

TABLE RONDE

4

LES ENJEUX DE
L'INTERPRÉTARIAT
PROFESSIONNEL
EN SANTÉ

JOURNÉE PLAIDOYER
30/01/26

INTERPRÉTARIAT ET MÉDIATION :
MIEUX ACCOMPAGNER LES
PERSONNES ALLOPHONES AU
QUOTIDIEN

Kolone



INTERPRÉTARIAT ET MÉDIATION : MIEUX ACCOMPAGNER LES PERSONNES ALLOPHONES AU QUOTIDIEN

Dans la majorité des échanges avec la société d'accueil, la parole des personnes en exil n'est pas audible, en premier lieu parce qu'elle n'est pas comprise.

En France l'interprétariat n'est pas un droit opposable, il est absent de la plupart des services publics et le milieu médico-social n'y fait pas assez recours, alors que son usage garantit l'accès aux droits fondamentaux et permet aux professionnels le plein exercice de leurs missions.

Au-delà des incompréhensions linguistiques, la médiation interculturelle a la capacité de lever les malentendus qui favorisent à la fois les discriminations envers les usagers et le sentiment d'impuissance des professionnels.

Trop peu de considération est apportée à ce qui est pourtant un rouage essentiel de l'accueil des personnes exilées et cela a des conséquences sur la professionnalisation des interprètes et médiateurs. Pourtant, depuis quelques années, des diplômes universitaires en médiation interculturelle se sont créés, les langues étrangères sont de moins en moins invisibles, dans le domaine médical les patients sont de plus en plus considérés dans leur globalité, avec leurs fragilités sociales, dont l'allophonie fait partie.

Quelles initiatives peut-on identifier aujourd'hui en matière de formation des interprètes et des médiateurs et médiatrices ? Quel rôle jouent les outils de traduction automatiques et l'intelligence artificielle en plein essor ? Qu'est-ce que les interprètes et médiateurs ou médiatrices ont à nous dire depuis leur terrain d'exercice quotidien ? Quelles sont ses avancées, les obstacles, les bonnes pratiques qu'ils et elles identifient ? Enfin dans le champ de la santé, quelle est la place donnée à l'interprète, quelles sont les résistances du côté des soignants, que faudrait-il faire pour systématiser le recours à l'interprétariat professionnel ?

Afin d'apporter quelques réponses et éclairages sur cette problématique, Kolone, le Comede, la délégation Île-de-France de Médecins du monde, la Fédération des acteurs de la solidarité Île-de-France et le Samusocial de Paris ont organisé une journée d'échange, sous format de tables rondes, le vendredi 30 janvier 2026, de 14h à 21h à la Maison des réfugiés dans le 19ème arrondissement de Paris.

Kolone



samusocial
Paris



LES ENJEUX DE L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL EN SANTÉ

Intervenantes

Dr Oceane Gaigeot

Médecin généraliste au centre de santé du Comede

Dr Johann Omiya

Médecin spécialiste en santé publique et médecine sociale, chercheuse

Kelley Walton

Interprète médicale d'espagnol à l'hôpital de l'Université de Louisville dans l'état de Kentucky aux États-Unis

Animation par Dr Mady DENANTES, médecin généraliste au sein d'une maison de santé, Paris 20ème

Océane Gaigeot : Je voudrais tout d'abord vous présenter de manière succincte *le Comede*. C'est une association loi 1901 qui a maintenant 46 ans et qui a pour mission d'accompagner les personnes exilées dans l'accès aux soins et dans leurs droits relatifs à la santé. Il existe cinq dispositifs : un à Paris, un centre de santé au Kremlin-Bicêtre (celui dans lequel je travaille), un à Saint-Étienne, un à Marseille, et un à Cayenne. Nous avons également des permanences téléphoniques nationales. Le Comede regroupe des médecins, des psychologues, des psychiatres, des médiatrices en santé, des assistantes sociales, des accueillants sociaux, des ostéopathes, un addictologue. Nous sommes habitués à travailler avec des interprètes professionnels, que cela soit en consultation, en atelier ou en permanence téléphonique.

Nous avons au centre de santé Bicêtre des vacations fixes avec des interprètes venant certains jours de la semaine, comme en tamoul le mardi matin, et en bengali à d'autres moments. Si les personnes viennent pour une consultation un jour où il n'y a pas d'interprète dans leur langue, nous faisons avec de l'interprétariat professionnel par téléphone. Nous essayons cependant d'optimiser les jours de consultation selon les interprètes présents. Au Comede, 40 % de nos consultations se font avec un interprète, par téléphone ou en présentiel. Je voulais ensuite souligner l'importance de l'interprétariat en santé. Étant à l'université en tant que tutrice et ayant moi-même été interne, je vois la différence. J'ai par exemple toujours appris que 80 % des diagnostics médicaux se faisaient uniquement par interrogatoire. Et je me souviens en tant qu'interne avoir été réprimandée car je n'avais pas demandé à un patient si la veille il avait mangé du poulet ou du bœuf.

Il y a donc cette logique de précision, mais dès que c'est un patient qui ne parle pas français, les services ne vont pas automatiquement faire appel à un interprète. La qualité des soins est moindre, mais c'est accepté. Pourquoi ne met-on pas les moyens pour ces patients-là ? Ce n'est pas qu'une question d'argent, mais surtout une question politique. J'ai rencontré un interne aux urgences qui l'était depuis deux mois seulement, et il a réussi à développer un argumentaire de « pourquoi il n'y a pas besoin d'appeler un interprète aux urgences ». Il est donc très important que nous puissions tous affiner notre plaidoyer et avoir plus d'arguments pour défendre l'interprétariat professionnel à son niveau. C'est d'autant plus nécessaire lorsqu'on voit que des médecins de ville ayant un accès à l'interprétariat téléphonique pris en charge financièrement par les ARS ne l'utilisent pas ou peu.

Mady Denantes : Il est vrai que de notre côté à la Maison de santé, nous ne l'utilisons pas systématiquement alors que nous avons le code nous permettant d'y accéder par téléphone. De même à la CPTS du 20e, ils ont un accès gratuit à ISM mais l'utilisent très peu. Il y a quelque chose qui bloque et nous devons comprendre pourquoi ce n'est pas assez utilisé. Peut-être que Johann pourrait nous présenter des résultats de travaux sur ce sujet.

La question des langues au GHU Paris Seine-Saint-Denis

Johann Omiya : Je travaille au Groupe Hospitalier Universitaire (GHU) Paris Seine-Saint-Denis (Avicenne, Jean-Verdier et René-Muret) et je suis au Laboratoire Éducatifs et Promotion de la Santé à l'université Sorbonne Paris Nord. Et en effet nous avons développé un guide pour améliorer la communication avec les patients allophones. Je vais revenir sur l'origine de ce guide et de ces travaux de recherche.

Vers 2020-2021, en discutant avec quelques soignants assez multidisciplinaires à Avicenne et Jean-Verdier, nous avons remarqué que beaucoup de patients nous disaient qu'« ici en clinique de la maladie infectieuse, on peut utiliser l'interprétariat, mais il y a d'autres services dans l'hôpital où on nous renvoie parce qu'on ne parle pas français ». Ça pouvait être des services cliniques, des traitements externes, des services d'admission pour les hôpitaux de jour. Régulièrement les patients arrivaient en nous disant « le traitement externe nous a renvoyé parce qu'on ne parle pas français ». Il nous arrivait donc d'accompagner les patients à l'administration ou au traitement externe pour qu'ils se fassent enregistrer ou admettre, de passer un coup de téléphone, ou de demander à une de nos médiatrices d'accompagner le patient dans les autres consultations pour que l'autre médecin puisse appeler un interprète.

Nous avons donc eu l'idée de regarder la volumétrie d'actes d'interprétariat demandés, parce que l'AP-HP a un contrat avec Inter Service Migrants (ISM) et Solten, pour que tous les services puissent faire des demandes d'interprétariat instantanés par téléphone ou en face à face, grâce à des codes qui leur sont alloués. Mais de nombreuses personnes ne sont pas au courant de l'existence de ces codes. En 2021-2022, environ 7000 prestations d'interprétariat avaient été demandées pour notre GHU, ce qui fait 3500 par an, alors que nous avons 100 000 passages aux urgences par an.

Bien évidemment, 100 % des patients ne requièrent pas d'interprétariat, mais nous sommes quand même en Seine-Saint-Denis entre Bobigny et Bondy, et avons donc probablement au moins 30 % de patients qui en auraient besoin.

Pour continuer notre plaidoyer, nous avons ensuite lancé une enquête flash transversale sur l'ensemble des professionnels de l'hôpital car le problème semblait également se situer sur le plan administratif, à l'accueil des patients. Nous avons en parallèle monté un groupe de travail interprofessionnel nommé Hoptiville, donc à la fois ville et hôpital, afin de réfléchir à l'amélioration de la communication avec les patients allophones, en observant notamment les pratiques au sein du GHU et dans le territoire. Diverses personnes ont été impliquées dans ce groupe, comme des membres de l'administration ou des élèves directeurs d'hôpitaux, qui étaient pour certains très engagés dans notre cause, ce qui a facilité la tenue de l'enquête.

Cette *enquête en ligne*, présentée comme une volonté de connaître les modalités de communication avec les personnes allophones, a été diffusée en juin 2022 par mail et via des affichages de QR codes dans les services, afin de toucher un maximum de personnels hospitaliers. Parmi les 353 répondants, nous avons eu 40% de professions paramédicales (infirmiers, aides-soignants...), un tiers de médecins, 12% de personnels administratifs, le reste étant des psychologues et des travailleurs sociaux. Deux professionnels sur trois, tous confondus, ont déclaré avoir des difficultés de communication quotidiennes ou plusieurs fois par semaine avec les patients allophones.

Nous avons posé des questions sur la perception de la qualité des soins, comme « quand il y a une difficulté de communication, comment pensez-vous que cela impacte le service que vous offrez au patient ? », et 90 % des personnes disaient que ça entravait fortement la qualité des soins. Un tiers déclarait par exemple ne pas être sûrs du consentement des patients, alors même qu'ils sont censés obtenir un consentement libre et éclairé. Il était également question d'erreurs de diagnostics, des hospitalisations non justifiées ou plus longues que nécessaire.

L'un des résultats les plus marquants concerne la question : « comment faites-vous quand vous avez en face de vous une personne allophone ? ». La première réponse, correspondant à deux tiers des répondants, était « se débrouiller », le *getting by* ou le bricolage linguistique : parler plus fort, faire des mimes, parler plus lentement, parler anglais, faire des dessins. La deuxième était « je demande soit à la personne qui accompagne, soit à un collègue qui parle la langue », et en troisième lieu seulement venait l'interprétariat professionnel. De plus, un cinquième du personnel ne savait pas que ce service existait depuis des années dans l'hôpital, et un quart ne savait pas comment y accéder, même s'ils en avaient connaissance. Nous avons aussi comparé la connaissance et l'usage de ce service entre les différents membres du personnel : les plus informés sont les médecins et les psychologues (meilleure connaissance et facilité d'accès), tandis que deux tiers des professions paramédicales n'en ont jamais eu connaissance sur leur établissement. Ils vont donc passer par Google Trad ou des applis comme ça sur leur smartphone.

Ces constats ont donné lieu à la rédaction d'un livret pratique (*Guide d'information sur l'interprétariat*), rappelant l'existence de l'interprétariat professionnel sur l'établissement, ainsi que les avantages et inconvénients. Nous avons indiqué les situations pour lesquelles il était possible d'utiliser des outils déjà traduits ou culturellement adaptés, et celles pour lesquelles il valait mieux passer par un interprète. Il y a aussi dans ce livret un côté juridique avec certains textes comme la loi de 2002 sur l'information des patients qui indique que les professionnels de santé sont obligés de donner une information juste et compréhensible pour les patients. Ce n'est pas explicitement marqué qu'il est nécessaire d'utiliser l'interprétariat, mais si cette loi est bien interprétée, cela signifie que si la personne ne parle pas correctement le français, il faut utiliser l'interprétariat. C'est un outil très pratique que nous avons essayé de diffuser à large échelle sur notre établissement, mais également au niveau du siège de l'AP-HP pour que cela puisse être utilisé par les autres GHU où la problématique est similaire.

Mady Denantes : Et est-ce que depuis cet outil, qui est arrivé il y a environ six mois, il y a eu une différence ?

Johann Omiya : Nous nous sommes fait cette réflexion, et il est vrai qu'il serait intéressant de revoir les chiffres du recours à l'interprétariat professionnel pour voir s'ils ont augmenté avec la diffusion du guide.

Mady Denantes : Nous sommes donc un peu dans la même situation, où un outil existe dans notre lieu de travail, mais il est peu utilisé. Kelley je me tourne vers toi maintenant pour découvrir les différences de recours aux interprètes professionnels en santé aux Etats-Unis et en France, et ton expérience en tant qu'interprète aux Etats-Unis.

L'interprétariat médical aux États-Unis

Kelley Walton : Je suis interprète médicale certifiée par le Conseil national de certification des interprètes médicaux des États-Unis (NBCMI), et je travaille depuis plus de cinq ans comme interprète espagnol-anglais dans les hôpitaux de l'Université de Louisville dans l'État de Kentucky. Pendant deux de ces cinq ans, j'étais responsable du département des services linguistiques, et j'ai géré une équipe d'interprètes et d'une traductrice, tous salariés dans cinq hôpitaux. Je gérais aussi plusieurs contrats avec des entreprises privées qui offrent des services d'interprétation en présentiel et en distanciel. Je me suis installée à Paris il y a six mois mais je continue de travailler à distance avec la même équipe, plutôt dans un rôle administratif, comme la gestion des plannings des interprètes et de notre programme de qualification bilingue des employés.

Parmi les grandes différences que j'ai pu observer, il y a par exemple le fait qu'environ un tiers des hôpitaux aux États-Unis ont des interprètes salariés. Il y a autour de 15 000 interprètes certifiés dans tout le pays. Les examens pour les certifications nationales n'existent pour le moment qu'en sept langues, donc ce n'est pas encore accessible pour tout le monde.

Mais les qualifications minimales pour travailler comme interprète médical sont d'avoir fait 40 heures de formation pour apprendre les techniques d'interprétation et la déontologie, et de réussir un examen d'interprétation. Il y a donc encore des progrès à faire pour généraliser la certification. Certains hôpitaux cependant n'embauchent que des interprètes certifiés. Par ailleurs, les consultations avec un interprète en présentiel représentent environ un tiers, le reste se faisant principalement par téléphone.

Comme je l'ai mentionné, je gère actuellement le programme de qualification bilingue des employés. De ce que j'ai compris ici, il est courant de demander aux employés de l'hôpital parlant une autre langue de faire de l'interprétation, même si l'on ne connaît pas vraiment le niveau de connaissance linguistique de cette personne, et que cela se fait sans rémunération malgré l'utilisation de ses compétences. Aux États-Unis cependant, il est obligatoire d'avoir une preuve que l'employé parle bien la langue, et si c'est l'une des 20 langues principales parlées par les patients, alors il gagne un dollar de plus par heure. Ce n'est pas beaucoup, mais ça récompense un peu ses capacités et ça incite à fournir tous les documents nécessaires comme preuve de ses compétences en langue. Mais ces personnes-là n'ont pas le droit d'interpréter pour un autre professionnel de santé, c'est uniquement pour leur propre patientèle. Par exemple, si une infirmière venant de France est qualifiée comme bilingue, elle pourra traiter ses patients francophones en santé, et si elle a fait la formation de 40 heures et a réussi l'examen, elle pourra alors interpréter et sera rémunéré deux dollars par heure en plus au lieu d'un seul. La différence entre une personne bilingue et une personne interprète est donc prise très au sérieux, avec également le port de badges de couleurs différentes pour indiquer le statut de chacun.

C'est par ailleurs une évidence pour nous que les membres de la famille d'un patient sont des personnes bilingues, et non des interprètes. Il est donc strictement interdit de les utiliser comme interprètes pour faciliter la communication. Pour sensibiliser les professionnels de santé sur l'importance de ne jamais utiliser de proches comme interprète, surtout un enfant, nous utilisons des exemples assez graves qui se sont malheureusement produits. Nous avons par exemple reçu une patiente hispanophone qui avait avec elle un « membre de la famille », que les infirmières ont utilisé comme interprète. Mais nous nous sommes rendus compte qu'en réalité cette personne était un trafiquant qui abusait d'elle. Évidemment, ce n'est pas une situation qui se produit tous les jours, mais c'est un vrai exemple qui nous aide à ne pas oublier les risques de ne pas faire appel à un interprète professionnel.

Une autre différence que j'aimerais aborder est qu'aux États-Unis, une partie du travail des interprètes est de sensibiliser à la fois les employés des hôpitaux, mais aussi les patients à l'accueil sur leurs droits. Les interprètes salariés sont en effet censés expliquer à tous les patients hospitalisés qu'ils ont toujours le droit d'avoir un interprète professionnel pour toute conversation et que c'est un service gratuit. Nous écrivons la langue que la patiente parle et le numéro de bipeur des interprètes sur le tableau de la chambre, et nous expliquons que si quelqu'un entre dans sa chambre et lui parle en anglais, elle doit indiquer le numéro de bipeur sur le tableau et n'est pas obligée de répondre tant qu'un interprète professionnel n'est pas là.

Nous demandons aussi si nous pouvons aider pour quoi que ce soit. Souvent, la patiente est plus à l'aise avec l'interprète qu'avec les autres professionnels de santé. Elle nous explique ses soucis, souvent liés à la souffrance ou à des besoins sociaux. Avec son consentement, nous faisons appel à des assistantes sociales qui peuvent aider. Nous parlons ensuite avec l'infirmière qui suit la patiente pour être sûr qu'elle comprenne l'importance de faire appel à notre interprète et de ne pas utiliser les membres de la famille. Nous l'informons aussi sur les détails qu'on a pu recueillir, notamment si la patiente est peu alphabétisée ou si elle a des préférences culturelles à respecter, par exemple par rapport à la nourriture ou au genre des professionnels qui s'occupent d'elle.

Ces différences sont principalement basées sur les lois nationales. La loi la plus importante qui protège les droits des personnes allophones est l'article six de la loi sur les droits civils de 1964, qui interdit les discriminations basées sur la race, la couleur ou l'origine nationale. Des procédures judiciaires ont ensuite affirmé que la préférence de langue est incluse dans le terme d'« origine nationale ». C'est donc illégal qu'une personne reçoive des soins médicaux d'une qualité inférieure parce que cette personne ne parle pas anglais. Et c'est considéré comme une évidence que si on ne comprend pas les soins, et qu'on ne peut pas communiquer avec des professionnels de santé pour donner son consentement ou pour poser des questions par exemple, on reçoit forcément des soins de qualité inférieure en comparaison avec une personne qui parle anglais. Cette loi s'applique à tout programme qui reçoit une aide financière fédérale, alors que les centres de santé privés qui ne reçoivent pas d'assistance financière du gouvernement n'ont pas besoin de la suivre. Mais c'est presque impossible de gérer un hôpital aux États-Unis sans accepter les assurances médicales de l'État, les Medicaid et Medicare, donc la loi s'applique à presque tout le monde.

Il y a aussi d'autres lois plus récentes comme la loi sur les soins abordables de 2010 qui protège le droit à un interprète professionnel gratuit pour toutes les personnes qui préfèrent une langue autre que l'anglais. Ce sont ces lois-là qui nous donnent la capacité d'avoir des interprètes salariés. Elles sont très importantes car une patiente qui connaît ses droits et qui sent qu'ils n'étaient pas respectés peut porter plainte contre l'hôpital. Ça arrive assez souvent, et c'est surtout les personnes sourdes qui utilisent la langue des signes qui portent plainte, parce qu'en général, elles connaissent mieux leurs droits que les personnes allophones qui sont souvent migrantes et qui ont toutes des difficultés pour accéder à l'information sur ces droits. Et même lorsqu'elles connaissent leurs droits, elles peuvent avoir peur de porter plainte en raison de leur statut de migration.

C'est très bien d'avoir ces lois, mais évidemment, tout n'est pas parfait. En effet, ces lois sont des mandats sans financement, donc elles sont parfois peu appliquées. Certains hôpitaux font exprès de ne pas suivre les lois et parient que ça leur coûtera moins cher de payer les dommages et intérêts en cas de poursuite, plutôt que de toujours fournir des interprètes en suivant la loi. Il existe des études qui montrent que 40% des hôpitaux n'offrent pas d'interprètes. Ces lois, déjà peu appliquées, sont d'autant plus en danger aujourd'hui.

Jusqu'en 2025, les États-Unis n'avaient pas de langue officielle. Mais avec son décret exécutif, connu comme l'English Only Law, celui dont on ne prononce pas le nom a changé ça. Il a également supprimé les sites web et les réseaux sociaux officiels du gouvernement qui existaient déjà en espagnol. Il y a donc eu de nombreux progrès pour faire respecter les droits des personnes allophones et pour professionnaliser le métier d'interprète médical, mais il faut surtout continuer à lutter pour ne pas perdre ces gains à cause d'un gouvernement anti-droit civil, en général, et anti-migrant en particulier.

Mady Denantes : Mais c'est une évidence, comment peut-on soigner si nous n'avons pas le récit de la personne ? Pourtant en France, des recommandations existent, notamment de la Haute Autorité de Santé. Il y a les interprètes sur place à l'AP-HP et au téléphone, donc nous devrions bien y arriver avec ces outils. Je me tourne vers toi Océane pour essayer de comprendre les freins empêchant d'avoir recours à ces outils pourtant présents. Peut-être qu'on se dit qu'il va falloir téléphoner, que ça va prendre du temps...

Les freins au recours à l'interprétariat professionnel en santé

Océane Gaigeot : Ce que je vais dire ici, c'est ce que j'ai pu observer des retours de patients. Je suis en effet une médecin généraliste, mais j'oriente des patients vers d'autres types de professionnels qui ne font pas forcément appel aux interprètes, et que je peux avoir au téléphone pour les informer de l'intérêt de le faire, et savoir si l'interprétariat est possible dans leur structure. Et ces discussions-là, nous les avons quotidiennement au Comede avec d'autres professionnels. En libéral, le principal frein est financier, mais c'est en train de changer petit à petit, car comme vous le disiez, les CPTS et les Maisons de santé par exemple parviennent à obtenir des financements, notamment des ARS. Le côté financier pose problème pour les professionnels en libéral, mais à l'hôpital c'est aussi quelque chose qu'on entend, que ça coûte cher et qu'il ne faut donc pas y avoir recours. Ma propre cheffe de service avait été convoquée par sa direction lorsque j'étais interne, car avec une collègue nous faisons « trop » appel aux interprètes. Selon eux, « avec l'expérience, il n'y en a pas besoin ». C'est ce message-là qu'on fait passer aux internes en formation.

Cependant, l'*IGAS en 2019* et la *HAS en 2017* ont produit des documents indiquant que faire appel à des interprètes professionnels semble être moins coûteux sur le long terme d'un point de vue financier, mais également en termes de conséquences sur la santé des personnes. Sauf qu'à l'échelle d'un hôpital, ça ne paraît pas forcément rentable, seulement en cas de longues hospitalisations. Une partie du plaidoyer du Comede insiste justement sur l'intérêt que ces frais d'interprétariat soient pris en charge par l'assurance maladie, car ils n'auraient plus à financer des examens complémentaires, des hospitalisations et des passages en réanimation inutiles.

Un des autres vrais sujets est la question du temps. C'est vrai, cela prend du temps d'écouter les patients, de leur parler. Mais pour moi c'est une évidence, car si nous ne le faisons pas, si nous ne les soignons pas, c'est un refus de soins. Une solution est en ce sens proposée par *le collectif Le Revers* dans son plaidoyer : que l'assurance maladie autorise à coter les consultations avec des personnes allophones requérant un service d'interprétariat comme consultations complexes. Cela permettrait aux professionnels de passer un peu plus de temps avec les patients.

Nous entendons également souvent « Ah mais moi, je n'ai pas confiance, il va y avoir une troisième personne, ça ne va pas être bon pour l'alliance avec les patients ». Et je me demande toujours en entendant ça : quelle alliance quand on n'a pas une langue commune ? Je trouve ça très hypocrite car les médecins sont habitués à avoir une troisième personne : quand ils reçoivent un enfant, ils reçoivent un parent ; quand ils reçoivent une personne âgée, ils ont l'aidant ou un de ses enfants ; quand ils accueillent des internes, ils ont un interne qui est là ; quand ils travaillent à l'hôpital, il y a une infirmière, un autre professionnel... Ils ont l'habitude, depuis le début, à ne pas être uniquement seuls avec les patients, donc ils savent faire. Je trouve que c'est un faux motif. Il faut ensuite avoir bien connaissance des intérêts à faire appel à interprète professionnel plutôt qu'à un proche ou un autre professionnel soignant.

Johann Omiya : A ce sujet, dans notre enquête, 13% des personnes interrogées ont dit faire régulièrement appel à des enfants, ce qui est très choquant. Dans notre livret, nous avons mis en avant le fait que ce n'est pas du tout recommandé et que c'est absolument à éviter. Je souhaitais également rebondir sur les freins, car nous avons demandé dans notre questionnaire « pour vous, quels sont les avantages et les inconvénients d'avoir accès à l'interprétariat professionnel ? ». Les avantages étaient bien connus : fiabilité de l'information, amélioration de la qualité de la relation avec le patient... Par contre, dans les inconvénients, il y avait en effet : le manque de temps, l'idée que « ça coûte cher », et ne pas savoir comment faire pour y accéder.

Dans la littérature, certaines études montrent que des biais implicites peuvent se cacher derrière des arguments du coût ou du manque de temps : l'idée que les patients allophones ne mériteraient pas les mêmes soins que les personnes qui parlent français. Ces justifications servent alors de façade à des formes de discrimination, voire de racisme et de xénophobie. Je ne dis bien évidemment pas que c'est le cas pour toutes les personnes, il faudrait faire des recherches supplémentaires sur le sujet pour mesurer l'ampleur, mais c'est vrai que le contexte actuel est préoccupant.

Ce que tu disais sur la crainte d'avoir une troisième personne, c'est possiblement un prétexte, mais effectivement des études montrent que c'est souvent une histoire d'habitude. Comme ils n'ont pas l'habitude, ils ont l'impression que cette troisième personne va venir un peu juger ce qu'ils font en tant que soignants. Mais avec des formations, c'est tout à fait possible de le changer, et c'est ce à quoi nous réfléchissons actuellement. Cela pourrait commencer par prendre la forme d'une équipe mobile de sensibilisation à l'interprétariat et aux avantages de l'interprétariat dans tout l'hôpital.

Nous avons eu une réunion avec la direction de l'AP-HP et le siège pour présenter nos résultats d'enquête et je me souviens parfaitement de la remarque d'une des participantes qui a dit « Ah, mais bon, Avicenne, vous consommez déjà énormément en interprétariat, alors qu'est-ce que... ». Je pense que notre levier, c'est la qualité des soins. Ça serait justement intéressant de mettre en avant des risques judiciaires en disant « si vous voulez que l'hôpital reçoive des plaintes parce que la qualité des soins, et on le sait, est moindre, alors à ce moment-là, on continue sans interprétariat ».

Mady Denantes : La qualité des soins moindre, les durées d'hospitalisation, les ré-hospitalisations, ce sont effectivement des éléments à mettre en avant dans un plaidoyer. Et comme vous l'avez bien expliqué, il faut commencer à évoquer ces questions-là le plus tôt possible dans la formation des professionnels de santé, qu'ils soient en externat, en internat, ou avant. J'ai justement avec moi à la maison de santé un externe qui dans deux mois sera à l'hôpital, et j'aimerais pouvoir le conseiller. Est-ce que tu pourrais nous expliquer, Johann, comment il pourra obtenir les codes d'interprétariat à l'hôpital, et s'il est un jour convoqué comme Océane parce que sa direction trouve qu'il dépense trop d'argent via l'interprétariat, quels sont les arguments qu'il peut mettre en avant ?

Johann Omiya : Pour l'obtention et l'utilisation des codes, tout est indiqué dans *notre livret*. Dans la pratique, ce sont les médecins qui ont les codes, mais cela relève normalement de la responsabilité des cadres et des chefs de service, qui les ont en leur possession. La sensibilisation des internes est donc nécessaire, car plus nous leur indiquons que des codes existent, plus ils les demanderont. Et les internes peuvent également montrer les textes de loi de l'HAS et de la loi de 2002 d'information des patients, et je pense que celle-ci est opposable. Un autre levier dont nous avons parlé sur la situation aux États-Unis, c'est la littératie en santé : la capacité d'un individu à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions éclairées concernant sa santé. Si nous informons les patients sur leurs droits, eux-mêmes pourront indiquer à d'autres professionnels de santé « j'ai le droit d'être informé correctement, d'avoir une communication claire, donc est-ce que vous avez un interprète ? ». Le fait que le patient demande donne tout de suite un autre poids.

Questions et remarques de la salle

Question/remarque : Je suis médecin au Comede, et j'exerce aussi dans un endroit où il n'y a pas d'interprètes. Est-ce qu'il existe des données sur les durées de consultation ? Pour avoir fait les deux, je ne suis pas sûr que ça soit vraiment plus long avec un interprète car sans sa présence, il faut parfois expliquer plusieurs fois, se répéter, s'assurer que la personne a bien compris... Alors que l'interprète permet d'expliquer et d'obtenir un retour directement. Ou alors est-ce plus long avec un interprète ?

Kelley Walton : Les chiffres pour les États-Unis indiquent que c'est 40 % plus long avec un interprète, notamment car les informations sont nécessairement répétées deux fois, une fois par la professionnelle de santé, et une fois par l'interprète. Mais il y a aussi quelque chose de très vrai dans ce que vous dites, qui est que l'information circule bien mieux et plus rapidement d'une certaine façon.

Question/remarque : Je suis formatrice d'interprètes à Osiris, qui fait partie du RIMES (Réseau de l'interprétariat médical et social) et je coanime les sensibilisations pour les professionnels « comment travailler avec un interprète ». Je pense que cette sensibilisation-là devrait être faite bien plus tôt. Pourquoi dans la formation des médecins, des assistants sociaux, des psychologues, il n'y a pas un module sur « comment travailler avec un interprète » ? Pourquoi il n'y a pas un plaidoyer pour que ce soit dans les universités ?

Mady Denantes : C'est effectivement un sujet très important que nous devons aborder, d'autant plus dans le cadre d'un plaidoyer. De mon côté, j'en parlerai dès la semaine prochaine dans la faculté où je suis maître de stage, et je pense que Océane le fera, ou a déjà commencé à le faire.

Question/remarque : J'ai travaillé au ministère de la Santé au moment où nous avons réussi à obtenir – après dix ans de lutte – le texte de loi sur le recours à l'interprétariat et à la médiation. Il n'est certes pas opposable, mais il est tout de même inscrit dans le Code de la santé publique. Je pense qu'il est possible en France de faire comme ce que vous nous avez indiqué aux États-Unis, grâce à ce texte qui indique l'intérêt de l'interprétariat dans le droit à l'information complète et le droit au consentement libre et éclairé. C'est aussi très important, je pense, d'insister sur le *rapport IGAS de 2019* dans nos plaidoyers. La recommandation de ce rapport était la suivante : « 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 ». Cela a failli se réaliser en 2021, car la direction de la CNAM était d'accord et tout avait été mis au point, mais un changement de direction a tout arrêté. C'était il y a peu de temps, et c'est important à tous avoir en tête, car c'était une solution tout à fait jouable et financièrement possible.

Question/remarque : Je travaille au Comede depuis longtemps, et je vois de plus en plus de personnes avoir recours à l'interprétariat. Mais par ailleurs, même s'il existe ces lois dont vous avez parlé et qu'il est normalement interdit de discriminer en santé sur un critère de langue, je vois encore beaucoup de comptes rendus hospitaliers où est indiqué « barrière de la langue ». Il faudrait leur mettre ça devant les yeux en leur disant « mais quand tu écris ça, tu admetts que tu es en train de discriminer ». Aujourd'hui cela me choque énormément, alors que lorsque j'étais interne, je l'ai moi-même écrit... Et c'est au moment où de plus en plus de professionnels de santé semblent s'impliquer et vouloir utiliser un interprète professionnel que l'IA se développe autant. Je me demandais si cette question de l'IA était également très présente aux États-Unis ?

Kelley Walton : Pour l'IA, nous ne savons pas encore. Dans toutes les réunions professionnelles des services d'interprète aux États-Unis, nous ne parlons que de ça. Mais pour le moment, ce qui nous protège un peu de l'IA, c'est qu'il y a des lois très fortes sur la confidentialité. Nous savons qu'il existe des IA qui parviennent à mieux garder la sécurité des données, mais ce n'est pas encore très développé. Nous savons donc qu'il n'est pas possible de défendre l'utilisation de ces outils-là, car les lois interdisent très clairement ces pratiques-là sur le stockage des données.

Question/remarque : J'avais deux remarques, l'une concernant le système aux États-Unis, et la seconde par rapport à la difficulté d'accéder au code d'interprétariat et à la méconnaissance globale, au sein de l'hôpital, de l'accès à l'interprétariat. Dans le modèle américain, il y a une coordination de l'interprétariat, et c'est ton métier. Il y a eu une expérience comme ça dans un hôpital de Toulouse. Est-ce que ce n'est pas aussi vers cela qu'il faudrait aller ? Est-ce que c'est des choses qui peuvent avancer à l'hôpital, et qui impliqueraient un modèle de financement peut-être très différent, plutôt que d'avoir recours à une agence extérieure et sous forme de contrat ?

À l'association Kolone, nous travaillons activement à des modules de formation et de sensibilisation des professionnels de santé au travail avec l'interprète. Nous nous posons aussi beaucoup la question de l'accès aux formations universitaires, à la formation des médecins, pour ce type de sensibilisation. Je sais qu'à Migration Santé Alsace, ils ont un petit module dans un hôpital de Strasbourg, et je me demandais comment, si ces formations/sensibilisations sont créées et portées, l'hôpital peut-il s'ouvrir à ça, ainsi que les facultés de médecine ?

Johann Omiya : J'espère que je ne vais pas paraître trop pessimiste. Je suis enseignante de santé publique à l'université, donc j'enseigne chaque année à une promotion de 180 étudiants, mais ils ne sont en réalité que 20 à venir en cours. J'avais par ailleurs créé une Unité d'enseignement (UE) libre de lutte contre les discriminations en santé l'année dernière (permettant d'acquérir des crédits supplémentaires) et ils étaient une dizaine à être venus. C'était extrêmement intéressant parce qu'on a pu travailler sur les représentations et sur tout ce que vous avez dit sur les barrières de langue. Mais dans les cours classiques, les étudiants ne viennent plus, ils se focalisent sur la préparation du concours. Pourtant, depuis 2022, la lutte contre les discriminations en santé est inscrite au concours mais ce n'est qu'un item, donc ils savent que ça ne va pas forcément tomber au concours. J'espère que ça va changer de ce côté-là.

Question/remarque : Je travaille depuis quelques années à Médecins du monde, mais pourtant le constat est toujours édifiant. Des pistes ont tout de même été évoquées et je pense qu'il est important de profiter de ce temps où de nombreux acteurs associatifs et gouvernementaux sont là pour discuter de ce que nous pouvons faire. Quels sont les leviers ? Est-ce qu'une partie des leviers serait d'armer tous les patients avec des flyers sur leurs droits qu'ils remettent aux professionnels de santé quand ils arrivent ? Est-ce que là-dessus, il y a un risque d'un énervement de la part des services qui les reçoivent ?

Est-ce qu'une autre piste serait plutôt en interne de faire pression sur la bonne personne à la CNAM, ou est-ce que l'ARS est une ressource qui est plutôt favorable à ce combat-là ? Ou alors est-ce que ça serait plutôt des procédures judiciaires, et est-ce que vous avez déjà eu des éléments un peu concrets de ce point de vue là ? Je ne vois pas de quelle manière ça se matérialise... j'imagine qu'il faut quand même avoir un patient qui est déjà victime de cette discrimination-là et qui est d'accord pour aller en justice, avec une association qui l'accompagne.

Johann Omiya : Je n'ai pas trop l'habitude du juridique, mais je donne toujours cet exemple de Treatment Action Campaign en Afrique du Sud, qui a fait un procès à l'État parce qu'il est anticonstitutionnel de ne pas donner de traitements de prévention de la transmission verticale du VIH. C'est un procès qui a fait jurisprudence : par la suite, ils ont été obligés d'importer les traitements antirétroviraux non seulement pour les femmes enceintes, mais également pour toute la population. Donc je crois assez en la procédure juridique, mais pour Treatment Action Campaign, il y a eu des années de formation d'activistes avant de monter ce procès. C'est donc une voie possible. Cependant les patients doivent être en séjour régulier voire naturalisés parce que sinon, c'est trop risqué pour eux. Il faut mesurer les bénéfices-risques, mais c'est un outil extrêmement puissant.

Oceane Gaigeot : En pratique au Comede, pour l'accompagnement d'un patient en particulier, nous pouvons mettre plusieurs éléments en place. Le premier est de demander au même moment de la lors d'une prise de rendez-vous à l'hôpital : « le médecin appelle bien l'interprète ? ». Le secrétariat ne le fait pas toujours, mais ils peuvent en tout cas le noter dans le dossier. Si nous ne sommes pas sûrs, nous pouvons parler au secrétariat du médecin en particulier pour lui demander s'il le fait ou non. Et de manière quasi systématique dans nos courriers, nous indiquons « monsieur parle Tamoul, merci de faire appel à un interprète professionnel », et nous le rappelons à chaque courrier s'il le faut. Et si nous sommes vraiment dans des situations très complexes – nous rencontrons par exemple des fois des annonces de cancer via google Traduction... –, nous rappelons le médecin en disant « est-ce que vous savez que vous pouvez avoir accès à l'interprétariat professionnel dans vos structures ? », et nous expliquons le code, où le trouver. Parfois nous appelons pour trouver le code et le donner au médecin. Et s'ils ne veulent vraiment faire aucun effort, nous allons jusqu'au bout en en parlant à leurs collègues. Ça c'est à l'échelle d'un patient en particulier.

Après pour un professionnel qui refuserait d'appeler l'interprète professionnel, oui, c'est vrai qu'il y a le levier juridique. Nous ne menaçons pas de porter plainte mais nous rappelons quand même le code de santé publique et le code de déontologie auquel il est soumis. Et cela aide de faire partie d'une association ou d'être au sein d'un collectif qui peut porter avec vous ce message et notamment en pluridisciplinarité, puisque en tant que professionnel de santé, nous n'avons pas forcément l'information sur tout. Avoir des collègues qui sont dans le socio-juridique, ça aide énormément. Une autre piste, pour les professionnels qui travaillent notamment dans les hôpitaux, pourrait être les syndicats, parce que ce n'est pas anodin de soigner sans pouvoir communiquer avec le patient. Cela a un coût psychique des deux côtés et on pourrait très bien argumenter que la mauvaise qualité de travail a un impact sur la santé psychique des salariés. D'autant plus si l'interprétariat est disponible dans la structure et qu'il y a des injonctions contradictoires : « Le code de santé publique me dit de le faire, mais ma direction me dit de pas le faire ». Il y a peut-être un enjeu là. Il faut pouvoir s'immiscer partout.

Question/remarque : Une piste moins compliquée que le contentieux en tribunal administratif serait peut-être de faire appel à la Défenseure des droits.

Johann Omiya : Un *rapport sur les discriminations en santé* a en effet été publié par les services de la Défenseure des droits il y a peu, et un focus était consacré au manque d'accès à l'interprétariat. Je suis donc complètement d'accord.

Question/remarque : Vous avez parlé du contexte de discrimination xénophobe qui servait parfois à justifier le refus de faire appel à un interprète. À l'époque, on recourait beaucoup moins aux interprètes qu'aujourd'hui, et au Comede, on entendait souvent : « Ah non, si on appelle un interprète, il ne va jamais apprendre le français ». Il me semble qu'on l'entend moins aujourd'hui, mais vu le climat politique de plus en plus xénophobe, j'ai peur que ce type d'argument ressorte. Ce qui est complètement absurde, puisque c'est le contraire, cela aide les gens au « parcours d'intégration » – le ministère de l'Intérieur n'a que ce mot à la bouche... Faciliter les échanges, via les interprètes, ça aide à apprendre le français, ce qui est évidemment l'objectif des personnes.

J'avais une question pour Kelley, notamment sur les modalités de réponse à l'interprétariat. Il y a le système des salariés des hôpitaux, qui a plein d'avantages, et le système en France qui est plutôt faire appel à un prestataire. Tu disais qu'il y avait des certifications nationales pour seulement sept langues, donc comment faites-vous vis-à-vis de la grande diversité des langues ? Et derrière ça il y a aussi la question de la diversité des langues, parce que notamment tu disais qu'il y a sept certifications pour sept langues, mais est-ce que ça veut dire que sur la grande diversité des langues, comment peut-on trouver le moyen d'en avoir d'autres ?

Kelley Walton : Sur le sujet des certifications, cela ne veut pas dire que nous n'avons pas d'interprètes dans toutes les autres langues. Je travaille par exemple dans un hôpital dans une ville moyenne aux États-Unis, et l'année dernière il y avait 99 langues parlées par des patients. Nous sommes obligés par la loi d'avoir des interprètes professionnels pour toutes ces langues-là. 75 % des patients allophones reçus parlent espagnol, donc pour cette population ce sont souvent les salariés. À part ça, nous avons des contrats avec des services extérieurs, principalement par vidéo. Aux États-Unis, c'est en premier en présentiel, puis en vidéo, et enfin par téléphone, alors qu'en France j'ai l'impression que c'est surtout par téléphone. Et l'un des avantages d'avoir des services des langues dans l'hôpital, c'est que si nous n'avons pas ou ne trouvons pas directement d'interprète pour une langue, par exemple le Marshallaise – il doit y avoir seulement deux ou trois interprètes de qualité dans le monde –, je vais pouvoir passer une journée entière à trouver cet interprète-là, puisque je gère le service. Nous espérons cependant qu'il puisse y avoir de plus en plus de certifications pour différentes langues.



Kolone est une association parisienne fondée en 2011, qui a pour mission d'offrir des cours de français aux nouveaux arrivants et nouvelles arrivantes en France, tout en créant un espace d'accueil et de soutien pour les personnes exilées.

Elle propose une formation linguistique à visée professionnelle inédite, le programme *Français Langues et Médiation (F.L.A.M)*. Ce programme est ouvert aux personnes exilées souhaitant améliorer leur français, tout en s'orientant vers des métiers de la médiation interculturelle, de l'interprétariat ou du travail social. Elle permet de découvrir les associations et les acteurs de terrain, la réalité du travail d'interprète et de médiateur en effectuant des missions d'observation auprès des structures partenaires.

L'association ouvre également ses portes dans *le quartier Algérie* du 19^e arrondissement. Ses valeurs fondatrices sont l'hospitalité, la solidarité, l'attention aux personnes accueillies et à la langue de chacun.

Kolone