

Interprétariat professionnel dans les domaines de la santé et du travail social

Les effets des barrières linguistiques sur l'accès des patients aux dispositifs d'accompagnement social et de santé comme sur la qualité des soins font l'objet de nombreuses études notamment au Canada, aux Etats-Unis et en Suisse¹.

Il est reconnu que l'interprétariat en milieu médical et social est un outil d'intégration des populations en ce qu'il permet

- l'égalité de traitement des personnes,
- l'évitement des malentendus,
- l'augmentation des chances de trouver des solutions adéquates aux attentes et besoins des usagers et des professionnels,
- l'instauration des relations de confiance.

Les interprètes amenés à intervenir dans ces domaines occupent des fonctions et rôles tout à fait particuliers ; savoir parler plusieurs langues n'est pas suffisant pour exercer le métier d'interprète en milieu médical et social. Les compétences et capacités requises nécessitent des formations initiales et continues sur les techniques et sur l'éthique ; elles apportent et développent les connaissances comme les savoir faire, et optimisent par ailleurs, l'aptitude indispensable de distanciation et d'empathie.

L'INTERPRETARIAT COMME OUTIL D'INTEGRATION DES POPULATIONS

Les effets de la barrière linguistique pour l'intégration des populations migrantes sont relevés par les acteurs professionnels agissant auprès des publics ainsi que par des études, et **sont pris en compte par les orientations de politiques publiques dont plusieurs programmes régionaux** qui définissent des objectifs et des axes prioritaires d'interventions visant à pallier aux carences constatés :

Ainsi, le **Programme Régional d'Intégration des Populations Immigrées (PRIPI)** d'Alsace 2005 – 2008 souligne que

"La participation à la vie sociale, professionnelle et citoyenne des populations immigrées repose sur plusieurs dimensions : la maîtrise de la langue, l'accès aux droits, l'école, l'emploi, le logement et plus largement les conditions de vie, la culture, la santé, la sociabilité (le rapport aux autres)"

"La question de la langue et de la maîtrise de celle-ci est considérée, de manière quasi unanime comme un enjeu majeur du processus d'intégration et plus globalement de la participation à la vie sociale et professionnelle. En parallèle à cet enjeu a été posé celui de l'accès à l'information et en lien la question de l'accès aux droits (notamment en matière de santé). La question de l'accès à l'information et plus globalement aux droits se pose à la fois en terme d'interprétariat (dans la mesure où au moment de l'arrivée, et en attendant d'avoir pu suivre une formation, la personne ne maîtrise pas la langue) mais aussi en terme de partenariat à mettre en œuvre, notamment avec le milieu associatif, afin de favoriser une diffusion efficiente de l'information ou de mettre en œuvre des accompagnements ponctuels, notamment dans le domaine de l'accès aux droits."

Le **Plan Régional de Santé Publique – Alsace** 2005 - 2008, prorogé jusqu'en 2009, définit quatre axes prioritaires parmi lesquels celui de *"répondre aux besoins de populations nécessitant une attention particulière"* pour

¹ Flores G., "The Impact of Medical Interpreter Services on the Quality of Health Care: A Systematic Review" *Medical Care Research and Review*, Vol. 62, No. 3, pp. 255-299 (2005) ; S. Bowen, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, Santé Canada, Ottawa, 2001 ; Saladin P. (éd), *Diversité et égalité des chances, Les fondements d'une action efficace dans le microcosme des institutions de santé*, Office Fédéral de Santé Publique, Berne, 2006 ; Weerasinghe S., Williams, L. S., "Un document de réflexion sur les problématiques entourant les programmes, les politiques publiques et la recherche dans le domaine de la santé", *La santé et les intersections de la diversité, Séminaire Metropolis sur les intersections de la diversité*, Niagara Falls, 25 et 26 avril 2003 ; Ribera J.M., Hausmann-Muela S., Grietens K.P., Toomer E., *Is the use of interpreters in medical consultations justified? A critical review of the literature*, COFETIS-FOSOVET, Bruxelles, March 2008.

"améliorer l'écoute et la prise en compte des populations en difficultés socioéconomiques et culturelles ", en facilitant - notamment par l'interprétariat - leur accès aux soins et à la prévention.

Le **Schéma Régional d'Organisation des Soins** 2006/2011, pour la région Alsace, arrêté par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation, le 9 mars 2006, dans son cahier thématique "Accès aux soins", précise que l'interprétariat doit être *"intégré (...) dans l'organisation des soins, tant en consultation externes que lors des soins hospitaliers, (...) être considéré comme faisant partie de l'acte de soins. Son accessibilité concrète est une condition incontournable de l'accès aux soins"*.

Clairement, **les politiques publiques posent l'interprétariat comme une des réponses à apporter pour garantir l'égal accès des personnes aux droits**. Ce traitement équitable des personnes est - dans une perspective plus vaste - au **fondement même de l'intégration** et ce d'autant plus que l'interprétariat permet aux étrangers non francophones de sortir de leur isolement et leur apporte des clés de compréhension de la société d'accueil. Parce qu'il restitue aux personnes non francophones leur parole, leur apporte les informations incontournables pour qu'elles émettent des choix éclairés, les sort de leur isolement en permettant la communication, l'interprétariat contribue à établir des relations de confiance entre les usagers et les acteurs professionnels et encourage la participation à la vie sociale des migrants ne maîtrisant pas suffisamment le français.

L'INTERPRETARIAT MEDICAL ET SOCIAL : UN METIER

Les besoins et demandes en interprétariat en milieu social et médical sont importants.

Les situations en cause peuvent concerner des incompréhensions "simples", relatives à des renseignements de types pratiques ou administratifs ; cependant, elles concernent aussi, et très largement, des entretiens délicats portant sur la maladie, la souffrance psychique, le corps, les relations parents / enfants ou maris et femmes, les dossiers d'aides sociales, ...

Or trop souvent, les solutions apportées à ces besoins sont des aides "au pied levé" : des membres de la famille et notamment des enfants, des amis ou voisins des usagers, ou enfin du personnel bilingue du service sont sollicités pour exercer les fonctions d'interprète.

Ces pratiques sont attestées par le Rapport 2008 sur le Respect des Droits des Usagers du Système de Santé réalisé dans les établissements sanitaires d'Alsace par l'ORS Alsace². Il relève que *"à défaut d'avoir recours à un interprète professionnel, les médecins essayent souvent de s'appuyer sur les familles pour se faire comprendre. Le patient ne parlant pas français est ainsi accompagné tout au long de sa prise en charge par un membre de sa famille qui joue le rôle d'interprète. Cette solution n'est cependant pas totalement satisfaisante. En effet, la qualité de traduction peut être problématique. Le patient et le traducteur peuvent également être gênés d'aborder certains problèmes de santé (sexualité, addiction...) devant un membre de sa famille. Enfin, cette méthode de traduction pose de toute façon la question de la confidentialité des informations transmises.*

Plusieurs établissements ont également mis en place une liste des langues parlées par leurs personnels, afin de trouver les ressources en interne pour se faire comprendre des patients. Cette solution permet de trouver rapidement une personne pouvant faire office d'interprète. Cependant, la question de la qualité de la traduction reste entière et l'interprétariat, surtout médical, nécessite des garanties de professionnalisme.

La question du professionnalisme des interprètes sollicités est une préoccupation affichée également par le SROS, cité plus haut, qui précise que l'interprétariat *"doit être assuré dans les établissements de santé selon un cahier des charges garantissant sa qualité, que ce soit par :*

- *le recours à des structures d'interprètes professionnels externalisées, associatives ou commerciales, sur la base d'un cahier des charges garantissant le professionnalisme spécifique au champ de la santé ;*
- *le recours aux ressources internes au personnel hospitalier, selon une organisation interne à l'hôpital définie. Le personnel concerné devra avoir été sensibilisé et formé à l'interprétariat, en vue d'offrir également des garanties de professionnalisme."*

² ORSAL, *Rapport annuel relatif au respect des droits des usagers du système de santé*, juin 2008 (validé à la séance plénière le 20 juin 2008 validé à l'unanimité des membres de la Conférence Régionale de Santé – Alsace) : outre une enquête par questionnaire auprès de l'ensemble des entités juridiques sanitaires de la région, une série d'entretiens ont été réalisés avec des représentants (directeurs, responsable qualité...) et des médecins-médiateurs de sept établissements de la région. p. 9.

Sur le terrain, tel n'est malheureusement pas le cas, et sans garantie de qualité, les solutions d'urgence peuvent se révéler lourdes de conséquences.

L'importance de la qualité dans l'aide linguistique est souvent sous-estimée alors que **les situations, pour la plupart extrêmement intimes, exigent de l'interprète des compétences linguistiques certaines, le respect de règles déontologiques ainsi que de réelles capacités de distanciation.**

L'interprétariat médical et social est un métier. Nombreuses sont en Europe les associations ou instances déléguées par des collectivités à avoir défini et à partager un "profil métier"³ ; le code déontologique qui le régit exige le respect des principes suivants :

- Restitution objective, complète et fidèle du message : l'interprète traduit tout sans ajouter, supprimer ou modifier quoi que ce soit. La traduction est rigoureuse et précise.
- Non-intervention : l'interprète n'offre qu'une aide linguistique. Il ne formule aucun avis et ne joue aucun rôle de médiation.
- Impartialité : l'interprète ne prend parti ni pour l'utilisateur ni pour le client. Il revient à l'interprète de respecter toute personne dans sa différence, de ne porter aucun jugement de valeur.
- Devoir de confidentialité : l'interprète respecte le secret professionnel. Tout ce qu'il apprend dans l'exercice de son métier est confidentiel.

Il est malheureusement évident que ces principes sont mis à mal lorsque les interprètes sollicités par les acteurs de santé ou du social sont les parents ou amis des usagers. Pour ce qui est des interventions assurées par les membres bilingues du personnel des services demandeurs, leur respect ne peut être garanti qu'à partir du moment où ces membres répondent à un "standard qualité" qui passe nécessairement par leur formation au métier après validation de leurs connaissances linguistiques, c'est-à-dire de leur capacités de compréhension et de restitution dans la langue.

L'INTERPRÉTARIAT : UN SERVICE "RENTABLE"

L'interprétariat professionnel a un coût ; soulignant que "*les établissements peuvent avoir des difficultés à (le) financer*", le Rapport de l'ORSAL⁴ relève l'effet "dissuasif" que ce coût peut avoir, et qui est parfois avancé par des soignants, des travailleurs sociaux ou des décideurs comme justification des solutions d'urgences qu'ils adoptent.

Néanmoins, plusieurs études montrent que **l'usage d'interprètes formés dans le domaine médical permet d'aboutir à des économies** ; une revue exhaustive de la littérature a été faite en 2005, par Glenn Flores dans *Medical Care Search and Review*⁵.

En ce qui concerne la durée de séjour, on peut retenir que dans un service de psychiatrie d'Afrique du Sud, l'absence d'interprète professionnel aboutit à des délais diagnostiques prolongés, des retards à la mise en place du traitement, à la nécessité de réaliser plus d'entretiens si ceux-ci sont réalisés avec des interprètes non professionnels (donc une perte de temps médical) et à de graves erreurs diagnostiques⁶.

Une autre étude plus récente, réalisée aux Etats Unis, met en évidence que la prise en charge de patients non anglophones ne diffère pas de celle des patients anglophones lorsqu'on a recours à des interprètes professionnels, (en dehors d'un taux légèrement plus élevé d'hospitalisations avec un risque relatif à 1.7). Par contre, sans interprète professionnel (c'est-à-dire sans interprète ou avec des "interprètes" non formés), il y

³ Actes du Séminaire Transnational Trialog, *Interprétariat social : ses enjeux, ses limites, son avenir*, Projet Equal, Toulouse, 15 et 16 septembre 2006 ; Congrès du Réseau Européen de services d'interprétariat et de traduction en milieu social européens, Bruxelles, 6 et 7 mars 2008. (<http://www.fosovet.be/?setLanguage=2&titel=Fran%C3%A7ais>)

⁴ ORSAL, *op.cit.*

⁵ Flores G., *op.cit.*

⁶ "*The aforementioned study in a South African psychiatric hospital (...) found that a lack of interpreter services was associated with delays in 40 percent of cases; 14 interviews not taking place at all; and delays in treatment initiation, management, and patient discharge. Untrained, ad hoc interpreters were associated with interviews that had to be repeated, missing information, and diagnostic uncertainty on fundamental issues such as whether a patient was psychotic.*" Flores G., *op.cit.*, p. 35, faisant référence à l'article de G. Drennan, "Counting the cost of language services in psychiatry", *South African Medical Journal*, 86, 1996, pp.343-45.

aura un surcoût d'analyses complémentaires (en quantité et en coût), des hospitalisations plus fréquentes, plus de mise en place de perfusions, que pour des patients anglophones⁷.

Le rapport de Sarah Bowen, *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, daté de 2001, publié par Santé Canada et disponible sur le site du ministère de la santé canadien, va dans le même sens : "En dépit du nombre limité de recherches sur les coûts et les avantages de l'interprétation dans le milieu de la santé, certains hôpitaux sont arrivés à la conclusion, en se basant sur des analyses partielles, que la prestation de services d'interprétation rémunérés permettra de réaliser des économies. Il est probable qu'à mesure que d'autres recherches seront mises en branle, les " preuves " des divers coûts des barrières linguistiques (p. ex., les heures de travail des employés consacrées à l'interprétation, l'utilisation des diagnostics, les rendez-vous manqués, les complications associées aux médicaments, les hospitalisations, les résultats physiologiques sur la santé) augmenteront, rendant ainsi la prestation de programmes d'interprétation plus attrayante aux yeux des administrateurs."

Une autre analyse, plus synthétique, est réalisée dans une autre revue de la littérature dont la promotion est réalisée par l'association belge COFETIS⁸. Cette analyse distingue **deux types de surcoûts induits par les barrières linguistiques en santé** : l'augmentation du risque d'erreur médicale et de complications de la maladie d'une part et d'autre part **des dépenses non nécessaires**, comme dans le schéma ci-dessous.

Fig 1 : Complications des maladies

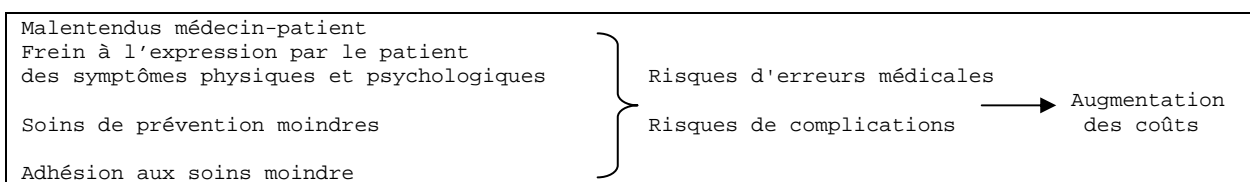
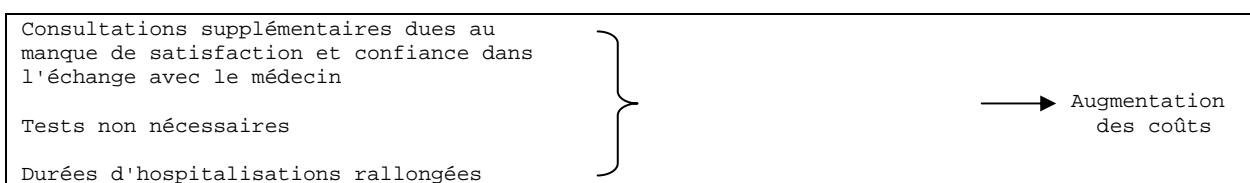


Fig 2 : Dépenses non nécessaires



Au-delà des économies que l'interprétariat professionnel permet sur le moyen terme aux établissements hospitaliers, **des bénéfices plus larges et à long terme**, doivent également être pointés.

C'est ce que rappelle le rapport canadien cité ci-dessus, lorsqu'il relève que "l'un des plus grands défis auxquels font face les chercheurs qui privilégient l'évaluation économique consiste à déterminer quels coûts et conséquences devraient être abordés, et comment ils devraient être mesurés. Il existe une tendance à se concentrer seulement sur les coûts immédiats et facilement mesurables pour lesquels des systèmes de cueillette de données ont été établis (p. ex., visites du médecin). Cependant, parce que les barrières linguistiques peuvent avoir de nombreux effets immédiats et à long terme (particulièrement dans des domaines comme la santé mentale, la santé maternelle et infantile et la gestion des maladies ou des invalidités chroniques), il importe de connaître davantage que les coûts immédiats pour le système de soins de santé. **Les coûts à long terme pour**

⁷ "The Hampers and McNulty (2002) pediatric ED study described above found that LEP patients with professional interpreters did not differ from EP patients in test costs or use of intravenous hydration and had a significant lower adjusted likelihood of testing (odds ratio [OR] = .7; 95 percent confidence interval [CI], .56-.97), but a significantly higher adjusted odds of hospital admission (OR = 1.7; 95 percent CI, 1.1-2.8). Compared with EP patients, LEP patients in this study who had either no interpreter or nonmedical, ad hoc interpreters had a significantly higher incidence of having medical tests done (OR = 1.5; 95 percent CI, 1.04-2.2), higher test costs (mean difference = \$5.73), and a significantly greater likelihood of hospitalization (OR = 2.6; 95 percent CI, 1.4-4.5) and receiving intravenous hydration (OR = 2.2; 95 percent CI, 1.2-4.3). (LEP : limited in English proficiency EP : English-proficient)", Flores G., op.cit., p. 290, faisant référence à l'article de Hampers, L. C., et J. E. McNulty, "Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2002, N°156, pp. 1108-11.

⁸ Ribera J.M., Hausmann-Muela S., Grietens K.P., Toomer E., op.cit.

***L'ensemble du système** (p. ex., les soins infirmiers communautaires, la réadaptation), ainsi que les coûts sociaux (p. ex., le chômage, les coûts des services sociaux) devraient également être inclus. Comme seul un certain nombre de "coûts" peuvent être facilement suivis par l'entremise des systèmes actuels de données, on peut être tenté de limiter l'évaluation à ces coûts plus facilement mesurables.[...] Il importe de noter que les "coûts" des barrières linguistiques peuvent différer selon l'orientation de la recherche. Les barrières à l'accès initial peuvent se traduire par une diminution des coûts initiaux (mais par une augmentation des coûts des soins aux patients qui se présentent à des phases plus avancées de la maladie), alors que les barrières rencontrées au sein du système de soins de santé peuvent mener à une surutilisation de certains services."*⁹

La question des limites d'une évaluation à court terme d'une intervention en santé, en particulier visant les plus démunis, est également argumentée dans l'avis 101 du Comité National Consultatif d'Ethique, nommé "*Santé, éthique et argent: les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier.*"¹⁰

D'autres éléments, non étayés par des publications dans des revues internationales, ou par des documents officiels, mais recueillis par Migrations Santé Alsace lors de rencontres avec les équipes soignantes des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg en 2006 et 2007, ou apportés par ailleurs à l'association par des médecins hospitaliers, illustrent combien **la bonne transmission et réception des messages lors des consultations ont des effets directs sur les coûts engagés.**

Lorsqu'un médecin débute un traitement pour une pathologie chronique, comme par exemple une infection pour le VIH, il est primordial (en se limitant à des considérations économiques) de pouvoir bien expliquer à la personne les enjeux de ce traitement : si elle ne les connaît pas, elle risque de prendre son traitement d'une façon inadaptée, ce qui aboutira à des résistances de son virus, et à l'obligation de prescrire des traitements plus lourds (par exemple par voie injectable, avec nécessité de faire intervenir une infirmière) ou plus coûteux. En termes de santé publique, pour une maladie contagieuse comme la tuberculose, il est évident que pouvoir donner des instructions précises sur le traitement et sa durée aura des conséquences nettes en termes de contagiosité, de possibilité de transmission d'un Bacille de Koch devenu résistant, etc.... Une femme enceinte à qui on ne peut expliquer correctement les mesures à prendre à domicile pour éviter un accouchement prématuré (parce que seuls ses enfants, ou son mari, peuvent servir d'interprètes, avec les difficultés que l'on peut imaginer dans le domaine gynécologique pour une femme qui obtient des informations par son enfant ou son mari), sera hospitalisée pour surveillance. Une jeune femme qui accouche par césarienne et qui sort sans avoir compris l'intérêt de son traitement préventif de phlébite risque d'être ré-hospitalisée pour une complication thrombo-embolique. Ce ne sont que quelques exemples...

Enfin, soulignons que **le recours à des membres bilingues du personnel**, pour autant qu'ils soient formés, **n'est pas nécessairement plus économique** pour les services ou établissements **dans la mesure où l'intervention d'un agent a également un coût** qui est, au minimum, celui du temps qu'il passe hors de son poste.

CONCLUSION

L'interprétariat médical et social se heurte en tant que métier à la question de sa reconnaissance ; la complexité des fonctions à assumer persiste à être sous-estimée, et parallèlement des raisons économiques viennent justifier des pratiques la plupart du temps peu fiables comme le recours aux proches des usagers, ou peu structurées, comme les recours aux agents bilingues des services (formés à l'interprétariat) dont la sollicitation pose la question de la portée de leur disponibilité pour l'exercice de fonctions marginales par rapport à une activité principale qu'ils sont amenés à devoir interrompre.

Seul l'interprétariat professionnel peut prétendre être "outil d'intégration" des populations. Autrement, les risques de malentendus, la difficulté à instaurer des relations de confiance, et l'impossibilité d'accompagnement des personnes dans leur décodage des systèmes, des rouages et des valeurs de la société d'accueil peuvent déboucher sur des effets inverses d'isolement et de repli sur soi.

⁹ Bowen. S., *op.cit.*, pp. 37-38.

¹⁰ L'avis 101 du CCNE est disponible en ligne : <http://www.ccne-ethique.fr/docs/avis101.pdf>