



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

**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**

**SYNTHÈSE**

DU RAPPORT D'ÉTUDE RÉALISÉ  
POUR LE COMPTE DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PAR :

**Michaël Schwarzinger, ATIP/AVENIR, INSERM 738, Paris**

**avec les contributions d'Eric Cédiey et Sandrine Argant, ISM CORUM, Lyon**

Décembre 2012

Le serment d'Hippocrate engage chaque médecin : « *J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.* » A l'ère d'une médecine moderne, le droit d'information du patient a été élargi à celui d'une décision médicale partagée.<sup>1</sup> Dans ce contexte, le patient allophone (non-francophone) représente un cas particulier car le prérequis d'une communication possible permettant transmission d'information et décision partagée est absent. Quelques études anthropologiques<sup>2</sup> ont documenté une forte variabilité des pratiques qui impliquent souvent l'intrusion d'une tierce personne (le plus souvent un membre de la famille accompagnant le patient) dans un colloque qui n'est plus singulier. A des fins de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses, et dans le respect de l'éthique médicale, la Direction Générale de la Santé (DGS) du ministère des affaires sociales et de la santé<sup>3</sup> soutient depuis 20 ans l'accès aux services d'interprètes professionnels dans la prise en charge des patients allophones affectés par le Vih/sida, la tuberculose ou une hépatite virale. Nous présentons ici la synthèse de l'étude missionnée par la DGS pour investiguer les pratiques d'interprétariat en cours dans les centres de dépistage (Cdag/Ciddist), Clat et services hospitaliers prenant en charge le Vih/sida et la tuberculose. Considérant que les patients allophones ne sont pas uniquement porteurs de maladies infectieuses, le champ de l'étude a été ouvert à la prise en charge du diabète dans les services hospitaliers.

L'objectif assigné à l'étude est d'analyser et d'observer les différentes pratiques d'interprétariat en santé :

- en quoi et comment se pratique le recours à un interprète professionnel,
- quels sont ses effets sur les modalités de suivi médical, l'observance des prescriptions, des recommandations de vie quotidienne et les connaissances sur les modes de transmission et de prévention,
- quelles sont les étapes de la prise en charge au cours desquelles la présence d'une telle assistance linguistique est ressentie comme particulièrement nécessaire,
- quelle est l'efficience du recours à l'interprétariat professionnel.

### Périmètre de l'étude

Donner un éclairage exhaustif sur l'ensemble de ces questions, et notamment documenter l'efficience du recours à l'interprétariat professionnel, nécessiterait une étude longitudinale, voire un essai contrôlé randomisé, conduit dans la population des patients allophones et comparant différentes modalités d'assistance linguistique. Les difficultés de recrutement et de suivi des patients allophones comme les variabilités des pratiques d'assistance linguistique et les raisons qui les sous-tendent n'ont pas permis d'envisager une telle étude.

La présente étude n'a donc pas l'ambition de clore la question initialement posée. Elle permet néanmoins d'aborder ce que l'on sait de l'efficacité de l'interprétariat professionnel, d'étudier les conditions de son efficience dans le système de soins et d'observer l'usage de différentes modalités d'assistance linguistique. Finalement, un très faible niveau de recours à l'interprétariat professionnel a été observé (2% en consultation hospitalière, aucun dans les Clat mis à part le cas particulier d'une mission de dépistage sur site) alors que médecins chefs de service et les médecins en consultation déclarent que la proportion de patients allophones pris en charge est substantielle (10%).

---

<sup>1</sup> L'article 84 de la loi « hôpital, patient, santé, territoire » du 22 juillet 2009 affirme l'intérêt de l'éducation thérapeutique qui « a pour objectif de rendre le patient autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie ». Le Code de la Santé Publique, en son article L.1111-4, rappelle que « toute personne prend les décisions concernant sa santé, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit », que le « médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix », qu'il doit « tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. » et qu' « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ».

<sup>2</sup> Querre M et al. (2009). Etude sur la prise en charge des migrants infectés par le VIH, ayant des difficultés dans l'expression française courante. Rapport final, Direction Générale de la Santé: 1-77; Kotobi L et al. (2009). Interprétariat et multiculturalité : étude menée dans différents hôpitaux parisiens. Projet Onconord.

<sup>3</sup> Sous-direction de la prévention des risques infectieux

Le recours à l'interprétariat professionnel étant la modalité d'assistance linguistique la moins souvent rencontrée, l'étude a été élargie aux déterminants de ce recours en analysant les données de facturation sur 4 années de l'association ISM Interprétariat, qui couvre en Ile-de-France la grande majorité de l'offre de services d'interprétariat professionnel proposée aux services sanitaires (visite, permanence, téléphone).

Ainsi, la présente étude permettra d'ores et déjà de dégager :

- les données existant à ce sujet dans la littérature internationale ;
- des éléments sur l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel sur les trois pathologies retenues (Vih/sida, tuberculose, diabète) à partir de la construction d'un modèle médico-économique exploratoire ;
- les perceptions des médecins, des patients et de leurs accompagnants, interrogés dans une enquête de terrain conduite dans 27 services hospitaliers situés en Ile-de-France et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- des recommandations déduites des éléments ci-dessus pour améliorer et faciliter la prévention et la prise en charge des patients allophones affectés d'une pathologie chronique et suivis en France.

### **1. Ou apporte la littérature internationale sur l'interprétariat professionnel ?**

Sur 46 études examinées, nous n'avons retrouvé aucun essai contrôlé randomisé conduit exclusivement dans une population de patients allophones et comparant un indicateur de morbi-mortalité selon le recours ou non à l'interprétariat professionnel.

De plus, le contexte des études est majoritairement américain et les résultats sont difficilement applicables au contexte français. Dans le contexte américain, deux modalités principales d'interprétariat ont été étudiées dans la prise en charge des patients hispanophones : les soignants bilingues, et la présence permanente d'interprètes professionnels dans les structures de soins. En France, si ces modalités peuvent être applicables pour certaines populations migrantes historiques (arabophones par exemple), la prise en charge des patients non-francophones infectés par le Vih ou la tuberculose révèle une très grande diversité de langues et dialectes parlés, incompatible avec les modalités d'interprétariat étudiées aux Etats-Unis.

Aucune des 46 études examinées n'est réellement mobilisable dans notre projet, qui cherche à comparer les conséquences sanitaires et économiques du recours à un interprète professionnel tel qu'il est pratiqué dans le système de soins français (par déplacement sur site ou par téléphone).

Cependant, certains résultats sont convergents sur la qualité des soins :

- 1) quelle que soit la modalité d'assistance linguistique étudiée, l'amélioration de la qualité des soins n'atteint pas celle mesurée dans la population de référence (anglophone dans le contexte américain) ;
- 2) le recours à un interprète professionnel permet d'améliorer sensiblement la qualité des soins dans la population allophone par rapport à l'absence de tout recours ;
- 2) l'orientation d'un patient vers un médecin qui parle la langue du patient (essentiellement l'espagnol dans le contexte américain) permet d'améliorer la qualité des soins.

Si la littérature internationale ne permet pas de juger de l'efficacité de différentes modalités d'assistance linguistique, notamment de l'interprétariat professionnel dans le contexte français, il semble important d'évoquer l'expérience anglaise du recours systématique à l'interprétariat professionnel. Dans les années 1990, le Bradford Teaching Hospitals NHS Foundation Trust montrait qu'il était globalement moins coûteux d'investir dans le salaire d'une unité de médiation/interprétariat de 7 personnes (parlant principalement les langues indo-pakistanaïses) que de ne pas proposer d'interprétariat aux patients

allophones et à leurs soignants<sup>4</sup>. Cette expérience a contribué à la généralisation du recours à l'interprétariat professionnel dans les services de santé anglais (NHS). Un rapport récent estime que le NHS a dépensé 70 à 75 millions de livres britanniques dans l'interprétariat sur plus de 140 langues de 2008 à 2011, soit un coût annuel d'environ 28 millions d'euros.<sup>5</sup> L'étude permet aussi d'estimer que les dépenses sont très majoritairement liées au recours aux interprètes professionnels alors que les frais de traduction écrite sont en diminution, et, de façon notable, qu'environ 10% des dépenses relèvent de demandes du secteur de soins primaires.

## **2. Ou apporte la construction d'un modèle exploratoire médico-économique ?**

En l'absence de données documentant l'efficacité de l'interprétariat professionnel en termes de morbi-mortalité, seul un modèle médico-économique exploratoire a été construit pour expliciter les déterminants de l'efficacité de l'interprétariat professionnel par rapport à d'autres modalités d'assistance linguistique. Au cœur du modèle, nous avons fait l'hypothèse qu'une amélioration de la communication entre soignant et patient allophone conduit à une amélioration de l'observance thérapeutique et des mesures de prévention et qu'une assistance linguistique est nécessaire tant que le patient allophone n'a pas acquis des compétences linguistiques suffisantes en français. Le modèle a été appliqué aux 3 pathologies considérées dans l'étude : le Vih/sida, la tuberculose et le diabète. Ce faisant ces 3 modèles permettent d'aborder l'efficacité de l'interprétariat professionnel dans la prise en charge de pathologies d'horizon de suivi et de coût moyen annuel très différents (pathologie chronique nécessitant un traitement à vie versus tuberculose dont l'objectif du traitement est la guérison à 6 mois ; coût moyen annuel décroissant entre Vih/sida, diabète, tuberculose)

Globalement, les résultats des modèles sont favorables au recours à l'interprétariat professionnel :

- les résultats sont toujours favorables dans la tuberculose dont l'horizon de traitement est court et conduit à la guérison,
- les résultats sont aussi favorables dans le diabète et le Vih/Sida, sous certaines conditions. Pour ces 2 pathologies chroniques, l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel est d'autant plus évidente que le patient acquiert rapidement des compétences linguistiques en français. Aussi, la comparaison des résultats pour ces 2 pathologies montre la logique pas toujours intuitive de ces modèles : si l'interprétariat professionnel améliore l'adhésion au traitement et l'espérance de vie, son efficacité économique dépend drastiquement du coût moyen annuel de prise en charge des patients pendant les années de vie gagnées. Le coût moyen annuel de prise en charge des patients affectés d'un diabète est environ 2 fois moins important que celui des patients affectés par le Vih/sida. Si l'interprétariat professionnel est efficace dans la prise en charge du diabète, des hypothèses supplémentaires sont nécessaires pour qu'il le soit dans le Vih/sida, notamment en termes de transmissions secondaires évitées.

## **3. Ou apporte l'enquête sur le terrain conduite en Ile de France et en Provence Alpes Côte d'Azur dans le champ des 3 pathologies étudiées : Vih/sida, tuberculose, diabète ?**

### Définition du patient allophone et mesures subjectives en santé

---

<sup>4</sup> Migrant Friendly Hospitals conference : "Hospitals in a culturally diverse Europe", Amsterdam, The Netherlands, December 9-11, 2004

<sup>5</sup> Dr S Gan. *Lost in translation: how much is translation costing the NHS, and how can we both cut costs and improve service provision.* 2020 HEALTH; Feb 2012.

1) Diverses méthodes permettent de caractériser un patient allophone (non-francophone) selon l'orientation de l'étude. Nous avons repris les items de l'enquête TEO menée par l'INED/INSEE<sup>6</sup>. Un patient est défini comme « allophone » s'il répond « *Un peu* », « *Pas du tout* » ou *ne se prononce pas* à l'une des deux questions suivantes :

- « *Diriez-vous que vous comprenez le français à l'oral ?* » : « *Très bien* » ; « *Bien* » ; « *Un peu* » ; « *Pas du tout* » ; *ne se prononce pas*
- « *Diriez-vous que vous parlez en français* »... « *Très bien* » ; « *Bien* » ; « *Un peu* » ; « *Pas du tout* » ; *ne se prononce pas*

Il convient de noter que cette définition caractérise des patients « allophones » pour lesquels l'interprétariat est nécessaire, mais que la communication thérapeutique n'est pas forcément satisfaisante pour des patients « francophones » qui répondent « *Bien* » aux deux questions.

2) L'enquête de terrain proposée aux médecins et aux patients, ne permet pas de mesurer complètement et objectivement l'observance thérapeutique des patients francophones et allophones, qui ne sont rencontrés que sur une seule consultation. Ce sont des mesures subjectives en santé qui ont été principalement recueillies, notamment la *perception* de l'observance ressentie par le médecin et son patient. Plusieurs mesures objectives ont toutefois été relevées qui viendront corroborer les premières.

#### ...Du côté des médecins chefs de service

En préalable à l'enquête de terrain, 27 entretiens semi-directifs ont été conduits auprès des chefs de service de 10 services de diabétologie, 9 services de maladies infectieuses, 6 CLAT et 2 services de pneumologie (prenant en charge la tuberculose). Les services hospitaliers sélectionnés parmi les 148 hôpitaux publics ou établissements participants au service public hospitalier (PSPH) l'ont été en fonction de l'analyse de critères permettant de supposer une proportion importante de patients allophones : existence d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et dotation d'une MIG « précarité » supposant plus de 10,5 % de séjours relevant d'une Aide Médicale Etat, de la CMU ou de la CMU-C.

Les chefs des services hospitaliers retenus estiment à 8 % en médiane la proportion de patients allophones dans la file active du service.<sup>7</sup>

Les types d'organisation de l'interprétariat sont très divers parmi les 27 services interrogés. Les critères qui font la différence sont surtout le fait de recourir, ou non, à l'accompagnant du patient, et au personnel bilingue du service. Le type d'organisation de l'interprétariat dépend de la proportion de patients allophones présents dans la file active du service.

- 37% des 27 services n'ont jamais eu recours à l'interprétariat professionnel.
- seuls 2 services de maladies infectieuses évoquent la formation des internes au recours à l'interprétariat professionnel.
- l'accompagnant du patient est la modalité d'interprétariat privilégiée ; pour plusieurs chefs de service elle présente du point de vue du médecin des avantages comparatifs en terme d'organisation immédiate (lourdeur et délai du recours à un interprète tiers) et en terme de renforcement du suivi du patient.
- en revanche aucun chef de service n'envisage le fardeau que peut représenter le rôle d'interprète et de relais éducatif pour l'accompagnant du patient, ni l'absence d'autonomie qui peut résulter d'un transfert de la responsabilité de l'observance sur l'accompagnateur interprète et non sur le patient lui-même.

<sup>6</sup> Enquête TEO « Trajectoires Et Origines » sur la diversité des populations en France métropolitaine (échantillon représentatif de 21 761 individus âgés de 18 à 60 ans). Cette enquête conduite par l'INED/INSEE approche l'immigration de manière transversale (diversité des pratiques linguistiques, niveau de maîtrise du français, éducation, travail, famille, religion, discriminations...).

<sup>7</sup> La définition restrictive adoptée pour le patient « allophone » conduit à une sous-estimation de la proportion de patients qui peuvent poser des difficultés de communication en français dans les consultations médicales et dans leur suivi.

### ...Du côté des médecins en consultation

108 médecins ont évalué subjectivement l'observance moyenne d'au moins un groupe de patients défini par une pathologie, par la maîtrise ou non du français, et par la modalité d'interprétariat utilisée le cas échéant.

48% des médecins participant à l'enquête estiment qu'au moins 10% de patients allophones sont présents dans la file active du service.

- Les 3/4 des médecins ont connaissance théorique de l'interprétariat professionnel, mais près des 2/3 déclarent n'avoir jamais ou rarement recouru à ces services dans la pratique. Dans l'absolu, une très forte majorité d'entre eux envisagent de recourir à l'accompagnant du patient plutôt qu'à un interprète professionnel s'ils se trouvaient dans le scénario d'un patient allophone d'Europe de l'Est, suivi pour une pathologie chronique et venant en consultation accompagné d'un adulte francophone.
- Par rapport aux hypothèses exploratoires faites dans l'élaboration du modèle médico-économique, les évaluations subjectives des médecins valident la diminution de l'observance chez les patients allophones par rapport aux patients francophones.
- Sur la base de l'effectif global de ces évaluations toutes pathologies confondues, on retrouve aussi une amélioration significative de l'observance des patients allophones avec le recours à l'interprétariat professionnel, vis-à-vis de l'interprétariat par un membre bilingue du personnel non-soignant ou par un accompagnant du patient.
- Toutefois dans le détail de chaque pathologie présentée (à l'exception de la tuberculose latente), les médecins ne jugent pas de façon significative que les services d'interprétariat professionnel sont meilleurs que les autres modalités d'interprétariat (personnel bilingue soignant ou non-soignant, accompagnant du patient). Ces résultats doivent être interprétés avec précaution en raison du faible effectif de médecins sur chaque pathologie déclarant avoir déjà eu recours en pratique à des services d'interprétariat professionnel.

### ...Du côté des patients

436 patients ont été interrogés au cours de l'enquête : 216 (50%) patients dans 8 services de maladies infectieuses ; 168 (38%) patients dans 5 services de diabétologie / endocrinologie ; 52 (12%) personnes dans 4 CLAT.

Parmi eux, 198 (45%) sont des patients « allophones » tels que définis par l'enquête TEO (INSEE/INED), dont 154 en consultations hospitalières. Si les langues et dialectes parlés les plus fréquents sont originaires d'Afrique sub-saharienne (25,8%) et du Maghreb (22,7%), un éventail de 38 langues et dialectes différents a été observé dans l'enquête.

- 32,5% des patients allophones sont accompagnés en salle d'attente et toujours dans un but de traduction. Parmi les patients allophones, les patients de sexe féminin, les patients plus âgés, moins scolarisés, et consultant dans un service de diabétologie/endocrinologie sont plus fréquemment accompagnés que les autres. L'accompagnant-traducteur est le plus souvent un enfant majeur du patient, jusqu'à la moitié des cas lorsque le patient allophone est une femme.
- Le recours aux services d'interprétariat professionnel lors de la consultation hospitalière d'un patient allophone n'a été observé que de façon exceptionnelle dans cette enquête : 3 cas sur 154 (2%). Les consultations hospitalières de patients « allophones » (ne parlant ou ne comprenant pas ou peu le français) se sont le plus souvent passées en français avec le seul médecin, sans recours à aucune tierce personne, en particulier dans les services de maladies infectieuses : 55,6% des cas.
- L'observation précédente est corroborée par les dires des patients allophones dont seuls 13,3% déclarent connaître l'interprétariat professionnel. Une fois que tous sont informés de cette possibilité, *la moitié environ des patients allophones (48,2%) disent qu'ils auraient préféré l'intervention d'un interprète professionnel lors de leur consultation si cela leur avait été proposé.*
- Les déterminants chez les patients allophones d'une préférence encore plus marquée pour l'interprétariat professionnel sont multifactoriels : être en service de diabétologie, être âgé, parler une

langue qui ne vient pas d'Afrique sub-saharienne, être accompagné pour traduire de son enfant adulte ou d'un tiers autre que son conjoint...

### ...Du côté des accompagnants

L'enquête n'avait pas prévu formellement d'interroger les accompagnants des patients. Cependant les échanges informels entre les enquêtrices et les accompagnants révèlent que ceux-ci vivent souvent comme un poids la contrainte de cumuler le rôle d'interprète avec celui de relais éducatif voire d'aidant familial, certains soulignant que ce cumul des rôles nuit aussi à l'autonomie du patient dans la prise en charge de sa maladie.

### Compréhension et observance en l'absence d'interprète professionnel

Globalement (francophones et allophones) 85,8% des 436 individus participant à l'enquête ont donné un nom à leur pathologie ou problème de santé. De façon attendue, les patients suivis pour une pathologie chronique (Vih, diabète) donnent plus souvent un nom à leur problème de santé que les individus dépistés un jour donné (31% des 48 individus dépistés dans les Clat ont nommé la « tuberculose »).

Parmi les 316 patients suivis et traités depuis plus de 6 mois pour une infection à Vih/Sida ou un diabète, les différents éléments recueillis au cours de l'enquête concordent dans le sens d'une diminution significative de la compréhension des consultations, de la qualité du suivi et de l'observance chez les patients allophones par rapport aux patients francophones, dans chacune des deux pathologies étudiées.

- 39% des 124 patients allophones ont pu donner le nom d'au moins 1 médicament parmi ceux prescrits, contre 81% des 192 patients francophones ; 27% des patients allophones ont pu donner le nom d'un examen de suivi du traitement, contre 63% des patients francophones.
- Parmi les patients allophones, on observe que ceux qui sont venus, pour traduire, avec un accompagnant autre que leur conjoint (cet accompagnant est alors souvent un enfant majeur), sont les patients qui entretiennent le niveau de littératie en santé le plus faible : 13% ne savent pas désigner leur pathologie, 90% ne désignent aucun nom de médicament, 84% ne désignent aucun examen de suivi.
- En terme de compréhension de la consultation, les patients francophones et leur médecin s'accordent sur une très bonne compréhension de la consultation (patients : 18,8/20 en moyenne ; médecins : 17,1/20 en moyenne). Les patients allophones et leur médecin s'accordent sur une compréhension significativement moins bonne de la consultation (patients : 14,1/20 en moyenne ; médecins : 12,9/20 en moyenne), que cette consultation se soit déroulée avec le médecin seul (patients : 15,9/20 ; médecins : 14,0/20), avec le conjoint comme accompagnant (patients : 15,5/20 ; médecins : 12,1/20) ou avec un accompagnant autre que le conjoint (patients : 8,5/20 ; médecins : 10,3/20).<sup>8</sup>
- En termes de mesures objectives de l'observance, renseignées par le médecin : concernant les patients affectés par une infection à Vih/Sida, 70% des patients allophones avaient le jour de la consultation une mesure de la charge virale datant de moins de 3 mois, contre 78% des patients francophones nés à l'étranger et 91% des patients francophones nés en France ; le virus du Vih était indétectable chez 67% des patients allophones, contre 74% des patients francophones nés à l'étranger et 91% des patients francophones nés en France. Concernant les patients diabétiques, la maladie pouvait être considérée comme contrôlée selon les critères de la HAS chez 23% des patients allophones, contre 41% des patients francophones nés à l'étranger et 33% des patients francophones nés en France.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Rappelons que l'enquête n'a pu inclure que 3 consultations hospitalières de patient allophone où est intervenu un interprète professionnel, effectif trop faible pour construire des indicateurs statistiquement significatifs.

<sup>9</sup> Les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont les suivantes : Diabète de type 2 traité par antidiabétiques oraux (HbA1c<6.5%) ; Diabète de type 2 traité par insuline (HbA1c<7%) ; Diabète de type 2 du sujet très âgé (75+) (HbA1c<8%) ; Diabète de type 1 (HbA1c entre 7% et 7.5%)

#### **4. Ou'apporte l'étude des données recueillies par ISM Interprétariat ?**

Les données de facturation d'ISM Interprétariat correspondant à des interventions en milieu médico-social en région Ile-de-France ont été analysées entre janvier 2008 et juin 2012, soit 130 435 interventions.

Cette analyse permet d'établir les constats suivants :

- Les régions d'origine des langues et dialectes demandés en Ile de France, par ordre décroissant, sont :
  - l'Asie du Sud (majoritairement le Tamoul) : 22,5 %
  - les Pays d'Europe de l'Est et du Sud non-membres de l'UE (le Russe en première position) : 16,3 %
  - l'Asie de l'Est et du Sud-Est (majoritairement le Chinois) : 14,7 %
  - l'Asie de l'Ouest (majoritairement le Turc) : 13,6 %
  - les Pays membres de l'UE depuis 2004 (majoritairement le Roumain) : 10,2 %
  - l'Afrique sub-saharienne (majoritairement les langues mandées : Bambara, Soninke, Mandingue...) : 10 %
  - Maghreb et Machrek (majoritairement l'Arabe) : 8,9 %
  - Pays membres de l'UE depuis 1995 : 3,8 % (sans possibilité d'identifier si l'Anglais, le Portugais, l'Espagnol sont utilisés pour des européens ou pour des personnes originaires d'Afrique ou d'Amérique du Sud anglophone, lusophone ou hispanophone).
- La demande d'interprétariat professionnel médico-social en Ile de France est croissante sous l'effet des dernières vagues d'immigration, notamment d'Asie du Sud (demande en Tamoul) et d'Europe de l'Est & du Sud hors Union Européenne (demande en Russe).
- En moyenne, un établissement hospitalier d'Ile de France recourant à ISM Interprétariat a fait 10 demandes par mois.
- Les modalités plus faciles et plus rapides de recours à l'interprétariat professionnel existant dans la période où ce service est subventionné par la DGS, induisent une augmentation de la demande d'interprétariat professionnel de 19,7 %.
- Une simulation d'augmentation de la demande totale des hôpitaux actuellement demandeurs d'interprétariat professionnel en Ile de France, sous l'effet d'un changement de comportement qui amènerait à une fréquence de recours comparable à celle qui existe dans les associations de première prise en charge médicale des migrants (Médecins du Monde, Comede, Médecins sans Frontière...), conduit à une demande moyenne mensuelle par hôpital et par mois de 34,4 interventions d'interprétariat professionnel (versus 10 actuellement), soit un coût moyen de 1031 € par hôpital demandeur et par mois.

#### **5. Enseignements, pistes de recommandations et prolongations de l'étude**

Quatre éléments notables émergent de l'enquête :

- > Sans que cette situation soit anticipée ou délibérément choisie par les chefs de service ou médecins consultant, un nombre conséquent de patients non francophones se retrouvent en consultation sans aucune possibilité de dialogue avec le médecin



- > Les éléments approchés concernant la compréhension de la consultation et la connaissance du traitement et des examens prescrits révèlent une situation dégradée chez les patients allophones venus avec un accompagnant-traducteur autre que leur conjoint (fils ou fille le plus souvent, autre parent, connaissance) ;
- > L'expérience pratique du recours à l'interprète professionnel est faible chez les médecins enquêtés et très faible chez les patients.
- > Une fois informés de cette possibilité, près de la moitié des patients allophones enquêtés auraient préféré avoir l'assistance d'un interprète professionnel plutôt qu'une traduction par leur accompagnant. Sans que leur appréciation ait été systématiquement recueillie, les accompagnants confirment cette préférence de leur côté, non seulement pour alléger leur propre charge mais aussi pour faciliter une autonomie de la personne accompagnée dans le suivi de sa prise en charge.

Ces quatre éléments doivent être adjoints aux principes éthiques et déontologiques concernant le respect du secret médical, le recueil d'un consentement libre et éclairé, le droit du patient à la confidentialité concernant sa maladie (Art L1110-4 du Code de la Santé Publique : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.* » / Art. L.1111-4 du CSP : « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* »), et enfin le respect du principe d'égalité dans l'accès aux soins, par delà les difficultés linguistiques. Rappelons que le respect de la confidentialité et du secret médical sont des obligations déontologiques dans l'interprétariat professionnel.

### **► Définir les étapes et registres de la prise en charge où l'intervention d'un interprète serait particulièrement nécessaire**

C'est pourquoi peuvent être retenues les pistes suivantes de recommandations en matière d'étapes de la prise en charge au cours desquelles serait nécessaire, si le médecin lui-même n'est pas bilingue, la présence d'un interprète (interprète professionnel, ou personnel hospitalier bilingue formé à l'interprétariat) :

- La consultation initiale d'un patient pris en charge pour une maladie chronique et/ou infectieuse. Une partie de cette consultation permettrait de faire connaître au patient sa possibilité ultérieure d'avoir l'assistance d'un interprète (selon l'organisation retenue par le service, soit un interprète professionnel, soit un soignant/autre personnel hospitalier bilingue formé à l'interprétariat) dont on fera connaître l'obligation de respect absolu du secret médical et de fidélité et neutralité de la traduction. Il sera bien précisé que cet interprète ne tiendra aucun rôle d'accompagnant ou d'aidant en dehors du cadre de la consultation ;
- Chaque consultation ultérieure engageant : l'annonce d'un diagnostic, l'initiation d'un traitement, un changement du protocole thérapeutique, une proposition d'examen exceptionnel (hors des bilans de routine qui auront été présentés dans la consultation initiale) ou d'intervention de type chirurgical ;
- Toute consultation à visée d'éducation thérapeutique.

Indépendamment de ces moments-clés, il faut souligner que la vulnérabilité sociale de beaucoup de patients allophones, et l'impact de cette vulnérabilité sur leur santé et sur leur observance thérapeutique, rend souvent très utile l'intervention régulière d'un interprète. Outre le registre thérapeutique, l'apport de l'interprétariat peut aussi se révéler sur le registre médico-social-administratif, notamment pour veiller à la bonne ouverture des droits de ces patients à une couverture santé, ce qui n'est pas indifférent non plus pour les établissements hospitaliers d'un point de vue financier...

► **Traduire la charte du patient hospitalisé dans les langues étrangères les plus fréquemment rencontrées**

A l'instar de ce qui se pratique au Royaume-Uni, il semblerait opportun de mettre à disposition sur internet la charte du patient hospitalisé (et d'autres documents essentiels à la prise en charge) traduite dans les langues les plus fréquemment rencontrées, en y joignant l'information sur la possibilité de recourir à un interprète professionnel, précisant que ces interprètes garantissent le secret médical.

Cette charte et cette information pourraient aussi être affichées dans l'hôpital en quelques-unes des langues étrangères les plus fréquemment rencontrées, en particulier dans les hôpitaux dont la file active de personnes d'origine étrangère est importante.

► **Intégrer la question des patients allophones et de l'interprétariat dans la formation initiale des médecins et des autres soignants**

Par ailleurs la méconnaissance globale rencontrée au cours de l'enquête sur l'existence de services d'interprétariat professionnel, conduit à préconiser d'intégrer la question des patients allophones dans la formation initiale des médecins et des autres soignants, en présentant les modalités pratiques les plus simples possibles de recours à des interprètes professionnels. Il conviendrait de préciser dans cette formation que les interprètes professionnels sont soumis aux obligations du secret professionnel et de la neutralité.

Au-delà de la formation initiale, il conviendrait de mieux informer le corps médical et les autres professions du soin sur les services d'interprétariat professionnel, leur respect du secret médical, leurs modalités d'intervention, la façon de les solliciter en pratique.

► **Mobiliser l'interprète professionnel en tant qu' « aide à l'aidant »**

L'enquête permet de comprendre que la prise en charge de la traduction de la consultation par l'accompagnant du patient allophone est moins un choix qu'une contrainte liée à l'absence d'alternative, contrainte qui semble peser sur près de la moitié des patients (48 % des patients allophones accompagnés auraient préféré un interprète professionnel).

Il semble que la traduction des consultations, cumulée au rôle d'éducateur en santé et de soutien familial, signifie une disponibilité et une responsabilité supplémentaire pesante pour l'accompagnant familial, alors même que l'importance du rôle d'aidant familial est de plus en plus soulignée pour le soutien thérapeutique et la qualité de vie du malade chronique. Ce rôle est identifié comme crucial mais aussi extrêmement lourd à tenir dans la durée si les professionnels ad hoc ne sont pas mobilisés (cf. Axe 3 du plan pour la qualité de vie des personnes atteintes de maladie chronique : *« L'accompagnement des personnes malades repose aussi, de façon peut-être moins visible mais tout aussi déterminante, sur des aidants proches (conjoint, ascendants, descendants, membres du voisinage) dont le rôle va du soutien aux tâches de la vie quotidienne jusqu'à l'accompagnement à la démarche de soins. La charge pesant sur cet entourage est souvent lourde, faute d'aides professionnelles mobilisées ou adaptées »*).

L'assistance d'un interprète professionnel peut être un soulagement au cours de la consultation pour l'accompagnant familial, en lui permettant par ailleurs de jouer pleinement son rôle de soutien dans la vie quotidienne, et en respectant l'autonomie du patient.

► **Simplifier autant que possible les modalités de recours à l'interprète professionnel**

Le facteur temps fait partie des éléments importants conduisant les professionnels à être réticents pour recourir à un interprète professionnel dès lors qu'ils craignent que la gestion du flux des patients soit perturbée.

Les modalités simplifiées qui ont été appliquées grâce à la convention pluriannuelle liant la DGS et l'association ISM Interprétariat ont été déterminantes pour inciter les services de maladies infectieuses et d'hépatologie à recourir aux interprètes professionnels. L'analyse des données d'ISM Interprétariat fait apparaître, à partir de juillet 2010, que le transfert pour un certain nombre d'hôpitaux sur le budget de l'hôpital a représenté un frein important, parce qu'il n'a pas été prévu de conserver la simplicité de recours en vigueur jusqu'alors (nécessité de passer par le standard de l'hôpital, par l'économat, voire même demande préalable d'autorisation par télécopie, alors qu'avant juillet 2010, un simple code était à indiquer au moment de composer le numéro de téléphone direct).

De fait, l'enquête de terrain a constaté que de manière majoritaire (55,6 % des cas) dans les services de prise en charge du Vih/sida, la consultation se déroulait sans aucune assistance linguistique d'aucune sorte, bien que le patient ne soit pas francophone.

Il convient donc de veiller à des modalités de recours simples et directes entre les services hospitaliers demandeurs et les associations d'interprétariat médical professionnel.

### ► **Engager des travaux complémentaires à la présente étude**

Des travaux complémentaires à la présente étude seraient particulièrement utiles, non seulement pour pouvoir observer un nombre significatif de consultations assistées d'interprètes professionnels, mais aussi pour pouvoir analyser le point de vue des différents substituts mobilisés en guise d'interprètes : les divers accompagnants (de la famille ou non / bénévoles ou rémunérés), les personnels hospitaliers bilingues (soignants ou non soignants).

Par ailleurs, le terrain d'enquête et d'analyse de la présente étude était celui des établissements hospitaliers. Il conviendrait de conduire le même type d'investigation dans le domaine de la médecine libérale, notamment auprès des médecins généralistes. Les pratiques particulières de recours à des interprètes en vigueur en Alsace depuis plusieurs années parmi les médecins libéraux permettraient sans doute de fournir un terrain d'enquête particulièrement propice à une recherche approfondie.

#### Remerciements

Outre les remerciements adressés à l'association ISM INTERPRETARIAT qui a accepté de mettre à disposition de l'équipe de recherche toutes ses banques de données, des remerciements tout particuliers sont également adressés à MIGRATIONS SANTE ALSACE et aux autres associations intervenant en matière d'interprétariat médico-social en France, qui ont également apporté à notre recherche un éclairage utile, à l'occasion du colloque de Strasbourg qui s'est tenu le 14 novembre 2012 et où fut présentée la première charte commune de référentiels et de bonnes pratiques professionnelles en matière d'interprétariat médico-social, qui est annexée au rapport complet de l'étude (section 7.4).

Des remerciements appuyés vont également aux membres du comité de suivi dont la liste figure aussi en annexe du rapport, qui ont apporté des contributions très riches à l'évolution de cette étude.