves attendus) déclinant les exigences dans le champ de la santé.

[194] Ce référentiel serait d'autant plus utile qu'il permettrait aux organisations d'identifier les attentes de façon simple en évitant les excès de formalisation inutile (« la qualité papier ») et coûteux et qui seraient peu accessibles à certaines des organisations actuelles de petite taille.

[195] L'élaboration du référentiel et de son guide d'utilisation devrait être confiée à un groupe de travail, associant la profession, sous l'égide de la HAS.

[196] Compte tenu du temps requis pour élaborer le processus de certification et le rendre opérationnel, un délai d'un ou deux ans devrait être laissé aux opérateurs pour acquérir leur certification.

Recommandation n°7 : Mettre en œuvre une procédure de certification obligatoire des opérateurs d'interprétariat intervenant auprès des professionnels de santé, en établissement ou en ville.

3.6.2 La qualité des interprètes

[197] Le paragraphe 1.2.6 supra a souligné les efforts de la profession, depuis une dizaine d'années, pour définir le métier d'interprète en santé et poser les bases qualitatives de la formation des interprètes.

[198] Concrètement, les efforts de la profession se traduisent, de fait, chez certains prestataires rencontrés par la mission⁷³, par des efforts importants pour garantir la qualité de leurs interprètes :

- Procédure de recrutement intégrant exigence d'un niveau minimum de formation post-bac (généralement + 2ans), test de langue...
- Parcours d'insertion tutoré

⁷³ ISM Paris (Interprétariat Santé Migrants) et MSA (Migrants Santé Alsace).

- Formations complémentaires internes portant selon les cas sur les aspects du métier d'interprète en milieu social (traduction, distanciation, interculturalité) ou sur les dimensions éthiques ou techniques (vocabulaire médical) du champ de la santé.
- Partenariat avec des écoles spécialisées (l'Ecole Supérieure d'interprètes et de Traducteurs) ou des université (par exemple avec le DU de l'Université Paris-Diderot)

[199] Les démarches entreprises par certains des organismes prestataires de services d'interprétariat montre la voie à suivre et conforte l'idée développée au-dessus, à travers la certification des opérateurs, qu'il revient à ces derniers de garantir la qualité de l'interprétariat et donc la qualité des interprètes qu'ils ont la charge de recruter, de former et d'évaluer

[200] Ces démarches vertueuses ne débouchent cependant pas sur une véritable reconnaissance du processus de professionnalisation. Une démarche de certification professionnelle entreprise à l'initiative des partenaires sociaux pourrait utilement compléter le dispositif.

[201] L'émergence d'autres formes d'offres mettant plus directement en relation des interprètes avec l'acheteur de prestations est toutefois hautement probable: plateformes d'intermédiation et/ou interprètes indépendants. Sans recommander le développement de telles modalités, la mission considère peu opportun de les exclure d'office, leur émergence pouvant, en outre, être facilitée ou compromise selon le modèle de financement retenu.

[202] Dans cette hypothèse, il convient de garantir la qualité de l'interprète lui-même en définissant des prérequis de formation initiale voire continue. La Suisse a ainsi mis en place deux niveaux de diplôme, un certificat et un brevet fédéral d'interprète communautaire reconnus par l'office fédéral de la santé publique. Des formations certifiées ont également été mises en place⁷⁴.

[203] Cette approche n'est en outre pas incompatible avec l'existence d'un référentiel de qualité adapté aux opérateurs qui fixerait également des prérequis de diplômes ou de qualifications pour leurs salariés. Il convient cependant d'éviter d'alourdir un dispositif encore émergent en posant des exigences qui rendraient le recrutement d'interprètes impossible dans certaines langues.

Recommandation n°8 : Pour les interprètes salariés d'un prestataire, les partenaires sociaux de la branche correspondante devraient être invités à s'engager dans un processus de certification professionnelle reconnue et inscrite au RNCP.

Recommandation n°9 : En cas de recours direct ou via une plateforme d'intermédiation à un interprète, la qualité de ce dernier devra être garantie par l'attestation d'un certain niveau de langue (certification type TOEFL ou TOEIC) et d'une formation minimale sanctionnée par un diplôme dans le champ de l'interprétariat médical et social.

4 LA RECHERCHE D'UN FINANCEMENT CONJUGUANT UN COUT MAITRISE ET DES VECTEURS ADEQUATS

4.1 Les hypothèses de coût.

[204] Au regard des constats qui précèdent, l'analyse de l'existant ne renseigne que faiblement sur le coût futur du dispositif, compte tenu du caractère très localisé et partiel du recours à l'interprétariat professionnel. En outre les tarifs actuels sont issus de structures qui exercent dans

⁷⁴ Source : La lettre du Comède aux membres du réseau. Numéro 49

un cadre non lucratif mais hors concurrence et pour partie subventionné. Il s'ensuit une double difficulté à estimer les volumes et les coûts futurs des services d'interprétariat.

- La première incertitude concerne le coût unitaire des prestations dès lors que le service serait disponible à grande échelle.

[205] Les tarifs actuels des prestataires sont exprimés en prix par unité de temps (quart d'heure par téléphone, heure en présentiel). Selon les données disponibles pour les simulations, il peut être pertinent de les exprimer sous la forme de prix par intervention pour tenir compte du temps passé et surtout du fait que la facturation en présentiel inclut généralement l'ensemble du temps de mobilisation d'interprète (temps de présence dans l'établissement ou au cabinet du médecin, voire selon les prestataires, temps de transport inclus). Dès lors si le coût par patient ne dépend que de la durée et du prix unitaire dans le cas de l'interprétariat par téléphone, il dépend également, dans le cas du présentiel, de la fluidité de l'organisation au sein de l'hôpital (absence de temps morts) et de la capacité à grouper les RDV requérant un même interprète.

[206] Dans les simulations qui suivent, la mission s'est efforcé de mobiliser les données les plus pertinentes en s'appuyant à la fois sur les tarifs mais aussi sur les données globales de recettes permettant de calculer un "tarif global », subventions incluses par heure ou par intervention en prenant en compte les durées moyennes observées.

[207] A titre conservatoire, les chiffrages opérés par la mission ont maintenu les coûts actuels, alors que le développement de l'activité devrait permettre des gains de productivité, en particulier pour l'interprétariat téléphonique, grâce à une meilleure optimisation du temps de travail des interprètes.

- L'incertitude principale porte cependant sur les volumes de prestations (et dans une moindre mesure sur le mixte de prestations téléphonique/présentiel).

[208] Les volumes attendus peuvent être appréhendés en termes de besoins théoriques en partant de la consommation de soins des patients allophones et en formulant des hypothèses sur le taux de recours à l'interprétariat en fonction des types de soins. Une telle approche ne prend cependant pas en compte les observations de la mission comme celles de la littérature internationale qui montrent que la culture des professionnels et les contraintes réelles ou supposées attachées au recours à l'interprétariat en diminuent sensiblement l'usage. Par ailleurs, les mêmes observations montrent la sensibilité du recours à la lisibilité et à la facilité d'usage du dispositif offert aux professionnels.

[209] Il en résulte que le montant de la dépense attendue constitue une variable à la fois exogène (l'existence de besoins) et endogène (l'attitude des professionnels au regard du dispositif mis en œuvre) de l'action publique.

[210] Dès lors la mission a réalisé trois formes de chiffrages :

- Un chiffrage fondé sur une approche des besoins théoriques qui repose sur trois hypothèses ou ensembles d'hypothèses relatives à l'effectif de la population allophone, à son taux de recours aux soins et aux taux de recours à l'interprétariat par types de soins. Cette approche est de nature à fournir une estimation haute de la dépense attendue ;

- Un chiffrage fondé sur l'extrapolation des pratiques observées dans les régions ou les établissements les plus avancés à l'ensemble du territoire national. Compte tenu des limites, notamment budgétaires, imposées dans les établissements et régions concernées, l'extrapolation réalisée constitue une estimation basse de la dépense attendue.
- Un chiffrage fondé sur l'analyse comparée des dépenses par pays. Cette approche dont la pertinence est limitée par la faible disponibilité de données homogènes, permet néanmoins de conforter les deux premières approches.

[211] Enfin, le montant de la dépense attendue doit être analysé dans le temps en tenant compte du rythme de montée en charge du nouveau dispositif tant du côté des professionnels de santé (appropriation) que des prestataires de services (capacité à embaucher et à former des interprètes pour les opérateurs existants et émergence de nouveaux prestataires).

4.1.1 Une estimation des coûts à partir des expériences étrangères

[212] Cette méthode s'appuie sur la comparaison des populations étrangères résidant dans les différents pays de l'UE, rapportées aux dépenses d'interprétariat. La mission n'a toutefois pu réunir des données comparatives que sur quatre pays : Suède, Royaume-Uni, Suisse et France.

[213] L'effectif de la population née à l'étranger fournie par EUROSTAT distingue les personnes nées hors et dans l'UE. Cette distinction part de l'hypothèse que la proportion de patients allophones est supérieure pour la population née hors UE et que le ratio dépenses/ population née hors UE est plus pertinent. Ces hypothèses demeurent fragiles, mais les données disponibles ne permettent pas de distinguer les origines par pays et par langue. Elles permettent encore moins de connaître les taux réels d'allophones par pays, cette situation prenant en outre une signification différente selon les pays et le degré de multilinguisme de la population nationale.

[214] Les dépenses d'interprétariat ont été calculées par la mission pour la France et la Suisse, avec dans ce dernier cas une recherche Internet ayant permis de quantifier les volumes horaires servis au profit des activités de santé⁷⁵ valorisés sur la base des tarifs français. Pour le Royaume-Uni et la Suède, les chiffres de dépense sont issus des résultats de l'enquête auprès des conseillers aux affaires sociales.

[215] Les deux dernières colonnes du tableau ci-dessous évaluent le niveau des dépenses que connaîtrait la France si elle s'alignait sur les ratios des autres pays. Les extrapolations réalisées sont approximatives compte tenu de l'hétérogénéité des populations étrangères résidant dans les différents pays au regard de leur maîtrise de la langue nationale. En outre, si les données de populations sont issues d'une même source, les données de dépenses concernent des années différentes (allant de 2009/2011 pour le RU à 2018 pour la France) et ne prennent pas compte les parités de pouvoir d'achat.

[216] Modulo ces réserves, le tableau fait clairement apparaître la situation en retrait de la France, la situation très tranchée de la Suède cohérente au regard de son cadre juridique qui prévoit et organise un large accès à l'interprétariat et enfin la situation comparable de la Suisse et du Royaume-Uni. En appliquant les ratios suisses ou britanniques, la dépense française atteindrait un niveau entre 24 et 32 M€, ce niveau atteignant 300 M€ sur la base du modèle suédois.

⁷⁵ INTERPRET. Statistiques des interventions relatives à l'interprétariat communautaire et la médiation culturelle en 2015

Tableau 3 : Comparaison des niveaux de dépenses d'interprétariat rapporté à la population née à l'étranger.

	dépense annuelle (€)	Volume d'heures annuel	nombre de personnes nées à l'étranger	dont hors UE (pour pays européens)	dépenses par personne née à l'étranger	dépenses par personne née hors UE	dépenses France extrapolées	dépenses France extrapolées hors UE
France	6 000 000	150 000	7 903 000	5 699 000	0,76 €	1,05 €	6 000 000	6 000 000
Suisse	5 570 400	139 260	2 391 500	977 300	2,33 €	5,70 €	18 408 058	32 483 075
Suède	67 000 000	nc	1 783 200	1 242 800	37,57 €	53,91 €	296 938 650	307 236 080
Royaume-Uni	24 000 000	nc	9 239 700	5 680 800	2,60 €	4,22 €	20 527 939	24 076 891

Source : Dépenses: Suède et RU: enquête DAEI, Suisse et France: mission - Population: EUROSTAT 2017

4.1.2 Une estimation des recours attendus compte tenu de la population concernée

[217] La méthode consiste à appliquer à la population cible évaluée (la population allophone) les taux de recours aux différents type de soins de la population totale française (au sens des résidents étrangers ou français). On obtient ainsi un nombre de recours aux soins attendus de la population allophone.

[218] La mission a ensuite évalué forfaitairement un nombre moyen d'interventions d'interprète par type de recours. Facile à estimer pour les consultations (ville et consultations externes hospitalières), le nombre d'interventions d'interprète par type d'hospitalisation a été fixé par la mission à deux pour les séjours MCO, 10 pour les séjours SSR en hospitalisation complète (deux par semaine x nombre de semaines moyen par séjour égale à cinq), et une par jour en hospitalisation de jour en SSR et en psychiatrie⁷⁶. Les valeurs sont contestables et l'erreur probablement importante mais sans impact majeur sur le résultat compte tenu du poids dominant des consultations.

Tableau 4 : Nombre de recours attendus au bénéfice de la population allophone

Type de recours	Taux de recours moyen national (pour 1000 habitants)	Nombre de recours attendus population allophone	Nombre d'interventions par recours	nombre d'interventions
Consultations (MG et spécialiste)	6 700,00	5 360 000	1	5 360 000
Hospitalisation MCO (HC + HJ)	269,90	215 920	2	431 840
Hospitalisation SSR HC	12,61	10 088	10	100 880
Hospitalisation SSR HJ	2,83	2 264	1	2 264
Hospitalisation PSY (journées)	25,71	20 568	1	20 568
total				5 915 552

Source : Taux de recours hospitaliers : ATIH (Scan Santé).

Taux de recours consultations : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur_9-2.pdf.

Calculs Mission

[219] Cette approche comporte cependant de fortes limites, car elle ne tient pas compte:

⁷⁶ La densité supérieure de recours à l'interprétariat en psychiatrie (1 par jour en hospitalisation complète) étant justifié par le rôle essentiel de la parole dans la thérapie.

- Des particularités de la population immigrée : structure démographique, état de santé, comportements. De façon générale, la littérature⁷⁷ témoigne d'un moindre accès aux soins, en dépit d'un état de santé en moyenne moins bon en raison de facteurs liés à une moins bonne couverture santé, à un niveau d'étude plus faible et à divers obstacles culturels tels que la méconnaissance des filières ou la moindre maîtrise de la langue.
- Des particularités de la population immigrée allophone. La corrélation montrée par l'INSEE entre l'ancienneté sur le territoire et la maîtrise de la langue suggère en effet que la population étrangère allophone correspond plutôt à des immigrés récents composés en majorité de jeunes adultes⁷⁸.
- Elle se limite enfin aux seuls recours hospitaliers et médicaux en laissant de côté les autres professions de santé : chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes.

[220] La valorisation des recours attendus impose de faire des hypothèses sur les modalités de recours (téléphone ou présentiel) et sur leurs durées. Le tableau ci-dessous est fondé sur les hypothèses suivantes⁷⁹ :

- Consultations de ville : recours téléphonique de durée inférieure ou égale à 15 minutes
- Recours hospitaliers : recours téléphonique à 80 % (sur la base d'une durée moyenne de 30 minutes) et à 20 % en présentiel (durée moyenne facturée de l'ordre de 2 heures).

Tableau 5 : Coût total du recours à l'interprétariat

Type de recours	coûts	Coût total
	unitaire	
Consultations (MG et spécialiste)	25	134 000 000
Hospitalisation MCO (HC + HJ)	56	24 183 040
Hospitalisation SSR HC	56	5 649 280
Hospitalisation SSR HJ	56	126 784
Hospitalisation PSY (journées)	56	1 151 808
total		165 110 912

Source : mission

[221] La dépense totale s'établirait à plus de 160 M€, l'inclusion des autres professions rapprocherait sans doute sensiblement l'évaluation du « modèle suédois » décrit plus haut.

[222] Elle fournit une estimation haute des dépenses possibles dans l'hypothèse d'un plein recours à l'interprétariat, cette hypothèse étant peu probable au regard notamment des réserves des professionnels compte tenu des contraintes liés à l'intervention de l'interprète (cf. infra, partie 1).

⁷⁷ Voir notamment : C BERCHET. Le recours aux soins en France : une analyse des mécanismes qui génèrent les inégalités de recours aux soins liées à l'immigration. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 615 (2013) S69-S79

⁷⁸ L'ORS Grand-Est indique ainsi que 58 % des bénéficiaires des services d'interprétariat ont entre 25 et 44 ans. Dispositif d'interprétariat médical en Grand-Est. Avril 20147

⁷⁹ Fondées sur les données issues des principaux prestataires

4.1.3 Estimation des coûts à partir des expériences françaises les plus abouties

4.1.3.1 Extrapolation fondée sur les données d'activité et les effectifs médicaux

[223] Une estimation des dépenses attendues peut s'appuyer sur une extrapolation des consommations observées aux CHU de Strasbourg et de Toulouse et en médecine libérale dans l'ex-région Alsace qui correspondent aux situations présentant l'accès le plus large et le plus ancien à l'interprétariat. L'hypothèse retenue est celle d'une proportionnalité entre les volumes respectifs d'activité⁸⁰ et d'interprétariat au sein du secteur hospitalier public et ESPIC d'une part et du secteur ambulatoire libéral d'autre part (hors hospitalisation privée). En toute rigueur, il conviendrait de tenir compte des différents niveaux de présence de populations d'origine étrangère selon les régions, Compte tenu des approximations inhérentes à la méthode, il n'est pas apparu utile de recourir à ce raffinement de calcul.

Tableau 6 : Extrapolation de l'activité d'interprétariat hospitalier

	CHU	CHU de	somme des	ensemble	taux de	Activité	Activité
Nature d'activité	STRASBOURG	Toulouse	deux CHU	secteur public	recours	pondérée (nombre de recours) somme des deux CHU	pondérée (nombre de recours) France entière
séjours MCO	100 842	131 699	232 541	8 579 516	2	465 082	17 159 032
venues MCO	36 671	61 385	98 056	3 179 834	1	98 056	3 179 834
Consultations externes	857 141	978 639	1 835 780	71 447 845	1	1 835 780	71 447 845
séjours SSR	1 241	2 087	3 328	715 556	10	33 280	7 155 560
Séjour PSY	1 406	1 115	2 521	408 360	54	136 134	22 051 440
venues PSY	12 635	12 223	24 858	4 302 369	1	24 858	4 302 369
total	1 009 936	1 187 148	2 197 084	88 633 480		2 593 190	125 296 080
activité interprétariat (heures)	11 387	7 190	18 577	749 422		18 577	897 591

Source : Données SAE 2017. Calculs mission

Tableau 7 : Extrapolation de l'activité d'interprétariat en ville

	Alsace	France
MG	1 728	60 900
Spécialiste	1 225	55 200
Total	2 953	116 100
dépense ARS Alsace	53 500	2 103 403

Source : Données ARS et CNAM (effectifs médicaux). Calculs mission

[224] En suivant cette méthode, on obtiendrait une dépense totale estimée de l'ordre de 36 M€ par an répartie comme suit :

- Un volume d'interprétariat requis dans le secteur hospitalier de 843.000 heures, soit une dépense totale de l'ordre de 34 M€ (sur la base d'un tarif horaire de l'ordre de 40 €)
- Une dépense d'interprétariat en ville de l'ordre de 2,1 M€.

[225] La disproportion entre ville et hôpital est très importante. Elle est la conséquence mécanique du recours encore modeste en ville en région Alsace. La dépense estimée, modulo les

⁸⁰ L'activité est pondérée par le taux de recours attendu à l'interprétariat sur la base des mêmes hypothèses que dans le paragraphe 4.1.2.

approximations de calcul, constitue, à l'évidence, un minorant par rapport à une situation de plein accès à l'interprétariat professionnel à l'hôpital mais surtout en ville. Toutefois, une multiplication par deux ou par trois des dépenses d'interprétariat en ville ne modifierait pas sensiblement l'équation économique du modèle.

4.1.3.2 L'approche de l'ORS Grand-est⁸¹

[226] Afin d'estimer les besoins d'interprétariat à l'échelle de la région Grand-Est, l'ARS a confié une étude à l'ORS de la région. La méthode retenue s'appuie sur le calcul d'un ratio par langue du nombre d'interventions d'interprétariat observées en Alsace en 2016 sur le nombre d'étrangers parlant cette langue. Ces ratios qui varient de 0,01 pour le thaï à 3,08 pour l'albanais sont ensuite appliqués à la population totale par langues parlées de la région pour permettre de calculer un nombre d'interventions attendues.

[227] La mission a appliqué cette même méthode à la population nationale : sans tenir compte de la répartition différente des langues⁸², une simple extrapolation sur le nombre d'étrangers nés à l'étranger conduirait à estimer le nombre d'interventions attendues entre 260.000 et 322.000⁸³ interventions, soit une dépense totale entre 15 et 18 M€ en retenant la même valorisation par intervention de 56 € qu'au paragraphe 4.1.2. Une actualisation sur la base des données d'activité de 2018, conduirait à une estimation de l'ordre de 22 à 23 M€.

Tableau 8 : Extrapolation en fonction de l'effectif de la population immigrée

	population étrangère	nombre d'interventions 2016	ratio
Alsace	163 155	11 217	6,88%
Grand Est	287 538	24 357	8,47%
France	3 800 000	261 252	6,88%
	3 800 000	321 893	8,47%

Source : Données ORS et INSEE. Calculs mission

[228] Cette méthode débouche par construction sur une hypothèse basse d'interventions attendues puisqu'elle s'appuie sur le constat des interventions réalisées en Alsace qui ne couvrent pas la totalité des besoins, en particulier en médecine libérale (budgétairement contingentée) et n'intègre pas les autres professions potentiellement demandeuses : sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers... Même au sein des hôpitaux, les professionnels du CHU de Strasbourg rencontrés par la mission reconnaissent que les professionnels de santé privilégient encore souvent le recours à un interprète informel (proche du patient et professionnels de santé).

4.1.4 Le codage PMSI

[229] On mentionnera pour mémoire les données d'hospitalisation issues du PMSI, la CIM10 donnant la possibilité de coder un diagnostic associé (Z6030) de « difficultés liées à la langue ».

⁸¹ ORS Grand-Est. Dispositif d'interprétariat médical en Grand-Est. Etude préalable au déploiement d'un dispositif d'interprétariat en médecine libérale en Grand-Est. Avril 2018

⁸² Il ressort toutefois des échanges avec l'ORS et l'OFII que la répartition des langues en termes de recours à l'interprétariat est convergente aux plans national et régional Grand-Est.

⁸³ Selon que l'on retient le ratio Alsace ou Grand-Est.

39.805 séjours⁸⁴ font apparaître ce code diagnostic à comparer aux 270 à 350.000 séjours attendus de patients allophones. Cette information apparaît clairement sous-codée et donc inexploitable.

4.1.5 La question de la montée en charge

[230] Les expériences tant hospitalières qu’ambulatoires montrent une montée en charge progressive liée aux temps nécessaire pour informer et sensibiliser les professionnels de santé. Mais la relative lenteur observée est également liée à la prudence tant des responsables des CHU concernés que des ARS dans la communication en raison de leurs contraintes budgétaires. Dès lors, le rythme de montée en charge apparaît assez largement comme une variable entre les mains de la puissance publique.

[231] Plus complexe est la question de la capacité des prestataires à augmenter rapidement leur offre de service tout en maintenant la qualité de leurs recrutements et de leurs formations, notamment en dehors de leur zone d’implantation s’agissant de l’interprétariat présentiel. Pour autant, les prestataires interrogés par la mission se sont montrés confiants dans leur capacité à s’adapter à une forte augmentation de la demande.

4.1.6 Au total, une dépense estimée entre 20 et 40 M€

[232] Une montée en charge raisonnée visant dans un premier temps à généraliser à l’ensemble du territoire national les niveaux de recours hospitaliers des CHU de Toulouse et de Strasbourg d’une part et des recours ambulatoire de l’ancienne région Alsace apparaît comme un objectif atteignable. Elle conduirait à un niveau de dépenses de l’ordre de 20 à 40 M€ sur la base des extrapolations réalisées par la mission en l’espace d’un à trois ans. Cet effort permettrait un recours recommandé et facilité à l’interprétariat professionnel mais non systématique, c’est-à-dire limité aux situations les plus complexes et aux étapes clefs de la prise en charge d’un patient.

[233] Le développement progressif des usages devrait conduire progressivement à accroître cette dépense, sous la réserve importante, de l’émergence, décrite en partie 4, de solutions numériques alternatives efficaces.

[234] Le recours systématique, non demandé par les professionnels de santé que la mission a rencontrés, fondé sur un modèle de droit lié à la personne, conduirait à une dépense beaucoup plus élevée de 150 à 300 M€. Cette hypothèse apparaît clairement peu réaliste tant pour des raisons financières, qu’en raison de l’état des pratiques professionnelles et du gap culturel qu’elle représenterait.

[235] Ces chiffrages n’incluent pas les coûts indirects et en particulier celui de l’éventuelle majoration tarifaire qui pourrait être appliquée aux consultations (en priorité, de médecine générale et de pédiatrie) en situation de recours à un interprète, la mission n’ayant pas souhaité peser sur les discussions conventionnelles qui viseraient à en fixer la valeur. S’agissant du chiffrage des volumes, l’estimation est entachée des mêmes difficultés que pour celle du nombre de recours. Dans l’hypothèse (peu réaliste) d’un recours systématique, ce sont plus de 3 millions de consultations qui seraient concernées. A l’inverse, la simple extension (que privilégie la mission) à la France entière des niveaux de recours mesurés en Alsace ou en Pays de la Loire conduirait à un volume de l’ordre de 100.000 consultations par an. La mise à disposition d’un dispositif d’interprétariat simple et la

⁸⁴ Source : DIAMANT – année 2017

neutralisation de la pénalisation financière que constitue le temps majoré de consultation devraient cependant conduire à un développement progressif du recours.

4.2 Les scénarios de financement : avantages/inconvénients

[236] Différentes modalités et sources de financements peuvent être envisagées que la mission s'est efforcée de modéliser en identifiant leurs avantages et inconvénients respectifs autour de 4 hypothèses principales, alternatives ou complémentaires selon les cas.

4.2.1 Le financement direct par subvention des opérateurs par la puissance publique

[237] Comme on l'a vu plus haut paragraphe 1.2.5, cette modalité est utilisée aussi bien par la DGS (crédits d'Etat) que par certaines ARS (Crédits Assurance Maladie). La mission considère que cette modalité, adaptée à une phase d'expérimentation et/ou de soutien à une action publique très ciblée, n'est pas applicable dans un contexte de financement de droit commun.

[238] Ce mode de financement « à la structure » expose à un dimensionnement non adéquat des financements et des ressources d'interprétariat. Il implique en outre une charge de supervision pour l'administration responsable en faisant reporter la charge de régulation sur le dialogue opérateur/administration centrale. Il pourrait enfin apparaître contestable aux regards des règles de la commande publique s'agissant de prestations facturées par ailleurs et dès lors surtout que la puissance publique apparaîtrait à l'initiative de l'opération et mettrait en œuvre un contrôle des prestations réalisées.

Tableau 9 : Evaluation du scénario « subvention »

Avantages	Inconvénients
Simplicité de mise en œuvre	Modalité contestable au regard des règles de la commande publique
Cadrage a priori de la dépense	Le modèle subvention s'oppose à la mise en œuvre d'un contrôle économique de la dépense
Permet d'articuler une part de procédure centralisée et une part décentralisée confiée aux ARS	Partage du risque financier entre le financeur et l'opérateur en cas d'écart sur l'activité
	Initiative de la régulation reportée sur l'opérateur

Source : Mission

4.2.2 Le financement des opérateurs par des dotations dédiées

[239] Comme on l'a vu également plus haut, ce mode de financement est celui qui est retenu actuellement pour le financement des expérimentations en médecine libérale (subventions versées aux URPS) et des établissements de santé, les ressources allouées pouvant être ciblées ou intégrées dans d'autres dotations (MIG PASS, par exemple).

[240] Dans cette hypothèse, une MIG-interprétariat (ou une nouvelle ligne du FIR) pourrait être créée et allouée, sous forme de droits de tirage, aux établissements bénéficiaires en fonction des besoins liés à la population allophone mis en évidence par la cartographie réalisée par l'ARS (cf. infra 3.4).

[241] S'agissant de la médecine de ville, les financements issus du FIR seraient alloués via une structure collective, l'URPS semblant être le support le plus adapté. Cette hypothèse suppose cependant l'accord de chaque URPS dont on peut craindre les réticences de principes de la part de certains mais aussi des réticences opérationnelles et économiques compte tenu de la charge entraînée par la gestion du contrat avec le ou les opérateurs. Par ailleurs, cette activité ne relève pas de leurs missions telles qu'elles sont actuellement définies par les textes. En l'état, seules les futures CPTS pourraient constituer une alternative pour supporter la gestion du dispositif au plan local, obligeant cependant les ARS à gérer le processus amont de répartition entre les CPTS. La charge de gestion qui serait ainsi créée aux CPTS apparaît cependant lourde pour des structures nouvelles.

[242] Ce scénario présente l'avantage de cadrer le montant de la dépense tout en laissant une marge d'autonomie aux acteurs locaux (ARS et structures professionnelles) dans le choix des opérateurs et l'ajustement des volumes et clauses des contrats. En maintenant un risque de bridage de la demande sous l'effet de la contrainte budgétaire, elle n'est cependant pas favorable à une large diffusion du recours à l'interprétariat.

Tableau 10 : Evaluation du scénario « financement des opérateurs par les dotations dédiées »

Avantages	Inconvénients
Simplicité et rapidité de mise en œuvre pour les établissements de santé	Exigence de volontariat pour la structure porteuse en médecine libérale ou alternative à trouver : CPTS ?
Cadrage a priori de la dépense	Moins favorable au développement du recours à l'interprétariat professionnel (contrainte de ressources au niveau des prescripteurs)
Respect de l'autonomie des acteurs dans le choix des opérateurs d'interprétariat	Moins favorable à la mutualisation
Procédure décentralisée offrant une meilleure garantie de réponses aux besoins	

Source : Mission

4.2.3 Le financement et la gestion directe par l'assurance maladie dans le cadre d'un de ses fonds (FNASS, FNPEIS ou FNDS)

[243] Ce scénario viserait à confier la responsabilité du dispositif à l'Assurance Maladie qui assurerait le financement et la gestion du dispositif sur le modèle par exemple du financement des kits permettant le dépistage du cancer colorectal.

[244] L'Assurance Maladie serait en charge de l'achat des prestations d'interprétariat à travers un marché national alloti (notamment au plan régional) et notifierait aux acteurs locaux (via les ARS) les opérateurs accessibles en fonction de leur localisation et du type de prestation requis. La commande de prestation serait réalisée directement par le PS ou l'établissement de santé à charge

pour lui d'informer l'Assurance Maladie du service fait (via un télé service) permettant à cette dernière de liquider la facture (ou le lot de factures) correspondantes adressée par l'opérateur.

[245] Un tel scénario présente plusieurs avantages d'optimisation/mutualisation de l'offre de services à travers l'appel d'offres, de maîtrise de la dépense tout en laissant les acteurs de santé autonomes dans la commande concrète de la prestation. Elle est favorable au déploiement des usages. Elle sécurise les opérateurs titulaires du marché en leur permettant d'ajuster leurs effectifs à l'évolution de la demande, mais rend inversement l'Assurance Maladie comptable de la juste mais difficile évaluation de la demande dans la phase de montée en charge du dispositif. Cet aspect des choses appellera une attention particulière dans la conception du marché en vue d'une répartition équitable du risque. La combinaison d'un marché national d'interprétariat téléphonique et d'un marché cadre national d'interprétariat présentiel et de marché subséquents pourraient cependant permettre une meilleure évaluation des besoins et des ajustements plus faciles.

Tableau 11 : Evaluation du scénario « de financement par un fonds CNAM »

Avantages	Inconvénients
Cadrage a priori de la dépense	Charge de gestion pour l'Assurance Maladie
Simplicité de recours pour les PS et les ES	Risque important sur les prévisions de recours consolidées au plan national.
Absence de bridage de la demande au plan micro-économique : favorable au développement du recours à l'interprétariat professionnel	
Procédure nationale d'achat favorable à la mutualisation et notamment à l'organisation d'une réponse téléphonique efficiente	
Gestion pluriannuelle des crédits	

Source : Mission

4.2.4 Le financement via une prestation prise en charge sur le risque maladie

[246] Le financement serait opéré sur l'ONDAM qui couvrirait (pour la part obligatoire) le paiement de deux nouvelles prestations dites d'interprétariat présentiel ou par téléphone, voire une troisième par vidéo. Ces prestations seraient prises en charge à 100 % et financées en tiers payant pour certaines catégories de populations précaires (AME et CMU). A l'inverse, dans l'hypothèse d'un recours au profit par exemple d'un touriste, le taux de prise en charge devrait suivre celui des soins délivrés.

[247] Dans ce scénario, les professionnels et établissements de santé s'adresseraient à l'opérateur « agréé » de leur choix pour commander une prestation. Ils assureraient le contrôle du service fait, notifié à l'assurance maladie pour lui permettre de régler la facture de l'opérateur établie sur la base d'un tarif de prestation et non plus d'un prix. Dans l'hypothèse d'un patient payant la facture relative au ticket modérateur est adressée par l'opérateur au patient.

[248] Cette solution inscrirait le recours à l'interprétariat dans le droit commun, constituant un moyen requis d'accès aux soins en raison de la barrière linguistique, au même titre que les transports

pour ce qui concerne l'accès physique aux soins. Mobilisant les circuits de facturation de l'assurance maladie, elle serait plus simple pour celle-ci mais probablement plus complexe pour les opérateurs. Elle oblige enfin à créer un nouveau lieu de négociation tarifaire.

Tableau 12 : Evaluation du scénario « financement par le risque maladie »

Avantages	Inconvénients
Inscription du recours à l'interprétariat dans le droit commun des prestations de santé	Complexité et lourdeur administrative et technique de la mise en œuvre pour tous les acteurs concernés : Assurance maladie, offreurs de soins et prestataires.
Niveau de prise en charge adapté à la situation du patient	Risque de dérapage de la dépense
Pas de frein économique au développement des usages	Disproportion du dispositif au regard des montants en jeu.
Maîtrise des tarifs	

Source : Mission

4.3 La préconisation de la mission : des modalités de financement mixtes adaptées aux spécificités des champs hospitaliers et ambulatoires.

[249] La prise en charge directe des prestations d'interprétariat sur le risque apparaît comme la solution la plus adaptée dès lors que le recours à l'interprétariat aurait vocation à pleinement accompagner l'accès aux soins des patients allophones, au même titre que la prise en charge du transport permet l'accès physique aux soins des patients. Elle serait aussi favorable à un développement de l'offre d'interprétariat aujourd'hui inégalement disponible sur le territoire et reposant sur un petit nombre d'acteurs de taille inégale.

[250] Pour autant, sa mise en œuvre serait lourde et complexe requérant un texte de niveau législatif puis un ensemble de procédures administratives et techniques au sein des services de l'Assurance maladie mais aussi du côté des offreurs de soins. La mise en œuvre de tels dispositifs et la complexité qui en résulte, apparaît ainsi disproportionnée par rapport aux montants en jeu et au regard de l'état actuel du droit qui ne fait pas du recours à l'interprétariat un droit attaché à la personne.

[251] En outre, les besoins de recours à l'interprétariat humain seront probablement fortement discutés à court ou moyen terme avec l'émergence d'outils numériques de plus en plus fiables et faciles d'usage (cf. paragraphe 4.4), qui pourraient à terme restreindre les usages aux cas les plus complexes et aux langues « rares ». Dans ce contexte, une prise en charge par le risque apparaîtrait d'autant plus surdimensionnée.

[252] La mission considère donc qu'un financement dédié dans le cadre d'enveloppes fermées est la solution la plus simple, la plus rapide de mise en œuvre et la plus adaptée à l'accompagnement d'un dispositif nouveau à l'échelle nationale et porteur par conséquent de fortes incertitudes.

[253] S'agissant de la médecine de ville, le recours à un fonds associé à une gestion directe des achats de prestations par l'Assurance maladie apparaît comme la solution la plus adaptée, les URPS n'ayant pas vocation à assurer cette mission et la capacité des futures CPTS à prendre en charge cette

mission étant à ce jour incertaine et probablement peu réaliste au regard de leur taille et des missions prioritaires qui seront les leurs en matière de coordination des soins. La gestion directe par l'Assurance maladie permettra en outre de gérer, en tant que de besoin, l'extension aux différentes professions médicales

[254] S'agissant du champ hospitalier, le financement par une MIG dédiée apparaît comme la solution la plus simple et la plus évidente au regard des dispositions réglementaires existantes organisant le financement des activités de soins dispensés à des populations spécifiques (Article D162-7 du Code de la sécurité sociale). Elle nécessite que le calibrage de la MIG soit assis sur des éléments objectifs de qualification du besoin (dans le cadre de la cartographie élaborée par chaque ARS), son versement s'opérant sur un modèle de remboursement des dépenses (compte tenu de la variabilité de la dépense et de la règle de justification au premier euro des enveloppes MIG) sous contrainte d'un barème de tarif opposable.

[255] Ce scénario est toutefois peu favorable à la mutualisation, dès lors que chaque établissement (GHT dans le cadre du secteur public) opérerait ses propres appels d'offres, notamment en matière d'interprétariat téléphonique. C'est pourquoi, la mission suggère d'étudier la faisabilité d'un marché national porté par la CNAM et financé par le FNPEIS ou le FNDS pour l'offre de service téléphonique

Recommandation n°10 : Assurer le financement de l'interprétariat présentiel au sein des établissements de santé par une MIG dédiée. Une évaluation annuelle des montants au regard des prestations prévues et délivrées sera réalisée par les ARS.

Recommandation n°11 : Confier à la CNAM le portage du financement et la mise à disposition des prestations d'interprétariat présentiel pour le secteur des soins de ville ainsi que le portage d'un marché national d'interprétariat téléphonique au profit de tous les acteurs, établissements et médecine de ville.

4.4 L'émergence des outils numériques de traduction automatique

[256] Il est apparu indispensable à la mission d'attirer l'attention sur l'émergence d'outils de traduction automatique dont la généralisation est de nature à modifier à court ou moyen terme la manière de répondre aux besoins d'interprétariat.

[257] On l'a vu plus haut, d'ores et déjà les professionnels de santé utilisent des outils de traduction automatique disponibles sur Internet. Leur utilisation est, dans les meilleures pratiques⁸⁵, restreinte à des situations simples demandant peu d'interactions avec le patient. Leur perfectionnement devrait permettre d'étendre le champ de leur usage.

[258] Autrefois fondés sur la traduction de textes écrits par des algorithmes simples et figés, les outils de traduction font aujourd'hui appel aux méthodes de « l'intelligence artificielle » et traitent le langage oral. Concrètement deux technologies sont ainsi mobilisées :

⁸⁵ C'est-à-dire lorsque les Professionnels les utilisent en complément d'autres solutions – dont l'interprétariat professionnel – auxquelles ils ont accès.

- Celles, bien maîtrisées aujourd'hui de reconnaissance et de synthèse vocales qui permettent à la machine de « comprendre » la voix et de restituer ensuite oralement la traduction. Cette technologie est aujourd'hui implantée dans des objets courants que sont notamment les assistants vocaux. Aux Etats-Unis, l'éditeur de SIH, EPIC propose d'ores et déjà une interface vocale utilisable pour certaines fonctionnalités de son logiciel⁸⁶ (notamment pour consulter des résultats d'examens).
- Celle, en progrès rapide, du « *deep learning* », qui permet à la machine de traduire en combinant des règles et le résultat de son « apprentissage ». Cette dernière technologie nécessite cependant de disposer de vastes corpus d'informations pour alimenter le processus d'apprentissage qui sera d'autant plus rapide et performant que le volume de connaissance disponible sera lui-même important. Dans le cas de la traduction, c'est donc le volume de documents bilingues qui conditionnera l'efficacité de l'apprentissage. On voit immédiatement que cette condition sera inégalement satisfaite selon les langues.

[259] La combinaison de ces deux technologies permet à différentes sociétés de proposer des solutions opérationnelles de traduction automatique : on trouve par exemple sur le marché des oreillettes de traduction (reliées à un ordinateur connecté à Internet) qui traduisent dans les deux sens dans une quarantaine de langues⁸⁷. Dans le champ hospitalier, la Start up ShareMedical propose au Japon un service de traduction automatique par téléphone, alors que l'entreprise FUJITSU annonce la mise sur la marché d'un terminal portable d'interprétation (cf. photo ci-dessous) dédié au secteur médical pour le printemps 2019⁸⁸.

Encadré 3 : Traducteur portable FUJITSU



Source : <http://emag.medicalexpo.com/2020-olympics-japans-new-speech-translator-for-hospitals/>

[260] Le décalage entre les évolutions rapides de la technologie et les délais de publication d'évaluations médicales ne permet pas de disposer d'une validation scientifique de la pertinence de l'usage de ces outils dans la pratique clinique : Le papier le plus récent (janvier 2019⁸⁹) désigné à la mission par la DSSIS vise ainsi à évaluer l'apport en médecine d'urgence d'un logiciel de traduction médical fondé sur des phrases types (QuickSpeak) et du logiciel Google Translate !

[261] Compte tenu de ce qui précède, on peut imaginer deux modes d'introduction des outils (logiciels et dispositif) soit directement au service des professionnels de santé, soit exploités par les opérateurs de traduction.

⁸⁶ <https://www.beckershospitalreview.com/ehrs/nuance-brings-1st-integrated-virtual-assistant-to-epic-ehr.html>

⁸⁷ Pour le modèle de Google

⁸⁸ <https://asia.nikkei.com/Business/Technology/Hospitals-in-Japan-turn-to-high-tech-to-treat-language-barriers>

⁸⁹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30688652>

[262] Dans l'hypothèse d'une exploitation directe par les professionnels de santé, pourrait se poser la question de la sécurité de leur usage, dans un contexte médical, dès lors que celui-ci deviendrait courant. L'idée d'une régulation par un dispositif de type certification pourrait être évoquée, tout en mesurant les limites de cette démarche dans un secteur fortement innovant et mondialisé.

[263] Dans l'hypothèse d'une exploitation par les opérateurs de traduction eux-mêmes, on peut imaginer une régulation à travers la certification des entreprises qui engloberait les modalités d'intégration de l'IA dans le service de traduction. Réservé à une partie (mais potentiellement importante) des traductions dans les langues les plus courantes, l'IA permettrait de réduire les coûts du service.

[264] Dans tous les cas, il est probable que l'IA sera proposée par les sociétés émergentes comme support de leur offre faisant apparaître une nouvelle forme de concurrence pour les opérateurs actuels du marché.

[265] Compte tenu des enjeux, la mission considère que la sécurisation des investissements que les opérateurs devront réaliser pour s'adapter à l'augmentation de la demande consécutive à sa meilleure solvabilisation, requiert de prendre en compte les perspectives technologiques. La question d'un accompagnement de la filière que constituent les opérateurs d'interprétariat en vue de l'introduction de services de traduction automatique devrait être envisagée.

Recommandation n°12 : Assurer une veille technologique et encourager l'évaluation de dispositifs numériques d'interprétation dans le champ médical et leurs conséquences sur l'évolution du recours à l'interprétariat professionnel.

Philippe BURNEL

Philippe CALMETTE

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Echéance
1	La motivation et l'économie générale du dispositif ainsi que les principes d'organisation et de fonctionnement du recours à l'interprétariat doivent être posés par une instruction ministérielle.	1	Ministère des solidarités et de la santé	T ₀
2	Des recommandations de bon usage des différentes formes d'interprétariat doivent être élaborées sous l'égide de la HAS et diffusées sous une forme pratique et opérationnelle auprès des professionnels de santé en mobilisant les différents canaux disponibles (sociétés savantes, DPC, AMILI-Pro...) ainsi que dans le cadre de leur formation initiale.	1	HAS	T₀+12mois
3	Dans les établissements de santé, l'effectivité et la qualité de l'organisation du recours à l'interprétariat professionnel devraient être intégrées dans le référentiel de certification de la HAS.	1	HAS	2020
4	Introduire la possibilité d'une majoration tarifaire de la consultation en soins de premiers recours (médecine générale et pédiatrie) lorsque celle-ci se déroule en présence (physique ou téléphonique) d'un interprète	2	DSS/CNAM	T₀+12mois
5	L'organisation à mettre en place, le modèle économique et la tarification associés devront prendre en compte la nécessité pour les prestataires de garantir une offre de service adaptée combinant interprétariat présentiel et à distance, permanence du service et panel de langues répondant à la diversité et à l'évolutivité des besoins.	1	DGS/DGOS	T₀+6mois
6	Les ARS doivent contractualiser le déploiement de l'usage de l'interprétariat en mobilisant les différentes possibilités de contrats avec les acteurs de santé et en utilisant les PRAPS, comme outil d'évaluation et de suivi des besoins.	1	ARS	T₀+6mois
7	Mettre en œuvre une procédure de certification obligatoire des opérateurs d'interprétariat intervenant auprès des professionnels de santé, en établissement ou en ville.	1	DGS/DGOS	T₀+24/36mois

8	Pour les interprètes salariés d'un prestataire, les partenaires sociaux de la branche correspondante devraient être invités à s'engager dans un processus de certification professionnelle reconnue et inscrite au RNCP.	2	DGS / DGEFP/DGOS	T ₀ +24mois
9	En cas de recours direct ou via une plateforme d'intermédiation à un interprète, la qualité de ce dernier devra être garantie par l'attestation d'un certain niveau de langue (certification type TOEFL ou TOEIC) et d'une formation minimale sanctionnée par un diplôme dans le champ de l'interprétariat médical et social.	2	DGS/DGOS	T ₀ +24/36mois
10	Assurer le financement de l'interprétariat présentiel au sein des établissements de santé par une MIG dédiée. Une évaluation annuelle des montants au regard des prestations prévues et délivrées sera réalisée par les ARS.	1	DSS/ CNAM	T ₀ +9mois
11	Confier à la CNAM le portage du financement et la mise à disposition des prestations d'interprétariat présentiel pour le secteur des soins de ville ainsi que le portage d'un marché national d'interprétariat téléphonique au profit de tous les acteurs, établissements et médecine de ville.	1	DSS/CNAM	T ₀ +9mois
12	Assurer une veille technologique et encourager l'évaluation de dispositifs numériques d'interprétation dans le champ médical et leurs conséquences sur l'évolution du recours à l'interprétariat professionnel.	1	DGS/DGOS/DSSIS	T ₀ +6mois

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Paris, le 24.10.2017

N/Réf : 18-026968

La ministre des solidarités et de la santé

à

Madame la cheffe de l'Inspection Générale des
Affaires Sociales

OBJET : Mission relative au modèle économique de l'interprétariat linguistique

Conformément à ce qu'avait annoncé le Premier ministre au centre hospitalier d'Eaubonne-Montmorency le 13 février 2018, je souhaite une transformation de l'ensemble du système de santé, globale, cohérente, méthodique. Le système de santé doit être adapté à l'évolution des pathologies, aux progrès des soins, aux besoins des patients et aux attentes des professionnels de santé. Il doit être refondé pour mieux soigner.

Un axe de la stratégie nationale de santé est consacré à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé. Afin d'accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables ou qui en sont éloignées, il est nécessaire de permettre/faciliter un accès à l'interprétariat dans les prochaines années.

La loi de modernisation de notre système de santé a confié à la Haute Autorité de santé la mission d'élaborer un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins tel que reconnu à l'article L. 1110-13 du code de la santé publique. Ce référentiel a été publié en octobre 2017. L'avis du Collège de la Haute Autorité de santé introduisant ce rapport préconise « *un financement adapté des dispositifs d'interprétariat professionnel, la mise en place de procédures nationales harmonisées, simples et rapides pour l'accès à l'interprétariat professionnel* ».

Ces travaux de la Haute Autorité de santé, ainsi que différentes études à l'échelle internationale ou nationale permettent de déterminer les situations nécessitant de manière prioritaire l'intervention d'un interprète : le début de prise en charge (consultation initiale), les consultations d'annonce de diagnostic et de synthèse notamment.

Cependant, l'accès à l'interprétariat est aujourd'hui freiné par plusieurs obstacles : à l'heure actuelle, à l'hôpital, les financements de l'interprétariat professionnel semblent majoritairement provenir de la MIG PASS, sans permettre une visibilité sur la part des fonds alloués ou utilisés pour l'interprétariat, par ailleurs, il n'existe pas de tarification interprétariat en ville.

Dans ce cadre, vous formulerez des propositions pour le secteur hospitalier et en ville, afin de pouvoir rendre effectif l'accès à l'interprétariat linguistique pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins en vous attachant notamment à prendre en compte les différentes formes qu'il peut / doit revêtir selon les différentes étapes du parcours du patient.

Ainsi, vous objectiverez un modèle économique de l'interprétariat linguistique sur la base du référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique défini par la Haute Autorité de santé. La mission s'attachera à identifier des modalités de financement (vecteur de financement, calibrage de l'enveloppe, actions / modalités finançables), ainsi qu'à estimer les besoins restant à couvrir et à identifier comment optimiser les fonds alloués pour l'interprétariat médical.

Pour conduire à bien vos travaux, vous pourrez vous appuyer sur les initiatives mises en œuvre sur les territoires. En effet, de nombreux hôpitaux ou groupes hospitaliers (AP-HP, Hôpitaux de Strasbourg, CHU de Toulouse, etc.) ont déjà mis en place des organisations facilitant le recours à l'interprétariat par les professionnels de santé : soit à des interprètes professionnels, soit à des professionnels de santé bilingues avec des financements hétérogènes. Par ailleurs, quelques agences régionales de santé (Grand Est depuis plusieurs années, Nouvelle Aquitaine et Pays de Loire plus récemment) mobilisent l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui permet aux médecins libéraux d'avoir accès aux interprètes professionnels.

Je souhaite que le rapport soit disponible au plus tard au mois de mars 2019.



Agnès BUZYN

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Direction Générale de la Santé

Magali GUEGAN, adjointe à la sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques

Caroline BUSSIÈRE, cheffe du bureau santé des populations et politique vaccinale

Jean-Louis COMBOROURE, chef du bureau infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose

Catherine CHARDIN, chargée de mission au sein du bureau infections par le VIH, IST, hépatites et tuberculose

Direction Générale de l'Offre de Soins

Sylvie ESCALON, adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins

Sophie TERQUEM, adjointe au chef de bureau des prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale

Direction de la Sécurité Sociale

Thomas WANECQ, sous-directeur du financement de l'offre de soins

Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé

Isabelle GENTIL, Chargée de mission

Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Claude GISSOT, directeur de la stratégie, des études et des statistiques

Roman BEGUE, directeur du cabinet de la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Catherine KERMAC, cabinet de la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Pascal LARVE, responsable des fonds nationaux

Antoine ROUCHY, adjoint au responsable des fonds nationaux

Direction Générale des Etrangers en France

Marie-Hélène Amiel, Chef du département des statistiques, des études et de la documentation

Office Français de l'Immigration et de l'intégration

Dr Thanh LE LUONG, directrice du Pôle santé

Haute Autorité de Santé

Catherine RUMEAU-PICHON, adjointe à la directrice de l'Évaluation Médicale, Économique et de Santé Publique

Docteur Olivier SCEMAMA, adjoint au chef de service d'évaluation économique et santé publique

Agathe DOUTRIAUX, chef de projet au sein du service d'évaluation économique et santé publique

Université Paris-Diderot

Jean-Michel BENAYOUN, directeur de l'UFR Etudes Interculturelles de langues appliquées

Elisabeth NAVARRO, responsable du DU Médiation et interprétariat dans les services publics

AFNOR

Nathalie BROSSIER, Chef de projet groupe AFNOR

Thierry GEOFFROY, responsable des affaires publiques AFNOR-Certification

Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France

Docteur Luc GINOT, directeur de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités

Laurent CASTRA, directeur de la sécurité sanitaire et de la protection des populations

Docteur Isabelle CHABIN-GIBERT, responsable du département grande précarité et PRAPS

Barbara BERTINI, coordinatrice des PASS franciliennes

Denis LEONE, responsable du département affaires transversales, direction de la promotion de la santé et de la réduction des inégalités

Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes

Docteur Jean-Yves GRALL, directeur général

Agence Régionale de Santé du Grand-Est

Charlotte ARQUILLIERE, chargée de mission " publics précaires"

Docteur Catherine GUYOT, Conseiller médical

Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire

Marie-Jo PASSETEMPS, cheffe de projet santé-précarité

URPS Pays de la Loire

Docteur Adrien ROUSSELLE, coordinateur de la commission précarité

Docteur Louis-Marie RAIMBAULT, membre de la commission précarité

Docteur Rosalie LECOMTE, membre de la commission précarité

Docteur Thomas HERAULT, Directeur de l'URPS-ML
Karine RETIERE, coordinatrice projets et commissions

URPS Grand-Est

Docteur Pierre TRYLESKI, responsable de la commission précarité
Docteur Jean-Paul MIR, médecin généraliste à la MSP de Bar/Seine
Docteur Bertrand PIRRET, médecin psychiatre
Docteur Anne MULLER, médecin généraliste à Strasbourg

Associations

ISM-interprétariat (PARIS)

Aziz TABOURI, directeur

ASAMLA

Yves HAMON, président
Bernard MESLE, secrétaire
Annick ALAIN, administratrice
Cédric GRATTON, directeur

MSA

Docteur Juliette JEANNEL, présidente de MSA
Docteur Marie BISMUT, administratrice
Sylvie MOSSER-LUTZ vice-présidente
Emilie JUNG, directrice

OSPERRE-SAMDARRA

Docteur Halima ZEROUG-VIAL, directrice
Gwen LE GOFF, directrice adjointe
Natacha CARBONEL, chargée de mission

COMEDE

Docteur Arnaud VEISSE, directeur général

Etablissements de Santé

AP-HP

Corinne LAMOUCHE, responsable mission vulnérabilité

CHU de Nantes

Docteur Adeline SCANVION, médecin référent PASS, coordinatrice régionale des PASS Pays de la Loire

Lea GUIVARCH, directrice plate-forme de proximité PHU1

Nathalie SAVIN, cadre administratif du pôle PHU 3

CHU de Toulouse

Véronique DU CREST, directrice qualité, sécurité, relations usagers

Pavla ZATVRSKA, interprète de liaison-coordination - Direction qualité, sécurité, relation usagers

CHU de Strasbourg

Paul SAUVEPLANE, directeur du budget

Anne MARINEAU, direction de la coopération internationale

Docteur Sarah OBERGFELL, médecin référent PASS, coordinatrice régionale des PASS

Jérôme PENOT, responsable service social

ORS Grand-Est

Marie ANSELM, chargée d'étude

ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX CONSEILLERS POUR LES AFFAIRES SOCIALES

Au regard des objectifs de la mission IGAS, cinq grandes questions ont été posées :

- Existence d'un cadre juridique posant et organisant un droit à l'interprétariat comme ceci semble être le cas notamment aux USA et en Suède ou simple organisation d'un recours techniquement justifié en soins de ville et/ou hospitaliers ?
- Données statistiques : existe-t-il des données permettant de connaître l'effectif des populations allophones ainsi que le taux de recours de ces populations à l'interprétariat à l'occasion des soins de ville ou hospitaliers ? Toutes les données susceptibles d'être extrapolées à la situation française sont potentiellement utiles pour essayer de mesurer les besoins potentiels en France (non appréhendés aujourd'hui) et leur impact en termes de coût.
- Organisation pratique du/des dispositif(s) d'interprétariat :
 - Dispositif organisé localement, régionalement, nationalement par qui ? Qui en est le régulateur ?
 - Modalités pratiques de recours : localisation des interprètes, qui les commande, qui les paye... ?
 - Populations visées par le/les dispositif(s) : tout personne allophone (y compris touristes de passage) ou populations en situation de précarité (migrants)
 - Etc...
- Modalités de financement du/des dispositif(s) au plan régional ou national (selon l'organisation du système de santé) : existence de ressources collectives dédiées ? modalités d'attribution des financements aux acteurs concernés ? Montant total de la dépense annuelle à l'échelle du pays ?
- Enfin, existe-t-il des publications/ rapports sur l'existence d'évènements indésirables ou de pertes de chance consécutives à des problèmes de langues à l'occasion d'une prise en charge sanitaire ? Existe-t-il inversement des études/rapports sur les bénéfices sanitaires et/ou économiques du recours à l'interprétariat ?

**PIECE JOINTE 1 : EXPLOITATION DES
RÉPONSES DES C.A.S PAR LA
DÉLÉGATION AUX AFFAIRES
EUROPÉENNES ET INTERNATIONALES**



Dispositifs d'interprétariat linguistique au service des patients

Cadre juridique, données statistiques, organisation pratique du/des dispositif (s) d'interprétariat, modalités de financement, publications/rapports relatifs à des événements indésirables consécutifs à des problèmes de langue

ETUDE COMPARATIVE

Contributions des conseillers pour les affaires sociales (CAS)

Allemagne, Canada (Québec), Espagne, Etats-Unis, Italie, Royaume-Uni, Suède

Mars 2019

Document interne – Diffusion restreinte

La délégation aux affaires européennes et internationales s'efforce de diffuser des informations exactes. Toutefois, elle ne peut en aucun cas être tenue responsable de l'utilisation et de l'interprétation de l'information contenue dans ce document.

SOMMAIRE

• Eléments de contexte de la saisine	84
• Questionnaire de l’inspection générale des affaires sociales (IGAS)	84
• EN ALLEMAGNE.....	85
• Cadre juridique	85
• Données statistiques	86
• Organisation pratique du/des dispositif(s) d’interprétariat	86
• Modalités de financement	87
• Publications/rapports sur l’existence d’évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l’occasion d’une prise en charge sanitaire	87
• AU CANADA.....	88
• Cadre juridique	88
• Données statistiques	88
• Organisation pratique du/des dispositif (s) d’interprétariat	89
• Modalités de financement	90
• Publications/rapports sur l’existence d’évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l’occasion d’une prise en charge sanitaire	90
• EN ESPAGNE.....	91
• Cadre juridique	91
• Données statistiques	91
• Organisation pratique du/des dispositif (s) d’interprétariat	92
• Modalités de financement	92
• Publications/rapports sur l’existence d’évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l’occasion d’une prise en charge sanitaire	92
• AUX ETATS-UNIS.....	94
• Eléments de contexte aux Etats Unis	94
• Cadre juridique	96
• Données statistiques	97
• Organisation pratique du/des dispositif(s) d’interprétariat	99
• Modalités de financement	99
• Publications/rapports sur l’existence d’évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l’occasion d’une prise en charge sanitaire	101
• EN FRANCE.....	103
• La situation actuelle en France	103
• EN ITALIE.....	104
• Cadre juridique	104
• Données statistiques	104
• Organisation pratique du/des dispositif (s) d’interprétariat	104
• Modalités de financement	105
• Publications/rapports sur l’existence d’évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l’occasion d’une prise en charge sanitaire	105

- AU ROYAUME-UNI 106
 - Cadre juridique106
 - Données statistiques.....107
 - Organisation pratique du/des dispositif (s) d'interprétariat110
 - Modalités de financement.....112
 - Publications/rapports sur l'existence d'évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l'occasion d'une prise en charge sanitaire112

- EN SUEDE 113
 - Cadre juridique113
 - Données statistiques.....114
 - organisation pratique du/des dispositif(s) d'interprétariat.....115
 - Modalités de financement.....117
 - Publications/rapports sur l'existence d'évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l'occasion d'une prise en charge sanitaire117

1. Éléments de contexte de la saisine

Par lettre en date du 24 octobre 2018, la ministre des solidarités et de la santé a demandé à l'IGAS de conduire une mission relative au modèle économique de l'interprétariat en santé

La lettre de mission et son contexte

L'article 90 de la loi de modernisation de notre système de santé (article L.1110-13 du CSP⁹⁰) a confié à la Haute Autorité de Santé la mission d'élaborer un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat linguistique pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Ce référentiel a été publié en octobre 2017.

L'avis du Collège de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui introduit le référentiel préconise « *un financement adapté des dispositifs d'interprétariat professionnel, la mise en place de procédures nationales harmonisées simples et rapides pour l'accès à l'interprétariat professionnel* ».

Au regard de ces préconisations, la lettre de mission demande à l'IGAS de :

- formuler des propositions pour rendre l'accès à l'interprétariat effectif tant pour le secteur hospitalier qu'en ville en prenant en compte les différentes formes qu'il peut revêtir en fonction des différentes étapes du parcours ;
- objectiver un modèle économique de l'interprétariat en identifiant les ressources qui seraient requises et les modalités de leur financement.

2. Questionnaire de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)

1. Cadre juridique posant et organisant un droit à l'interprétariat ou simple organisation d'un recours techniquement justifié en soins de ville et/ou hospitaliers
2. Données statistiques permettant de connaître l'effectif des patients allophones ainsi que le taux de recours de ces populations à l'interprétariat à l'occasion des soins de ville ou hospitaliers
3. Organisation pratique:
 - Dispositif local, régional, national ? Qui en est le régulateur ?
 - Modalités pratiques de recours : localisation des interprètes, qui les commande, qui les paye... ?
 - Populations ciblées : tout personne allophone (y compris touristes de passage) ou populations en situation de précarité (migrants)
4. Modalités de financement régional ou national selon l'organisation du système de santé : ressources collectives dédiées ? modalités d'attribution des financements aux acteurs concernés ? Montant total de la dépense annuelle à l'échelle du pays ?
5. Publications sur l'existence d'évènements indésirables consécutifs à des problèmes de langues dans le cadre d'une prise en charge sanitaire ? ou sur les bénéfices sanitaires et/ou économiques du recours à l'interprétariat.

⁹⁰ « 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. »



En Allemagne

Conseillère pour les affaires sociales à Berlin : Christine JACOB-SCHUHMACHER
Chargées de mission : Anastasie DUTELL et Maud VENTURINI

3. Cadre juridique

- *Cadre juridique posant et organisant un droit à l'interprétariat ou simple organisation d'un recours techniquement justifié en soins de ville et/ou hospitaliers*

En Allemagne, il n'existe pas de cadre juridique garantissant et organisant le droit à l'interprétariat, à l'exception de deux cas particuliers.

Depuis 2013, l'article 630 de la loi relative à la protection du patient (*Patientenschutzgesetz*), établit que les instructions du médecin doivent être « compréhensibles » pour le patient, mais uniquement en ce qui concerne les notions et le vocabulaire utilisé, et non pas en ce qui concerne la langue. Selon un jugement rendu par la Cour d'appel de Nuremberg en 1995, l'article 630 de la loi relative à la protection du patient est respecté lorsque le patient qui ne maîtrise pas la langue allemande reçoit une fiche explicative.

Toutefois, ce même article décrit également le devoir de « collaboration » du patient (*Mitwirkungspflicht*). **Ainsi, en pratique, c'est au patient que revient l'organisation de la présence d'un interprète et d'en assumer financièrement la charge.**

Les patients peuvent être accompagnés par des proches qui maîtrisent suffisamment la langue allemande pour remplir le rôle d'interprète. Si le médecin traitant a l'impression que le patient n'a pas compris ses instructions, il doit alors mettre fin à la consultation ou avoir recours à un interprète professionnel. Dans ce cas, en l'absence d'une jurisprudence prévoyant la prise en charge des coûts d'interprétariat, c'est au patient d'en assumer la charge financière. Dans certains cas exceptionnels, des hôpitaux ont prévu un fonds afin de financer de telles dépenses.

Il existe toutefois deux exceptions où un cadre juridique prévoit un droit à l'interprétation :

- les demandeurs d'asile ayant droit à une prise en charge médicale peuvent bénéficier, si nécessaire, de services d'interprétariat. L'autorité en charge des étrangers (*Ausländerbehörde*) assume les coûts de traductions. Toutefois, à partir du moment où le demandeur d'asile a obtenu son statut de réfugié, ce droit expire ;
- les prostitué(e)s qui doivent obligatoirement suivre un entretien médical avec l'autorité sanitaire locale (*Gesundheitsamt*) afin d'obtenir une autorisation pour pratiquer leur activité. Les éventuels coûts de traductions pour ce premier rendez-vous ainsi que pour les consultations annuelles suivantes, sont pris en charge par l'autorité sanitaire locale.

Enfin, on peut noter que, dans le cadre du projet « médiation linguistique dans le secteur de la santé » initiée en 2015, plusieurs associations fédérales du domaine de santé, de la protection des patients, des affaires sociales et de la médiation linguistique revendiquent « une prise en charge des services d'interprétariat ainsi que des médiateurs linguistiques au sein des prestations de l'assurance maladie légale ».

4. Données statistiques

- *Données permettant de connaître l'effectif des populations allophones ainsi que le taux de recours de ces populations à l'interprétariat à l'occasion des soins de ville ou hospitaliers*

Selon le rapport annuel du Gouvernement fédéral sur les étrangers vivant en Allemagne (*Ausländerbericht*), 20 % des étrangers en Allemagne ne pourraient pas exprimer leurs maux lors de consultations avec des psychologues ou des psychanalystes. Par ailleurs, selon une étude de l'entreprise Deininger, 5 % des patients traités dans les hôpitaux ne pouvaient que très mal se fait comprendre, voire pas du tout⁹¹.

Notre interlocutrice auprès de la Fédération allemande des interprètes nous a par ailleurs informé qu'une étude sur les services d'interprétariat à destination des patients était en cours de préparation par le Land de Hambourg, mais que celle-ci ne serait pas finalisée avant cinq ans.

5. Organisation pratique du/des dispositif(s) d'interprétariat

- *Dispositif organisé localement, régionalement, nationalement par qui ? Qui en est le régulateur ?*

En Allemagne, il n'existe pas de structure à l'échelle nationale qui réunit tous les services d'interprétariat. Toutefois, la Fédération allemande des interprètes (*Bund deutscher Dolmetscher und Übersetzer – BDÜ*), avec 7 500 interprètes, représente la plus grande organisation. Il existe également une dizaine d'organisations au niveau régional composées de 100 à 400 interprètes.

En l'absence de cadre juridique organisant un droit à l'interprétariat, diverses méthodes d'interprétariat sont utilisées en Allemagne dans le secteur sanitaire. En 2015, la Secrétaire d'État chargée de la Migration, des Réfugiés et de l'Intégration a publié un rapport rassemblant les différentes formes d'interprétariat employées en Allemagne dans le secteur sanitaire :

- Interprétation ad-hoc (par les proches) : il s'agit de la forme d'interprétariat la plus répandue ;
- Personnel bilingue de l'hôpital : le CHU de Munich (*Städtisches Klinikum München*) offre un service d'interprétariat interne avec un recours à un personnel bilingue. Ce personnel a participé à une formation en interprétariat et reçoit une compensation pour son activité d'interprète au sein de l'hôpital sous forme de jours de congés.
- L'« interprétariat communautaire » : cette expression désigne des services d'interprétariat, le plus souvent organisés par des associations caritatives privées, où l'interprète n'est que rarement professionnel. Les médiateurs linguistiques employés sont généralement des personnes bilingues ;
- L'interprétation par visioconférence/téléphone : ce service est proposé par l'entreprise autrichienne SAVD qui est leader sur le marché germanophone ;
- Sites internet / applications : la caisse d'assurance maladie AOK offre par exemple à ses cotisants l'utilisation gratuite de son application d'interprétation, qui dispose de 7 langues différentes, 600 termes médicaux et des courtes phrases comme « j'ai besoin d'un médecin ».

En dépit de ces initiatives, notre interlocutrice auprès de la Fédération allemande des interprètes juge que le financement des interprètes reste problématique en Allemagne.

⁹¹ https://www.bikup.de/wp-content/uploads/2016/07/Studie_Sprachmittlung-im-Gesundheitswesen.pdf

6. Modalités de financement

- *Ressources collectives dédiées ? modalités d'attribution des financements aux acteurs concernés ? Montant total de la dépense annuelle à l'échelle du pays ?*

Au niveau régional, seuls certains *Länder* disposent de ressources consacrées à l'interprétariat pour le secteur des soins. A titre d'exemple, la ville-Etat de Hambourg a accordé 200 000 € à une ONG (Segemi) proposant des services d'interprétariat pour des réfugiés souhaitant suivre une psychothérapie. La Basse-Saxe mène depuis avril 2017 le projet « les mots aident les femmes » (« *Wörter helfen Frauen* »), qui finance les besoins d'interprétariat professionnelle pour les femmes lors de consultations sur l'avortement, les mutilations génitales, la violence sexuelle, etc.

Certaines communes mettent également à disposition des financements d'interprètes professionnels, que ce soit *via* le budget de la commune (Berlin, Brême, Marburg-Biedenkopf) ou à travers des fonds alloués à un projet précis (SprInt à Wuppertal). Cependant, l'agence SPuK, qui est un réseau régional qui organise et propose des services d'interprétariat dans la région d'Osnabrück (Basse-Saxe), s'autofinance entièrement.

7. Publications/rapports sur l'existence d'évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l'occasion d'une prise en charge sanitaire

- *Existe-t-il inversement des études/rapports sur les bénéfices sanitaires et/ou économiques du recours à l'interprétariat ?*

Au niveau fédéral, aucune étude n'a été réalisée en Allemagne. Seuls certains *Länder* mentionnent cet enjeu dans leur rapport.

Selon notre interlocutrice auprès de la Fédération allemande des interprètes, la question de l'interprétariat en santé reste une thématique qui n'est pas suffisamment prise en compte par les autorités allemandes. Pourtant, selon elle, les patients mais également les établissements sanitaires ou les caisses d'assurance maladie auraient un gain économique considérable à ce que les services d'interprétariat linguistique soient organisés sur l'ensemble du territoire et qu'ils fassent l'objet d'études chiffrées.



Au Canada

Conseiller pour les affaires sociales à Montréal : Grégory GUILLAUME

8. Cadre juridique

- *Cadre juridique posant et organisant un droit à l'interprétariat ou simple organisation d'un recours techniquement justifié en soins de ville et/ou hospitaliers*

Certains repères viennent baliser et encadrer la nécessité pour le réseau de la santé et des services sociaux d'avoir accès à des services d'interprétariat. Plus spécifiquement, l'article 2 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) exige « qu'on tienne compte des particularités géographiques, linguistiques, socioculturelles, ethnoculturelles et socio-économiques des régions; qu'on favorise, compte tenu des ressources, l'accessibilité à des services de santé et à des services sociaux, dans leur langue, pour les personnes des différentes communautés culturelles du Québec; qu'on favorise la prestation efficace et efficiente des services de santé et des services sociaux, dans le respect des droits des usagers.

Dans ce contexte, l'interprétariat représente un moyen adéquat et pertinent pour respecter, d'une part, les droits et les obligations prévus à la LSSSS et, d'autre part, pour offrir des services de qualité de façon sécuritaire. Dans le cadre de sa mission première, le réseau de la santé et des services sociaux doit offrir des services à toute personne qui en fait la demande. Les personnes issues des communautés ethnoculturelles sont plus susceptibles de se heurter à une barrière linguistique. Cette barrière peut également s'appliquer aux personnes d'expression anglaise et celles issues des Premières Nations. Un article de la loi prévoit ce qui suit : « Toute personne d'expression anglaise a le droit de recevoir en langue anglaise des services de santé et des services sociaux, compte tenu de l'organisation et des ressources humaines, matérielles et financières des établissements qui dispensent ces services et dans la mesure où le prévoit un programme d'accès visé à l'article 348. »

9. Données statistiques

- *Données permettant de connaître l'effectif des populations allophones ainsi que le taux de recours de ces populations à l'interprétariat à l'occasion des soins de ville ou hospitaliers*

Il n'existe pas de statistiques accessibles sur le taux de recours mais :

- près de 9 % de la population totale est allophone (n'ayant ni le français ni l'anglais comme langue maternelle, ce qui ne signifie pas qu'elle ne les parle pas mais c'est dans cette partie de la population que se trouvent les personnes rencontrant des difficultés dans leurs démarches et leurs rapports au réseau de soin.) mais cela représente plus de 20 % de la population de la région de Montréal.
- près de 1 % de la population totale ne connaît aucune des deux langues officielles, plus de 1.5 % de la population de la région de Montréal.
- Pour avoir un ordre d'idée de l'intensité des services, la Banque Interrégionale d'interprètes, située et desservant Montréal, a fourni en 2015-16 plus de 51 000 heures d'interprétariat au cours de 33 000 interventions auprès des établissements de santé.

10. Organisation pratique du/des dispositif (s) d'interprétariat

▪ *Dispositif organisé localement, régionalement, nationalement par qui ? Qui en est le régulateur ?*

Jusqu'à maintenant, dans le réseau de la santé et des services sociaux, l'offre de services d'interprétariat est assurée par une pluralité d'acteurs, soit des organismes communautaires (i.e associatifs), des banques d'interprètes affiliées à des établissements de santé et des établissements.

Fonctionnant de façon autonome, ces différents acteurs proposent une offre parfois soutenue par des interprètes formels et, dans la majorité des cas, par des interprètes informels (employés ou bénévoles bilingues). Il est difficile de recenser l'ensemble des pratiques mises en place dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Notamment dans les grands centres, plusieurs établissements ont développé des initiatives au sein même de l'organisation (par exemple, une liste du personnel bilingue ou multilingue) et ont eu recours à des ressources externes (banques d'interprètes, organismes, centres bénévoles, etc.) pour faire face aux difficultés découlant des barrières linguistiques. Ces pratiques ne sont pas harmonisées entre les établissements. Si, dans certains cas, les intervenants sont outillés pour reconnaître les éléments d'une situation exigeant le recours à un interprète, tous ne possèdent pas les connaissances permettant de faire le bon choix en situation complexe et comportant parfois des enjeux éthiques. Les différents acteurs qui offrent des services d'interprétariat fonctionnent selon des modalités qui leur sont propres en matière de financement, de conditions de travail, de gestion des demandes, d'aspects légaux et d'exigences spécifiques relatives aux interprètes (code d'éthique et standards de pratique, formation, connaissance des réseaux et des milieux, définition du rôle attendu de l'interprète, etc.).

Face à ces constats, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) travaille actuellement à une amélioration de l'offre de services d'interprétariat pour l'ensemble du Québec, par la nationalisation de la Banque interrégionale d'interprètes⁹².

Cette nouvelle offre, centralisée et à l'échelle de la province, devra répondre aux impératifs :

- d'accessibilité : 24/7 et dans toutes les régions du territoire.
- de qualité (bonnes pratiques, compétences linguistiques, intervention éthique, compréhension du rôle de l'interprète, formation, sensibilisation aux enjeux ethnoculturels)
- de soutien au développement de l'utilisation de l'interprétariat dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (sensibilisation, formation des professionnels, outils)
- de responsabilité et viabilité financière (principe de l'utilisateur-payeur);
- de simplicité opérationnelle (développement d'une technologie informatique adaptée à la réalité des établissements).

▪ *Modalités pratiques de recours : localisation des interprètes, qui les commande, qui les paye... ?*

Principe de l'utilisateur-payeur, c'est-à-dire que les établissements et organisations assument les coûts du service. L'utilisateur (le réseau de la santé) se rapproche d'une banque d'interprètes qui par la suite fait le lien avec un interprète dans la langue voulue. La banque d'interprète est financée par les frais d'administration qu'elles réclament sur chaque intervention, par exemple pour la Banque interrégionale d'interprète, 14 % du montant total des heures de service facturées (35\$/h. d'interprétariat).

▪ *Populations visées par le/les dispositif(s) :*

Le MSSS voit l'interprétariat comme un enjeu de qualité et de sécurité des services. Afin d'assurer un accès à des interventions cliniques de qualité et sécuritaires autant pour les usagers ayant de la difficulté à s'exprimer dans la langue française que pour les professionnels qui doivent offrir ces interventions, le service est offert à tous même si dans les faits, il est principalement utilisé par/pour les populations réfugiées, immigrantes et nouvelles arrivantes.

⁹² <https://santemontreal.qc.ca/en/professionnels/services-et-outils/banque-regionale-dinterpretes/>

11. Modalités de financement

- Ressources collectives dédiées ? modalités d'attribution des financements aux acteurs concernés ? Montant total de la dépense annuelle à l'échelle du pays ?

Principe de l'autofinancement ; la banque d'interprètes affiliée au réseau de la santé s'autofinance grâce aux frais administratifs engendrés par les demandes des organisations et établissements utilisant ses services. Il nous est impossible de répertorier les dépenses annuelles, celles-ci étant engendrées localement à même le budget de chaque établissement.

12. Publications/rapports sur l'existence d'évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l'occasion d'une prise en charge sanitaire

- Existe-t-il inversement des études/rapports sur les bénéfices sanitaires et/ou économiques du recours à l'interprétariat ?

- **BOWEN, Sarah. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé, Santé Canada, 2001.**

[BRIAND-LAMARCHE, M., et Guériton, M. L'interprétariat en tant que mode d'intervention en santé et en services sociaux, Montréal, Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, mars 2017.](#)

HLAVAC, J., J. BEAGLY et E. ZUCCHI. "Applications of policy and the advancement of patients' health outcomes through interpreting services: data and viewpoints from a major public healthcare provider", The International Journal for Translation & Interpreting Research, vol. 10, no 1, 2018.

- **MUNOZ, M. et A. KAPOOR-KOHLI. « Les barrières de la langue, comment les surmonter en clinique? », Le Médecin du Québec, vol. 42, no 2, 2007, p. 45-52.**

Pour en savoir plus : Les Orientations ministérielles concernant la pratique de l'interprétariat dans les services de santé et les services sociaux au Québec reprennent des éléments incontournables pour une utilisation de qualité de l'interprétariat dans l'intervention au sein des services de santé et des services sociaux et mettent de l'avant un modèle d'organisation afin d'offrir une desserte optimale dans toutes les régions du Québec.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002180/>



En Espagne

Conseiller pour les affaires sociales à Madrid : Poste vacant
Adjointe : Caroline CHAULET

En préambule, il faut indiquer que l'interprétariat dans le milieu médical est une compétence des régions (Communautés autonomes) et non de l'État. Aucun cadre normatif n'est prévu et chaque communauté autonome organise et finance ce service comme elle le veut.

Pour ce questionnaire nous avons eu recours à la communauté de Madrid, qui a instauré il y a 10 ans un système de télé-traduction.

13. Cadre juridique

- *Cadre juridique posant et organisant un droit à l'interprétariat ou simple organisation d'un recours techniquement justifié en soins de ville et/ou hospitaliers*

Il faut prendre en compte l'importance d'une communication efficace dans les relations interpersonnelles, la situation d'anxiété et de blocage que peut provoquer une visite médicale pour un problème de santé, mais aussi la nécessité d'obtenir ou donner l'information lors de l'entretien clinique, il est donc nécessaire de disposer des outils qui éliminent la barrière de la langue. L'information lors de l'attention sanitaire fait partie de l'activité professionnelle et représente une valeur essentielle pendant tout le processus d'assistance, que l'organisation doit garantir.

Le service de télé-traduction des langues a été mis en place par le service madrilène de santé de la Communauté de Madrid en 2009, dans le cadre du plan d'intégration 2009-2012, en référence à la promotion des moyens disponibles dans les milieux critiques de l'attention sanitaire en relation avec la population immigrante.

Ce service a été envisagé dans le Plan de Personnalisation de l'assistance sanitaire de la Communauté de Madrid 2008-2015, dont l'objectif était d'améliorer le niveau de satisfaction des patients et accompagnants pour l'attention reçue.

Actuellement, ce service fait partie du programme dit d'information clinique et accompagnement du Plan d'Humanisation de l'assistance sanitaire 2016-2019, du Ministère régional de la Santé de la Communauté de Madrid.

14. Données statistiques

- *Données permettant de connaître l'effectif des populations allophones ainsi que le taux de recours de ces populations à l'interprétariat à l'occasion des soins de ville ou hospitaliers*

Selon les données statistiques, en janvier 2018 893.276 citoyens d'origine étrangère étaient recensés dans la Communauté de Madrid, soit 13.4 % de la population totale. On estime qu'environ 400.000 ne parlent pas espagnol.

15. Organisation pratique du/des dispositif (s) d'interprétariat

- *Dispositif organisé localement, régionalement, nationalement par qui ? Qui en est le régulateur ?*

Le service est disponible dans le domaine sanitaire de la Communauté de Madrid, mis en place et géré par le Ministère régional de la santé de la Communauté de Madrid.

- *Modalités pratiques de recours : localisation des interprètes, qui les commande, qui les paye... ?*

Le dispositif consiste en un téléphone portable connecté à un centre d'appels et un système mains libres avec double sortie microphone et oreillette, un pour le professionnel et un pour le patient.

Le service est disponible 24 heures/24, 365 jours/an et permet de traduire plus de 50 langues.

Le fonctionnement est très simple. Pour établir la communication avec le centre d'appels il suffit d'effectuer un appel et une équipe d'interprètes professionnels effectuent la télé-traduction en temps réel.

- *Populations visées par le/les dispositif(s) :*

Le service est disponible pour toute personne non hispanophone qui se rend dans u centre sanitaire appartenant au système du service Madriléne Sanitaire.

La dotation : les services suivants bénéficient de ce dispositif de télé-traduction : 100 % des hôpitaux, 100 % des centres de santé mentale ambulatoires et les services des urgences médicales de Madrid. Les centres d'assistance primaires sont en cours de dotation.

16. Modalités de financement

- *Ressources collectives dédiées ? modalités d'attribution des financements aux acteurs concernés ? Montant total de la dépense annuelle à l'échelle du pays ?*

La mise en marche du projet de télé-traduction a été rendu possible grâce à une Convention de collaboration entre le Ministère régional de la santé de la Communauté de Madrid, le Ministère régional d'Immigration de l'époque et l'œuvre sociale de CajaMadrid (une banque), entité indépendante à but non lucratif, qui s'est chargé du mécénat jusqu'en 2012. Cette convention n'est plus en vigueur depuis 2013 et à partir de cette date chaque centre prend en charge le cout de maintenance et d'utilisation du service.

17. Publications/rapports sur l'existence d'évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l'occasion d'une prise en charge sanitaire

- *Existe-t-il inversement des études/rapports sur les bénéfices sanitaires et/ou économiques du recours à l'interprétariat ?*

Dans le cas du service sanitaire madriléne, le service de télé-traduction contribue à :

- Supprimer la barrière linguistique entre patients et accompagnants non hispanophones et les professionnels
- Améliorer la barrière culturelle, les interprètes agissant parfois comme des médiateurs
- Améliorer la sécurité du patient dans le processus diagnostic et thérapeutique
- Faciliter l'entretien clinique, améliorant le respect du traitement et rendant possible l'orientation des soins
- Garantir la confidentialité et la normalisation pendant l'entretien
- Diminuer la fréquentation des services d'urgence

RAPPORT IGAS N°2018-128R

- Contribuer à la tranquillité et sécurité du professionnel car permet la fluidité de communication requise pour l'entretien clinique et permet au patient de s'exprimer et communiquer en toute liberté, ce qui augmente le niveau de confiance

En ce qui concerne le degré de satisfaction tant des personnes qui sollicitent le service que des professionnels quant à son utilité et sa qualité, il a été et reste positif, opinion objective car il n'y a eu aucune plainte ou réclamation depuis la mise en place du dispositif.



Aux Etats-Unis

Conseillers pour les affaires sociales à Washington :
Céline JAEGGY-ROULMANN, Mikaël GARNIER-LAVALLEY
Adjointe : Anne-Claire DUGAS

18. Eléments de contexte aux Etats Unis

Les Etats-Unis sont un Etat fédéral dans lequel de nombreuses prérogatives sont laissées aux Etats fédérés. Par ailleurs et historiquement, les américains font beaucoup moins confiance à la puissance publique et davantage à l'initiative privée que les Français. Il en découle un système de liberté et, souvent, d'autorégulation par les personnes et institutions privées.

Dans le domaine de la santé, les illustrations sont nombreuses (autorisation d'exercer, accréditation des études de médecine, poids des assurances-santé...). Il est donc très difficile de comparer le fonctionnement de la protection maladie, des études et de l'exercice de la médecine ou le fonctionnement des universités et des hôpitaux.

Par ailleurs la coopération des différents acteurs publics : Etat fédéral, Etats Fédérés, Comtés et villes n'est pas toujours optimum notamment lorsque les compétences se chevauchent ou que des actions complémentaires sont nécessaires pour atteindre des objectifs communs. Sur les grands sujets, il peut y avoir des stratégies et des plans ayant fait l'objet de consultations préalables et faisant l'objet de déclinaisons sans que pour autant l'action locale ait autant d'impact que souhaité. La même dynamique existe avec les acteurs privés (à but lucratif et à but non-lucratif) qui sont souvent en première ligne face au public par le biais des centres de santé, des cliniques et des hôpitaux.

▪ Un accès à la santé et aux soins très inégalitaire

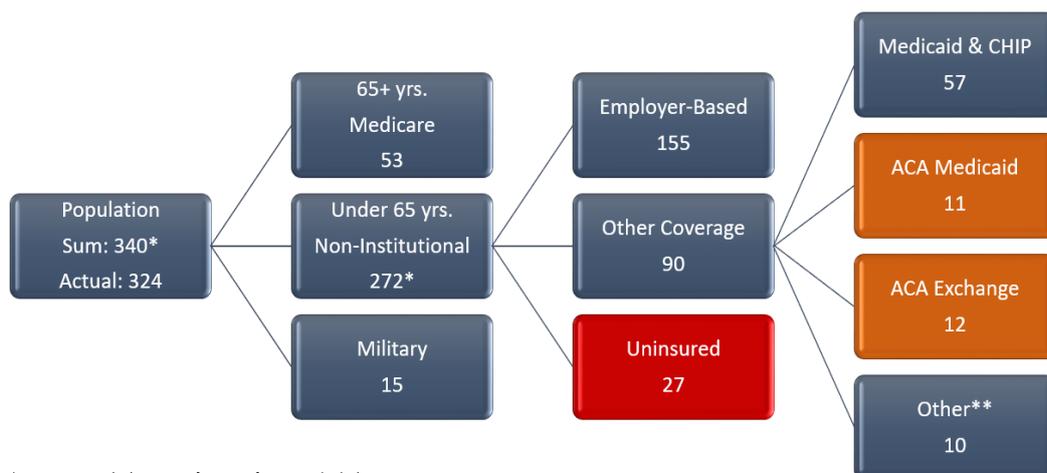
Les américains sont couverts par différents types d'assurance en lien avec leur situation individuelle, leur emploi ou leur capacité à payer leur couverture. Malgré la réforme de la loi pour l'accès aux soins abordables de 2010 (« Affordable Care Act », ACA, plus connu sous le nom d'« Obamacare »), la question des pathologies et infirmités préexistantes reste importante dans les coûts des assurances. Les couvertures pouvant par ailleurs être très différentes les unes des autres, les restes à charge peuvent également être extrêmement élevés.

Il faut donc garder en tête que l'investissement en matière de santé est très élevé (+17 % du PIB), y compris en argent publique, pour un accès très inégalitaire (en fonction des revenus, de l'origine sociale et/ou ethnique, de son lieu de résidence, de son niveau d'éducation, de sa couverture assurantielle). Les américains disposent d'une médecine de pointe dont l'accès est trop souvent limité aux biens portants. En général il vaut mieux donc être blanc, avoir un haut degré d'éducation, un travail rémunérateur et offrant une couverture santé de bon niveau, et habiter dans quartiers aisés des grandes villes des deux côtes. Le niveau d'éducation et la rémunération ne suffisent pas. A titre d'exemple la mortalité infantile des femmes noires ne se réduit pas avec le niveau d'éducation par rapport aux femmes blanches et est toujours plus élevé (y compris au niveau du doctorat) que pour une femme blanche à faible niveau d'éducation. Les déterminants sociaux sont très importants.

La couverture maladie n'est pas universelle, elle est divisé entre acteurs publics et privés en fonction de l'emploi occupé et de son employeur (qui peut ne pas offrir de couverture), de sa situation personnelle (âge, revenu...) et de son lieu de résidence (en fonction des Etats les offres publiques et privées peuvent être différentes).

Par exemple, la répartition était la suivante en 2016

Sources of Health Insurance Coverage in 2016 (Millions of Persons)



*Note: Due to multiple sources of coverage for some individuals, there is some double-counting in the components. The actual U.S. population in December 2016 was approximately 324m.

**Other: The 10m was reduced to tie to the total for "Other Coverage" of 90m. "Other" includes 23m persons (9m non-ACA marketplaces, 9m disabled in Medicare, 5m other).

Source data:
CBO "Federal Subsidies for Health Insurance Coverage for People Under Age 65: 2016 to 2026" (March 2016)
Census Bureau "Health Insurance Coverage in the United States: 2015 (September 2016)"

Les grands programmes publics sont les suivants :

- Medicaid
 - C'est le programme destiné à couvrir les personnes à faible revenu et les personnes en situation de handicap ainsi que les enfants pauvres via CHIP (v. ci-après), fournissant une assurance maladie gratuite à 62,4 en 2017⁹³.
 - Le programme est financé par le gouvernement fédéral et les États, et est géré par les États.
 - Certains États ont étendu Medicaid largement dans le cadre de l'ACA.
- Medicare
 - C'est un programme d'assurance maladie destiné aux personnes âgées de 65 ans et plus, aux personnes de moins de 65 ans avec certaines incapacités et aux personnes de tout âge atteintes d'insuffisance rénale au stade terminal. 55,6 millions de personnes étaient couvertes en 2017. Ce programme n'est pas fondé sur le revenu. Il est géré par le niveau fédéral qui le finance.
 - « Children's Health Insurance Program » (CHIP)
 - C'est le programme qui fournit une assurance maladie aux enfants des familles dont le revenu est trop élevé pour pouvoir prétendre à Medicaid, mais qui n'ont pas les moyens de souscrire une assurance maladie privée (9,4 millions de personnes en 2017).
 - Il est géré au niveau des États avec des financements et des pré requis fédéraux.
 - Military Health et Veterans Health Administration
 - C'est la couverture santé des militaires actifs et des anciens combattants (15,5 millions de personnes en 2017). Elle est gérée par l'Etat Fédéral qui la finance et l'organise via des systèmes publics intégrés.
 - ACA Exchange
 - Ce terme correspond aux marchés locaux mis en place dans le cadre de l'ACA (dans les États n'ayant pas étendu Medicaid) pour permettre la couverture des personnes et réduire le nombre de non-assurés. Ces marchés, régulés, sont ouverts aux assureurs privés qui doivent proposer des assurances respectant un certain nombre de critères dont un panier de soins de qualité. Ces assurances permettent d'accéder à des subventions et à des crédits d'impôt en fonction de sa situation personnelle.

⁹³ Tous les chiffres de 2017 sont issus du Census Bureau : Health Insurance Coverage in the United States: 2017, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2018. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2018/demo/p60-264.pdf>

19. Cadre juridique

- Existence d'un cadre juridique posant et organisant un droit à l'interprétariat comme ceci semble être le cas notamment aux USA et en Suède ou simple organisation d'un recours techniquement justifié en soins de ville et/ou hospitaliers ?

Le cadre juridique fédéral impose aux hôpitaux (comme à tout autre établissement de santé, dispensaire, cabinet médical) d'avoir un service d'interprétariat s'il bénéficie de financements fédéraux. Cette mesure est large car elle ne concerne pas seulement les subventions ou bourses de recherche (la plupart des hôpitaux ont une activité de recherche aux Etats-Unis) mais aussi les assurances santé des patients traités (ayant une couverture via Medicare, Medicaid ou la Veterans Health Administration des anciens combattants). S'y ajoute les personnes prises en charge par des assurances individuelles dans le cadre de la loi sur les soins abordables de 2010 (« Affordable Care Act »).

Le terme utilisé est celui de Patients With Limited English Proficiency » (LEP).

Plusieurs textes s'appliquent :

- le titre VI du « Civil Rights Act » de 1964 qui mentionne que la discrimination fondée sur la race, la couleur ou l'origine nationale est interdite.
- l'executive order numéro 13166 « Improving Access to Services for Persons With Limited English Proficiency » signé en 2000 par le président B. Clinton, vise la mise en œuvre du texte de 1964 par les agences fédérales, en les obligeant à mettre au point des systèmes permettant d'améliorer l'accès à leurs programmes et services aux personnes LEP, définies comme « dont la langue principale (de communication) n'est pas l'anglais » et dont « la capacité de lire, écrire, parler ou comprendre l'anglais est limitée ».
- Plusieurs directives du ministère de la Santé et des Services sociaux (HHS) de 2003 ont précisé la manière de respecter les dispositions du texte de 2000 en offrant aux personnes ayant une compétence limitée en anglais « LEP » un accès significatif aux programmes de soins de santé fédéraux.
- la Section 1557 de l'Affordable Care Act de 2010 a repris ces éléments en interdisant la discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, l'âge ou le handicap dans certains programmes ou activités dans le domaine de la santé. Elle étend d'ailleurs la protection contre la discrimination aux personnes participant :
 - à tout programme ou activité dans le domaine de la santé dont l'un des volets a été financé par HHS;
 - à tout programme ou activité de santé administrée par le HHS;
 - aux marchés de l'assurance santé (« insurance market place » prévue par l'ACA) et des assurances (« plans ») proposés par les émetteurs de ces marchés. Cette partie fait référence aux assurances individuelles proposées dans le cadre des marchés locaux mis en place par l'ACA pour permettre aux personnes n'ayant pas d'assurance santé de s'affilier.

Les prestataires de soins de santé doivent également fournir aux patients l'accès à des interprètes qualifiés. Si aucun interprète qualifié n'est fourni, les patients ont le droit de poursuivre le prestataire en justice pour violation de l'accès linguistique. La section 1557 de l'ACA prévoit également:

- l'interdiction d'utiliser des enfants mineurs comme interprètes, sauf en cas d'urgence lorsqu'un interprète qualifié n'est pas disponible ;
- de limiter le recours à des membres adultes de la famille, des amis et du personnel bilingue ou multilingue en tant qu'interprètes médicaux lorsque certains critères ne sont pas remplis ;
- l'interdiction formelle de demander à une personne ayant des compétences limitées en anglais de fournir son propre interprète lors de rendez-vous médicaux ;
- la nécessité de fournir un support documentaire pour les 15 langues les plus parlées dans la région, comme indiqué par le Center for Medicare & Medicaid Services (CMS, l'Agence fédérale qui gère les services pour Medicare et Medicaid) ;

- l'obligation que toutes les notifications, y compris les avis d'assistance, soient dans la langue maternelle de la personne « LEP » (Limited English Proficiency).

En vertu de l'ACA, le défaut de fournir un interprète médical peut entraîner une amende de 70 000 \$.

Ces dispositions sont fédérales, elles sont éventuellement complétées par des lois des Etats précisant notamment la prise en charge financière. Ainsi, la loi de l'Etat de Californie SB 853 de 2003 « The Health Care Language Assistance Act », a été la première à rendre obligatoire, pour les assureurs de santé, les services d'interprétation, les documents traduits destinés à leurs assurés, et la collecte des données sur la race, l'ethnie et la langue afin de remédier aux inégalités en matière de santé.

Au-delà de ces obligations, il peut y avoir des législations précisant les éventuelles prises en charge par des dispositifs publics.

Par ailleurs, les établissements de santé sont tenus de garantir l'accès à la langue des signes (« American Sign Language », ASL) conformément au titre VI des Civil Rights Acts de 1964 et à l'« Americans with Disabilities Act » (ADA) de 1990.

D'autres organisations professionnelles ont aussi publié des documents de référence :

- la Joint Commission, qui accrédite les hôpitaux, a publié en 2007 un état des lieux avec des recommandations : « Hospitals, Language, and Culture: A Snapshot of the Nation »
https://www.jointcommission.org/assets/1/6/hlc_paper.pdf

Elle considère que pour rester en conformité avec les règles et les règlements en constante évolution, ainsi que pour obtenir et conserver avec succès l'accréditation (qu'elle délivre), les hôpitaux peuvent développer un plan d'accès linguistique. Bien que la Commission mixte n'ait pas d'obligation explicite selon laquelle une organisation doit élaborer un tel plan, cela aide à démontrer que l'hôpital respecte un grand nombre des normes dans ce domaine.

- l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) qui dépend du U.S. Department of Health and Human Services (HHS, le ministère américain de la santé et des affaires sociales) a également publié un guide « Improving Patient Safety Systems for Patients With Limited English Proficiency » (la dernière révision date de septembre 2012).
<http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/lepguide/index.h>
- Le Center for Medicare & Medicaid Services (CMS), Agence fédérale qui gère les services Medicare et Medicaid, s'est également doté d'un guide « [Guide to Developing a Language Access Plan](#) » dont la dernière version date de 2014.
<https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/OEOCRInfo/Downloads/StrategicLanguageAccessPlan.pdf>
- The National Council on Interpreting in Health Care a également publié un « Code of Ethics and Standards of Practice for the Health Care Interpreter » en 2004.
https://www.ncihc.org/index.php?option=com_content&view=article&id=44

20. Données statistiques

- *Existe-t-il des données permettant de connaître l'effectif des populations allophones ainsi que le taux de recours de ces populations à l'interprétariat à l'occasion des soins de ville ou hospitaliers ? Toutes les données susceptibles d'être extrapolées à la situation française sont potentiellement utiles pour essayer de mesurer les besoins potentiels en France (non appréhendés aujourd'hui) et leur impact en termes de coût.*

Comme cela a été signalé, tous les hôpitaux doivent fournir ce service (ils sont tous plus ou moins financés par des moyens fédéraux), mais il est difficile d'avoir des données extrêmement fiables quant à la disponibilité et à la qualité

de ces services. Néanmoins, au-delà des données déclaratives, plusieurs études ont essayé, ces dernières années, de mieux qualifier la situation :

- 60 millions de personnes aux Etats –Unis ont une langue maternelle autre que l’anglais.
- 24 millions ont une maîtrise de l’anglais limité (« Limited English Proficiency », LEP). Cette partie de la population est considérée comme étant la cible pour les services d’assistance linguistique.

D’après une étude de 2006⁹⁴ :

- Sur les 4 514 hôpitaux généraux américains, 3 105 déclaraient offrir un service d’assistance linguistique
 - 74,7 % dans les endroits à fort besoin (pop. dont la maîtrise de l’anglais est limitée >10 %)
 - 76,6 % dans les endroits à besoin moyen (pop. dont la maîtrise de l’anglais est limitée entre 5 et 10 %)
 - 65,4 % dans les endroits à besoin faible (pop. dont la maîtrise de l’anglais est limitée <5 %)
- Les hôpitaux offrant des services linguistiques diffèrent par leur statut :
 - La majorité des hôpitaux privés à but non lucratif offraient des services linguistiques, passant de 70,2 % dans les régions où les besoins sont faibles à 62,5 % dans les régions où les besoins sont importants.
 - Pas plus de 18,6 % des hôpitaux privés ou à but lucratif offraient des services linguistiques répondant à tous les besoins,
 - et les hôpitaux publics offraient les services à des tarifs généralement similaires à ceux des hôpitaux à but lucratif.

Dans une étude de 2013 du National Health Law Program⁹⁵, il est évoqué que :

- 63 % des hôpitaux ont rencontré des patients « LEP » tous les jours ou toutes les semaines; 17 % supplémentaires ont rencontré des patients « LEP » au moins une fois par mois.
- Les hôpitaux ont utilisé une grande variété de sources pour évaluer les besoins linguistiques des communautés, notamment en utilisant les données du recensement et en collectant des informations linguistiques directement auprès des patients.
- 82 % des hôpitaux ont indiqué que les interprètes étaient la ressource la plus utilisée pour fournir des services linguistiques.
- 92 % des hôpitaux ont indiqué que les services téléphoniques constituaient la ressource la plus disponible pour fournir des services linguistiques.
- 88 % des hôpitaux ont déclaré fournir des services linguistiques en dehors des heures de bureau.
- 3 % des hôpitaux ont indiqué recevoir un remboursement direct pour la prestation de services linguistiques.
- Sur les 3 % des hôpitaux ayant reçu un remboursement direct, 78 % ont indiqué recevoir un remboursement de Medicaid.
- Le principal obstacle rencontré par les hôpitaux dans la prestation de services linguistiques était que le personnel n’avait aucun moyen d’identifier les patients qui avaient besoin de services linguistiques avant leur arrivée à l’hôpital.
- Les outils que le personnel hospitalier jugerait utiles pour fournir des services linguistiques comprennent des programmes de formation continue intégrés, des approches ‘type ’ et des exemples de pratiques démontrées par d’autres établissements de soins de santé au service des patients « LEP ».
- La formation que le personnel hospitalier trouverait le plus utile pour la prestation de services linguistiques concerne en premier lieu le style de communication à utiliser pour répondre à des patients et membres de la famille qui ne parlent pas bien l’anglais, puis la formation inter-culturelle.
- 33 % des hôpitaux participaient à des initiatives visant à améliorer les services linguistiques et 72 % d’entre eux affirmaient être disposés à partager des informations sur leurs initiatives.

⁹⁴ Schiaffino MK, Nara A, Mao L. *Language Services In Hospitals Vary By Ownership And Location*. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35(8):1399–403. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27503963>

⁹⁵ « *Hospital Language Services for Patients with Limited English Proficiency* » <https://healthlaw.org/resource/full-report-hospital-language-services-for-patients-with-limited-english-proficiency>

21. Organisation pratique du/des dispositif(s) d'interprétariat

- *Dispositif organisé localement, régionalement, nationalement par qui ? Qui en est le régulateur ?*

Les hôpitaux sont libres de choisir leurs prestataires et la manière dont ils assurent leurs prestations. Les évolutions technologiques à travers le temps ont permis d'apporter une variété de solutions mis en œuvre par les acteurs du marché : présence physique, ligne téléphonique, liaison numérique avec de la vidéo online etc.⁹⁶

Les prestataires sont locaux, régionaux et parfois nationaux. Ils peuvent contracter avec un hôpital ou, la plupart du temps, avec un groupe d'hôpitaux. En effet, il existe une concentration d'hôpitaux qui se regroupent par systèmes régionaux plus ou moins intégrés, associant des cabinets médicaux et parfois une assurance : par exemple, Kaiser Permanente en Californie, Cleveland Clinic dans l'Ohio, MedStar Health, ou John Hopkins Health System autour de Washington DC et le Maryland.

Parmi les solutions se trouvent notamment :

- Martti (exemple : Language Access Network) dédié aux activités médicales qui permet une interprétation certifiée en vidéo pour 60 langues et audio pour 250 langues 24h/jour et 365/an. L'entreprise dit travailler avec 500 hôpitaux avec un abonnement mensuel et un coût par minute d'utilisation. Elle dispose de 5 centres aux Etats-Unis.
- Language Line Solution propose des services globaux plus particulièrement destinés aux hôpitaux avec 35 langues en vidéo et 240 en audio (24h/jour et 365/an) L'entreprise propose également des interprètes « sur place ». Elle se revendique comme le leader du secteur avec 67 % des établissements de santé du classement Fortune 1000, et 16 des 20 meilleurs hôpitaux du classement de The U.S. News & World Report.

Certains assureurs proposent des réductions sur les services d'interprétation pour les hôpitaux qui sont en contrat avec eux (c'est le cas notamment de Cigna avec CQ fluency, Interpreting Services International, et Language Line Solutions)

- *- modalités pratiques de recours : localisation des interprètes, qui les commande, qui les paye... ?*

Selon les solutions, les interprètes peuvent être sur place et/ou à distance, regroupés dans des centres d'appels, pour les appels téléphoniques ou la vidéo numérique par exemple.

L'obligation incombant aux hôpitaux est de fournir la prestation. Le plus souvent, ils sont abonnés à des services qui les facturent. Selon les cas et la législation de leur Etat, ils peuvent trouver des moyens de financer cette prestation par des fonds fédéraux ou des assurances mais pas par les patients.

22. Modalités de financement

- *Financement du/des dispositif(s) au plan régional ou national (selon l'organisation du système de santé) : existence de ressources collectives dédiées ? modalités d'attribution des financements aux acteurs concernés ? Montant total de la dépense annuelle à l'échelle du pays ?*

⁹⁶Jacobs B, Ryan AM, Henrichs KS, Weiss BD. Medical interpreters in outpatient practice. *Ann Fam Med.* 2018;16(1):70-76 http://www.annfammed.org/content/16/1/70.abstract?ijkey=0931509c7e1b36c36b96ccbd0178c799f77f56f1&keytype=tf_ipsecsha

RAPPORT IGAS N°2018-128R

Il n’y a pas de dépenses consolidées (les hôpitaux ne partagent pas nécessairement ces données d’autant plus s’ils ne fournissent pas ce service pourtant obligatoire s’ils touchent des fonds fédéraux). Les chiffres existant ne sont donc que partiels. Par ailleurs, il n’est pas très facile de collecter les données des États qui participent, via Medicaid, au financement de certaines prestations. De même, les données fédérales sont manquantes quand il s’agit de programmes fédéraux comme celui de la santé des anciens combattants (Veterans Health Administration).

En outre, chaque État dispose de lois sur l’accès linguistique dans les établissements de santé. D’après le National Health Law Program⁹⁷, quatorze États et le District of Columbia (*Connecticut, District de Columbia, Iowa, Idaho, Kansas, Maine, Minnesota, Montana, New Hampshire, New York, Texas - interprètes en langue des signes uniquement -, Utah, Vermont, Washington, et le Wyoming*) remboursent directement les fournisseurs pour les services linguistiques utilisés par les patients de Medicaid et du programme d'assurance maladie des enfants pauvres « Children's Health Insurance Program » (CHIP). Depuis 2009, deux États, Hawaii et la Virginie, ont cessé le remboursement ou les services linguistiques.

L’étude indique d’ailleurs le fonctionnement et les éventuels coûts :

State	Medicaid and CHIP providers who can submit reimbursement	Providers the state reimburses	Reimbursement rates for language services provided to Medicaid/CHIP enrollees	Administrative or Service Claims
CT	All providers	Providers	Not available	Administrative
DC	Fee for Service (FFS)	Language agency vendors	Not available	Administrative
IA	FFS providers who do not submit cost reports	Providers	\$14.39/15 min. (oral); \$1.63/min. (telephonic)	Service
ID	FFS and Primary Care Case Management programs	Providers	\$3.04/15 min. (oral); \$12.50/15 min. (sign language)	Service
KS*	Not applicable	Fiscal agent	Spanish: \$1.10/min.;	Administrative
			Other languages: \$2.04/min.	
ME	FFS	Providers	Lesser of \$20/15 min. or usual and customary fee	Service
MN	FFS	Providers	\$12.50/15 min.	Administrative
MT	All	Interpreters	Lesser of usual and customary or \$10/15 min. for sign language, \$8.75/15 min. for in-person oral, and \$6.25/15 min. for video/telephonic	Administrative
NH	FFS	Interpreters enrolled as Medicaid providers	\$90/event (up to two hours); \$11.25 for each additional 15 min	Administrative
NY	FFS	Providers	\$11/8-22 min.; \$22/>23 min.	Administrative
NC	FFS	Counties	Varies by county	Administrative
TX	FFS providers in private or group practices with < 15 employees	Providers	\$76.05 for first hour; \$19.01 for each additional 15 min.	Service

⁹⁷ M. Youdelman, *Medicaid and CHIP Reimbursement Models for Language Services, 2017*
<https://9kqpw4dcaw91s37koz5jx17-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2017/02/Medicaid-CHIP-LEP-models-FINAL.pdf>

State	Medicaid and CHIP providers who can submit reimbursement	Providers the state reimburses	Reimbursement rates for language services provided to Medicaid/CHIP enrollees	Administrative or Service Claims
UT	FFS	Language agencies	\$30-66/hour	Administrative
VT	FFS	Providers	Less of \$15/15 min. or usual and customary fee	Administrative
WA	Public entities	Public entities	50 % for Medicaid; 75 % for CHIP30	Administrative
	Non-public entities	CTS Language Link	\$38/hour (oral); \$.60/min. (telephonic); \$80-125 (sign language)	Administrative
WY	FFS	Interpreters	\$11.25/15 min	Service

- populations visées par le/les dispositif(s) : tout personne allophone (y compris touristes de passage) ou populations en situation de précarité (migrants)

Compte tenu de la définition, toutes les personnes qui ont des difficultés avec la langue parlée, quelle que soit leur situation, sont visées par le dispositif. Même si les définitions varient selon les institutions, les services comprennent souvent une interprétation en langue des signes.- etc...

23. Publications/rapports sur l'existence d'évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l'occasion d'une prise en charge sanitaire

- *Existe-t-il des publications/ rapports sur l'existence d'évènements indésirables ou de pertes de chance consécutives à des problèmes de langues à l'occasion d'une prise en charge sanitaire ? Existe-t-il inversement des études/rapports sur les bénéfices sanitaires et/ou économiques du recours à l'interprétariat ?*

Dans son guide « [Improving Patient Safety Systems for Patients With Limited English Proficiency](#) », l'AHRQ indique : « La communication entre les patients et les prestataires de soins de santé ainsi que les obstacles rencontrés par de nombreux patients « LEP » ont un impact important sur la qualité, les coûts et la sécurité des patients, et peuvent conduire à un diagnostic erroné et/ou à un traitement inapproprié. Par exemple :

- Les recherches suggèrent que les patients « LEP » qui pourraient ne pas être en mesure de communiquer efficacement avec leurs fournisseurs de soins de santé courent un risque plus élevé d'erreurs médicales.
- Les patients « LEP » courent un plus grand risque d'infections liées aux cathéters d'infections chirurgicales, de chutes et d'escarres en raison de séjours plus longs à l'hôpital par rapport aux patients anglophones présentant le même état clinique.

Les erreurs médicales, problématiques et coûteuses, ne sont pas le seul résultat lié aux difficultés de communication en milieu hospitalier. On observe :

- Un allongement des séjours hospitaliers pour les patients, lorsque des interprètes professionnels n'étaient pas utilisés lors des admissions et / ou à la sortie de l'hôpital.
- Une difficulté des patients « LEP » à comprendre les instructions de sortie, y compris comment gérer leur état, prendre leurs médicaments, reconnaître les symptômes qui devraient les inciter à reprendre les soins et savoir quand faire le suivi.
- Un risque plus grand d'être réadmis à l'hôpital pour traiter de maladies chroniques chez les minorités raciales et ethniques, par rapport à leurs homologues blancs non hispaniques. Cette différence peut être liée à la probabilité plus grande qu'un patient - ayant une maîtrise limitée de l'anglais, un faible niveau d'alphabétisation ou d'autres obstacles en matière de communication - a de ne pas comprendre correctement les instructions de sortie et de prise de médicaments. Lorsqu'il existe des incitations financières pour les réadmissions, il convient de veiller davantage à l'efficacité de la communication, et d'assurer un bilan comparatif des médicaments, au moment de la sortie.

Ces situations ont des conséquences financières importantes pour les hôpitaux, étant donné le potentiel de séjours inutiles et prolongés dans les hôpitaux, et de l'occurrence d'événements non remboursables « never events ». On peut éviter ces problèmes en veillant à ce que les patients puissent communiquer clairement avec leurs fournisseurs de soins.

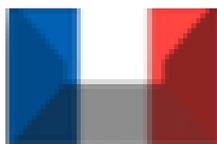
Cette question revêt une plus grande importance financière car, dans le cadre de la loi sur les soins abordables (ACA), les centres de services Medicare et Medicaid limiteront les remboursements aux hôpitaux dont le nombre de réadmissions est excessif (NDR : ce mécanisme faisait partie des incitations à une meilleure qualité des soins pour éviter des coûts non nécessaires). Alors que les systèmes de santé évoluent qualitativement et quantitativement sur la maîtrise des coûts, il convient d'accorder une attention particulière aux moyens de prévenir les erreurs médicales chez tous les patients en général et chez les patients vulnérables en particulier.

Dans un document de l'Harvard Health School et du Massachusetts General Hospital publié en 2012, commandé par le National Quality Forum, « [Healthcare Disparities Measurement](#) » il est mentionné que :

- Les patients « LEP » ont des séjours hospitaliers plus longs pour certaines affections médicales et chirurgicales courantes (syndromes coronaires instables et douleurs thoraciques, pontage coronarien, greffe, pontage, procédures de craniotomie, diabète sucré, interventions intestinales et rectales majeures et arthroplastie de la hanche par choix), par rapport à leurs homologues blancs.
- Les patients « LEP » ou peu alphabétisés peuvent ne pas utiliser au mieux les informations et données publiques.

▪ Plusieurs études sont évoquées fréquemment dans ces domaines :

- Lindholm M, Hargraves JL, Ferguson WJ, Reed G. Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates. J Gen Intern Med. 2012;27(10):1294–1299
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445680/>
- Wilson CC. Patient safety and healthcare quality: the case for language access. International Journal of Health Policy and Management 2013; 1: 251–253.
http://www.ijhpm.com/article_2796_17ed78089c41c1954e84324a0a8336dd.pdf
- Quan K, Lynch J, National Health Law Program, School of Public Health University of California Berkeley. The high costs of language barriers in medical malpractice. Berkeley, CA: University of California; 2010.
https://www.researchgate.net/profile/Kelvin_Quan/publication/234143358_The_High_Costs_of_Language_Barriers_in_Medical_Malpractice/links/02bfe50f8de1fa41a9000000/The-High-Costs-of-Language-Barriers-in-Medical-Malpractice.pdf?origin=publication_detail
- Price-Wise G. Language, culture, and medical tragedy: The case of Willie Ramirez. Health Affairs Blog.
<http://healthaffairs.org/blog/2008/11/19/language-culture-and-medical-tragedy-the-case-of-willie-ramirez/>
- Jacobs EA, Shepard DS, Suaya JA, et al. Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services. Am J Public Health. 2004; 94(5): 866-9. PMID: 15117713.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.94.5.866>
- Cohen AL, Rivara F, Marcuse EK, et al. Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? Pediatrics 2005 Sep;116(3):575-9.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16140695>
- Flores G, Laws MB, Mayo SJ, et al. Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. Pediatrics 2003 Jan;111(1):6-14.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12509547>
- Divi C, Koss RG, Schmaltz SP, et al., Language proficiency and adverse events in US hospitals: a pilot study, Int J Qual Health Care, 2007;19(2):60-7.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17277013>



En France

24. La situation actuelle en France

Le recours à l'interprétariat professionnel apparaît très limité pour des raisons qui tiennent à sa méconnaissance, aux réticences des professionnels (complexité du recours et lourdeurs engendrées) et à son coût.

Le recours informel soit à des proches (familiaux ou pas), soit à des professionnels de santé du même établissement apparaît dominant, sans compter divers systèmes de « débrouille » : utilisation d'une langue tierce (anglais), de logiciels de traduction ou de pictogrammes...

Quelques régions (ARS Grand-est, Nouvelle Aquitaine et Pays de Loire) ont cependant pris des initiatives en organisant le recours à des associations d'interprétariat professionnel qui fournissent des prestations d'interprétariat en présentiel ou par téléphone. Les financements sont versés soit directement aux associations soit aux acteurs de santé (hôpitaux et associations de libéraux (URPS)) qui rémunèrent leurs prestataires.



En Italie

**Conseillère pour les affaires sociales à Rome : Poste vacant
Adjointe : Corinne CILIBERTO**

25. Cadre juridique

- *Cadre juridique posant et organisant un droit à l'interprétariat ou simple organisation d'un recours techniquement justifié en soins de ville et/ou hospitaliers*

Il n'existe pas, en Italie, de cadre juridique spécifique en la matière. Plusieurs expérimentations, aux caractéristiques hétérogènes, ont été menées. Il s'agit, par exemple, de la mise en place de services d'interprétariat, ou de de l'accompagnement du patient par un médiateur culturel.

Ainsi, l'Institut national pour la promotion de la santé des personnes migrantes et pour la lutte contre les maladies liées à la pauvreté (INMP), un organisme public du Service sanitaire national italien (ISS) contrôlé par le Ministère de la Santé, constitue, entre autres, un centre promouvant la médiation culturelle dans le champ sanitaire.

26. Données statistiques

- *Données permettant de connaître l'effectif des populations allophones ainsi que le taux de recours de ces populations à l'interprétariat à l'occasion des soins de ville ou hospitaliers*

Il n'existe aucune collecte systématique de données qui permettrait de connaître le nombre de personnes allophones qui ont accès aux services de médiation culturelle.

Dans le cadre d'un projet et pour une période limitée, l'INMP a expérimenté un recueil de données en Sicile.

27. Organisation pratique du/des dispositif (s) d'interprétariat

- *Dispositif organisé localement, régionalement, nationalement par qui ? Qui en est le régulateur ?*

En l'absence de réglementation formelle, il n'existe pas systématiquement de dispositif de médiation culturelle. La médiation culturelle, telle que l'envisage l'INMP, vise, outre la traduction à proprement parler, à faciliter la relation patient-médecin, ainsi qu'à faire émerger, dans le processus de soins, d'autres approches, prenant en compte les besoins et le contexte culturel dont provient la personne.

Le médiateur culturel fait ainsi partie, lorsqu'il est présent, du dispositif clinique et psychologique, au sein même du cabinet médical. Présent également au sein des centres médico-sociaux (*sportello socio-medico*), le médiateur culturel oriente les personnes vers les services dont elles ont besoin, participant à la construction de leur parcours de soins.

▪ Populations visées par le/les dispositif(s) :

Les populations visées par le médiateur culturel ne sont pas nécessairement allophones. Ce sont, pour l'essentiel, des personnes en situation de vulnérabilité (migrants, personnes en situation de précarité), provenant d'un contexte culturel différent du contexte local, nécessitant un accompagnement, ainsi que des réponses adaptées à leurs besoins.

28. Modalités de financement

▪ Ressources collectives dédiées ? modalités d'attribution des financements aux acteurs concernés ? Montant total de la dépense annuelle à l'échelle du pays ?

L'Etat et les Régions se partagent le financement du système de santé italien, auquel sont intégrés les médiateurs culturels. Par ailleurs, certaines régions, à travers les agences locales de santé, et en lien avec l'INMP, participent à des actions de formation des médiateurs culturels⁹⁸.

29. Publications/rapports sur l'existence d'évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l'occasion d'une prise en charge sanitaire

▪ Existe-t-il inversement des études/rapports sur les bénéfices sanitaires et/ou économiques du recours à l'interprétariat ?

- Il existe des études universitaires importantes, quoiqu'anciennes, sur le thème de la médiation culturelle dans le domaine de la santé⁹⁹. Les rapports ou documents provenant des administrations sont plus rares.

Sources : Ministère de la Santé italien (www.salute.gov.it) - INMP (www.inmp.it) - Hôpital San Gallicano de Rome

⁹⁸ C'est, notamment, le cas de la région Emilie-Romagne.

⁹⁹ Voir notamment : BARALDI Claudio, BARBIERI Viola, GIARELLI Guido, *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, FrancoAngeli, 2008



Au Royaume-Uni

Conseillère pour les affaires sociales à Londres : Marie KEIRLE
Adjointe : Coralie GERVAISE

Pm, la santé au Royaume-Uni est une compétence dévolue : chacune des quatre nations (Angleterre, Ecosse, pays de Galles et Irlande du Nord) a son propre système. De manière générale au RU, l'accès aux soins passe par le médecin généraliste (*General Practitioner- GP*) et les urgences hospitalières.

30. Cadre juridique

- *Cadre juridique posant et organisant un droit à l'interprétariat ou simple organisation d'un recours techniquement justifié en soins de ville et/ou hospitaliers*

Sur la base du principe d'égalité de traitement/égalité des chances¹⁰⁰, le secteur des soins de santé doit garantir une communication adaptée à destination des patients et de leurs familles qui ne parlent pas / ne maîtrisent pas suffisamment la langue anglaise ; **une interprétation gratuite, de haute qualité, accessible et répondant aux besoins du patient doit être fournie.** Un document intitulé « *Guidance for commissioners: Interpreting and Translation Services in Primary Care*¹⁰¹ », rassemble les principes relatifs au recours à l'interprète professionnel dans le secteur de la santé.

Sa rédaction est le fruit d'une concertation approfondie des acteurs et populations concernées par es dispositifs d'interprétariat¹⁰² : en 2015, le NHS England a demandé au North of England Commissioning Support (NECS), organisation qui propose des services de conseil et stratégie destinés au secteur médical, et à l'Université de Manchester de produire un ensemble de principes sur le sujet afin de réduire les inégalités de santé dans les soins primaires. Des temps de discussion ont associé différents groupes ethniques et linguistiques (à noter, certains groupes de discussion étaient genrés *i.e.* un groupe de femmes indiennes à Leicester en février 2015). Les thèmes récurrents ayant émergé concernent en particulier l'accessibilité du service (*i.e.* une plus grande clarté sur la fourniture des services d'interprétariat et de traduction), le respect de la confidentialité entre le patient et les professionnels de santé, la compréhension des principes déontologiques et des normes relatives au secteur médical ou encore la nécessité d'utiliser des interprètes professionnels au lieu des proches. **Ces thèmes ont été repris pour développer un projet de principes (« draft principles »), par la suite quelque peu amendés et intégré dans le document précité (« Guidance for commissioners : Interpreting and translation services in primary care ») en 2016 et 2017.**

D'après nos sources, ce guide, initialement destiné aux établissements de soins primaires, est également utilisé par les établissements hospitaliers.

¹⁰⁰Le fait de ne pas parler l'anglais ne constitue pas une caractéristique protégée (« protected characteristic ») au sens de l'Equality Act de 2010, mais la section 13G du National Health Service Act de 2006 ("NHS Act") prévoit que le NHS England doit, dans l'exercice de ses fonctions, prendre en compte la nécessité de réduire les inégalités au regard de l'accessibilité aux services de santé et les résultats obtenus par les professionnels de santé (cf. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/09/guidance-for-commissioners-interpreting-and-translation-services-in-primary-care.pdf>, p. 14)

¹⁰¹<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/09/guidance-for-commissioners-interpreting-and-translation-services-in-primary-care.pdf>

¹⁰²<https://www.england.nhs.uk/commissioning/primary-care/primary-care-comm/interpreting/improving-the-quality-of-interpreting-in-primary-care/>

Il se réfère à toute une série de textes internationaux et nationaux :

- la Convention Européenne des droits de l'homme de 1950 ;
- le *Human Rights Act* de 1998 ;
- la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées de 2005 ;
- l'*Equality Act* de 2010 ;
- la *NHS Constitution* de 2012 ;
- le *Health and Social Care Act* de 2012 ;
- le *Social Value Act* de 2013 ;
- l'*Accessible Information Standard* (SCCI1605) de 2016.

31. Données statistiques

- *Données permettant de connaître l'effectif des populations allophones ainsi que le taux de recours de ces populations à l'interprétariat à l'occasion des soins de ville ou hospitaliers*

Les *Clinical Commission Groups* (« CCGs » ou encore « *commissioners* »)¹⁰³ locaux doivent cartographier leurs besoins en interprétariat en utilisant :

- les données locales accessibles, y compris celles recueillies dans le cadre de l'*Accessible Information Standard*¹⁰⁴ ;
- les données du *NHS England* qui combinent les données du recensement effectué par l'*Office for National Statistics* (ONS Census) et les données du *Lower Layer Super Output Area*¹⁰⁵ (LSOA)¹⁰⁶.

Un recensement réalisé en 2011 (cf. graphiques ci-dessous) fournit une idée assez précise de la répartition géographique des différentes langues parlées en Angleterre et au pays de Galles,¹⁰⁷ utile pour la cartographie des besoins locaux.

Table 1 : Concentration of different languages by local authority, 2011 - Source : Office for national statistics

¹⁰³Les CCGs remplissent un rôle décentralisé d'acheteur et de régulateur des soins, ils sont responsables d'un budget global qu'ils répartissent entre les différents prestataires sur la base de contrats.

¹⁰⁴<https://www.england.nhs.uk/ourwork/accessibleinfo/>

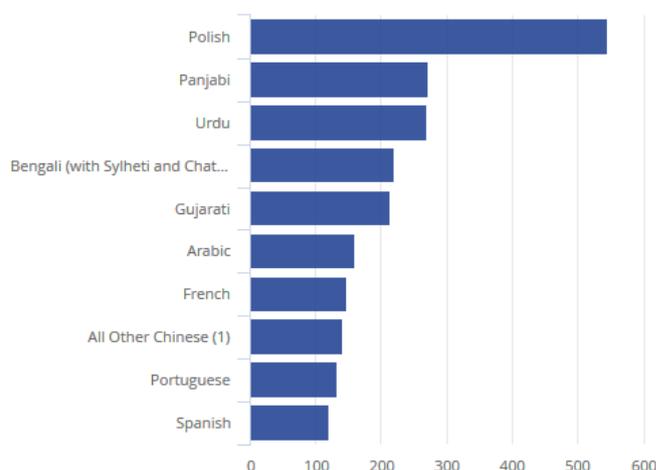
¹⁰⁵https://www.datadictionary.nhs.uk/data_dictionary/nhs_business_definitions/l/lower_layer_super_output_area_de.asp?sh_ownav=1

¹⁰⁶<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/09/guidance-for-commissioners-interpreting-and-translation-services-in-primary-care.pdf>, p.12

¹⁰⁷<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/culturalidentity/language/articles/languageinenglandandwales/2013-03-04>

Language	Local Authority			England and Wales
	Name	Number	Percentage	Number
Cornish	Cornwall	500	83.3	600
Yiddish	Hackney	3,000	75.1	4,000
Pakistani Pahari (with Mirpuri and potwari)	Birmingham	10,800	49.5	21,900
Hebrew	Barnet	1,500	24.8	6,200
Krio	Southwark	300	23.9	1,200
Bengali (with Sylheti and Chatgaya)	Tower Hamlets	43,500	19.7	221,400
Turkish	Enfield	18,400	18.5	99,400
Korean	Kingston Upon Thames	2,600	17.2	15,200
Gujarati	Leicester	36,300	17.1	213,100
Oceanic/Australian language (any)	Wiltshire	300	16.7	1,800

Figure 1 : Top ten main ‘Other’ languages in England and Wales, 2011 - Source : Census, Office for national statistics

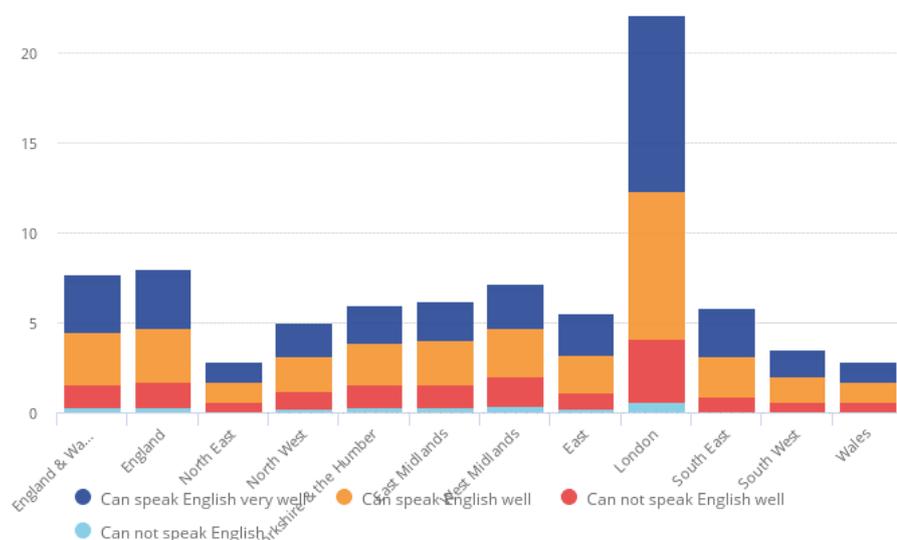


7,7 % des habitants (4,2 millions) de l'Angleterre et du pays de Galles parlent une langue principale autre que l'anglais, 1,3 % (726 000) de la population déclare ne pas bien parler l'anglais et 0,3 %, soit 138 000 personnes) ne pas parler anglais du tout. Les taux sont élevés à Londres avec près de 4,1 % de la population (320 000 personnes) qui ne parlent pas bien, voire pas du tout l'anglais suivi de 2,0 % dans les *West Midlands*. La région du Nord-Est affiche la plus faible proportion de personnes ne maîtrisant pas correctement l'anglais.

A noter, l'évaluation des besoins n'est pas aussi bien appréhendée dans les zones plus rurales. Par ailleurs, certains publics vulnérables éprouvent des difficultés d'accès aux soins de base, notamment les populations tziganes (« *gypsies* »), la communauté rom en général. L'association « *Doctors of the World* » fournit des formations destinées au personnel du secteur médical confronté à ces populations vulnérables, qui maîtrise insuffisamment la langue anglaise.

A long terme, la personne responsable du dossier « interprétariat » au sein du NHS England (dont les coordonnées figurent au bas de ce questionnaire) estime qu'il faudrait surtout, pour les personnes qui s'installent au RU dans la durée, faciliter l'accès à l'apprentissage de la langue anglaise, pour les aider à mieux prendre soin de leur santé.

Figure 3 : Proficiency in english, English regions and Wales, 2011 – Source : Census, Office for national statistics



Il n'existe pas de données officielles nationales permettant de connaître le taux de recours des populations allophones à l'interprétariat dans les secteurs médicaux. A titre d'exemple, des chiffres relatifs à la région de Manchester, produits dans le cadre d'un travail de thèse¹⁰⁸, sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Table 4.4.1 Manchester top 20 languages N= number of speakers

Census (2011): Individuals identifying a language as their 'main language'			M-Four interpreter requests (April 2012 – March 2013)			School Census (Jan. 2015): School Pupils' 'first language'		
	N	%		N	%		N	%
Urdu	13,095	16.3%	Urdu and Panjabi	2245	17.7%	Urdu	6950	25.7%
Arabic	7037	8.8%	Bengali	910	7.1%	Arabic	3010	11.1%
Polish	6447	8.0%	Polish	904	7.1%	Somali	2126	7.9%
All other Chinese	5878	7.4%	Arabic	870	6.9%	Panjabi	1868	7.0%
Panjabi	4719	5.9%	Persian	753	6.0%	Bengali	1380	5.1%
Bengali	3114	3.9%	Somali	648	5.1%	Polish	1180	4.4%
Somali	2958	3.7%	Portuguese	429	3.38%	French	811	3.0%
Persian	2660	3.3%	Pashto	414	3.3%	Yoruba	763	2.9%
French	2351	2.9%	Kurdish	405	3.2%	Portuguese	494	1.8%
Kurdish	1886	2.4%	Romanian	404	3.2%	Chinese	482	1.7%
Spanish	1869	2.3%	Czech	387	3.0%	Pashto	424	1.6%
Cantonese	1739	2.2%	Mandarin	359	2.8%	Kurdish	411	1.5%
Greek	1588	1.9%	Lithuanian	357	2.8%	Spanish	380	1.4%
Portuguese	1458	1.8%	Russian	348	2.7%	Italian	364	1.3%
Pashto	1147	1.4%	Cantonese	262	2.0%	Malayalam	309	1.4%
German	936	1.2%	BSL	235	1.9%	Czech	289	1.0%
Czech	933	1.2%	French	218	1.7%	Romanian	246	0.9%
Mandarin	851	1.0%	Tigrinya	197	1.6%	Persian/Farsi	235	0.8%
Malayalam	849	1.0%	Amharic	191	1.5%	German	180	0.7%
Russian	844	1.0%	Gujarati	158	1.2%	Dutch/Flemish	175	0.6%
Total 'main language other than English'	79,852 (16.6% of residents)	100%	Total requests	12,687	100%	Total 'first language' other than English	27,008 (36% of pupils)	100%

¹⁰⁸http://mlm.humanities.manchester.ac.uk/wp-content/uploads/2016/09/Language-provisions-in-access-to-primary-and-hospital-care-Sept-2016.pdf?hcsi_scan_858c91d0398e8bd7=0&hcsi_scan_filename=Language-provisions-in-access-to-primary-and-hospital-care-Sept-2016.pdf

32. Organisation pratique du/des dispositif (s) d'interprétariat

- *Dispositif organisé localement, régionalement, nationalement par qui ? Qui en est le régulateur ?*

Au Royaume-Uni, le recours systématique et généralisé à l'interprétariat professionnel est la règle.

Localement, chaque fournisseur de soins se charge d'organiser le recours à l'interprétariat professionnel dans son/ses établissement(s), et fait appel pour cela à des prestataires extérieurs (agences, associations, entreprises) qui fournissent des interprètes sur demande. **Chaque établissement a ses propres protocoles et procédures pour la mise en œuvre des services d'interprétariat** (le personnel médical doit bénéficier d'une formation pour connaître les procédures à suivre lors de l'accompagnement de patients avec un interprète).

De manière générale, les **obligations incombant au personnel médical** relatives à la confidentialité et à la protection des données des patients et plus largement les normes déontologiques **s'appliquent également aux interprètes** qui doivent suivre une formation spécialisée dans le domaine médical et sur la protection de l'enfance, ils doivent produire un *Disclosure and Barring Service check* (casier judiciaire). De plus, les interprètes doivent être enregistrés auprès de l'organisme de réglementation NRPSI¹⁰⁹ et avoir obtenu les qualifications requises (« *Diploma in Public Service Interpreting* » ou niveau 3 « *National Vocational Qualification* » en interprétariat). Les organismes proposant les services professionnels d'interprétariat doivent s'assurer que leurs employés remplissent les conditions évoquées ci-dessus.

Les besoins spécifiques en interprétariat doivent figurer dans le dossier médical du patient. Lors de l'inscription auprès d'un service de soins primaires (ou ultérieurement si les besoins changent), les patients sollicitant un soutien linguistique sont informés des différents types d'interprétation à leur disposition (entretien face à face, téléphone, vidéo). Les patients sont invités à exprimer des préférences personnelles (quant à l'identité, au genre de l'interprète ou en termes de compétences particulières, *e.g.* expériences requises dans le domaine de la santé mentale).

Le recours à un membre de la famille ou à des amis pour le travail d'interprétariat est fortement déconseillé¹¹⁰ mais autorisé et, le cas échéant, le nom du proche est enregistré dans le dossier médical. Le recours informel est accepté lorsqu'il faut communiquer les informations de base sur les soins à prodiguer ou des éléments liés à l'historique de santé du patient. Par ailleurs, le recours au personnel médical pour interpréter les propos des patients varie en fonction des établissements : la majorité d'entre eux autorise le personnel bilingue à communiquer avec les patients en cas d'urgence ou pour vérifier certaines informations pratiques (régime alimentaire, détails personnels, etc.).

Un étudiant de l'Université de Sheffield¹¹¹, s'est penché sur les raisons de ne pas autoriser le recours informel à l'interprétariat ;

¹⁰⁹<http://www.nrpsi.org.uk/>

¹¹⁰<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/09/guidance-for-commissioners-interpreting-and-translation-services-in-primary-care.pdf>

¹¹¹[https://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Documents/Plan/Angela-Ditchfield-Mary-Seacole-Documents-\(3\)/Final-submission--Joy-Shao/Hille-Halonen-Final--Project-work/Parveen-Ali-Speaking-my-patients-Language-booklet.pdf](https://www.nhsemployers.org/-/media/Employers/Documents/Plan/Angela-Ditchfield-Mary-Seacole-Documents-(3)/Final-submission--Joy-Shao/Hille-Halonen-Final--Project-work/Parveen-Ali-Speaking-my-patients-Language-booklet.pdf)

Table 3. 2 : Reasons for not allowing family / Friends and staff members as interpreters

Inaccuracy & inadequacy	<ul style="list-style-type: none"> • May not fully understand the patient • May change the information given due to lack of knowledge • May not have the expertise and skills required to interpret information given in another language: <ul style="list-style-type: none"> ○ May have difficulties with medical terminology ○ May find it difficult to share bad news ○ Misinformation may lead to misdiagnosis • May find it difficult to acknowledge and communicate interpretation difficulties and may make errors • May censor information that they think is too embarrassing, offending, inappropriate or shameful
Lack of confidentiality	<ul style="list-style-type: none"> • May not understand the importance of confidentiality • The patient may not feel comfortable in disclosing information • Presence of family member may have an impact on the patient's right to confidentiality and privacy
Conflict of interest	<ul style="list-style-type: none"> • The family member may take a side of either practitioner or the patient and therefore may not pass all information
Advice giving or advocacy	<ul style="list-style-type: none"> • Family members may instruct the patient to what to say and how to say it

Une chaîne de responsabilité est établie entre le *commissioner*, l'agence qui fournit les services, le service d'interprétariat, les interprètes et le personnel médical impliqué.

Le service d'interprétariat fait régulièrement l'objet de vérifications, d'enquêtes de satisfaction et d'audits afin d'en contrôler la qualité. Des procédures de suivi doivent être mises en place afin de faciliter les retours des utilisateurs. A la suite de quoi, les services d'interprétariat collectent les données et les publient dans un rapport annuel, qui doit être mis à disposition des fournisseurs de soins, des *commissioners* et des patients. Les données récoltées sont intégrées à un plan dit « CIP » (« *Continuous Improvement Plan* »).

▪ *Modalités pratiques de recours : localisation des interprètes, qui les commande, qui les paye... ?*

Le *Crown Commercial Service (CCS)*¹¹² met à disposition un accord-cadre (« *procurement framework* ») afin de faciliter le recours à des services de traduction¹¹³. Une variété de prestataires de services de traduction et d'interprétariat y est listée¹¹⁴ (en fonction du service fourni et de la localisation géographique) pour permettre à tout organisme soumis aux dispositions des *Human Rights Act* et de l'*Equality and Diversity Act* de garantir un accès égal à leurs services, quel que soit le contexte culturel et/ou linguistique.

Les fournisseurs de soins sélectionnent les organismes qui peuvent fournir des interprètes et leur versent une rémunération grâce aux financements perçus par *NHS England*/ les CCG.

La forme de rémunération dépend de la nature du contrat (paiement à l'heure en cas d'interprétation par téléphone, remboursement des frais de transports en cas de déplacement...). La responsable du dossier au sein du *NHS England* a aussi tenu à signaler que les services médicaux de Birmingham avaient privilégié un autre format en recrutant directement deux personnes à temps plein, pour des raisons de coût et d'efficacité. La part de la

¹¹²La *Crown Commercial Service* est une agence exécutive du *Cabinet Office* chargée d'améliorer les activités commerciales et les achats du gouvernement.

¹¹³<https://ccs-agreements.cabinetoffice.gov.uk/contracts/rm1092>

¹¹⁴L'accord-cadre est alloti.

population d'origine étrangère y est importante et grâce au travail sur site, le lien de confiance est établi plus rapidement entre l'interprète et le patient, e.g. communiquer des renseignements personnels en cas de grossesse, de violences sexuelles, réponse à des demandes de précisions sur la posologie d'un médicament).

Toutefois, dans une logique de réduction des coûts, les fournisseurs de soins ne font plus appel, au cas par cas, aux traducteurs indépendants/ *freelance* et privilégient désormais les organismes qui couvrent une importante zone géographique, réalisant ainsi des économies d'échelle.

- - populations visées par le/les dispositif(s) : tout personne allophone (y compris touristes de passage) ou populations en situation de précarité (migrants)

Toute personne allophone peut bénéficier du dispositif.

33. Modalités de financement

- Ressources collectives dédiées ? modalités d'attribution des financements aux acteurs concernés ? Montant total de la dépense annuelle à l'échelle du pays ?

Le système de santé britannique est essentiellement financé par l'impôt. Il n'existe pas de données récentes concernant le montant total de la dépense annuelle dédiée aux services d'interprétariat. Cependant, un rapport indépendant du *think tank* 2020health estimait en 2012 que le NHS avait consacré de 70 à 75 millions £ à des dépenses d'interprétariat, en plus de 140 langues de 2008 à 2011 ; (le coût des interprètes pour les seules maternités se serait élevé à quelque 1,5 million £ en 2013. L'étude révèle que les dépenses sont majoritairement liées au recours à des interprètes professionnels, beaucoup moins à des traductions écrites. Environ 10 % des dépenses relevaient du secteur de soins primaires.

34. Publications/rapports sur l'existence d'évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l'occasion d'une prise en charge sanitaire

- Existe-t-il inversement des études/rapports sur les bénéfices sanitaires et/ou économiques du recours à l'interprétariat ?

Non, pas de rapports spécifiques (d'après notre interlocutrice au NHS).

- Contact :

Sarah Stephenson – Senior Programme Lead at Primary Care Commissioning Team, Operations and Information Directorate, NHS England (Central Team)

Adresse électronique : sarah.stephenson1@nhs.net



En Suède

Conseiller régional pour les affaires sociales « Pays nordiques » à Stockholm : Eric TROTTMANN
Adjointe : Sarah CHERKAOUI

35. Cadre juridique

- *Existence d'un cadre juridique posant et organisant un droit à l'interprétariat ou simple organisation d'un recours techniquement justifié en soins de ville et/ou hospitaliers?*

Il existe en Suède un cadre juridique qui régit le droit à l'interprétariat et la mission de l'interprète.

La **loi administrative** et la **loi sur les services de santé** régissent le droit d'interprétariat lorsqu'une personne / un patient qui ne maîtrise pas la langue suédoise est en contact avec les autorités. Depuis le 1^{er} janvier 2015, la **loi sur les patients** s'applique également. Celle-ci est venue renforcer les droits du patient dans le système de santé. Une partie importante de la législation concerne le **droit du patient à comprendre les informations fournies par le prestataire de soins**. Le droit à un interprète est également régi par la loi sur les soins dentaires. Les interprètes impliqués dans la fourniture de soins de santé sont concernés par la loi sur la protection des données personnelles et le secret (2009), ce qui signifie qu'ils ne doivent donc pas divulguer d'informations. Pour le personnel travaillant avec des prestataires de soins de santé privés, les dispositions sur le secret professionnel s'appliquent dans la loi sur la sécurité des patients (2010). En outre, il existe la loi sur le devoir de secret des interprètes et des traducteurs (1975). Le terme « interprète » n'est pas un titre professionnel protégé en Suède. Par conséquent, les interprètes ont des **origines et des expériences différentes**.

Compte-tenu de la décentralisation en Suède, chaque comté peut avoir en outre des règles spécifiques adaptées au contexte local.

Ainsi, le comté de Stockholm (fournisseur des soins de santé) a une « **politique d'interprétariat** » dans laquelle nous pouvons lire : « *Les soins de santé sont multiculturels et nécessitent d'être disponibles à toute heure de la journée, toute l'année. En cas de besoin, la loi sur l'administration publique dispose qu'un interprète soit sollicité dans le cadre de la fourniture de soins de santé et des soins dentaires financés par le secteur public, ainsi que dans le cadre d'autres activités publiques, lorsque quelqu'un ne maîtrise pas la langue suédoise, ou est malentendant, afin que les fournisseurs de soins de santé puissent garantir une prise en charge offrant les mêmes conditions à tous. En particulier, les groupes d'enfants et de patients ayant des besoins spéciaux doivent être particulièrement pris en compte. Les interprètes doivent, avant l'interprétariat, examiner soigneusement ses conditions préalables et sa mise en œuvre. Les interprètes doivent renoncer à la mission s'il existe une raison valable, par exemple, un conflit d'intérêts. Les interprètes doivent informer à l'avance les parties de leur rôle dans une situation d'interprétariat.* »

36. Données statistiques

- *Données permettant de connaître l'effectif des populations allophones ainsi que le taux de recours de ces populations à l'interprétariat à l'occasion des soins de ville ou hospitaliers ?*

Le besoin de services d'interprétariat de la société suédoise a été évalué à plusieurs reprises au cours des années. Les défis sont restés identiques à chaque évaluation et sont devenus plus importants suite à l'augmentation du nombre de demandeurs d'asile en 2015 - 2016. La question principale a été de savoir comment améliorer l'accessibilité à des services d'interprétariat de bonne qualité afin de répondre aux exigences de la loi sur la procédure administrative concernant les interprètes.

Aujourd'hui, les services d'interprétariat sont fournis en collaboration avec le secteur public, par des agences d'interprétariat privées et publiques et entre 5000 et 6000 interprètes, généralement des contractants indépendants. Les coûts totaux de ce secteur s'élèvent à environ 2 milliards de couronnes suédoises (200 millions €) par an. Le métier d'interprète est exigeant, mais de nombreux interprètes n'ont ni une autorisation, ni une formation d'interprète car, jusqu'à présent, il était possible de travailler comme interprète sans ces qualifications.

On estime que **les municipalités et les comtés représentent près de 60 % ou un peu plus d'un milliard de couronnes suédoises (100 millions €) de services d'interprétariat** financés par les fonds publics dans tout le pays. Ceci inclut les honoraires d'agence découlant de la fourniture privée par contrat de services d'interprétariat. Une plus grande coordination et des gains d'efficacité dans le secteur seraient très bénéfiques pour le service public. Cela s'applique également aux améliorations de l'efficacité interne que les autorités compétentes peuvent réaliser, grâce à un fonctionnement amélioré et à des directives plus claires sur les conditions de recours et d'exercice du service d'interprétariat, l'utilisation d'un support linguistique disponible en interne et de nouvelles solutions technologiques. Les municipalités et les comtés devraient, dans une plus large mesure, être encouragés à collaborer pour la fourniture d'interprètes. Toutefois, une telle collaboration peut être réglementée ou encouragée uniquement par l'État.

Comme le montre le tableau ci-dessus, les dépenses des comtés (*Landsting*) en services d'interprétariats (en ce qui concerne la fourniture de soins de santé) sont passées de **385 millions SEK¹¹⁵ (37,6 millions €) en 2014 à 700 millions SEK (68,4 millions €) en 2016 (pic de l'arrivée de nouveaux migrants)** – soit une augmentation de 80,88 % – puis se sont stabilisés à ce niveau en 2017 pour atteindre 686 millions SEK (67 millions €).

Coûts estimés des services d'interprétariat des municipalités et des comtés 2015-2017 (en millions de couronnes suédoises)

Tabell 13.5 Bedömda kostnader för förmedling och genomförande av tolktjänster i talade språk inom kommuner och landsting 2015–2017 (mnkr)⁴⁵

Inkluderar förmedlingsverksamhet i egen regi inom vissa kommuner och landsting, beloppen avrundade

Beställare	2014	2015	2016	2017
Kommuner	300	450	480	400
Landsting ⁴⁶	385	500	700	686
Därav avropat genom offentligt ägda tolkförmedlingar ⁴⁷	300	834	464	447
Bedömning totalt	685	950	1 180	1 086

Source : Source: Rapport « Comprendre et être compris – un cadre réformé pour les interprètes », 2018

Légende : «kommuner» : communes ; «landsting» : comtés ; «därav avropat genom offentligt ägda tolkförmedlingar» : sollicité par les agences d'interprétation publiques

¹¹⁵ SEK : couronnes suédoises

Le tableau ci-dessous présente le détail des dépenses en millions de SEK de services d'interprétariat par les 21 comtés suédois. Les comtés de Stockholm et de *Skåne* (Scanie, région sud du pays) ont dépensé le plus. Cependant par rapport à la population du comté, ce sont les comtés d'*Örebro* et de *Gävleborg* (régions excentrées) qui ont dépensé le plus en moyenne en services d'interprétariat. A titre d'exemple, en 2017, le comté de Stockholm a dépensé en moyenne 60,7 SEK (6 €) / habitant et le comté de Örebro en moyenne 169,30 SEK (16,50 €) / habitant en services d'interprétariat¹¹⁶.

Tabell 13.8 Kostnader för förmedling/genomförande av tolktjänster på uppdrag av enskilda landsting 2014–2017 (mkr)⁵⁴

Inkluderar förmedlingsverksamhet i egen regi inom vissa landsting i samverkan med kommuner, beloppen avrundade. Genomsnittlig kostnad anges per invånare 2017

Beställare, landsting	2014	2015	2016	2017	SEK/inv.
Stockholm ⁵⁵			150	140	60,7
Skåne ⁵⁶	53	63	(56)	130	96,7
Västra Götaland	53,0	69,0	75,0	79,1	46,8
Örebro	26,8	31,3	50,5	50,6	169,3
Gävleborg	37,1	47,7	44,0	40,0	140,0
Västmanland	18,3	21,9	32,6	30,3	111,8
Uppsala				29,3	79,4
Jönköping	15,7	21,1	28,2	27,8	77,8
Sörmland		20,3	25,9	23,8	81,7
Dalarna	14,0	19,0	28,0	22,0	76,9
Värmland	8,6	11,3	18,7	20,2	72,0
Östergötland				18,9	41,3
Kalmar	12,3	15,1	19,4	14,3	58,7
Halland		7,1	12,8	12,8	39,4
Kronoberg	7,0	8,1	10,1	12,2	61,8
Blekinge	5,6	10,2	11,7	9,7	60,9
Västernorrland			8,3	8,6	35,0
Västerbotten	5,4	13,0	12,3	8,1	30,2
Norrbottn	2,8	3,8	5,6	5,0	19,9
Jämtland-Härjedalen	2,7	3,1	3,2	2,6	20,0
Gotland	0,3	0,5	1,6	0,7	11,6
Landstingen totalt, cirka	385	500	700	686	67,8

Source : *Rapport « Comprendre et être compris – un cadre réformé pour les interprètes », 2018*

37. organisation pratique du/des dispositif(s) d'interprétariat

- *Dispositif organisé localement, régionalement, nationalement par qui ? Qui en est le régulateur ?*

L'interprétation dans le cadre de la fourniture des soins de santé dépend d'une organisation régionale (la région / le comté finance et organise la fourniture des soins de santé)

- *Modalités pratiques de recours: localisation des interprètes, qui les commande, qui les paye... ?*

Les prestataires de soins de santé ayant une forte proportion de patients qui parlent une langue donnée (ex : somalien, arabe, farsi) peuvent bénéficier d'un service d'interprétariat permanent. Un service d'interprétariat permanent signifie qu'un interprète est disponible au téléphone ou sur place, pendant une période continue chaque semaine.

Pour bénéficier d'un service d'interprétariat permanent, le prestataire de soins doit envoyer une demande à son administrateur responsable de la fourniture des soins de santé. L'agent évalue si un service d'interprétariat permanent est justifié et, le cas échéant, peut accorder un service d'interprétariat permanent pour une période maximale de six mois à chaque fois. En premier lieu, les services d'interprétariat permanents sont accordés pour de l'interprétariat à distance. Dans les cas où le besoin est considéré comme particulièrement élevé, un service d'interprétariat permanent peut également être accordé au moyen d'un interprétariat sur place. **Un service**

¹¹⁶ Ces chiffres sont détaillés dans la colonne «SEK/inv» (couronnes suédoises dépensées par habitant) du tableau

d'interprétariat permanent doit avoir un taux d'occupation pour une journée complète d'au moins six patients par jour. Des tâches telles que la réservation d'autres interprètes, la traduction de textes et d'autres tâches administratives ne peuvent pas être effectuées par l'interprète. Un service d'interprétariat permanent est réservé de la même manière qu'un interprète occasionnel.

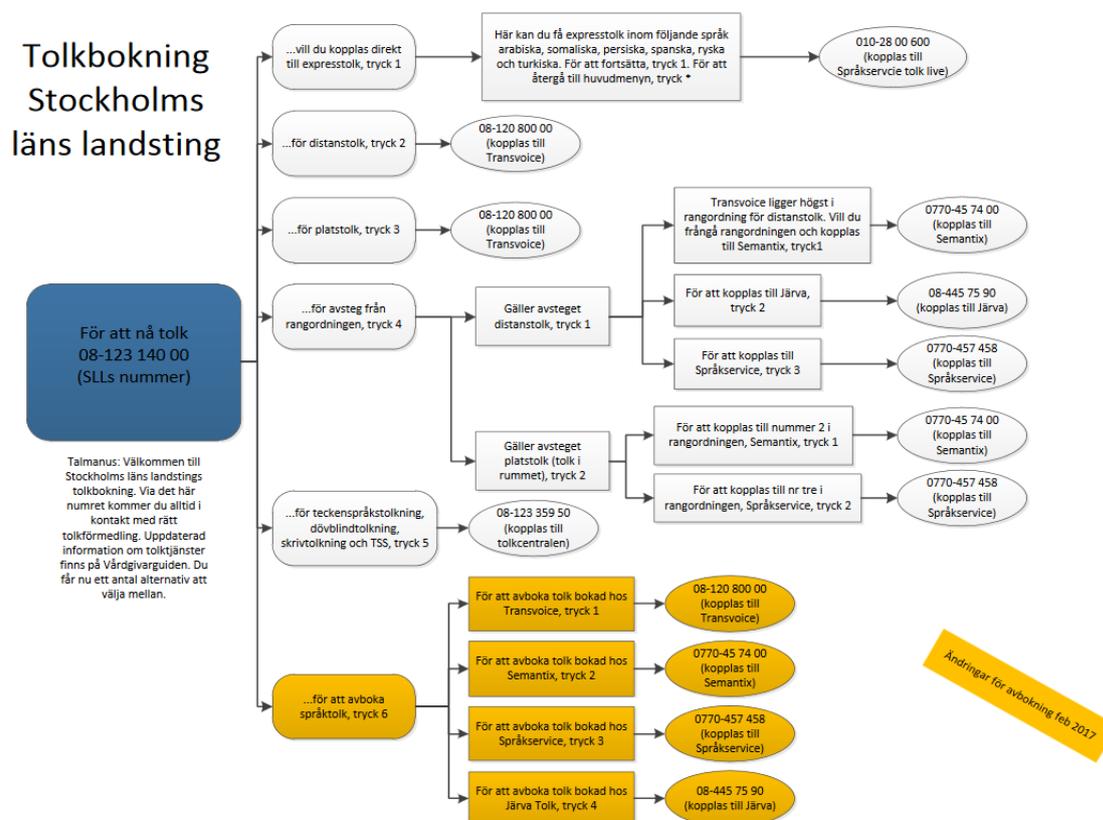
- *Populations visées par le/les dispositif(s): toute personne allophone (y compris touristes de passage) ou populations en situation de précarité (migrants)*

La population visée est toute personne allophone (qui n'est pas anglophone, car tous les médecins et quasiment tous les autres professionnels de la santé sont anglophones). Les services d'interprétariat disponibles dans le comté de Stockholm sont les suivants :

1. **Interprète express** (interprète à distance sans réservation de l'heure): l'interprétariat est assuré directement par téléphone dans les six plus principales langues d'interprétariat, à savoir l'arabe, le perse, le russe, le somali, l'espagnol et le turc.
2. **Interprète à distance réservé:** interprétariat par téléphone à une heure pré-réservée à l'avance.
3. **Interprète sur place:** l'interprète est physiquement présent et traduit directement pendant la conversation avec le patient. (réservé à l'avance).
4. **Service d'interprétariat permanent:** un fournisseur de soins de santé a accès à un service d'interprétariat durant une période donnée.

Les professionnels de la santé dans le comté de Stockholm ont un **schéma de procédure** de réservation des services d'interprétariat. Pour les 3 premiers types de services d'interprétariat (mentionnés ci-dessus), il existe **un seul et même numéro de téléphone.**

Diagramme de processus de réservation de services d'interprétariat dans le comté de Stockholm



Source : «Vårdguiden», guide de santé pour les professionnels de la santé dans le comté de Stockholm

38. Modalités de financement

- *Ressources collectives dédiées ? modalités d'attribution des financements aux acteurs concernés ? Montant total de la dépense annuelle à l'échelle du pays ?*

Le fournisseur (la municipalité, le comté ou l'Etat si c'est une agence publique telle que l'Office des migrations) finance les services d'interprétariat par son **propre budget**. Il n'existe pas de ressources communes dédiées, ni de données sur les dépenses annuelles totales à l'échelle du pays.

39. Publications/rapports sur l'existence d'évènements indésirables consécutives à des problèmes de langues à l'occasion d'une prise en charge sanitaire

- *Existe-t-il inversement des études/rapports sur les bénéfices sanitaires et/ou économiques du recours à l'interprétariat ?*

Il n'existe pas de publications/rapports sur l'interprétariat dans le cadre de la prise en charge sanitaire, mais uniquement sur les services d'interprétariat de manière générale.

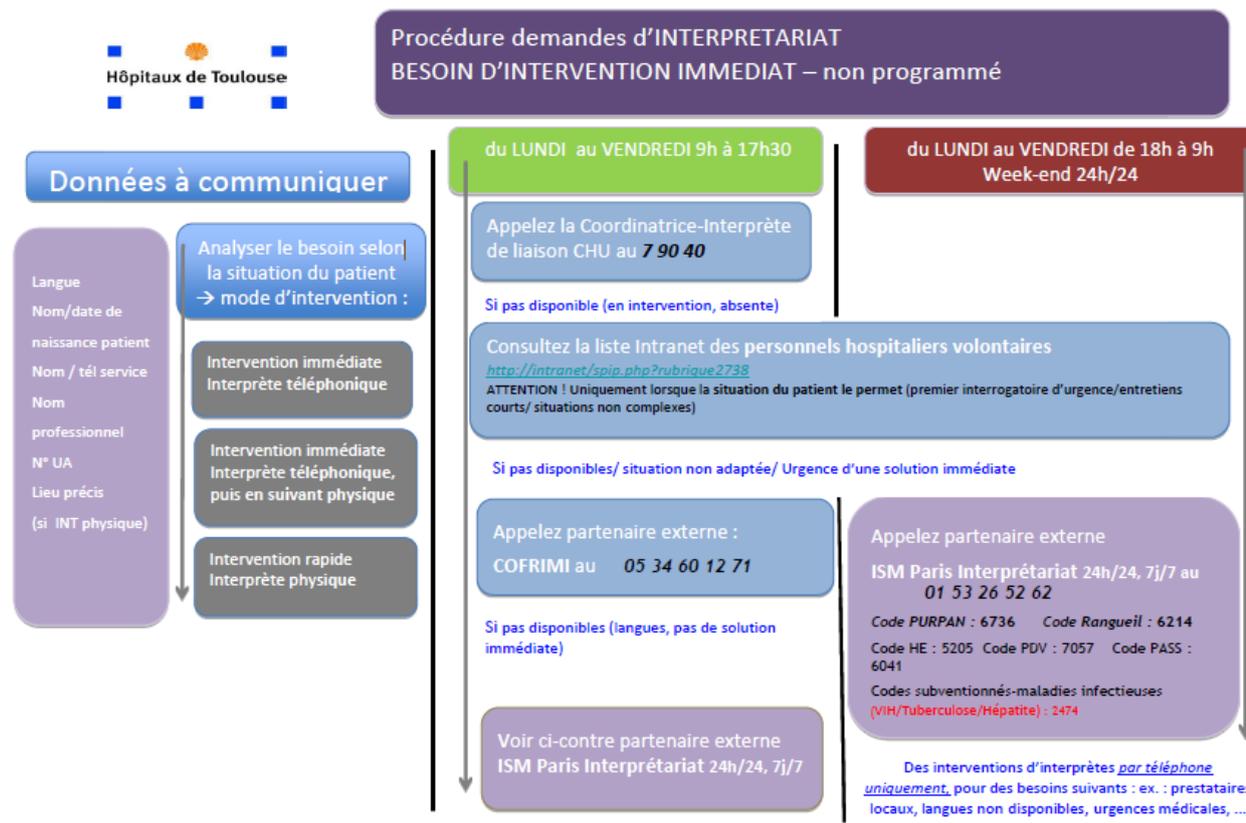
Une commission d'évaluation (experts) a présenté un rapport en décembre 2018 à la Ministre de l'Education intitulé « *Comprendre et se faire comprendre : un cadre législatif réformé pour les interprètes* ». La commission présente dans ce rapport les objectifs à moyen terme (environ 5 ans) suivants :

- L'État financerait **moins de filières d'enseignement** pour les interprètes mais **augmenterait la capacité totale**.
- L'État tiendrait un **registre des interprètes** autorisés et ayant suivi une formation spécifique.
- Une **nouvelle loi** sur les services d'interprétariat serait introduite et **l'interprétariat par des mineurs deviendrait interdit**. Les cadres réglementaires, la garantie de qualité et la supervision des interprètes doivent être développés.
- Le **secteur public planifierait à long terme, collaborerait, coordonnerait** et utiliserait les ressources d'interprétariat existantes avec plus de souplesse et d'efficacité.
- Les interprètes dont la qualité est garantie se verraient proposer des **missions de service public** par l'intermédiaire de la commande coordonnée par l'État.
- La profession d'interprète est **valorisée et professionnalisée**, ce qui mène à un meilleur environnement de travail, à des taux d'emploi plus élevés et à une plus grande sécurité pour les interprètes sur le marché du travail.

* * *

A noter que sur les sites internet des principales institutions sanitaires, par exemple celui de l'hôpital Karolinska à Stockholm, qui est un peu l'équivalent de notre AP/HP, la rubrique concernant le numéro d'appel pour les informations, le conseil et la bonne orientation relatifs aux urgences non-vitales (le 1177), renvoie à des informations dans les langues des principales minorités linguistiques autres que finnoises (première communauté immigrée en Suède, mais en principe toujours également suédophone) du pays, à savoir : suédois facile, arabe, anglais, farsi, polonais, somali, kurde, tigriné et langue des signes.

PIÈCE JOINTE 2 : EXEMPLE DE PROCÉDURE DE DEMANDE D'INTERPRETARIAT AU CHU DE TOULOUSE (INTRANET)

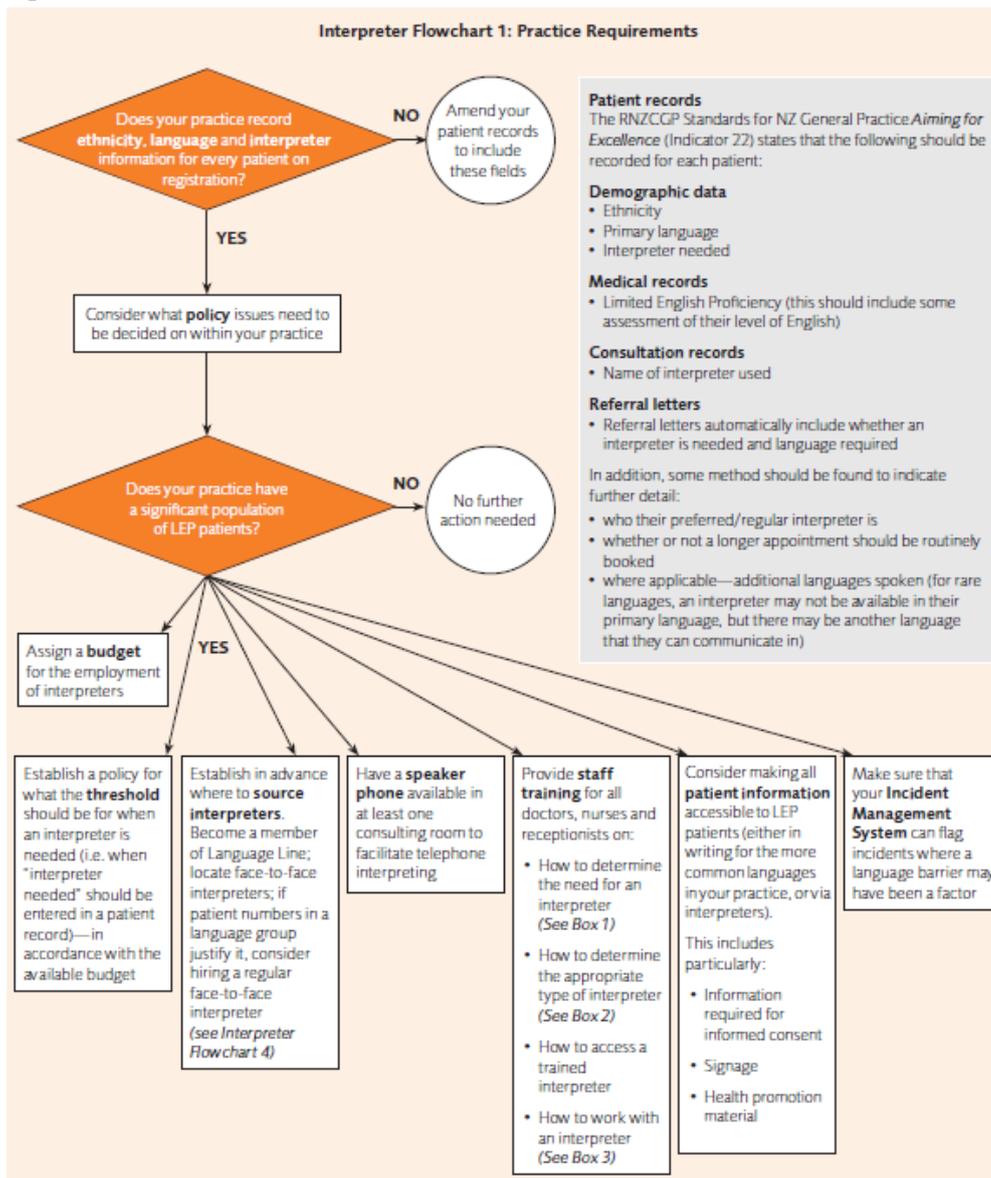


PIÈCE JOINTE 3 : RECOMMANDATIONS POUR LE RECOURS AUX DIFFÉRENTS TYPES D'INTERPRÈTES (QUEBEC)

Types d'interprètes	Avantages	Limites	Recommandations
Interprètes formels			
Interprète sur place	Interprétation linguistique de qualité Respect de la confidentialité	Coût plus élevé par rapport à l'interprète informel Difficulté d'accès en cas d'urgence	Option à envisager fortement lorsqu'il faut préserver la confidentialité et lorsque la relation et la communication non verbale sont importantes
Interprète au téléphone	Accessibilité Respect de la confidentialité	Coût plus élevé par rapport à l'interprète informel Méthode techniquement plus complexe (enjeu d'une bonne qualité de son) Relation en triade plus difficile en l'absence physique d'une personne	Solution utile en consultation sans rendez-vous, en cas d'urgence ou en région éloignée
Interprète par conférence Web ou visioconférence	Interprétation verbale et non verbale de qualité Respect de la confidentialité	Coût plus élevé (acquisition de matériel technique, par rapport à l'interprète informel) Logistique plus complexe (image, éclairage, son) Familiarisation avec l'utilisation des logiciels Contraintes technologiques (accès Internet, téléphone sans fil)	Solution intéressante pour les régions éloignées ou en cas d'urgence
Interprètes informels			
Interprète institutionnel (personnel de l'établissement parlant la langue)	Disponibilité sur place Coût limité (ressource humaine déjà dans l'établissement) Confidentialité (variable selon les codes de déontologie)	Disponibilité limitée Erreurs d'interprétation (en lien avec les compétences linguistiques et les connaissances culturelles) Surévaluation de ses propres compétences linguistiques Utilisation inefficace des ressources Neutralité (appartenance et orientation disciplinaire)	Solution à considérer avec un encadrement approprié et une formation minimale sur le rôle et la déontologie
Famille, ami, voisin, compatriote, collègue, etc.	Disponibilité Absence de coûts apparents pour l'établissement	Bris possible de confidentialité, de neutralité et de fidélité Erreurs d'interprétation Problèmes de neutralité Autocensure Inversion des rôles familiaux Surévaluation de ses propres compétences linguistiques Émotivité des situations Allongement des délais dans certaines circonstances	Option à utiliser avec précaution Option qui nécessite le report des questions qui peuvent attendre Option pouvant être utile pour un usage minimal (premier contact, orientation, prise de rendez-vous)
Enfant mineur	Disponibilité Absence de coûts apparents pour l'établissement	Bris possible de confidentialité Erreurs d'interprétation Problèmes de neutralité Autocensure Inversion des rôles dans la famille Absentéisme scolaire	Solution à éviter le plus possible Option qui nécessite le report des questions qui peuvent attendre

Source : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-406-03W.pdf>

PIÈCE JOINTE 4 : EXEMPLE D'OUTIL D'AIDE AU BON USAGE DE L'INTERPRÉTARIAT (EXTRAIT)¹¹⁷



¹¹⁷ How to use interpreters in general practice: the development of a New Zealand toolkit Ben Gray MBChB; Jo Hilder MA; Maria Stubbe PhD. PRIM HEALTH CARE 2012;4(1):52-61.

PIÈCE JOINTE 5 : QUI SONT LES INTERPRÈTES DE MIGRATIONS SANTE ALSACE ?

Les candidats au poste d'interprète de Migrations Santé Alsace doivent obligatoirement répondre aux deux critères suivants :

- La connaissance de deux langues (français et langue étrangère) appréciée par deux tests (un test écrit et un entretien oral) réalisés par un expert indépendant sous la responsabilité de l'association,
- Le niveau d'études : Bac + 2 ou plus, quelle que soit la discipline. Exceptionnellement pour des langues rares, les critères de la pratique et de l'expérience professionnelle dans le domaine du social peuvent être pris en compte.

■ STATUT ET CONDITIONS GÉNÉRALES D'EXERCICE

L'interprète est lié à Migrations Santé Alsace par un contrat, il est protégé par la législation du travail. Dans l'exercice de son métier, l'interprète

- s'engage à respecter le devoir de travailler sur un plan technique, social et culturel en dehors de toute préoccupation politique et religieuse,
- intervient sous la responsabilité de l'association Migrations Santé Alsace représentée par son directeur,
- a l'obligation de porter son badge lors de ses interventions pour être identifié comme interprète de Migrations Santé. Ce badge nominatif protège l'identité du salarié : il indique uniquement la langue pratiquée par l'interprète, ses initiales et la date de validité de son contrat - il est authentifié par un tampon sec,
- exerce son métier en conformité avec la définition du métier de l'interprète médical et social annexée

à la charte (voir page 17).

Migrations Santé Alsace accompagne ses interprètes dans leur professionnalisation par la formation de base, la formation continue et des ateliers de professionnalisation.

FORMATION DE BASE

Premier accompagnement à la pratique : le tutorat

Le parcours professionnel de l'interprète médical et social débute à Migrations Santé avec "**le Tutorat**". Cette formation prépare l'interprète à son nouvel emploi et le soutient. Ainsi, sur le terrain même de la pratique, à travers l'observation d'interprètes confirmés et l'échanges autour des interventions effectuées, le nouvel interprète tuteur mesure les aptitudes à acquérir et à mobiliser.

6 entretiens de tutorat comprenant deux temps différents (observation / action) sont mis en place pour chaque nouvel interprète. Les critères de qualité de l'interprétariat définis par MSA sont observés : respect de la déontologie, qualité de la traduction, distance professionnelle et analyse des pratiques. 15

Migrations Santé Alsace – janvier 2017

Les séances de tutorat sont organisées par les coordinatrices de l'interprétariat ; elles recueillent l'accord des professionnels des différentes structures pour une présence supplémentaire de l'interprète formé ou formateur. Parallèlement, bien entendu, avant l'entretien l'accord de l'utilisateur est également requis.

Module de formation de base

Un module de formation de base est dispensé dans les 8 mois suivant l'embauche.

Cette formation interroge les fonctions et le positionnement de l'interprète en les inscrivant dans les contextes de travail au sein des domaines médicaux et sociaux.

Son programme explore les problématiques suivantes :

- processus migratoire et l'inscription de l'interprétariat dans une "démarche globale" d'accès aux droits, aux soins et à la santé,
- orientations de Migrations Santé concernant la santé et la culture,
- fonctions de l'interprète médical et social et son positionnement éthique,
- place et rôle de l'interprète médical et social : distanciation et enjeux interculturels,

ATELIERS DE PROFESSIONNALISATION

Groupes d'analyse des pratiques

Les groupes de parole et d'analyse des pratiques sont des lieux de partage de questions déontologiques comme de situations génératrices de malaise ou d'angoisse soulevées par l'expérience quotidienne des interprètes. Ils favorisent le questionnement subjectif sur les places de chacun et les implications en jeu dans l'intervention professionnelle. Ils contribuent à la construction de l'identité professionnelle des interprètes. Ces groupes sont animés par des psychologues et sont mensuels.

Réunions de liaison

Des réunions de travail avec les interprètes sont menées par les coordinatrices, au moins une fois par an. Elles ont pour objet d'échanger sur la pratique et l'organisation au regard des besoins du terrain et permettent de déterminer les axes à développer et/ou démarches à entreprendre auprès des services / professionnels demandeurs pour l'amélioration de la qualité.

FORMATION CONTINUE

Formations thématiques

Les sujets proposés chaque année visent une meilleure adaptation au contexte de travail. Les thématiques sont variées :

- développement de connaissances ou de techniques dans des domaines tels que les dispositifs santé / social,
- éthique et posture professionnelle de l'interprète médical et social,
- travail de l'interprète avec des personnes victimes de violences,
- statuts et droits des personnes migrantes.

Migrations Santé Alsace – janvier 2017

SIGLES UTILISES

AME : Aide Médicale de l'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

APTIRA : Association pour la Promotion et l'intégration dans la Région d'Angers

ASAMLA : Association Santé Migrants de Loire-Atlantique

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : couverture maladie universelle

COFRIMI : Conseil et Formation sur les Relations Interculturelles et les Migrations

CPTS : Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DGS : Direction Générale de la Santé

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FNASS : Fonds National d'Actions Sanitaire et Sociale

FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire

FNDS : Fonds National pour la Démocratie Sanitaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

IA : Intelligence Artificielle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

ISM : Inter-Service Migrants

ISO : International Organization for Standardization

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MIG : Missions d'Intérêt Général

MSA : Migrations Santé Alsace

MSP : Maison de Santé Pluri professionnelle

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SIH : Systèmes d'Information Hospitaliers

URPS : union régionale des professions de santé

URPS-ML : union régionale des professions de santé – médecins libéraux