



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**

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

Ce rapport portera la mémoire du Professeur Patrick Vexiau, chef du service de diabétologie de l'hôpital Saint-Louis, décédé peu avant le terme de l'étude. Le Professeur Patrick Vexiau a apporté ses précieuses contributions au comité de suivi de l'étude et a fait en sorte que l'enquête soit accueillie dans son service dans les meilleures conditions.

Table des matières

1	Revue de la littérature dans une orientation médico-économique.....	5
1.1	Méthodologie de la revue de littérature.....	5
1.2	Applicabilité des études internationales au contexte français	5
1.2.1	Une majorité d'études américaines	5
1.2.2	Les autres études internationales	7
1.2.3	Applicabilité des études internationales en France	9
1.3	Efficacité des différentes modalités d'interprétariat	9
1.3.1	Les essais contrôlés randomisés.....	9
1.3.2	Les études transversales en consultation ou aux urgences	11
1.3.3	Les études avec mesure d'un indicateur sanitaire et/ou économique.....	12
1.4	L'interprétariat professionnel en santé au Royaume-Uni.....	16
1.5	Points à retenir	16
1.6	Références.....	17
2	Evaluation médico-économique de l'interprétariat professionnel en santé	21
2.1	Introduction au modèle médico-économique	21
2.2	Hypothèses du modèle médico-économique	22
2.2.1	Figure : Modèle de l'évaluation médico-économique	22
2.2.2	Choix des interventions.....	22
2.2.3	Mesure de l'efficacité en termes d'espérance de vie	23
2.2.4	Poids de l'incertitude dans la mesure de l'espérance de vie	24
2.2.5	Mesure des coûts dans la perspective de l'Assurance Maladie.....	25
2.3	Résultats médico-économiques	30
2.3.1	Résultats comparatifs dans le scénario de base.....	30
2.3.2	Limite d'un modèle générique de pathologie chronique appliqué à la tuberculose	30
2.3.3	Analyses de sensibilité dans l'infection à VIH/SIDA et le diabète	31
2.3.4	Interprétation des analyses de sensibilité dans le VIH/SIDA et le diabète	33
2.4	Points à retenir	35
3	Enquête sur « l'observance » des patients « allophones »	36
3.1	Objectifs de l'enquête	36
3.2	Matériel & Méthodes.....	36
3.2.1	Evolution du schéma d'enquête initial validée par le comité de suivi.....	36
3.2.2	Sélection des structures de soins pour l'enquête	39

3.2.3	Le protocole d'enquête	42
3.3	Participation des structures de soins à l'enquête	46
3.3.1	Bilan des inclusions.....	46
3.3.2	Participation des hôpitaux.....	47
3.3.3	Participation des CLAT	48
3.3.4	Participation des médecins	49
3.3.5	Participation des patients.....	49
3.4	Aspects qualitatifs des entretiens avec les chefs de service	51
3.4.1	Proportion estimée de patients allophones dans la file active du service.....	51
3.4.2	Connaissance de l'interprétariat professionnel	51
3.4.3	Organisation du service en termes d'interprétariat.....	51
3.4.4	Types d'organisation des services en termes d'interprétariat.....	52
3.4.5	Fréquence du recours à l'interprétariat professionnel	53
3.4.6	Préférence entre l'accompagnant du patient et l'interprète professionnel.....	53
3.4.7	Discussion de l'observance selon les modalités d'interprétariat.....	54
3.4.8	Points à retenir des entretiens	55
3.5	Mesure subjective de l'observance moyenne dans différents groupes de patients selon les médecins	56
3.5.1	Description comparative des médecins en consultation (auto-questionnaires) & des médecins chefs de service (entretiens).....	56
3.5.2	Perception moyenne par les médecins de l'observance dans différents groupes de patients	58
3.5.3	Points à retenir	61
3.6	Caractéristiques des patients participant à l'enquête	62
3.6.1	Caractéristiques générales des patients participant à l'enquête.....	62
3.6.2	Définition du patient « allophone »	63
3.6.3	Langues parlées par les patients allophones.....	63
3.6.4	Patients allophones et patients francophones nés à l'étranger ou en France.....	64
3.6.5	Temps passé en France des patients nés à l'étranger.....	65
3.6.6	L'accompagnant du patient : données observées.....	67
3.6.7	Qui traduit la consultation d'un patient allophone ?	69
3.6.8	Quelle préférence des patients allophones pour l'interprétariat professionnel ?	70
3.6.9	Points à retenir	73
3.7	Compréhension & observance du traitement.....	74
3.7.1	Donner un nom à la pathologie.....	74

3.7.2	Littératie en santé : donner un nom au traitement et aux examens de suivi.....	75
3.7.3	Compréhension de la consultation ce jour	77
3.7.4	« Observance » du patient	78
3.7.5	Points à retenir	79
3.8	Retours qualitatifs	81
3.8.1	Appréciations des patients allophones	81
3.8.2	Les médecins et le personnel soignant	81
4	La demande d'interprétariat professionnel en région Ile-de-France de 2008 à 2012 (ISM INTERPRETARIAT)	84
4.1	Objectifs.....	84
4.2	Matériel & Méthodes	84
4.2.1	Modification de la réponse au cahier des charges de la DGS	84
4.2.2	Présentation et préparation des données de facturation d'ISM INTERPRETARIAT	84
4.2.3	Modèle multi-niveaux d'analyse de la demande	93
4.3	Demande globale d'interprétariat professionnel en région Ile-de-France	94
4.4	Demande d'interprétariat professionnel dans les hôpitaux	104
4.5	Points à retenir	106
5	Limites de l'étude	108
6	Conclusions et recommandations	108
7	Annexes	113
7.1	Supports de l'enquête dans les structures de soins.....	113
7.1.1	Demande de participation des structures de soins.....	113
7.1.2	Support d'entretien semi-directif avec le chef de service (avant l'enquête).....	117
7.1.3	Auto-questionnaire médecin (avant le début des consultations).....	118
7.1.4	Auto-questionnaires médecins (pour chaque patient inclus)	120
7.1.5	Questionnaires patients avec enquêteur (après la consultation)	123
7.2	Modèle à effets mixtes sur mesures répétées de l'observance moyenne	126
7.3	Modèle de croissance de la demande d'interprétariat professionnel en Ile-de-France.....	128
7.3.1	Evolution de la demande en Ile-de-France selon les structures de soins (2008-2012)	128
7.3.2	Equations du modèle de la demande des structures de soins.....	130
7.3.3	Equations du modèle de la demande des hôpitaux.....	131
7.4	Charte de l'interprétariat professionnel et définition du métier d'interprète en santé.....	132
8	Remerciements	139

1 Revue de la littérature dans une orientation médico-économique

Historiquement, la nécessité du recours aux interprètes professionnels s'est imposée en France dans la prise en charge de patients allophones atteints de maladies infectieuses, notamment l'infection à VIH/SIDA et la tuberculose. Si le recours à un interprète professionnel permet intuitivement de rétablir une communication soignant-malade qui est nécessaire aux soins immédiats, leur continuité et la prévention, le niveau de preuve de son efficacité sur la santé est globalement faible dans la littérature scientifique (Flores 2005; Karliner et al. 2007). Les données économiques sont rares et ne concordent pas sur l'efficacité des services d'interprétariat professionnel (Jacobs et al. 2004; Jacobs et al. 2007). Aussi, nous avons orienté notre revue de la littérature sur les enseignements qu'ils apportent pour la réalisation d'une évaluation médico-économique des services d'interprétariat professionnel.

1.1 Méthodologie de la revue de littérature

Karliner et coll. ont conduit récemment une revue systématique des études comparatives portant sur l'interprétariat professionnel en santé et ont retrouvé 28 études publiées en anglais dans des journaux à comité de lecture entre 1966 et 2004 (Karliner, Jacobs et al. 2007). Nous avons repris leur stratégie de recherche d'articles par mots clés dans PubMed¹ permettant de retrouver 18 études supplémentaires publiées depuis (Garcia et al. 2004; John-Baptiste et al. 2004; Wagner et al. 2005; Jacobs, Sadowski et al. 2007; Ngo-Metzger et al. 2007; Rosenberg et al. 2007; Schenker et al. 2007; Sentell et al. 2007; Garrett et al. 2008; Bagchi et al. 2010; Bischoff et al. 2010; Crossman et al. 2010; Fernandez et al. 2010; Leanza et al. 2010; Linsky et al. 2010; Locatis et al. 2010; Nielsen et al. 2010; Percac-Lima et al. 2010). Aucun article n'a été retrouvé dans le contexte français, même en élargissant les critères de recherche aux journaux en français.

Trois champs d'informations sont nécessaires à la conduite d'une évaluation médico-économique: (1) la définition des interventions comparées pour une population cible ; (2) la mesure quantitative de l'efficacité des interventions, habituellement en termes de morbi-mortalité ; et (3) la mesure des coûts induits ou évités par rapport à l'intervention de référence dans la perspective du système de soins. De façon générale, le contexte géographique occupe une place méconnue dans les résultats d'une évaluation médico-économique alors même qu'il conditionne entre autres le choix de l'intervention de référence, l'épidémiologie, les comportements de soins induits par le système de soins, les coûts unitaires et relatifs, voire l'acceptation sociale de ce qu'est finalement une intervention « efficace ». Dans le cas présent portant sur les services d'interprétariat professionnel en santé, il semble difficile de ne pas expliciter le contexte géographique des études marqué par les caractéristiques d'une population allophone et d'un système de soins. Devant l'absence d'étude retrouvée en France, nous commencerons par revoir l'applicabilité des études internationales au contexte français avant d'envisager plus classiquement le niveau de preuve et les informations disponibles dans les 3 autres champs.

1.2 Applicabilité des études internationales au contexte français

1.2.1 Une majorité d'études américaines

Sur un total de 46 études comparatives portant sur les services d'interprétariat professionnel, 42 (91%) ont été conduites dans des pays anglo-saxons dont 33 (72%) aux Etats-Unis. Le contexte

¹ All Fields PubMed, Limits: Publication Date from 2004 to 2011, English & (COMMUNICATION OR TRANSLATING) AND (MEDICAL INTERPRETER OR MEDICAL INTERPRETERS OR INTERPRETER SERVICE OR INTERPRETER SERVICES)

démographique et législatif des Etats-Unis est très particulier vis-à-vis de la population allophone. La « minorité » hispanophone va fortement croissante en nombre : 26 millions d'individus parlaient espagnol à la maison dans le recensement en 2000. De plus, l'accès aux services publics, dont le système de soins, doit être égal entre individus sans discrimination de la langue parlée : il incombe donc aux institutions de proposer à la population allophone des services d'interprétariat sans coût supplémentaire pour l'utilisateur². Enfin, la forte représentation des études américaines est aussi en rapport avec l'inscription dans la loi de la discrimination positive qui implique le recueil souvent systématique d'informations sur l'appartenance communautaire³.

Le contexte américain marque fortement les 33 études sur l'interprétariat professionnel qui sont focalisées sur l'amélioration d'accès aux soins pour la communauté hispanophone : 28 études (85%) concernent exclusivement la communauté hispanophone, 3 études concernent les communautés hispanophone et asiatique (Schenker, Wang et al. 2007; Sentell, Shumway et al. 2007; Nielsen, He et al. 2010) et 2 études concernent la communauté asiatique (Ngo-Metzger et al. 2003; Ngo-Metzger, Sorkin et al. 2007). Aucune étude américaine ne porte sur les multiples autres langues très certainement rencontrées. Par effet de fréquence, l'espagnol est aussi souvent parlé par les soignants : dans 8 études (24%), les services d'interprétariat professionnel sont comparés à un groupe de référence constitué par des médecins et soignants bilingues (Baker et al. 1996; Baker et al. 1998; Sarver et al. 2000; Lee et al. 2002; Ngo-Metzger, Sorkin et al. 2007; Crossman, Wiener et al. 2010; Fernandez, Schillinger et al. 2010; Linsky, McIntosh et al. 2010).

Globalement, les études américaines nous renseignent d'abord et avant tout sur une modalité d'organisation particulière des services d'interprétariat professionnel qui répond aux besoins d'une communauté allophone unique et présente en grand nombre. A priori, la modalité étudiée n'est pas sans conséquences sur l'efficacité et l'efficience des services d'interprétariat professionnel par rapport à une organisation proposant de multiples langues le plus souvent inconnues des soignants. L'amélioration de la qualité des soins liée au recours à l'interprète professionnel peut être minorée par la fréquence des soignants parlant espagnol dans le comparateur dans les études américaines. L'efficience des services d'interprétariat professionnel peut être majorée par les économies d'échelle permises lorsqu'une seule langue est proposée, notamment lorsque l'intervention implique la présence d'interprètes professionnels sur place.

Si la modalité étudiée d'organisation des services d'interprétariat professionnel est particulière au contexte américain, ces études permettent de tirer plusieurs enseignements utiles dans notre projet. Il existe une hiérarchie dans le niveau des indicateurs de qualité des soins qui est fonction de la population et de l'intervention. Dans 16 (48%) études américaines, la population anglophone majoritairement Caucasienne est prise en référence de la meilleure qualité des soins. Le niveau des indicateurs de qualité des soins dans la population allophone baisse progressivement selon : (1) la prise en charge directe par des médecins ou soignants bilingues (Sarver and Baker 2000; Lee, Batal et al. 2002; Fernandez, Schillinger et al. 2010; Linsky, McIntosh et al. 2010) ; (2) le recours aux services d'interprétariat professionnel (Enguidanos et al. 1997; Tocher et al. 1998; Tocher et al. 1999; Kravitz et al. 2000; Sarver and Baker 2000; Derose et al. 2001; Jacobs et al. 2001; Bernstein et al. 2002; Lee, Batal et al. 2002; Fagan et al. 2003; Schenker, Wang et al. 2007; Fernandez, Schillinger et al. 2010; Linsky, McIntosh et al. 2010) ; (3) le recours ad hoc à un accompagnant, un autre membre bilingue du staff soignant voire personne le cas échéant (Kravitz, Helms et al. 2000; Derose, Hays et al. 2001; Fagan, Diaz et al. 2003; Schenker, Wang et al. 2007; Sentell, Shumway et al. 2007; Linsky, McIntosh et al. 2010; Nielsen, He et al. 2010).

² Titre VI du droit civil américain de 1964: "No person in the United States shall, on the ground of race, color, or *national origin*, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving federal financial assistance." Ce droit a été renforcé en 2000 par le Président Clinton requérant la révision des procédures de toute agence fédérale pour permettre le même accès aux services publics pour les personnes allophones (Executive Order 13,166).

³ « Race/Ethny »

Parmi les comparaisons entre groupes, la différence observée entre la population anglophone et la population allophone prise en charge directement par des soignants bilingues souligne l'existence de multiples barrières culturelles et socioéconomiques autres que la barrière de la langue dans la prise en charge des patients allophones. Trois études de bonne qualité sont particulièrement illustratives. L'étude transversale de Fernandez et coll. porte sur la qualité de la prise en charge de 6738 patients diabétiques d'une même compagnie d'assurance (Fernandez, Schillinger et al. 2010). Par rapport aux Caucasiens anglophones, le risque d'un mauvais contrôle de la glycémie est 2 fois supérieur chez les Latinos anglophones et hispanophones pris en charge directement par des soignants hispanophones, sans différence entre ces deux groupes, puis continue d'augmenter significativement pour les autres Latinos hispanophones, malgré leur recours possible à l'interprétariat professionnel. L'étude prospective de Linsky et coll. porte sur le dépistage du cancer colorectal parmi 23297 individus représentatifs de la population américaine de plus de 50 ans sans antécédent de cancer (Linsky, McIntosh et al. 2010). Par rapport à la population anglophone, le risque de ne pas être à jour du dépistage du cancer colorectal est augmenté de 60% dans la population hispanophone sans différence de résultat selon le recours à l'interprétariat. L'étude transversale de Sentell et coll. porte sur la prise en charge des symptômes psychiatriques exprimés par 16% des 41984 adultes représentatifs de la population Californienne (Sentell, Shumway et al. 2007). L'étude montre que l'expression de symptômes psychiatriques est similaire entre Caucasiens et Latinos (16%), mais moins élevée dans la communauté asiatique (9%). Cependant, par rapport à une prise en charge effective de 51% des individus dans la population anglophone, seuls 8% seront pris en charge dans la population non-anglophone, sans différence entre les populations hispanophone et asiatique. Dans les 3 études, les multiples ajustements réalisés sur le sexe, l'âge, l'éducation, le niveau socio-économique et d'autres variables ne permettent pas d'effacer les différences significatives rencontrées.

Ces résultats concordent logiquement avec ceux de l'abondante littérature américaine documentant l'impact de l'appartenance communautaire sur l'utilisation du système de soins et ses conséquences sur la santé, qu'elle soit étudiée classiquement à travers l'éducation et le niveau socio-économique ou, plus récemment, la « littératie en santé »⁴ (Dewalt et al. 2004; Keller et al. 2008; DeWalt et al. 2009; Eichler et al. 2009) ou la « décision médicale partagée » (Braddock 2010; Fagerlin et al. 2010; Halvorsen 2010; Ratanawongsa et al. 2010).

1.2.2 Les autres études internationales

Sur un total de 46 études revues, 13 (28%) ont été conduites dans un autre pays que les Etats-Unis : 9 (20%) dans un pays anglophone (3 au Canada, 3 en Australie, 2 au Royaume-Uni, 1 en Afrique du Sud) ; 3 (7%) en Suisse ; 1 en Arabie-Saoudite⁵. La moitié des études sont qualitatives (Chan et al. 1997; Farooq et al. 1997; Small et al. 1999; Drennan et al. 2002; Rosenberg, Leanza et al. 2007; Leanza, Boivin et al. 2010) alors que les études quantitatives sont peu représentées (12%) aux Etats-Unis (Prince et al. 1995; Flores et al. 2003; Ngo-Metzger, Massagli et al. 2003; Percac-Lima, Aldrich et al. 2010). Les résultats de ces études qualitatives sont globalement concordants entre eux et avec ceux des études quantitatives américaines en faveur du recours à un interprète professionnel. Aussi, nous nous sommes interrogés sur la reproduction des résultats américains dans les 5 études quantitatives conduites dans des populations allophones diverses et multilingues (Parsons et al.

⁴ « Health literacy » (traduction française de l'anglais par l'OCDE)

⁵ L'étude de Dodd (1984) conduite auprès des médecins en Arabie Saoudite et retenue dans la revue de Karliner et coll. a été écartée de notre revue car elle porte sur le recours du médecin non-arabophone à l'interprétariat professionnel alors que tous les patients parlent arabe. De même, l'étude de Garrett et coll. (2008) conduite auprès de patients allophones hospitalisés en Australie a été écartée de notre revue car elle compare deux modalités de recueil de l'information sur le recours à l'interprétariat: téléphone ou audit des dossiers médicaux.

1992; Bischoff et al. 2003; Bischoff et al. 2003; John-Baptiste, Naglie et al. 2004; Bischoff and Denhaerynck 2010).

L'étude rétrospective de John-Baptiste et coll. conduite à Toronto dans le Canada anglophone est la plus proche du contexte américain, bien que 9 communautés allophones sont représentées (John-Baptiste, Naglie et al. 2004). L'analyse porte sur 23 motifs médicaux ou chirurgicaux d'hospitalisation dans 3 hôpitaux universitaires, soit 59547 hospitalisations. Par rapport aux patients anglophones, la durée moyenne d'hospitalisation des patients allophones est augmentée significativement pour 7 des 23 motifs d'hospitalisation⁶ et globalement de 6%. Cependant, l'étude ne précise pas s'il existe des différences entre communautés allophones et agrège les différentes modalités d'interprétariat sans pouvoir distinguer le recours possible à l'interprétariat professionnel.

L'étude rétrospective de Parsons et coll. compare la prise en charge obstétricale des patientes turques et asiatiques dans un hôpital de la banlieue de Londres avant puis après l'intervention d'une association militante comprenant des interprètes professionnels (Parsons and Day 1992). Un hôpital chic de Londres est utilisé comme référence de la prise en charge obstétricale et de son évolution. Si certains changements sont significatifs avec l'intervention, l'interprétation des résultats comme une amélioration de la qualité des soins n'est pas évidente. Les auteurs trouvent par exemple que le taux de césarienne a diminué de 10,6% en 1979 à 8,5% en 1986 chez les patientes allophones, alors qu'il augmente de 11,2 à 17,4% dans la banlieue chic. De plus, ces résultats bruts sont difficiles à interpréter en l'absence d'ajustement statistique.

Bischoff et coll. ont conduit 3 études en Suisse auprès des demandeurs d'asile⁷ (Bischoff, Bovier et al. 2003; Bischoff, Perneger et al. 2003; Bischoff and Denhaerynck 2010). Dans leur première étude, 723 demandeurs d'asile ont été inclus lors de leur prise en charge dans un centre de soins primaires (Bischoff, Bovier et al. 2003). Cette étude montre l'importance d'une communication effective (une des 6 langues parlées par les infirmières ou recours à l'interprétariat professionnel) dans l'identification d'une souffrance psychologique puis de sa prise en charge secondaire. Dans leur seconde étude, 486 demandeurs d'asile ont été inclus à partir des fichiers de 2 compagnies d'assurance (Bischoff and Denhaerynck 2010). Cette étude rétrospective explore la complexité du parcours de soins en fonction de la barrière de la langue. L'analyse des corrélations montre que le coût des soins est le plus élevé pour les 87 patients présentant une barrière de langue. Ce surcoût est lié à la surconsommation de ressources en soins pour les 64 patients ayant recours à un interprète professionnel : 1,9 fois supérieur à la consommation observée pour 23 patients allophones n'ayant pas recours à l'interprète professionnel ; 2,8 fois supérieur à la consommation observée pour 399 patients sans barrière de langue. La troisième étude a été conduite dans le service des consultations médicales de l'hôpital universitaire de Genève (Bischoff, Perneger et al. 2003). Elle montre l'amélioration de la satisfaction de demandeurs d'asile vis-à-vis de la consultation avant et après la formation des médecins au recours à l'interprétariat professionnel.

La présentation de ces 5 études quantitatives conduites au Canada, Royaume-Uni et Suisse montre qu'il est difficile de conclure que les résultats quantitatifs américains sont reproductibles dans un autre contexte. De fait, la thématique de recherche (la durée de séjour), l'époque de l'étude (Parsons and Day 1992) ou la population allophone étudiée (les demandeurs d'asile) sont trop particulières pour permettre une comparaison.

⁶ Notamment lorsque le motif d'hospitalisation concerne le diabète : la durée moyenne d'hospitalisation est augmentée de 28% de 6,4 jours dans la population anglophone versus 8,2 jours dans la population allophone.

⁷ Les communautés allophones représentées sont très diverses mais une majorité des demandeurs d'asile vient des Balkans.

1.2.3 Applicabilité des études internationales en France

Notre recherche n'a pas permis de trouver d'article sur l'interprétariat professionnel en France ni dans un contexte francophone. Une étude française récente nous a été communiquée par la Direction Générale de la Santé (Querre et al. 2009). A partir d'entretiens conduits avec 60 patients allophones infectés par le VIH et le personnel soignant des hôpitaux, les auteurs recommandent le développement du recours à l'interprétariat professionnel dans la prise en charge de ces patients.

1.3 Efficacité des différentes modalités d'interprétariat

Les études américaines permettent difficilement de mesurer l'efficacité de différentes modalités d'interprétariat proposées à la population allophone. Trois facteurs principaux expliquent ces difficultés : (1) le nombre limité d'essais contrôlés randomisés ; (2) la fréquence des études transversales en consultation ou aux urgences sans mesure de morbi-mortalité ; (3) la fréquence des études qui utilisent un indicateur sanitaire et/ou économique mais ne permettent pas de mesurer l'efficacité de l'interprétariat professionnel chez les patients allophones.

1.3.1 Les essais contrôlés randomisés

L'essai contrôlé randomisé est considéré comme la méthodologie de référence pour démontrer l'efficacité d'une intervention par rapport à une autre car seul le tirage au sort entre interventions permet d'annuler l'effet de facteurs de confusion autres que l'intervention. Notre analyse du contexte des études portant sur l'interprétariat professionnel montre que de nombreux facteurs de confusion sont présents. Par exemple, l'absence de tirage au sort dans l'étude de la satisfaction du patient et/ou du médecin après recours à l'interprétariat professionnel ne permet pas de savoir si l'amélioration constatée est liée à l'intervention de l'interprète professionnel elle-même ou certains facteurs déterminants le recours comme la communauté du patient, son niveau d'éducation ou socio-économique, le niveau de barrière de langue, la qualité de l'interaction initiale entre patient et médecin, la présence d'un accompagnant...

Nous avons retrouvés 6 essais contrôlés randomisés conduits aux Etats-Unis auprès de la population hispanophone (Hornberger et al. 1996; Garcia, Roy et al. 2004; Jacobs, Sadowski et al. 2007; Bagchi, Dale et al. 2010; Crossman, Wiener et al. 2010; Locatis, Williamson et al. 2010). Deux essais portent sur différentes techniques d'interprétariat professionnel, 3 sur la satisfaction aux urgences et 1 sur la qualité des soins en hospitalisation selon différents services d'interprétariat professionnel.

Deux essais portent sur des techniques particulières d'interprétariat professionnel : interprétation simultanée par téléphone (Hornberger, Gibson et al. 1996) et interprétation par vidéo (Locatis, Williamson et al. 2010). Les deux essais sont conduits selon la même méthode : une technique d'interprétariat est tirée au sort lors de la première visite du post-partum puis les différentes techniques sont alternées au cours des visites suivantes. Toutes les consultations sont enregistrées pour permettre une analyse qualitative de contenu. Hornberger et coll. comparent l'interprétation simultanée par téléphone à l'interprétation consécutive avec un interprète présent en consultation (Hornberger, Gibson et al. 1996). L'interprétation simultanée par téléphone permet un échange significativement supérieur en quantité (augmentation du nombre d'explications et clarifications demandées et reçues par la patiente) et en qualité (diminution du nombre d'omissions ou de reformulations par l'interprète). Les 49 patientes comme les 4 médecins préfèrent globalement l'interprétation simultanée par téléphone, les interprètes y sont moins favorables. Dans l'essai de Locatis et coll., 3 techniques d'interprétation consécutive sont comparées : vidéo, téléphone ou en présence de l'interprète (Locatis, Williamson et al. 2010). Les 241 patientes n'expriment pas de préférence entre les 3 techniques, alors que les 23 soignants comme les interprètes préfèrent la présence de l'interprète. Cependant la durée de la consultation est significativement augmentée lors de la présence de l'interprète.

Trois essais ont été conduits dans les services d'urgence pédiatrique (Garcia, Roy et al. 2004; Crossman, Wiener et al. 2010) ou générale (Bagchi, Dale et al. 2010). Dans l'essai de Garcia et coll., 3 interventions sont tirées au sort : présence d'un interprète professionnel sur place ; interprétariat professionnel par téléphone ; service d'interprétariat habituel (staff ou famille). Les 180 parents hispanophones expriment la même satisfaction globale vis-à-vis du service des urgences pour les 3 interventions. La présence d'interprètes professionnels aux urgences est significativement associée à une plus grande satisfaction des parents vis-à-vis de l'interprétariat et une meilleure qualité perçue des soins médicaux et infirmiers. Dans l'essai de Crossman et coll., 3 interventions sont tirées au sort : présence d'un interprète professionnel sur place ; interprétariat professionnel par téléphone ; médecin bilingue. Le diagnostic de la pathologie de l'enfant a été correctement compris par 95% des 1201 parents sans différence entre les 3 interventions (mesure de la concordance entre le diagnostic rapporté par les parents et celui inscrit dans le dossier médical). Les parents expriment une satisfaction globale plus importante vis-à-vis du service des urgences lors du recours à l'interprétariat professionnel (interprète présent ou par téléphone). Contrairement à l'essai de Garcia et coll., la satisfaction est plus importante vis-à-vis de l'interprétariat lorsque l'interprétariat se fait par téléphone plutôt qu'en présence de l'interprète. Dans l'essai en cross-over de Bagchi et coll., le planning des urgences de deux hôpitaux est segmenté en périodes puis la présence ou non d'un interprète professionnel est tirée au sort pour chacune des périodes (Bagchi, Dale et al. 2010). Par rapport aux périodes avec interprète où 98,3% des 231 patients ont bénéficié d'un interprète sur place, l'interprétariat a été effectué pour les 193 patients du groupe contrôle par : la famille (24,4%), un soignant bilingue du service (22,3%), un interprète par téléphone (11,9%), un interprète sur place (5,7%) ou sans interprète (43,0%). Les périodes avec présence de l'interprète sont associées à une amélioration spectaculaire de la satisfaction de l'ensemble des acteurs des urgences (patient, médecin, infirmières).

Dans l'essai de Jacobs et coll., deux services de médecine interne du même hôpital sont tirés au sort pour bénéficier ou non de la présence d'interprètes professionnels dans le service en plus des services d'interprétariat habituels (Jacobs, Sadowski et al. 2007). Les taux de participation sont : 84% pour 148 adultes hispanophones hospitalisés dans le service avec présence d'interprète ; 69% pour 144 adultes hispanophones hospitalisés dans le service sans présence d'interprètes ; et 47% pour 212 adultes anglophones servant de groupe contrôle de la qualité des soins dans les deux services. La présence des interprètes professionnels n'améliore pas les différents indicateurs de qualité des soins : satisfaction du patient ; durée d'hospitalisation ; visites aux urgences ou de ré-hospitalisations ; adhérence aux consultations de suivi (69%). Incidemment, les auteurs retrouvent la prise en charge initiale par un médecin bilingue (22% du staff médical) améliore la satisfaction au cours de l'hospitalisation et diminue le nombre de visites aux urgences après hospitalisation.

Bien que les études soient conduites selon la méthodologie de référence, ces 6 essais sont peu informatifs dans l'orientation médico-économique de ce projet :

- A notre connaissance, les nouvelles techniques d'interprétariat (interprétation simultanée par téléphone (Hornberger, Gibson et al. 1996) et interprétation par vidéo (Locatis, Williamson et al. 2010)) ne sont pas utilisées dans le contexte sanitaire français qui repose sur l'interprétariat consécutif par téléphone ou en présence de l'interprète.
- La satisfaction est retenue comme critère principal d'efficacité aux urgences (Garcia, Roy et al. 2004; Bagchi, Dale et al. 2010; Crossman, Wiener et al. 2010). Cependant, cet indicateur ne permet pas de relier une amélioration de la satisfaction sur une visite aux urgences à une amélioration de la santé en termes de morbi-mortalité. De plus, la satisfaction est un indicateur subjectif en santé qui repose sur la construction d'un questionnaire. Les différences dans la construction du questionnaire et son analyse peuvent contribuer à expliquer certaines discordances entre les 3 essais : la présence de l'interprète professionnel conduit à une plus grande satisfaction que l'interprétariat par téléphone dans l'essai de Garcia et coll. alors que c'est l'inverse dans l'essai de Crossman et coll. ; la présence de l'interprète professionnel conduit

à une plus grande satisfaction que le service d'interprétariat habituel dans l'essai de Bagchi et coll. alors que la satisfaction est la même dans l'essai de Garcia et coll. Indépendamment de la mesure de la satisfaction dans ces 3 essais, on peut retenir de l'étude de Crossman et coll. que la compréhension du diagnostic par les parents hispanophones est très élevée lors de l'intervention d'un interprète professionnel et au même niveau que lors de la prise en charge par un médecin bilingue.

- Seul l'essai de Jacobs et coll. apparaît informatif dans l'orientation médico-économique de ce projet (Jacobs, Sadowski et al. 2007). Cependant aucune différence n'est retrouvée sur la satisfaction des patients ou les indicateurs de consommation de ressources en soins pendant ou après hospitalisation. Aussi la présence d'interprètes professionnels entraîne un surcoût de 324 USD par patient (1,5% du coût total d'hospitalisation) sans éviter d'autres coûts médicaux. Cependant, l'absence de différence peut être liée à trois limites principales de cet essai. (1) Les services d'interprétariat habituel servant ici de groupe contrôle ne sont pas précisés alors que de nombreux soignants sont bilingues en espagnol et le recours à l'interprétariat par téléphone est fréquent (Bagchi, Dale et al. 2010). (2) Les pathologies prises en charge ne sont pas précisées alors que le recours à l'interprétariat professionnel peut être plus ou moins utile en fonction des pathologies (John-Baptiste, Naglie et al. 2004). (3) En termes méthodologiques, aucune hypothèse à tester n'est précisée et la taille de l'échantillon ne résulte donc pas d'un calcul statistique mais d'une commodité de recrutement. Il est possible que les 323 patients recrutés ne conduisent pas à une puissance statistique suffisante pour montrer une différence significative, ce d'autant que la variabilité est forte pour tout indicateur (multiples pathologies, multiples modalités d'interprétariat en routine).

1.3.2 Les études transversales en consultation ou aux urgences

Dans la continuité des 10 études qualitatives portant sur les interactions humaines liées à différentes modalités d'interprétariat aux Etats-Unis (Prince and Nelson 1995; Flores, Laws et al. 2003; Ngo-Metzger, Massagli et al. 2003; Percac-Lima, Aldrich et al. 2010) ou dans d'autres pays (Chan and Quine 1997; Farooq, Fear et al. 1997; Small, Rice et al. 1999; Drennan and Swartz 2002; Rosenberg, Leanza et al. 2007; Leanza, Boivin et al. 2010), 15 études quantitatives portent sur des indicateurs qualitatifs recueillis en consultation ou aux urgences pour différentes modalités d'interprétariat :

- 1 étude porte sur la compréhension du diagnostic et du traitement aux urgences (Baker, Parker et al. 1996) : la perception d'une mauvaise compréhension augmente significativement en l'absence d'un interprète professionnel ; cependant, la compréhension est la même selon l'intervention ou non d'un interprète professionnel lorsque des critères plus objectifs sont utilisés.
- 1 étude porte sur la connaissance des facteurs de risque cardio-vasculaire dans la population diabétique (Wagner, Abbott et al. 2005) : le score de connaissance sur le Heart Disease Fact Questionnaire (HDFQ) est significativement plus bas lorsqu'un proche fait fonction d'interprète en consultation.
- 1 étude cas-témoin porte sur le recueil du consentement éclairé dans le dossier médical pour 3 procédures invasives (ponction lombaire, thoracocentèse, paracentèse) dans un hôpital utilisant un service d'interprétariat sur place proposant 25 langues (Schenker, Wang et al. 2007) : la preuve d'un consentement éclairé est retrouvée moins souvent dans la population allophone (28%) que dans la population anglophone (53%) et la différence reste très significative après ajustement.
- 8 études portent sur la satisfaction du patient et des soignants (Hornberger et al. 1997; Baker, Hayes et al. 1998; Kuo et al. 1999; Derosé, Hays et al. 2001; Lee, Batal et al. 2002; Bischoff,

Perneger et al. 2003; Karliner et al. 2004; Ngo-Metzger, Sorkin et al. 2007). Ces études montrent généralement que la satisfaction augmente avec le recours à l'interprétariat professionnel.

- 4 études portent sur la durée de consultation (Tocher and Larson 1998; Tocher and Larson 1999; Kravitz, Helms et al. 2000; Fagan, Diaz et al. 2003). Dans l'étude la plus récente conduite auprès de 613 patients (Fagan, Diaz et al. 2003), les durées moyennes de consultation sont ajustées sur le temps prévu pour la consultation et le type de médecin. Par rapport aux 441 patients n'ayant pas besoin d'un interprète, la durée moyenne ajustée de consultation augmente significativement de 8 minutes pour l'interprétariat par téléphone (n=31) et de 4,6 minutes en présence d'un accompagnant faisant fonction d'interprète (n=90). Il n'y a pas de différence significative lorsque l'interprète professionnel de l'hôpital est présent (n=51).

Dans l'orientation médico-économique de ce projet, les résultats de ces études sont limités par leur méthodologie transversale et l'absence fréquente d'ajustement des résultats sur les facteurs de confusion potentiels. De plus, ces études ne sont pas mobilisables en l'absence d'indicateurs de morbi-mortalité.

1.3.3 Les études avec mesure d'un indicateur sanitaire et/ou économique

Nous avons vu précédemment (paragraphe 2.3.1) qu'un seul essai contrôlé randomisé peut être utilisé dans une orientation médico-économique (Jacobs, Sadowski et al. 2007). Cependant, son utilisation est limitée par le manque de précisions sur le recours individuel à l'interprétariat professionnel, la pathologie prise en charge et l'absence d'indicateurs de morbi-mortalité (mesure de satisfaction uniquement). Nous avons cherché si des compléments d'informations pouvaient être apportés par les études observationnelles qui mesurent un indicateur sanitaire autre que la satisfaction, et/ou des données de consommation de ressources en soins. Notre revue retrouve 10 études correspondantes : 5 études américaines relativement anciennes (Enguidanos and Rosen 1997; Tocher and Larson 1998; Jacobs, Lauderdale et al. 2001; Bernstein, Bernstein et al. 2002; Hampers et al. 2002) et 5 études plus récentes que nous avons présenté à propos du contexte des études : Etats-Unis (paragraphe 2.2.1) (Sentell, Shumway et al. 2007; Fernandez, Schillinger et al. 2010; Linsky, McIntosh et al. 2010) et hors Etats-Unis (paragraphe 2.2.2) (John-Baptiste, Naglie et al. 2004; Bischoff and Denhaerynck 2010).

Le tableau suivant décrit ces 10 études selon différentes caractéristiques : méthodologie, contexte, taille d'échantillon, population allophone, service d'interprétariat et identification du recours individuel à l'interprétariat professionnel, pathologie, type d'indicateur sanitaire et/ou économique, résultat.

Seules six études permettent d'identifier le recours à l'interprétariat professionnel pour chaque patient allophone (Enguidanos and Rosen 1997; Tocher and Larson 1998; Jacobs, Lauderdale et al. 2001; Bernstein, Bernstein et al. 2002; Hampers and McNulty 2002; Bischoff and Denhaerynck 2010). En théorie, ces études permettent une mesure directe de l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel pour un patient allophone. Cependant, dans 3 études, l'efficacité est mesurée par rapport à la population anglophone dont l'appartenance communautaire est très majoritairement Caucasienne (Enguidanos and Rosen 1997; Tocher and Larson 1998; Jacobs, Lauderdale et al. 2001). Elles ne mesurent pas si le recours à l'interprétariat professionnel est supérieur à l'absence de recours pour un patient allophone ; elles mesurent plutôt si le recours à l'interprétariat professionnel pour un patient allophone n'est pas inférieur à la prise en charge standard dans la population anglophone. Les 3 autres études portent exclusivement sur la consommation de ressources en soins sans autre mesure de morbi-mortalité ni renseignement de la pathologie prise en charge (Bernstein, Bernstein et al. 2002; Hampers and McNulty 2002; Bischoff and Denhaerynck 2010). Aussi, aucune étude ne permet de répondre de façon satisfaisante aux différentes limites rencontrées dans l'utilisation de l'essai de Jacobs et coll. dans notre projet.

Incidentement, l'absence de concordance entre les résultats de 3 études sur la prise en charge du diabète illustre le faible niveau de généralisation des études portant sur l'interprétariat. Dans l'étude de Tocher et coll., le contrôle du diabète et la durée moyenne d'hospitalisation sont similaires entre 93 patients allophones ayant recours à l'interprétariat professionnel (directement identifié) et 529 patients anglophones suivis pendant 1 an (Tocher and Larson 1998). Au contraire, l'étude de Fernandez et coll. trouve que le contrôle du diabète est significativement moins bon chez 2583 Latinos anglophones par rapport à 3545 Caucasiens anglophones et se dégrade encore chez 115 Latinos hispanophones n'étant pas pris en charge par un médecin bilingue. Cependant, cette étude transversale ne permet pas de préciser quel a été le recours à l'interprétariat du patient allophone alors que l'accès aux services d'interprétariat professionnel est possible. De même, l'étude de John-Baptiste et coll. trouve que la durée d'hospitalisation est significativement augmentée chez 6124 patients allophones par rapport aux 38859 patients anglophones. Cependant la méthodologie rétrospective de l'étude ne permet aucune identification du recours à différentes modalités d'interprétariat.

1.3.3.1.1 Tableau : Etudes sur l'interprétariat en santé mesurant un indicateur sanitaire et/ou de consommation de ressources

Auteurs	Pays	Méthode	Lieu	Pop. anglophone (n=)	Pop. allophone (n=)	Communauté	Interprétariat	Identification recours interprète	Pathologie	Indicateur sanitaire	Odds ratio (intervalle de confiance à 95%)
Pathologie précisée											
(Jacobs, Lauderdale et al. 2001)	Etats-Unis	Données d'assurance (HMO) pendant 2 ans	4 centres de médecine préventive	4053	327	Hispanophone /Portugais	Nouveau service avec interprètes professionnels (IP) sur place	Directe (informatique)	Prévention (cancer du sein, cancer du col, cancer colorectal, vaccination)	5 examens de dépistage + vaccination antigrippale Evolution de la consommation de ressources entre l'année 1 et 2	1ère année: moins d'examens des selles et de vaccination; 2ème année: pas de différence Augmentation plus forte pour les consultations et les prescriptions médicamenteuses
(Linsky, McIntosh et al. 2010)	Etats-Unis	Cohorte (2 ans)	Ville-hôpital	21594	1463 avec accès interprète et 240 sans	Hispanophone	Service habituel du lieu de soins (non précisé)	Indirecte (hispanophone+ recours possible)	Dépistage cancer colorectal	Dépistage à jour	0,63 (0,51 à 0,76)
(Fernandez, Schillinger et al. 2010)	Etats-Unis	Enquête transversale	Ville-hôpital	3545 Caucasiens et 2683 Latinos	115	Hispanophone	Non décrit	Indirecte (hispanophone +médecin non bilingue)	Diabète	Mauvais contrôle (HbA1c>9%)	2,00 (1,72 à 2,33) Caucasien/Latino anglophone; 1,76 (1,04–2,97) Latino anglophone/Latino hispanophone sans médecin bilingue
(Tocher and Larson 1998)	Etats-Unis	Rétrospective sur données hospitalières (suivi 1 an)	2 hôpitaux	529	93	Russe /Cambodge / Vietnam...	Recours identifié à l'interprète professionnel	Directe (informatique)	Diabète	Examens, contrôle du diabète et complications sur 1 an	Augmentation du nombre de consultations et de tests HbA1c; pas d'autres différences
(Sentell, Shumway et al. 2007)	Etats-Unis	Enquête transversale	Ville-hôpital	29991 Caucasiens et 9243 autres bilingues	2750	Hispanophone /Asiatique	Service habituel du lieu de soins (non précisé)	Indirecte (hispanophone+ recours possible)	Santé mentale	Prise en charge des symptômes	0,28 (0,17 à 0,48)
(John-Baptiste, Naglie et al. 2004)	Canada anglophone	Rétrospective sur données PMSI	1 hôpital	38859	6124	Diverse (9 langues)	Service habituel du lieu de soins (IP sur place)	Aucune	23 motifs d'hospitalisation	Durée de séjour Mortalité hospitalière	1,06 (1,04 à 1,07) en général; 1,28 (1,13 à 1,45) pour le diabète 1,00 (0,88 à 1,14),

Tableau. Cont.

Auteur	Pays	Méthode	Lieu	Pop. anglophone (n=)	Pop. allophone (n=)	Communauté	Interprétariat	Identification recours interprète	Pathologie	Indicateur sanitaire	Odds ratio (intervalle de confiance à 95%)
Pathologie non précisée											
(Enguidanos and Rosen 1997)	Etats-Unis	Enquête transversale avec suivi à 8 semaines	Urgences d'1 hôpital	24	24	Hispanophone	Recours identifié à un interprète professionnel (sur place)	Directe (déclaratif médecin)	--	Venue à la consultation de suivi	Pas de différence
(Bernstein, Bernstein et al. 2002)	Etats-Unis	Enquête transversale avec suivi à 4 semaines	Urgences d'1 hôpital	--	63 patients anglophones (PB); 63 avec interprète (IP) et 374 sans (NIP)	Hispanophone /Portugais /Haitien/ Créole	Service habituel du lieu de soins (IP sur place)	Directe (informatique)	--	Coût moyen aux urgences	PB: \$988; IP: \$878; NIP: \$710
										Coût moyen après les urgences (30 jours, dont hospit.)	PB: \$8724; IP: \$7584; NIP: \$5313 (p<0,05)
(Hampers and McNulty 2002)	Etats-Unis	Enquête prospective type avant/après	Urgences pédiatriques d'1 hôpital	3596	170 médecin bilingue (MB); 239 avec interprète (IP); 141 sans (NIP)	Hispanophone	Service habituel du lieu de soins (IP sur place)	Directe (déclaratif médecin)	--	Coût moyen des procédures diagnostiques aux urgences	Anglophone: \$17 ; MB: \$18 ; IP: \$20 ; NIP: \$22 (différence significative pour IP et NIP/anglophone)
										Hospitalisation post-urgences	MB: 1,2 (0,56 to 2,4) ; IP: 2,6 (1,4 to 4,5) ; NIP: 1,7 (1,1 to 2,8)
(Bischoff and Denhaerynck 2010)	Suisse	Données d'assurance pendant 1 an	Ville-hôpital	399 (pas de barrière de langue)	64 avec interprète; 23 sans	Diverse (demandeurs d'asile)	Recours identifié à un interprète professionnel	Directe (informatique)	--	Coût moyen mensuel	Pas de barrière de langue: 1278 euros; Barrière de langue: 3195 euros; surcoût lié significativement au recours à l'interprétariat

1.4 L'interprétariat professionnel en santé au Royaume-Uni

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 est 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 soignants⁸. Cette expérience a contribué à la généralisation du recours à l'interprétariat professionnel dans les services de santé anglais (NHS). Un rapport récent estimait que le NHS avait 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.⁹ 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 demande du secteur de soins primaires.

1.5 Points à retenir

Sur 46 études revues, nous n'avons pas trouvé d'essai contrôlé randomisé conduit exclusivement dans la population allophone et comparant un indicateur de morbi-mortalité selon le recours ou non à l'interprétariat professionnel. A défaut, les études quantitatives sont fortement marquées par le contexte américain et la prise en charge de la « minorité » hispanophone. Cependant, la pratique de l'espagnol est fréquente parmi les soignants et de nombreux services de soins ont recours en routine aux interprètes professionnels. En conséquence, au lieu de mesurer l'efficacité du recours aux interprètes professionnels pour les patients allophones, les études mesurent plutôt l'efficacité d'une offre supplémentaire d'interprètes professionnels sur place et cherchent à montrer que la satisfaction n'est pas inférieure dans la « minorité » hispanophone lorsqu'elle est comparée à la majorité anglophone.

Le contexte américain des études semble difficilement applicable au contexte français tel que décrit lors de la première réunion du comité de pilotage : à savoir la prise en charge de patients, notamment parmi ceux infectés par le VIH/SIDA, qui renvoient à un éventail linguistique très large et présentent une barrière de langue insurmontable pour les soignants en l'absence d'interprétariat. Cette problématique semble exclure les deux modalités principales d'interprétariat rencontrées dans les études quantitatives américaines : les soignants bilingues et la présence permanente d'interprètes professionnels dans les structures de soins. En conclusion, aucune étude épidémiologique n'est réellement mobilisable dans notre projet qui cherche à comparer les conséquences sanitaires et économiques du recours à un interprète professionnel par téléphone ou déplacement sur site pour ces patients.

Dans une approche quantitative, notre étude médico-économique des services d'interprétariat professionnel ne pourra s'appuyer que sur des résultats essentiellement américains. Notre revue conduit à formuler trois hypothèses sur l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel :

- (1) le recours permet d'améliorer la qualité des soins dans la population allophone par rapport à l'absence de recours ;
- (2) l'amélioration de la qualité des soins liée au recours dans la population allophone est minorée par le contexte américain où l'espagnol est fréquemment pratiqué par les soignants ;

⁸ Migrant Friendly Hospitals conference : "Hospitals in a culturally diverse Europe", Amsterdam, The Netherlands, December 9-11, 2004

⁹ 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.

(3) a contrario, l'amélioration de la qualité des soins liée au recours dans la population allophone n'atteint pas le niveau trouvé dans la population de référence.

1.6 Références

- Bagchi, A. D., S. Dale, et al. (2010). "Examining Effectiveness of Medical Interpreters in Emergency Departments for Spanish-Speaking Patients With Limited English Proficiency: Results of a Randomized Controlled Trial." Ann Emerg Med.
- Baker, D. W., R. Hayes, et al. (1998). "Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients." Med Care 36(10): 1461-70.
- Baker, D. W., R. M. Parker, et al. (1996). "Use and effectiveness of interpreters in an emergency department." JAMA 275(10): 783-8.
- Bernstein, J., E. Bernstein, et al. (2002). "Trained medical interpreters in the emergency department: effects on services, subsequent charges, and follow-up." J Immigr Health 4(4): 171-6.
- Bertoni, A. G., J. S. Krop, et al. (2002). "Diabetes-related morbidity and mortality in a national sample of U.S. elders." Diabetes Care 25(3): 471-5.
- Bischoff, A., P. A. Bovier, et al. (2003). "Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral." Soc Sci Med 57(3): 503-12.
- Bischoff, A. and K. Denhaerynck (2010). "What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland." BMC Health Serv Res 10: 248.
- Bischoff, A., T. V. Perneger, et al. (2003). "Improving communication between physicians and patients who speak a foreign language." Br J Gen Pract 53(492): 541-6.
- Borgdorff, M. W., J. Veen, et al. (1998). "Mortality among tuberculosis patients in The Netherlands in the period 1993-1995." Eur Respir J 11(4): 816-20.
- Braddock, C. H., 3rd (2010). "The emerging importance and relevance of shared decision making to clinical practice." Med Decis Making 30(5 Suppl): 5S-7S.
- Chan, Y. F. and S. Quine (1997). "Utilisation of Australian health care services by ethnic Chinese." Aust Health Rev 20(1): 64-77.
- Crossman, K. L., E. Wiener, et al. (2010). "Interpreters: telephonic, in-person interpretation and bilingual providers." Pediatrics 125(3): e631-8.
- Currie, C. J., J. R. Peters, et al. (2010). "Survival as a function of HbA(1c) in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study." Lancet 375(9713): 481-9.
- Derose, K. P., R. D. Hays, et al. (2001). "Does physician gender affect satisfaction of men and women visiting the emergency department?" J Gen Intern Med 16(4): 218-26.
- Dewalt, D. A., N. D. Berkman, et al. (2004). "Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature." J Gen Intern Med 19(12): 1228-39.
- DeWalt, D. A. and A. Hink (2009). "Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature." Pediatrics 124 Suppl 3: S265-74.
- Drennan, G. and L. Swartz (2002). "The paradoxical use of interpreting in psychiatry." Soc Sci Med 54(12): 1853-66.
- Eichler, K., S. Wieser, et al. (2009). "The costs of limited health literacy: a systematic review." Int J Public Health 54(5): 313-24.
- Enguidanos, E. R. and P. Rosen (1997). "Language as a factor affecting follow-up compliance from the emergency department." J Emerg Med 15(1): 9-12.
- Fagan, M. J., J. A. Diaz, et al. (2003). "Impact of interpretation method on clinic visit length." J Gen Intern Med 18(8): 634-8.

- Fagerlin, A., K. R. Sepucha, et al. (2010). "Patients' knowledge about 9 common health conditions: the DECISIONS survey." *Med Decis Making* 30(5 Suppl): 35S-52S.
- Farooq, S., C. Fear, et al. (1997). "An Investigation of the Adequacy of Psychiatric Interviews Conducted through an Interpreter." *Psychiatric Bulletin* 21: 209-13.
- Fernandez, A., D. Schillinger, et al. (2010). "Language Barriers, Physician-Patient Language Concordance, and Glycemic Control Among Insured Latinos with Diabetes: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE)." *J Gen Intern Med*.
- Flores, G. (2005). "The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review." *Med Care Res Rev* 62(3): 255-99.
- Flores, G., M. B. Laws, et al. (2003). "Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters." *Pediatrics* 111(1): 6-14.
- Ford, E. S. and F. DeStefano (1991). "Risk factors for mortality from all causes and from coronary heart disease among persons with diabetes. Findings from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study." *Am J Epidemiol* 133(12): 1220-30.
- Freedberg, K. A., E. Losina, et al. (2001). "The cost effectiveness of combination antiretroviral therapy for HIV disease." *N Engl J Med* 344(11): 824-31.
- Garcia, E. A., L. C. Roy, et al. (2004). "A comparison of the influence of hospital-trained, ad hoc, and telephone interpreters on perceived satisfaction of limited English-proficient parents presenting to a pediatric emergency department." *Pediatr Emerg Care* 20(6): 373-8.
- Garrett, P. W., R. Forero, et al. (2008). "How are language barriers bridged in acute hospital care? The tale of two methods of data collection." *Aust Health Rev* 32(4): 755-64.
- Halvorsen, P. A. (2010). "What information do patients need to make a medical decision?" *Med Decis Making* 30(5 Suppl): 11S-13S.
- Hampers, L. C. and J. E. McNulty (2002). "Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: effect on resource utilization." *Arch Pediatr Adolesc Med* 156(11): 1108-13.
- Hart, J. E., C. Y. Jeon, et al. (2010). "Effect of directly observed therapy for highly active antiretroviral therapy on virologic, immunologic, and adherence outcomes: a meta-analysis and systematic review." *J Acquir Immune Defic Syndr* 54(2): 167-79.
- Hood, K. K., J. M. Rohan, et al. (2010). "Interventions with adherence-promoting components in pediatric type 1 diabetes: meta-analysis of their impact on glycemic control." *Diabetes Care* 33(7): 1658-64.
- Hornberger, J., H. Itakura, et al. (1997). "Bridging language and cultural barriers between physicians and patients." *Public Health Rep* 112(5): 410-7.
- Hornberger, J. C., C. D. Gibson, Jr., et al. (1996). "Eliminating language barriers for non-English-speaking patients." *Med Care* 34(8): 845-56.
- Jacobs, E. A., D. S. Lauderdale, et al. (2001). "Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients." *J Gen Intern Med* 16(7): 468-74.
- Jacobs, E. A., L. S. Sadowski, et al. (2007). "The impact of an enhanced interpreter service intervention on hospital costs and patient satisfaction." *J Gen Intern Med* 22 Suppl 2: 306-11.
- Jacobs, E. A., D. S. Shepard, et al. (2004). "Overcoming language barriers in health care: costs and benefits of interpreter services." *Am J Public Health* 94(5): 866-9.
- John-Baptiste, A., G. Naglie, et al. (2004). "The effect of English language proficiency on length of stay and in-hospital mortality." *J Gen Intern Med* 19(3): 221-8.
- Karliner, L. S., E. A. Jacobs, et al. (2007). "Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature." *Health Serv Res* 42(2): 727-54.
- Karliner, L. S., E. J. Perez-Stable, et al. (2004). "The language divide. The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice." *J Gen Intern Med* 19(2): 175-83.
- Keller, D. L., J. Wright, et al. (2008). "Impact of health literacy on health outcomes in ambulatory care patients: a systematic review." *Ann Pharmacother* 42(9): 1272-81.

- Kim, S. Y. and S. J. Goldie (2008). "Cost-effectiveness analyses of vaccination programmes: a focused review of modelling approaches." *Pharmacoeconomics* 26(3): 191-215.
- Kravitz, R. L., L. J. Helms, et al. (2000). "Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian." *Med Care* 38(7): 728-38.
- Kuo, D. and M. J. Fagan (1999). "Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic." *J Gen Intern Med* 14(9): 547-50.
- Leanza, Y., I. Boivin, et al. (2010). "Interruptions and resistance: a comparison of medical consultations with family and trained interpreters." *Soc Sci Med* 70(12): 1888-95.
- Lee, L. J., H. A. Batal, et al. (2002). "Effect of Spanish interpretation method on patient satisfaction in an urban walk-in clinic." *J Gen Intern Med* 17(8): 641-5.
- Legrand, J., A. Sanchez, et al. (2008). "Modeling the impact of tuberculosis control strategies in highly endemic overcrowded prisons." *PLoS One* 3(5): e2100.
- Lewden, C., G. Chene, et al. (2007). "HIV-infected adults with a CD4 cell count greater than 500 cells/mm³ on long-term combination antiretroviral therapy reach same mortality rates as the general population." *J Acquir Immune Defic Syndr* 46(1): 72-7.
- Linsky, A., N. McIntosh, et al. (2010). "Patient-Provider Language Concordance and Colorectal Cancer Screening." *J Gen Intern Med*.
- Locatis, C., D. Williamson, et al. (2010). "Comparing in-person, video, and telephonic medical interpretation." *J Gen Intern Med* 25(4): 345-50.
- Loubiere, S., M. Rotily, et al. (2001). "Including polymerase chain reaction in screening for hepatitis C virus RNA in blood donations is not cost-effective." *Vox Sang* 80(4): 199-204.
- McEwen, L. N., C. Kim, et al. (2007). "Risk factors for mortality among patients with diabetes: the Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD) Study." *Diabetes Care* 30(7): 1736-41.
- Mills, E. J., J. B. Nachega, et al. (2006). "Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators." *PLoS Med* 3(11): e438.
- Munro, S. A., S. A. Lewin, et al. (2007). "Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research." *PLoS Med* 4(7): e238.
- Nelson, K. M., E. J. Boyko, et al. (2010). "All-cause mortality risk among a national sample of individuals with diabetes." *Diabetes Care* 33(11): 2360-4.
- Ngo-Metzger, Q., M. P. Massagli, et al. (2003). "Linguistic and cultural barriers to care." *J Gen Intern Med* 18(1): 44-52.
- Ngo-Metzger, Q., D. H. Sorkin, et al. (2007). "Providing high-quality care for limited English proficient patients: the importance of language concordance and interpreter use." *J Gen Intern Med* 22 Suppl 2: 324-30.
- Nielsen, S. S., Y. He, et al. (2010). "Quality of cancer care among foreign-born and US-born patients with lung or colorectal cancer." *Cancer* 116(23): 5497-506.
- Nishimura, R., R. E. LaPorte, et al. (2001). "Mortality trends in type 1 diabetes. The Allegheny County (Pennsylvania) Registry 1965-1999." *Diabetes Care* 24(5): 823-7.
- Parsons, L. and S. Day (1992). "Improving obstetric outcomes in ethnic minorities: an evaluation of health advocacy in Hackney." *J Public Health Med* 14(2): 183-91.
- Percac-Lima, S., L. S. Aldrich, et al. (2010). "Barriers to follow-up of an abnormal Pap smear in Latina women referred for colposcopy." *J Gen Intern Med* 25(11): 1198-204.
- Prince, D. and M. Nelson (1995). "Teaching Spanish to emergency medicine residents." *Acad Emerg Med* 2(1): 32-6; discussion 36-7.
- Querre, M., F. L. Mbodj, 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.
- Ratanawongsa, N., B. J. Zikmund-Fisher, et al. (2010). "Race, ethnicity, and shared decision making for hyperlipidemia and hypertension treatment: the DECISIONS survey." *Med Decis Making* 30(5 Suppl): 65S-76S.

- Ray, M., R. Logan, et al. (2010). "The effect of combined antiretroviral therapy on the overall mortality of HIV-infected individuals." AIDS 24(1): 123-37.
- Rosen, A. B., A. B. Spaulding, et al. (2009). "Patient adherence: a blind spot in cost-effectiveness analyses?" Am J Manag Care 15(9): 626-32.
- Rosenberg, E., Y. Leanza, et al. (2007). "Doctor-patient communication in primary care with an interpreter: physician perceptions of professional and family interpreters." Patient Educ Couns 67(3): 286-92.
- Sarver, J. and D. W. Baker (2000). "Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit." J Gen Intern Med 15(4): 256-64.
- Schenker, Y., F. Wang, et al. (2007). "The impact of language barriers on documentation of informed consent at a hospital with on-site interpreter services." J Gen Intern Med 22 Suppl 2: 294-9.
- Sentell, T., M. Shumway, et al. (2007). "Access to mental health treatment by English language proficiency and race/ethnicity." J Gen Intern Med 22 Suppl 2: 289-93.
- Small, R., P. L. Rice, et al. (1999). "Mothers in a new country: the role of culture and communication in Vietnamese, Turkish and Filipino women's experiences of giving birth in Australia." Women Health 28(3): 77-101.
- Sokol, M. C., K. A. McGuigan, et al. (2005). "Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost." Med Care 43(6): 521-30.
- Tocher, T. M. and E. Larson (1998). "Quality of diabetes care for non-English-speaking patients. A comparative study." West J Med 168(6): 504-11.
- Tocher, T. M. and E. B. Larson (1999). "Do physicians spend more time with non-English-speaking patients?" J Gen Intern Med 14(5): 303-9.
- Vallier, N., B. Salanave, et al. (2006). *Coût des trente affections de longue durée pour l'Assurance Maladie. Points de repère.* Paris, Assurance Maladie: 1-8.
- van Dulmen, S., E. Sluijs, et al. (2007). "Patient adherence to medical treatment: a review of reviews." BMC Health Serv Res 7: 55.
- van Dulmen, S., E. Sluijs, et al. (2008). "Furthering patient adherence: a position paper of the international expert forum on patient adherence based on an internet forum discussion." BMC Health Serv Res 8: 47.
- Vermeire, E., J. Wens, et al. (2005). "Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus." Cochrane Database Syst Rev(2): CD003638.
- Wagner, J., G. Abbott, et al. (2005). "Knowledge of heart disease risk among spanish speakers with diabetes: the role of interpreters in the medical encounter." Ethn Dis 15(4): 679-84.
- Wibell, L., L. Nystrom, et al. (2001). "Increased mortality in diabetes during the first 10 years of the disease. A population-based study (DISS) in Swedish adults 15-34 years old at diagnosis." J Intern Med 249(3): 263-70.
- Yazdanpanah, Y., C. E. Sloan, et al. (2010). "Routine HIV screening in France: clinical impact and cost-effectiveness." PLoS One 5(10): e13132.
- Zwahlen, M., R. Harris, et al. (2009). "Mortality of HIV-infected patients starting potent antiretroviral therapy: comparison with the general population in nine industrialized countries." Int J Epidemiol 38(6): 1624-33.

2 Évaluation médico-économique de l'interprétariat professionnel en santé

2.1 Introduction au modèle médico-économique

Classiquement, la conduite d'une évaluation médico-économique suit la preuve de l'efficacité d'une intervention en santé en termes de morbi-mortalité. La question posée est de savoir si l'amélioration de santé liée à l'intervention entraîne un coût supplémentaire acceptable dans le système de soins. Cette démarche en deux étapes tient essentiellement au fait que l'évaluation médico-économique complexifie l'analyse sur 3 mesures autres que le résultat sanitaire : les conséquences de l'intervention dans le temps (histoire de la maladie et actualisation des conséquences futures), l'agrégation des conséquences sanitaires par un indicateur synthétique en santé (espérance de vie pondérée par la qualité de vie) et les coûts induits ou évités par l'intervention. Chaque dimension nécessite de fixer de nombreuses hypothèses et leur poids dans l'évaluation médico-économique est mesuré par des analyses de sensibilité.

Notre projet présente 2 problèmes majeurs dans la réalisation d'une évaluation médico-économique :

- Notre revue de littérature ne permet pas d'apporter la preuve de l'efficacité du recours aux interprètes professionnels pour les patients non-francophones en termes de morbi-mortalité. A défaut, l'évaluation médico-économique nécessite d'introduire des hypothèses permettant de mesurer l'efficacité de l'intervention en termes de morbi-mortalité. Nous avons choisi de construire cette mesure de façon indirecte en termes d'adhésion des patients allophones aux soins habituels des patients francophones. Cependant, le modèle médico-économique repose uniquement sur des hypothèses et l'analyse ne peut être qu'exploratoire.
- Le recours aux interprètes professionnels dans la population allophone concerne des champs de recherche où l'évaluation médico-économique est peu développée :
 - La mesure proposée d'efficacité en termes d'adhésion aux soins habituels des patients allophones peut être approchée par la notion d'observance thérapeutique dans la population générale. Cependant, la mesure de l'observance thérapeutique reste un objet de recherche en soi (van Dulmen et al. 2007; van Dulmen et al. 2008). L'efficacité des interventions testées pour améliorer l'observance n'est pas évidente, notamment dans la prise en charge du diabète (Vermeire et al. 2005; Hood et al. 2010), du VIH/SIDA (Mills et al. 2006; Hart et al. 2010) et de la tuberculose (Munro et al. 2007) en excluant l'observation directe de la prise du traitement dans les pays pauvres. En conséquence, l'observance thérapeutique n'est pratiquement jamais prise en compte dans l'évaluation médico-économique des interventions en santé (Rosen et al. 2009).
 - Le VIH/SIDA et la tuberculose sont des maladies infectieuses à transmission interhumaine. Il paraît légitime de mesurer l'efficacité d'une intervention dans ces pathologies en termes de bénéfices sur la santé pour l'individu mais aussi pour la population générale. Cette approche nécessite de construire un modèle épidémiologique dynamique centré sur la transmission interhumaine de l'infection. Cependant, la plupart des évaluations médico-économiques limitent le champ de l'analyse au seul bénéfice individuel d'une intervention dans le domaine infectieux comme dans les autres domaines sanitaires. Dans une revue récente de 208 évaluations médico-économiques portant sur la vaccination, Kim et coll. ont relevé que 90% des évaluations reposent sur un modèle épidémiologique statique qui ne prend pas en compte la protection passive des sujets non vaccinés (Kim et al. 2008).
 - L'histoire naturelle du VIH/SIDA ou du diabète est caractérisée par une évolution chronique marquée par de multiples complications sévères et de multiples lignes de traitement face à la « résistance » de la maladie au traitement. En conséquence, la plupart des évaluations

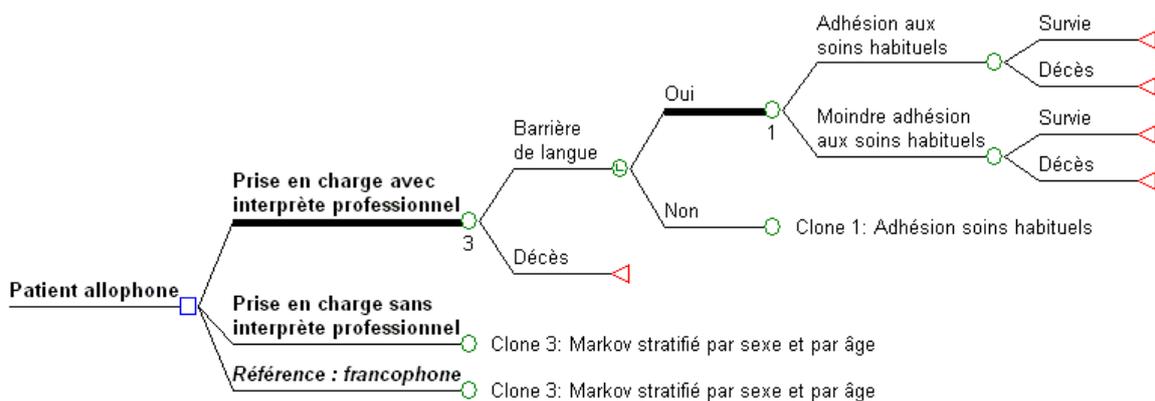
médico-économiques focalisent leur analyse sur un moment donné de l'histoire de la maladie en rapport avec une (seule) complication ou une ligne donnée de traitement, toutes choses étant égales par ailleurs. A notre connaissance, il n'existe pas de modèle médico-économique intégrant l'histoire naturelle du diabète et un seul modèle a été développé dans le domaine du VIH/SIDA à l'ère de la trithérapie (Freedberg et al. 2001). Ce modèle a connu de multiples développements, par exemple en France pour mesurer l'intérêt du dépistage systématique du VIH en population générale (Yazdanpanah et al. 2010). Cependant, on peut noter que chaque étape supplémentaire pour mieux décrire l'histoire naturelle de la maladie conduit logiquement à une augmentation exponentielle du poids des hypothèses dans les résultats.

Ces trois champs de recherche en économie de la santé (observance, bénéfice collectif d'une intervention individuelle, histoire naturelle d'une pathologie chronique) illustrent combien une évaluation médico-économique résulte d'un arbitrage sur le nombre d'hypothèses et la complexité du modèle. Dans notre projet, déjà limité par l'absence de preuve de l'efficacité du recours aux interprètes professionnels en termes de morbi-mortalité, nous avons choisi de construire un modèle médico-économique générique, simple et reproductible à partir d'un nombre limité d'hypothèses. Son application dans différents domaines sanitaires (diabète, VIH/SIDA et tuberculose) doit permettre d'explorer le poids des hypothèses sur la concordance des résultats.

2.2 Hypothèses du modèle médico-économique

Nous avons construit un modèle de Markov pour mesurer l'espérance de vie et le coût du recours à l'interprétariat professionnel pour les patients allophones dans la perspective de l'Assurance Maladie (Figure ci-dessous). Le modèle est générique dans le sens où les hypothèses nécessaires à sa construction sont les mêmes quelle que soit la pathologie (diabète, VIH/SIDA, tuberculose) : seules les valeurs des paramètres spécifiques à la pathologie modifient les résultats.

2.2.1 Figure : Modèle de l'évaluation médico-économique



2.2.2 Choix des interventions

Nous avons défini 3 interventions dans le prolongement de notre revue de la littérature :

(1) la prise en charge des patients allophones avec recours à l'interprétariat professionnel ; (2) la prise en charge des patients allophones sans recours à l'interprétariat professionnel ; (3) une intervention contrôle définissant les conséquences sanitaires et économiques de la prise en charge des patients francophones.

Notre revue de la littérature n'a pas permis de mettre en évidence qu'une modalité d'interprétariat professionnel est supérieure à une autre en termes de morbi-mortalité (interprétariat consécutif par

téléphone versus en présence de l'interprète). Aussi, l'intervention « prise en charge d'un patient allophone avec interprétariat professionnel » intègre ces deux modalités sans que le détail en soit précisé. Une analyse de sensibilité sur le coût des services d'interprétariat professionnel permettra d'en préciser l'impact, le cas échéant.

La fréquence du recours à différentes modalités d'interprétariat non professionnel est inconnue dans le contexte français (accompagnant, staff bilingue dans une structure de soins, aucun recours). Il n'existe pas non plus de données d'efficacité en termes de morbi-mortalité entre ces différentes modalités. Aussi, l'intervention « prise en charge d'un patient allophone sans interprétariat professionnel » intègre ces trois modalités sans que le détail en soit précisé.

2.2.3 Mesure de l'efficacité en termes d'espérance de vie

Suivant les conclusions de notre revue de la littérature, le modèle compare l'efficacité de la prise en charge des patients allophones avec ou sans interprétariat professionnel par référence indirecte à la prise en charge des patients francophones. Un indice d'adhésion aux soins habituels est construit qui prend la valeur 1 pour le groupe des patients francophones. Deux hypothèses sont formulées sur la valeur de l'indice chez les patients allophones :

(1) L'indice prend la valeur 1 lorsque le patient devient francophone dans le sens où son adhésion aux soins est la même que dans le groupe des patients francophones et que le recours à l'interprétariat devient inutile. Dans le scénario de base, le patient allophone devient francophone après 5 ans de soins. Dans l'analyse de sensibilité, cette durée varie de 2 ans¹⁰ à la fin du suivi du patient par le modèle.

(2) L'intervention avec interprétariat professionnel conduit à une valeur d'indice inférieure à 1 mais supérieure à la valeur d'indice sans interprète professionnel. Par construction, la valeur d'indice de l'intervention avec interprète professionnel donne directement le % d'adhésion par rapport aux soins habituels dans le groupe des patients francophones et le rapport des valeurs d'indice avec et sans interprète professionnel mesure l'efficacité de l'intervention. Dans le scénario de base, la valeur d'indice = 0,9 pour l'intervention avec interprète professionnel (0,8 à 1 en analyse de sensibilité) et le rapport d'efficacité avec/sans interprète professionnel = 2 (1 à 3 en analyse de sensibilité).

L'indice d'adhésion aux soins habituels joue ici le rôle de marqueur de substitution de l'efficacité de l'intervention. Il ne permet pas de mesurer en soi les conséquences sanitaires de l'intervention. Nous avons retenu l'espérance de vie comme critère de jugement de l'efficacité de l'intervention.

L'espérance de vie dépend de 3 risques simultanés dans le modèle :

(1) Le risque de décès dans la population générale. Le modèle de Markov consiste en une répétition de cycles (ici fixés à un an) qui prend en compte le risque de décès, toutes causes confondues, dans la population générale. Le modèle est stratifié par sexe et par âge.¹¹

(2) Le risque de décès dans le groupe des patients francophones (indice d'adhésion aux soins habituels =1). Il est construit par l'application d'un ratio de mortalité standardisé (RMS) au risque de décès dans la population générale.¹² L'excès de mortalité est significatif par rapport à la population générale (RMS>1) pour les 3 pathologies étudiées : diabète (Nishimura et al. 2001; Wibell et al. 2001; Bertoni et al. 2002; Nelson et al. 2010), VIH/SIDA (Lewden et al. 2007; Zwahlen et al. 2009) et tuberculose (Borgdorff et al. 1998). Dans le scénario de base, le RMS est estimé à partir des données de cohorte les plus représentatives en termes de sexe et d'âge : diabète=1,41 (Bertoni, Krop et al.

¹⁰ On peut noter que l'obtention d'une carte de résident impose aux étrangers de s'engager à connaître la langue française *dans les 2 ans* suivant leur installation en France.

¹¹ Table de mortalité en France métropolitaine de 2008 (<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>).

¹² Le ratio de mortalité standardisé mesure le rapport mortalité observée sur mortalité attendue dans la population générale sur l'ensemble des strates définies par le sexe et les catégories d'âge.

2002) ; VIH/SIDA=3,36 (Zwahlen, Harris et al. 2009) ; tuberculose=8,3 (Borgdorff, Veen et al. 1998). L'absence d'excès de mortalité lié à la pathologie (RMS=1) est testée en analyse de sensibilité.

Nous n'avons pas fait d'hypothèses supplémentaires sur l'histoire naturelle de la maladie. Chaque étape supplémentaire dans sa représentation conduit à la complexification du modèle. Dans l'exemple du diabète, l'excès de mortalité peut être stratifié selon les caractéristiques de la pathologie (e.g., diabète de type 1, de type 2 ou secondaire (Ford et al. 1991; McEwen et al. 2007)), l'efficacité des multiples lignes du traitement de fond (e.g., représentée par la mesure du contrôle de l'hémoglobine glyquée HbA1c (Currie et al. 2010)), l'occurrence de complications sévères, voire leur propre histoire naturelle (e.g., maladie coronaire aiguë (Ford and DeStefano 1991; Nelson, Boyko et al. 2010)). En conséquence, le nombre d'hypothèses augmente de façon exponentielle à chaque étape supplémentaire et l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel dans la population allophone ne devient que d'autant plus hypothétique et marginale dans l'incertitude globale du résultat.

(3) Le risque de décès dans le groupe des patients allophones (indice d'adhésion aux soins habituels <1). Le patient allophone présente un risque supplémentaire de décès lié à son appartenance fréquente aux groupes de patients les plus à risque. Les modèles de survie montrent un risque de décès augmenté après ajustement :

- 1,79 (IC95%, 1,56 à 2,06) chez les patients diabétiques de type 1 ou 2 en l'absence de contrôle du diabète (HbA1c à 10,6%) par rapport à son contrôle (HbA1c à 7,5%) (Currie, Peters et al. 2010) ;
- 2,63 (IC95%, 1,92 à 3,57) chez les patients VIH avec moins de 200 CD4 en l'absence de trithérapie par rapport à la mise sous traitement (Ray et al. 2010) ;
- 3,7 (IC95%, 1,1 à 12,5) chez les patients atteints de tuberculose en situation de migrant illégal par rapport aux autres patients (Borgdorff, Veen et al. 1998).

Cependant, le risque de décès dans le groupe des patients allophones est construit dans le modèle par rapport aux « soins habituels » dans l'ensemble des patients francophones plutôt que certains sous-groupes de patients francophones à faible risque de décès. De façon conservative, nous avons fixé le risque de décès supplémentaire à 1,1 dans le scénario de base et testé son absence en analyse de sensibilité.

2.2.4 Poids de l'incertitude dans la mesure de l'espérance de vie

Le modèle calcule l'espérance de vie du patient allophone en considérant chaque année le risque de décès d'un individu français de mêmes âge et sexe, que multiplie le ratio de mortalité standardisé de la pathologie. Selon la valeur de l'indice d'adhésion aux soins habituels, une proportion variable des patients allophones est exposée à un risque de décès supplémentaire par rapport aux patients francophones mais ce risque supplémentaire disparaît lorsque le patient parle français.

Les analyses de sensibilité explicitent 3 niveaux principaux d'incertitude sur l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel mesurée en termes d'espérance de vie :

- L'espérance de vie en fonction de l'âge et du sexe :
 - L'espérance de vie dans la population générale française est prise en référence dans le modèle. Cependant, l'espérance de vie des individus allophones est possiblement diminuée par de multiples facteurs (pays d'origine, situation illégale, demandeurs d'asile, précarité...). En conséquence, l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel chez les patients allophones est majorée par une espérance de vie « de base » calculée dans la population générale.
 - Le modèle est stratifié sur le sexe et l'âge pour tenir compte des différences démographiques entre pathologies. Cependant, diabète, VIH/SIDA et tuberculose concernent toute catégorie d'âge et de sexe, voire de façon très caractérisée pour certains groupes de patients (diabète

de type 1 versus type 2). Dans le scénario de base, nous avons pris les valeurs moyennes des nouveaux inscrits en ALD au régime général de l'Assurance Maladie et l'analyse de sensibilité couvre l'éventail des possibilités démographiques. Une meilleure caractérisation des patients allophones en termes d'âge et de sexe permettrait de définir un scénario de base plus proche de la réalité. De façon approximative, l'étude des déclarations obligatoires du VIH/SIDA (42% des 6476 déclarations en 2008) et de la tuberculose (44% des 5588 déclarations en 2007) indique que, parmi les patients nés à l'étranger, les femmes sont surreprésentées dans le VIH/SIDA et les patients sont plus jeunes en médiane dans la tuberculose.¹³

- Le ratio de mortalité standardisé (RMS) de la pathologie dans la population francophone : le scénario de base prend en compte le RMS pour l'ensemble des patients francophones et les analyses de sensibilité permettent de refléter la très forte variation du RMS en fonction des groupes à risque pour chaque pathologie (diabète : 1 à 4 ; VIH/SIDA : 1 à 10 ; tuberculose : 1 à 10). En effet, il ne s'agit pas ici de déterminer l'efficacité d'une intervention dans un groupe à risque caractérisé, mais plutôt de chercher si l'interprétariat professionnel est efficace pour rapprocher les patients allophones des « soins habituels » des francophones, quel que soit le groupe à risque rencontré.
- Le risque supplémentaire de décès d'un patient allophone par rapport aux « soins habituels » des patients francophones (valeurs de 1 à 2). Il est intéressant de noter que l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel en termes d'espérance de vie repose d'abord et avant tout sur la détermination du risque supplémentaire de décès chez les patients allophones et non pas sur les hypothèses formulées en termes d'indice d'adhésion aux soins habituels selon le recours ou pas à l'interprète professionnel et du délai avant acquisition de la langue française.

2.2.5 Mesure des coûts dans la perspective de l'Assurance Maladie

Les coûts ont été mesurés dans la perspective de l'Assurance Maladie, en cohérence avec la finalité de ce projet. Nous avons utilisé les seules données de remboursement du régime général de l'Assurance Maladie et exclu de l'analyse les frais médicaux non remboursés, les coûts indirects liés à la perte de productivité au travail et les coûts intangibles liés à la perte du secret médical.

2.2.5.1 Les remboursements du régime général de l'Assurance Maladie

Le contexte français des pathologies étudiées permet d'utiliser des données de coûts directs exhaustives et relativement homogènes.¹⁴ En effet, diabète, VIH/SIDA et tuberculose relèvent de 3 Affections de Longue Durée (ALD) pour lesquelles les frais médicaux sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Au 31/12/2009, 1770152 patients français étaient inscrits au régime général en ALD 8 (14% diabète de type 1 et 86% diabète de type 2) ; 85127 patients en ALD 7 (91% de patients atteints de VIH/SIDA) et 10123 patients en ALD 29 (100% tuberculose active). On peut noter que le contexte de soins des patients allophones dans le secteur public rend improbable l'existence de frais médicaux qui ne seraient pas couverts à 100% par l'Assurance Maladie pour ces 3 pathologies.

La perspective de l'Assurance Maladie permet aussi de fixer implicitement le cadre temporel de notre évaluation médico-économique. En effet, dans l'étude de la structure des coûts des patients en ALD, l'Assurance Maladie fixe un horizon d'analyse à 15 ans (Vallier et al. 2006). Dans le scénario de base de notre modèle, nous retiendrons aussi un horizon de 15 ans de suivi des patients allophones, ce d'autant que leur situation peut être irrégulière et leur résidence en France temporaire.

Par convention, nous avons retenu un taux d'actualisation de 3% pour rapporter les coûts futurs à l'année 2008 dans le scénario de base. L'absence d'actualisation sera testée en analyse de sensibilité.

¹³ <http://www.invs.sante.fr/>

¹⁴ Décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004, JO du 5 octobre 2004.

2.2.5.2 Exclusion des coûts indirects voire intangibles

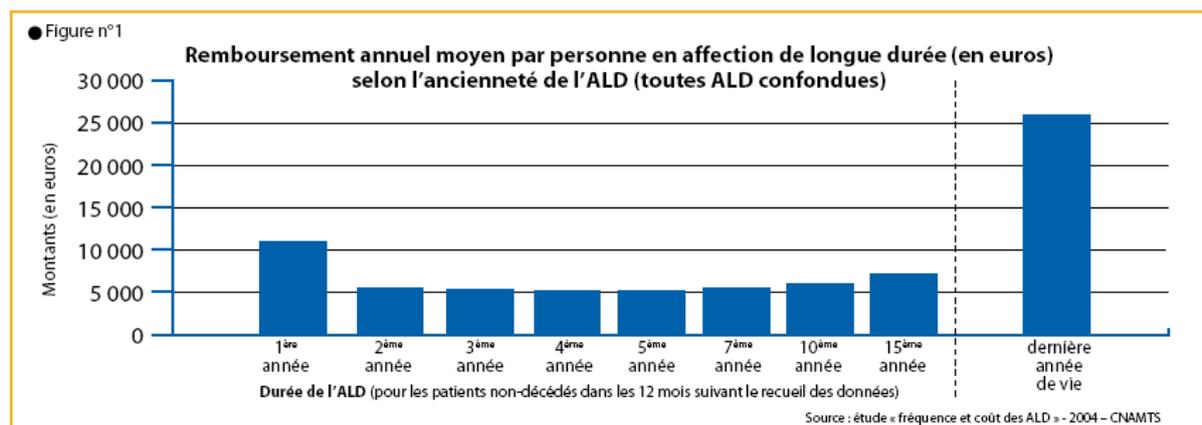
Dans une perspective sociétale, d'autres coûts que les frais médicaux pourraient être pris en compte dans l'évaluation médico-économique du recours à l'interprétariat professionnel : les coûts indirects liés à la perte de productivité au travail et les coûts intangibles liés à la perte du secret médical. Cependant, nous avons choisi de les exclure de l'analyse devant la particularité du contexte de l'intervention et l'absence de données robustes.

- Les coûts indirects peuvent concerner le patient allophone et l'interprétariat ad hoc (accompagnant, membre du staff bilingue réaffecté ponctuellement à cette tâche). Les données de l'INSEE indiquent que le taux de chômage est double dans la population immigrée par rapport à la population non-immigrée.¹⁵ En l'absence de données d'activité dans la population allophone, il semble exagéré de prendre en compte dans l'analyse les coûts indirects pour le patient allophone, voire son accompagnant. Le recours à un membre du staff bilingue ne se traduit pas par une perte de salaire pour l'individu.
- Des coûts intangibles pour le patient liés à la perte du secret médical sont possibles selon les différentes modalités d'interprétariat (accompagnant, staff ou interprète professionnel). L'étude qualitative conduite en France montre que les patients allophones infectés par le VIH/SIDA apprécient très différemment le respect du secret médical selon le type d'interprète (Querre, Mbodj et al. 2009). De plus, il n'est pas possible de documenter la fréquence du recours à différentes modalités d'interprétariat.

2.2.5.3 Structure des coûts directs dans le modèle

La structure des coûts a été construite : (1) par référence aux « soins habituels » dans le groupe des patients en ALD ; (2) en prenant en compte les modifications liées aux soins des patients allophones d'après notre revue de littérature ; (3) selon le recours ou non à l'interprète professionnel.

L'étude de l'Assurance Maladie a servi de référence sur la structure des coûts directs des patients en ALD (Vallier, Salanave et al. 2006)¹⁶. Cette étude est mise à jour régulièrement et présente le coût annuel moyen par personne selon l'ancienneté des patients en ALD ainsi que la distribution du coût annuel moyen par poste de dépenses pour chaque ALD. Dans notre modèle de Markov, le patient se présente dans le système de soins pour la première fois pour être suivi pendant 15 ans. Nous avons repris l'évolution du coût annuel moyen selon l'ancienneté des patients en ALD (cf. Figure ci-dessous) en les adaptant au coût annuel moyen de chaque pathologie (ALD 7, 8, 29). En conséquence, la première année de prise en charge est associée à un surcoût de 50% puis le coût progresse sur 14 ans vers le coût annuel moyen de la pathologie. Le cas échéant, l'année du décès est associée à un coût de 25000 euros quelle que soit la pathologie.



¹⁵ http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1212

¹⁶ Données de remboursement de 2004 mises à jour sur le site ameli pour l'année 2007 : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/cout.php>

Trois postes de dépenses ont été retenus dans l'analyse des soins des patients allophones : (1) Honoraires médicaux ; (2) Dépenses d'hospitalisation (publique et privée) ; et (3) Dépenses de ville (Honoraires médicaux, Pharmacie, Biologie, Auxiliaires, Transports, Dispositifs médicaux, Autres soins de ville).

Nous n'avons pas considéré que la prise en charge initiale des patients allophones conduit à un surcoût plus important que celui constaté la première année des « soins habituels » des patients francophones. De même, les patients allophones qui adhèrent aux « soins habituels » présentent la même évolution de coût annuel moyen que les patients francophones. Cependant, la structure des coûts est modifiée pour les patients allophones qui n'adhèrent pas aux « soins habituels » : moins de dépenses de ville (Bernstein, Bernstein et al. 2002; Hampers and McNulty 2002) ; a contrario, plus de dépenses d'hôpital en rapport avec le risque supplémentaire de décès. Dans le même sens, la diminution de l'observance thérapeutique des patients diabétiques est très significativement associée à l'augmentation du risque d'hospitalisation et de son coût annuel moyen qui double chez les patients avec la moins bonne versus la meilleure observance thérapeutique (Sokol et al. 2005). Dans le scénario de base, les dépenses de ville sont diminuées de 20% et les dépenses d'hôpital augmentées de 10% pour les patients allophones qui n'adhèrent pas aux « soins habituels ». L'absence de modification de la structure des coûts est testée en analyse de sensibilité.

Le coût du recours à l'interprétariat professionnel pour les patients allophones a été mesuré comme un surcoût en « Honoraires médicaux » plutôt qu'un budget fonction du volume et du prix des services d'interprétariat professionnel. Dans notre revue, aucune étude ne détaille le recours à l'interprétariat professionnel en termes de volume de services par patient. De plus, le coût du recours à l'interprétariat professionnel comprend le prix du service (interprétariat consécutif par téléphone ou en présence de l'interprète) mais aussi un éventuel allongement de la durée de consultation médicale (Fagan, Diaz et al. 2003). Par hypothèse, nous avons considéré que le patient allophone avait recours à l'interprétariat pour toutes les consultations médicales jusqu'à l'acquisition de la langue française. Le poste « Honoraires médicaux » de l'Assurance Maladie varie de 330 euros (VIH/SIDA) à 570 euros (diabète) par an et par personne inscrite en ALD. Considérant le tarif conventionné d'une consultation médicale de 23 euros, les majorations diverses mais l'absence de dépassements de tarifs conventionnés dans le cadre des remboursements en ALD, le poste « Honoraires médicaux » correspond à un nombre de consultations qui varie entre 5 et 20 consultations annuelles environ. Le prix des services d'interprétariat professionnel est libre et dépend du type de service (avec ou sans remboursement du transport) et de la durée de consultation (tarif horaire moyen de 30 euros). Après considération de ces éléments, nous avons fixé le surcoût du recours à l'interprétariat professionnel à 50% des « honoraires médicaux » dans le scénario de base et testé des valeurs entre 25% et 100% dans les analyses de sensibilité.

2.2.5.4 Bénéfice collectif dans le VIH/SIDA et la tuberculose

Nous avons testé en analyse de sensibilité la possibilité de bénéfices collectifs par la réduction des infections secondaires dans le VIH/SIDA et la tuberculose. Yazdanpanah et coll. ont mesuré récemment ces bénéfices collectifs dans le VIH/SIDA en considérant un risque d'infection secondaire variant de 0,2% à 9% selon la virémie puis, en cas d'infection secondaire, des pertes supplémentaires de 20,4 mois de vie et de 100000 euros issus du modèle individuel (Yazdanpanah, Sloan et al. 2010). Dans cette analyse de sensibilité en faveur du recours à l'interprète professionnel, nous avons appliqué la méthode précédente aux seuls patients allophones qui n'adhèrent pas aux « soins habituels » : le risque d'infection secondaire est fixé à 9% pour le VIH/SIDA et 1,1% pour la tuberculose (Legrand et al. 2008) ; les infections secondaires sont enregistrées et donnent lieu à un coût supplémentaire (coût actualisé sur 15 ans de la prise en charge du patient francophone dans la perspective de l'Assurance Maladie : 150000 euros pour le VIH/SIDA et 72000 euros pour la tuberculose).

2.2.5.5 Analyse coût-efficacité et présentation graphique

Le modèle de Markov a été construit avec le logiciel TreeAge Pro 2009, HealthCare (Williamstown, MA, USA). Nous avons conduit une analyse coût-efficacité exploratoire. Les résultats sont présentés graphiquement par des analyses de sensibilité pour chaque pathologie.

L'efficacité d'une nouvelle intervention est mesurée classiquement par le rapport incrémental entre le coût et l'efficacité¹⁷. La question alors posée est de savoir si l'amélioration de l'espérance de vie justifie l'augmentation du coût de la prise en charge dans la perspective de l'Assurance Maladie. Dans la tradition anglo-saxonne, une valeur seuil est utilisée pour déterminer si l'intervention est acceptable socialement et devrait être financée collectivement dans le système de soins. Bien que cette valeur soit l'objet de très nombreuses controverses dans les pays qui l'utilisent, l'OMS propose pour les pays comme la France où cette valeur n'existe pas de prendre en compte le Produit Intérieur Brut par habitant comme référence : une intervention conduisant à une augmentation du coût par année de vie gagnée inférieure à 1 fois le PIB/habitant est acceptable socialement, discutable jusqu'à 3 fois le PIB/habitant et n'est plus acceptable au-delà (en France : €30K et €90K, respectivement).¹⁸

Il n'y a pas de tradition médico-économique de ce type en France. En l'absence de règle de décision sur l'efficacité d'une intervention, l'acceptation d'une nouvelle intervention est laissée à l'appréciation du seul décideur. Cependant, on peut noter à partir des rares analyses coût-efficacité conduites en France que les décisions passées révèlent une valeur seuil très variable : €57K par année de vie gagnée avec la généralisation du dépistage VIH (Yazdanpanah, Sloan et al. 2010) ; €85 millions par année de vie gagnée avec l'ajout de la PCR dans le dépistage de l'hépatite C dans les dons de sang (Loubiere et al. 2001).

Dans ce rapport d'étape, il ne s'agit pas de déterminer si l'intervention est acceptable socialement, mais plutôt de conduire des analyses de sensibilité sur le résultat médico-économique en fonction de la pathologie. Les analyses de sensibilité ont été conduites en référence à une valeur seuil fixée à €30K de façon conservatrice (en défaveur du recours à l'interprétariat professionnel). La représentation graphique des analyses de sensibilité s'appuie sur le Bénéfice Net Monétaire qui combine la valeur seuil fixée au résultat en termes de coût-efficacité.¹⁹ Graphiquement, l'intervention qui a le Bénéfice Net Monétaire le plus élevé est l'intervention la plus acceptable socialement et les valeurs de paramètres qui changent la décision sont recherchées en analyse de sensibilité.

¹⁷ Les interventions sont classées de la moins chère à la plus chère et le rapport incrémental mesure l'augmentation du coût / l'augmentation de l'espérance de vie, soit un coût supplémentaire par année de vie gagnée.

¹⁸ http://www.who.int/choice/costs/CER_thresholds/en/index.html

Produit Intérieur Brut par habitant en France (2008) : 30139 euros (http://insee.fr/fr/themes/comptes-nationaux/tableau.asp?sous_theme=1&xml=t_1115)

¹⁹ NMB = Efficacité marginale * valeur seuil – Coût marginal

2.2.5.5.1 Tableau : Valeurs des paramètres des modèles médico-économiques (efficacité)

Variable du modèle	Scénario de base	Analyse de sensibilité		Source
		Borne basse	Borne haute	
Population cible				
Age à la première visite, années				
VIH/SIDA	34	20	50	Nouveaux inscrits au régime général en ALD 2008
Tuberculose	44	5	60	
Diabète	61	15	70	
Homme, %				
VIH/SIDA	61,9%	0,0%	100,0%	Nouveaux inscrits au régime général en ALD 2008
Tuberculose	53,9%	0,0%	100,0%	
Diabète	54,0%	0,0%	100,0%	
Efficacité				
Délai avant que le patient devienne francophone, années				
	5	2	15	Hypothèse
Indice d'adhésion du patient allophone aux soins habituels des francophones				
Avec interprétariat professionnel	0,9	0,5	1,0	Hypothèse
Rapport d'efficacité sur l'indice avec/sans interprétariat professionnel	2,0	1,0	3,0	Hypothèse
Variations liées à une moindre adhésion du patient allophone aux soins habituels				
Risque supplémentaire de décès	1,1	1,0	2,0	Hypothèse
Ratio de mortalité standardisé par rapport à la population générale				
VIH/SIDA	3,36	1,00	10,00	Cf. texte ; CEPIDC 2008
Tuberculose	8,30	1,00	10,00	
Diabète	1,41	1,00	4,00	
Probabilité de transmission secondaire				
VIH/SIDA	0,0%	0,0%	9,0%	
Tuberculose	0,0%	0,0%	1,1%	
Coût				
Variation des honoraires médicaux avec interprétariat professionnel				
	1,5	1,25	2	Hypothèse
Variations liées à une moindre adhésion du patient allophone aux soins habituels				
Augmentation du coût moyen annuel en hospitalisation	1,1	1,0	2,0	Hypothèse
Diminution du coût moyen annuel en ville	0,8	0,5	1,1	Hypothèse
Coût annuel moyen, euros				
VIH/SIDA	12 345 €	780 €	24 315 €	Remboursements en ALD du régime général 2007
Tuberculose	6 934 €	237 €	23 481 €	
Diabète	6 082 €	832 €	17 075 €	
Coût annuel la dernière année de vie, euros				
	25 000 €	20 000 €	30 000 €	
Proportion du coût annuel moyen en hospitalisation, %				
VIH/SIDA	24,0%	20,0%	30,0%	Remboursements en ALD du régime général
Tuberculose	69,6%	65,0%	75,0%	
Diabète	45,0%	40,0%	50,0%	
Proportion du coût annuel moyen en honoraires médicaux, %				
VIH/SIDA	2,7%	2,0%	5,0%	Remboursements en ALD du régime général
Tuberculose	7,3%	5,0%	15,0%	
Diabète	9,3%	5,0%	15,0%	
Coût total actualisé d'une infection secondaire				
VIH/SIDA	150 000 €			Hypothèse
Tuberculose	72 000 €			Hypothèse
Durée du suivi par le modèle, années				
	15	2	15	Hypothèse
Taux d'actualisation des coûts futurs				
	3%	0%	5%	Convention

2.3 Résultats médico-économiques

2.3.1 Résultats comparatifs dans le scénario de base

L'interprétation des résultats se fait à deux niveaux : (1) de façon descriptive par rapport au groupe des patients francophones ; (2) dans un sens médico-économique lorsque le recours à l'interprétariat professionnel est comparé à l'absence de recours dans la seule population des patients allophones (Tableau ci-dessous).

2.3.1.1.1 Tableau : Résultats médico-économiques dans le scénario de base

Tableau : Résultats médico-économiques dans le scénario de base

Pathologie	Intervention	Coût	Coût marginal	Espérance de vie (années)	Espérance de vie marginale	Rapport incremental coût/efficacité
Tuberculose	Référence : francophone	€72,3K	Réf.	8,952	Réf.	--
	Prise en charge sans interprète professionnel	€72,0K	-€ 243	8,876	-0,076	Réf.
	Prise en charge avec interprète professionnel	€74,6K	€ 2 345	8,938	-0,014	€41,6K
Diabète	Référence : francophone	€68,1K	Réf.	9,861	Réf.	--
	Prise en charge sans interprète professionnel	€66,7K	-€ 1 397	9,810	-0,051	Réf.
	Prise en charge avec interprète professionnel	€70,8K	€ 2 643	9,851	-0,009	€97,6K
VIH/SIDA	Référence : francophone	€144,7K	Réf.	11,273	Réf.	--
	Prise en charge sans interprète professionnel	€139,7K	-€ 5 039	11,256	-0,018	Réf.
	Prise en charge avec interprète professionnel	€145,7K	€ 1 003	11,270	-0,003	€417,5K

Dans une approche descriptive, le scénario de base et le modèle sont les mêmes pour les 3 pathologies étudiées. Par rapport aux « soins habituels » dans le groupe des patients francophones, la prise en charge du patient allophone est associée à : (1) un coût global diminué en l'absence d'interprétariat professionnel ; (2) un coût global augmenté avec interprétariat professionnel ; (3) une diminution globale de l'espérance de vie avec ou sans recours à interprétariat professionnel ; (4) l'interprétariat professionnel permet cependant une amélioration de l'espérance de vie dans le groupe de patients allophones.

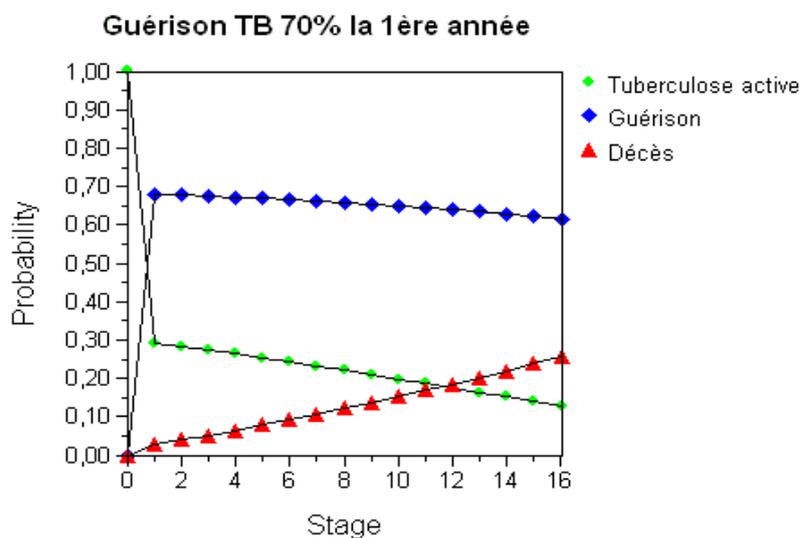
Dans une approche coût-efficacité, l'efficacité varie en fonction de la pathologie. Pour une année de vie gagnée, le recours à l'interprétariat professionnel conduit à une augmentation du coût moyen de la prise en charge des patients allophones de : 42k€ dans la tuberculose ; 98k€ dans le diabète ; 417k€ dans le VIH/SIDA. Selon les critères de jugement de l'OMS, le recours à l'interprétariat professionnel pour la tuberculose serait une intervention au financement collectif acceptable, mais difficilement acceptable pour le diabète ou le VIH/SIDA.

2.3.2 Limite d'un modèle générique de pathologie chronique appliqué à la tuberculose

Nous avons développé un modèle générique pour explorer la mesure de l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel dans le traitement et le suivi d'une pathologie chronique. Il est entendu ici qu'une pathologie chronique perdure à vie, sans guérison (ici, la perspective d'analyse est fixée à 15 ans). Le tableau précédent montre que l'espérance de vie des patients atteints de tuberculose est la plus faible (8,952 ans) car l'excès de mortalité lié à la tuberculose s'applique sur 15 ans. Si l'excès de mortalité lié à la tuberculose est cohérent avec les données épidémiologiques la première année

de prise en charge (ratio de mortalité standardisé = 8,3), 70% des patients atteints de tuberculose active seront guéris la première année de traitement (Valin, Hejblum et al. 2009)²⁰ et l'application du modèle générique de pathologie chronique est de portée limitée dans le cas de la tuberculose.

Une approche correctrice consiste à modifier le modèle générique en introduisant un stade de « guérison » en plus des stades « malade » et « décédé ». Plusieurs hypothèses sont nécessaires : (1) un taux de guérison de 70% la première année de traitement ; (2) chez les patients guéris, une mortalité identique à celle de la population générale après la première année ; (3) chez les patients non guéris, le maintien de l'excès de mortalité lié à la tuberculose après la première année. Pour les patients francophones, les « soins habituels » conduisent à une espérance de vie (non actualisée) de 13,12 ans sur 15 ans (Figure ci-dessous). Pour les patients allophones, le recours à l'interprétariat professionnel conduit à une augmentation de l'espérance de vie de 11 jours pour un coût supplémentaire de 670 euros : le rapport incrémental coût-efficacité est de 18,4 k€ par année de vie gagnée qui peut être considéré comme efficient.



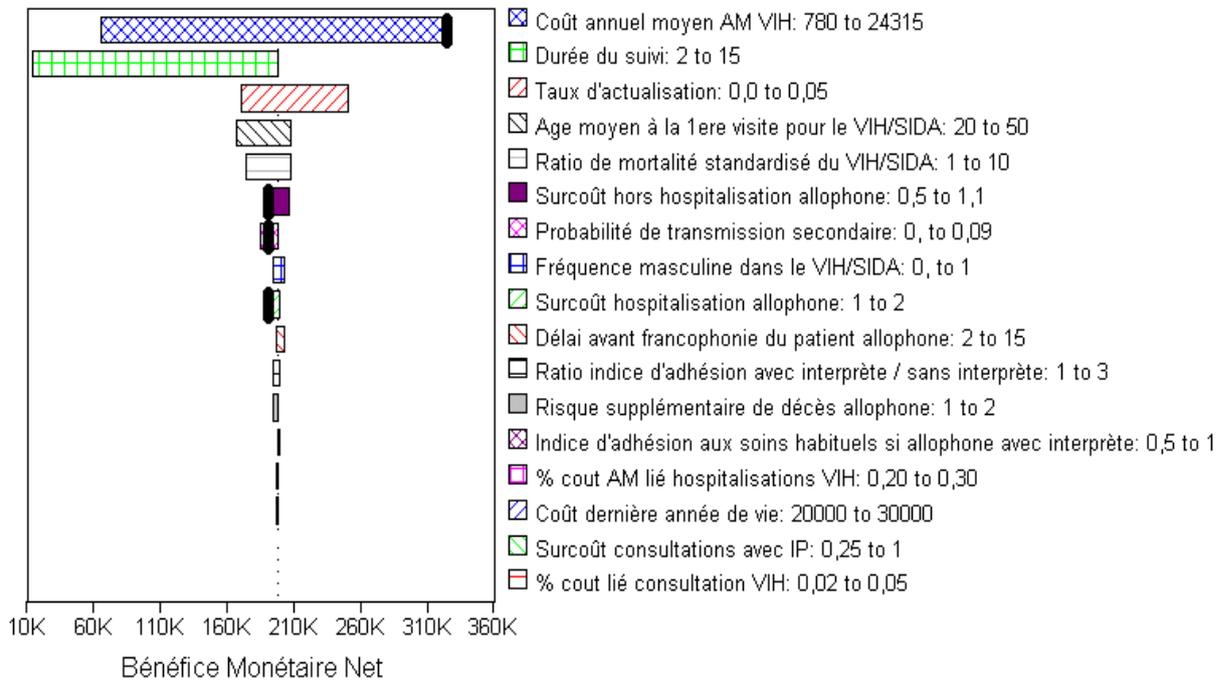
2.3.3 Analyses de sensibilité dans l'infection à VIH/SIDA et le diabète

Des analyses de sensibilité ont été conduites sur l'ensemble des paramètres des modèles appliqués à l'infection à VIH/SIDA ou le diabète (Figures suivantes).

²⁰ Valin, N., G. Hejblum, et al. (2009). "Management and treatment outcomes of tuberculous patients, eastern Paris, France, 2004." *Int J Tuberc Lung Dis* 13(7): 881-7.

2.3.3.1.1 Figure : Analyse de sensibilité dans l'infection à VIH/SIDA

Analyses de sensibilité de l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel pour les patients allophones atteints de VIH/SIDA



Dans la prise en charge du VIH/SIDA, l'analyse est en faveur du recours à l'interprétariat professionnel pour 2 variables qui concernent le groupe des patients allophones qui n'adhèrent pas aux « soins habituels » par rapport aux patients francophones :

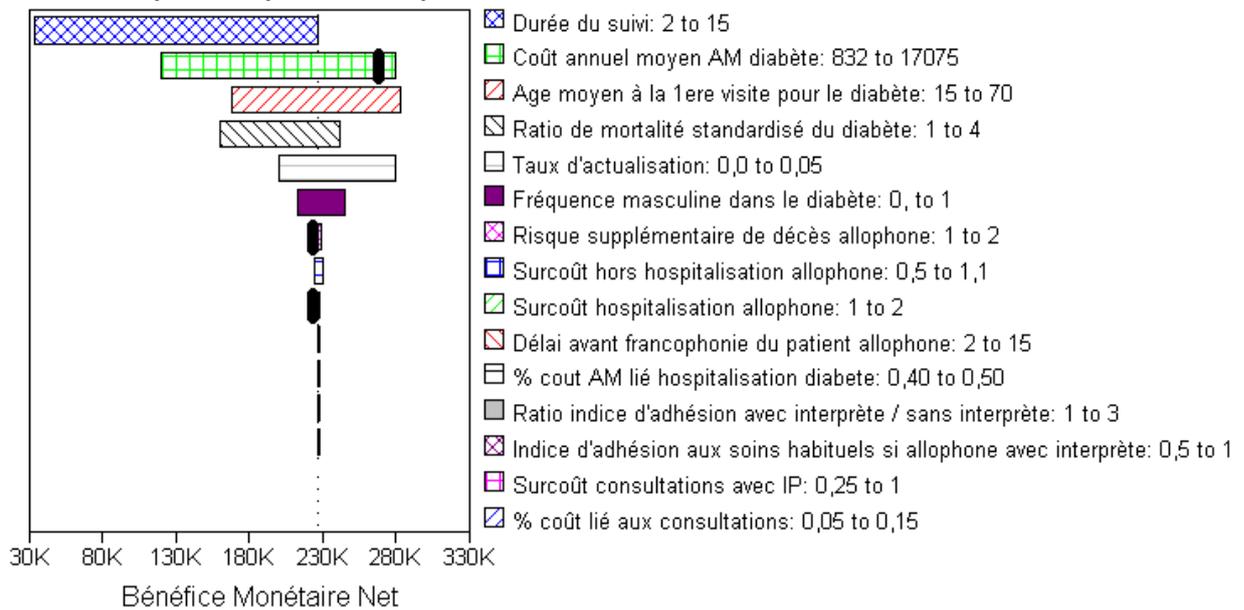
- Risque de dépenses d'hospitalisation > 1,9 ;
- Risque de dépenses de ville > 1,04.

Deux autres variables jouent aussi en faveur du recours à l'interprétariat :

- Probabilité d'infection secondaire > 1,2% ;
- Coût moyen annuel de l'Assurance Maladie < 1 k€.

2.3.3.1.2 Figure : Analyse de sensibilité de l'analyse pour le diabète

Analyses de sensibilité de l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel pour les patients allophones atteints de diabète



Dans la prise en charge du diabète, l'analyse est en faveur du recours à l'interprétariat professionnel pour 2 variables qui concernent le groupe des patients allophones qui n'adhèrent pas aux « soins habituels » par rapport aux patients francophones :

- Risque de dépenses d'hospitalisation > 1,5 ;
- Risque de décès supplémentaire > 1,4.

Une autre variable joue aussi en faveur du recours à l'interprétariat :

- Coût annuel moyen de l'Assurance Maladie < 2 k€.

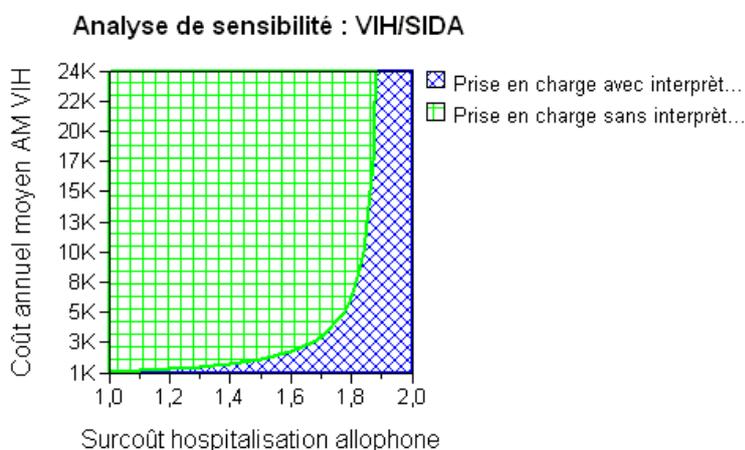
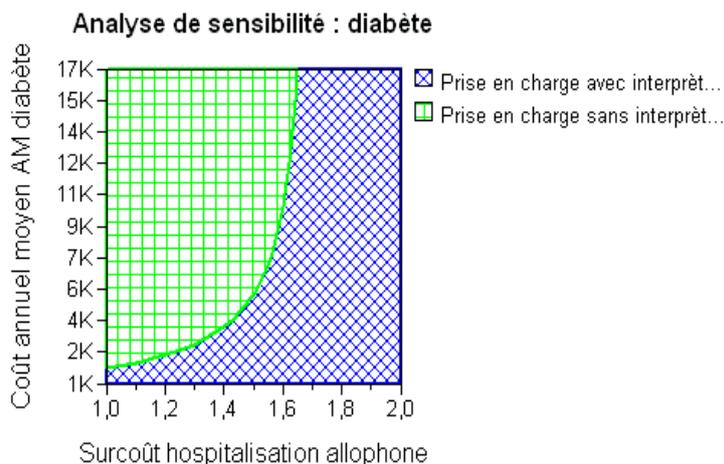
2.3.4 Interprétation des analyses de sensibilité dans le VIH/SIDA et le diabète

2.3.4.1 L'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel n'intervient pas directement

Les analyses de sensibilité montrent pour chaque pathologie que l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel a peu d'influence sur l'efficacité de l'intervention. Nous avons à dessein construit la mesure d'efficacité à partir d'un indice d'adhésion aux « soins habituels » dans le groupe de patients francophones. Le résultat médico-économique n'est pas modifié dans des analyses de sensibilité bi-variées portant sur l'indice d'adhésion des patients allophones avec interprète professionnel (de 0,5 à 1) et l'augmentation relative de l'indice avec/sans interprète (de 1 à 3). Dans un scénario extrême où l'interprétariat professionnel conduit aux « soins habituels » pour 100% des patients allophones et l'absence d'interprétariat professionnel conduit aux « soins habituels » pour 33% des patients allophones, le rapport incrémental coût/efficacité de l'intervention s'améliore mais il reste de : €75,500 par année de vie gagnée pour le diabète et €375,000 par année de vie gagnée pour le VIH/SIDA.

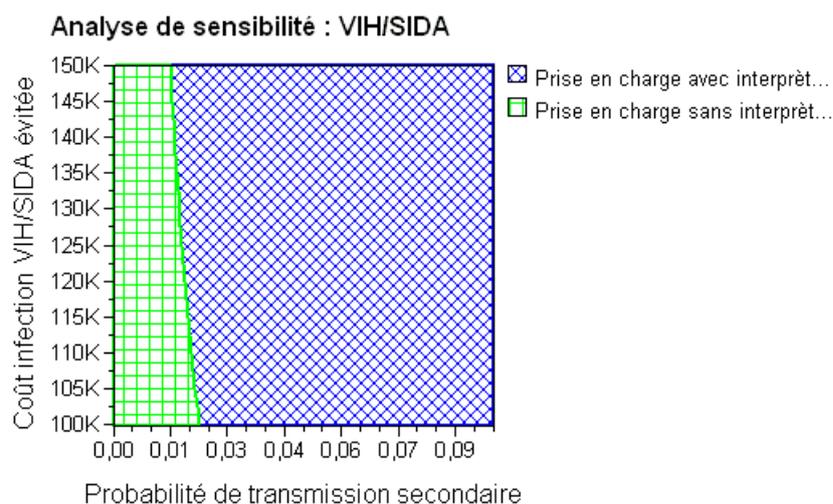
2.3.4.2 La déformation de la structure des coûts pour les patients allophones est dominante dans le résultat

Le caractère marginal du recours à l'interprétariat professionnel dans le scénario de base renvoie à la perspective de l'Assurance Maladie qui supporte une majorité de coûts d'hospitalisation dans la prise en charge de ces patients inscrits en ALD. Aussi, l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel est conditionnée par la déformation du coût d'hospitalisation pour les patients allophones qui n'adhèrent pas aux « soins habituels ». C'est que montrent les analyses bi-variées suivantes où le recours à l'interprétariat professionnel devient efficient lorsqu'augmentent conjointement : le coût moyen annuel de la pathologie pour l'Assurance Maladie et le risque de surcoût en hospitalisation pour les patients allophones qui n'adhèrent pas aux « soins habituels ».



2.3.4.3 Une efficacité à l'aune du bénéfice collectif dans les infections à transmission humaine ?

Les analyses de sensibilité révèlent aussi que le caractère marginal de l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel est compensé si le bénéfice collectif est pris en considération dans les maladies infectieuses à transmission humaine. Dans notre modèle, nous n'avons pas pris en considération le gain en santé lié à une infection secondaire évitée, mais les analyses bi-variées dans le VIH/SIDA montrent que le coût total, très conséquent, induit par une infection secondaire favorise le recours aux interprètes professionnels dès que le risque de transmission secondaire est estimé à plus de 1%/an chez les patients allophones qui n'adhèrent pas aux « soins habituels ». Cependant, ce résultat doit être pris avec précaution devant l'absence de modélisation épidémiologique sous-jacente et la majoration volontaire du gain en santé en faveur du recours à l'interprétariat professionnel.



2.4 Points à retenir

En l'absence de données d'efficacité de l'interprétariat professionnel en termes de morbi-mortalité, le modèle médico-économique a été construit pour être exploratoire et expliciter le poids de différents paramètres d'efficacité. Il permet d'éclairer plusieurs pistes de recherche sur les déterminants de l'efficacité du recours à l'interprétariat professionnel chez les patients allophones dans 3 pathologies (VIH/SIDA, tuberculose, diabète). Les résultats en termes d'efficacité sont nettement favorables à l'intervention dans la tuberculose, favorables également (mais de façon moindre) dans le diabète, et ne sont favorables dans le VIH/SIDA que si l'on prend en compte une ou des contaminations évitées.

La mesure de l'efficacité du recours avec un indicateur de morbi-mortalité permettrait de construire un modèle de décision robuste. Le recueil de données comparatives, rétrospectives portant sur un marqueur de substitution (par exemple, CD4/virémie dans le VIH/SIDA, HbA1c dans le diabète, résistance dans la tuberculose) permettrait de créer le lien manquant entre l'interprétariat, ses différentes modalités et la morbi-mortalité.

Il est aussi nécessaire de mieux comprendre la déformation de la structure des coûts, notamment celle du poste de dépenses en hospitalisation chez les patients allophones. Aussi, une analyse plus fine du coût des services d'interprétariat est nécessaire. L'analyse de différentes bases de données pourra contribuer utilement à cette démarche : enquête dans les hôpitaux de la DGOS/Mission T2A²¹ et données temporelles de recours aux organismes d'interprétariat professionnel médico-social.

²¹ Enquête DHOS/MT2A 2008-2009 sur la prise en charge des patients en situation de précarité comportant quelques questions sur l'interprétariat professionnel.

3 Enquête sur « l'observance » des patients « allophones »

3.1 Objectifs de l'enquête

Notre revue de la littérature confirme l'intérêt d'un recours à l'interprétariat en milieu de soins. Toutefois, elle révèle un faible niveau de preuve scientifique sur l'efficacité des services d'interprétariat professionnel par rapport à d'autres modalités d'interprétariat utilisée en santé mais aussi l'absence de transposabilité au contexte français d'études conduites principalement aux USA (chapitre 1). Nous avons ensuite développé un modèle médico-économique générique pour explorer les conditions d'efficacité des services d'interprétariat professionnel (chapitre 2). La reproduction du modèle dans le contexte de 3 pathologies chroniques révèle que les services d'interprétariat professionnels seraient efficaces lorsque la perspective de l'analyse économique est de courte durée (tuberculose), lorsque le coût de traitement ambulatoire est très faible dans l'immédiat par rapport au coût hospitalier associé à la prise en charge de complications tardives (diabète) et lorsque la notion d'efficacité élargit les bénéfices sanitaires du traitement antirétroviral individuel aux bénéfices communautaires liés à la diminution du risque de transmission de l'infection (VIH/SIDA). Cependant, une incertitude majeure demeure au cœur de l'évaluation médico-économique : quelle est l'efficacité des services d'interprétariat professionnel modélisée ici en termes d'amélioration de l'observance thérapeutique et des règles hygiéno-diététiques ?

Les discussions au sein du comité de suivi de la présente étude ont aussi révélé une grande variabilité des attitudes et pratiques de recours aux services d'interprétariat professionnel qui dépassent la dimension de service « payant » comme seul critère de décision des acteurs du système de soins (médecins, services, administrations des hôpitaux). Forts de ces éléments quantitatifs et qualitatifs, le comité de suivi a validé la conduite d'une enquête transversale observationnelle avec les objectifs suivants :

- Observer la proportion de patients allophones dans les structures de soins fortement impliquées dans la prise en charge de ces patients pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le diabète ;
- Observer les modalités d'interprétariat utilisées (accompagnant du patient, personnel bilingue de l'hôpital, interprète professionnel sur place ou au téléphone) ;
- Comparer la compréhension et le suivi des mesures sanitaires par les patients francophones et par les patients allophones selon les modalités d'interprétariat utilisées ;
- Comparer la compréhension et le suivi des mesures sanitaires par les patients, allophones ou non, à celle présumée par les médecins pour leurs patients.

3.2 Matériel & Méthodes

3.2.1 Evolution du schéma d'enquête initial validée par le comité de suivi

Trois modifications principales ont été apportées au schéma d'enquête initialement pressenti.

3.2.1.1 Le type d'étude : enquête transversale observationnelle

Etait initialement pressentie une enquête transversale observationnelle suivie d'une « offre promotionnelle » de l'interprétariat professionnel pendant deux mois afin de mesurer la demande induite en interprétariat professionnel lorsque ces services sont « gratuits » pour le demandeur. L'absence de preuve scientifique de l'efficacité de l'interprétariat professionnel comme la variabilité des pratiques de recours pouvaient aussi permettre d'envisager un schéma d'étude expérimentale avec tirage au sort du recours à l'interprète professionnel versus la modalité d'interprétariat utilisée

en pratique dans un service (voire pour un patient). Cependant, plusieurs arguments ont conduit à abandonner un schéma d'étude expérimentale :

- 1) le comité de suivi a exprimé une forte réticence, d'ordre éthique, à tirer au sort des patients qui seraient exclus du recours à l'interprétariat professionnel au niveau d'un service (essai en cross-over : dans chaque service, deux périodes d'observation sont définies et le tirage au sort concerne la période pendant laquelle l'« offre promotionnelle » est appliquée ; essai en parallèle : le tirage au sort concerne les services auxquels « l'offre promotionnelle » est appliquée pendant toute la période d'observation) ;
- 2) les procédures et délais nécessaires à l'autorisation d'une étude nécessitant le recueil de données d'identification personnelle du patient pour son suivi dans le temps n'étaient pas envisageables dans le calendrier de ce projet ;
- 3) les attitudes et pratiques de recours à l'interprétariat professionnel sont très variables d'un médecin à l'autre, d'un service à l'autre, d'un hôpital à l'autre, ce qui rend difficile la mesure d'une augmentation statistiquement significative de la demande pendant la période d'offre promotionnelle des services d'interprétariat professionnel ;
- 4) Une solution alternative existe avec l'analyse temporelle de la demande de services d'interprétariat professionnel à partir des données de facturation d'ISM INTERPRETARIAT qui est en situation de monopole de l'offre pour les acteurs médico-sociaux en région Ile-de-France.

L'analyse des données de facturation d'ISM INTERPRETARIAT a été validée par le comité de suivi comme une meilleure alternative au schéma d'étude proposé initialement et fait l'objet du chapitre 4. Elle révèle un volume de demande très faible dans les hôpitaux : seuls **64** hôpitaux de court séjour sur 210 répertoriés par la DGOS ont effectué 36126 demandes entre janvier 2008 et juin 2012 en région Ile-de-France, soit une demande moyenne de **10** services d'interprétariat professionnel par mois et par hôpital demandeur. L'observation d'une très faible demande au niveau de l'hôpital, et donc a fortiori au niveau d'un service hospitalier, rend d'autant moins plausible la démonstration d'une augmentation statistiquement significative de la demande pendant la période d'offre promotionnelle des services d'interprétariat professionnel.

3.2.1.2 Le terrain d'enquête : consultations des services hospitaliers et CLAT

Le développement de l'évaluation médico-économique et son articulation avec l'observance du traitement et des règles hygiéno-diététiques dans la première partie du projet et une meilleure appréhension du terrain d'enquête ont conduit le comité de suivi à valider 3 éléments principaux :

- 1) **Le type de service ciblé par l'enquête.** Le modèle médico-économique repose sur l'hypothèse, à valider par l'enquête, d'une différence d'observance lorsque différentes modalités d'interprétariat sont utilisées pour un patient allophone suivi dans 3 pathologies chroniques (VIH/SIDA, tuberculose, diabète). Aussi, le terrain d'enquête a été recentré sur les prises en charge au long cours de ces patients : suivis de plus de 3 mois en services de maladies infectieuses, services de diabétologie, et CLAT. Ont donc été exclus du terrain d'enquête les services de santé associés à une prise en charge ponctuelle de ces patients : CDAG au moment de l'annonce du diagnostic, et services des urgences au moment d'une manifestation clinique aiguë révélatrice de la pathologie ou d'un défaut d'observance thérapeutique chez un patient pris en charge au long cours par ailleurs.
- 2) **Le lieu ciblé par l'enquête dans les services.** Le terrain d'enquête a aussi été recentré sur les consultations médicales, au mieux programmées, qui devrait être le lieu privilégié de la communication autour de l'observance du traitement et des règles hygiéno-diététiques au long cours. Ont été exclus les hospitalisations comme lieu d'enquête parce que le contexte aigu de la manifestation clinique comme le contexte programmé d'un hôpital de jour pour éducation thérapeutique peuvent conduire à sélectionner les patients comme les modalités d'interprétariat utilisées.

3) **La taille de l'échantillon.** L'« observance » est un concept multidimensionnel. Si les besoins d'un modèle médico-économique ont conduit à la construction d'un indice relatif d'adhésion des patients allophones aux soins habituels des patients francophones selon les différentes modalités d'interprétariat utilisées,²² sa déclinaison pratique sous forme de mesure validée et unique de « l'observance » dans plusieurs pathologies n'existe pas. Différents scénarii de mesure de l'observance ont montré que l'inclusion de 450 patients serait suffisante pour montrer des différences significatives de cet indice pour chaque pathologie en prenant en compte la corrélation probable de la mesure d'observance au niveau du médecin ($p=0,01$; 1 patient allophone et 4 patients francophones inclus par médecin) et du service ($p=0,005$; 8 médecins inclus par service). Cependant, deux difficultés majeures d'inclusion ont été anticipées. 1) Les files actives de patients dépendent de la pathologie ciblée. Au 31 décembre 2008, 1 640 716 patients étaient en affection longue durée pour diabète (ALD 8), 89 911 pour VIH/SIDA (ALD 7) et 9 849 pour tuberculose (ALD 29).²³ Nous avons fait l'hypothèse que l'inclusion de patients atteints de tuberculose serait limitée à 70 patients allophones en région Ile-de-France et 15 patients en région PACA sur 1 mois d'enquête.²⁴ 2) Les discussions du comité de suivi ont révélé que le recours aux services d'interprétariat professionnel est a priori exceptionnel dans les services hospitaliers. Il n'est donc pas apparu réaliste de fixer un objectif d'inclusion en termes de nombre de patients allophones pour lesquels les services d'interprétariat professionnel ont été utilisés. Finalement, nous avons fixé un **objectif d'inclusion de 200 patients allophones** dans l'enquête en considérant la faible capacité de recrutement dans les CLAT par rapport aux services hospitaliers, et en cherchant l'inclusion supplémentaire de 4 patients francophones pour chaque patient allophone inclus par médecin.

Recrutement des patients	Hôpital		CLAT	Total
	Infectiologie	Diabétologie		
Nb de patients allophones	90	90	20	200
Nb de patients francophones	360	360	80	800
Total patients	450	450	100	1000

3.2.1.3 Les mesures subjectives : « allophone » et « observance »

Si un individu ne parlant aucunement le français semble facile à identifier, il existe un continuum dans le niveau de maîtrise du français et la définition binaire d'un individu « allophone » dépend de l'instrument de mesure retenu. Plusieurs instruments de mesure ont été identifiés, notamment dans le contexte des évaluations du Ministère de l'Immigration et de l'Intégration. Le comité de suivi a validé l'utilisation de la méthode suivie dans l'enquête TEO menée par l'INED/INSEE.²⁵ Un patient « allophone » est donc défini par l'enquêteur si le patient répond « Un peu », « Pas du tout » ou ne se prononce pas pour au moins 1 des 2 questions suivantes :

²² Dans le scénario de base du modèle médico-économique, la valeur d'indice = 0,9 pour l'intervention avec interprète professionnel (0,8 à 1 en analyse de sensibilité) et le rapport d'efficacité avec/sans interprète professionnel = 2 (1 à 3 en analyse de sensibilité).

²³ AMELI. Points de repère. Numéro 27 ; décembre 2009. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/points-de-repere/n-27-les-personnes-en-ald-en-2008.php>

²⁴ Hypothèses : 1) 2110 (39%) et 389 (7%) cas de tuberculose déclarés en région Ile-de-France et PACA, respectivement ; 2) 366 (6,7%) des cas nés à l'étranger et arrivés en France depuis moins de 2 ans ; 3) 6 mois de traitement avec suivi mensuel (BEH. Numéro thématique - Actualités de la tuberculose. 24 mars 2009 / no 12-13)

²⁵ 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, discrimination...).

- « 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
- Remarque sur la présence d'un accompagnant : après avoir posé les questions au patient, si l'accompagnant est obligé de traduire, le patient est considéré comme allophone.

L'« observance » est un concept multidimensionnel en termes d'objectifs médicaux (prise du traitement, suivi des règles de prévention de la transmission infectieuse, des règles hygiéno-diététiques...) qui dépend de surcroît de la pathologie ciblée (par exemple, un critère virologique dans le VIH/SIDA : charge virale indétectable ; un critère statistique dans le diabète : seuil d'hémoglobine glyquée HbA1c selon différents groupes de patients ; un critère composite dans la tuberculose : régularité du suivi, examens bactériologiques et radiologiques négatifs). De plus, le contexte de l'enquête ciblé sur les patients allophones est à risque de confusion de la mesure d'observance avec celle des différences de niveau d'éducation et socio-culturelles. Enfin, le caractère transversal de l'enquête plutôt que longitudinal limite la mesure de l'observance aux seules déclarations du patient et du médecin.

Le comité de suivi a validé les principes suivants de mesure de l'observance dans l'enquête :

- La compréhension des messages transmis pendant la consultation est considérée comme un prérequis à l'observance. Plusieurs questions sont posées au médecin et son patient pour mesurer le niveau de compréhension du patient des messages transmis par le médecin au cours de la consultation (par exemple, question posée au médecin en fin de consultation : « Avez-vous prescrit des examens pour la prochaine consultation ? » et question posée au patient à la sortie de la consultation : « Aujourd'hui, le médecin vous a-t-il prescrit des examens à faire pour la prochaine consultation (de sang, d'urine, radios, scanners ou autres) ? ») ;
- L'observance est considérée comme une variable latente qui est approchée par différentes questions rétrospectives posées au médecin et son patient :
- Plusieurs questions sont communes aux différentes pathologies, notamment la mesure subjective de l'observance perçue sous la forme d'un score quantitatif unique (une note entre 0 et 20) et diverses questions qualitatives (par exemple, « Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments dans la semaine ? » : Jamais / Rarement (moins d'1 sur 10) / De temps en temps (1 ou 2 fois sur 10) / Souvent (3 ou 4 fois sur 10) / Très souvent (plus de 5 fois sur 10)) ;
- Plusieurs questions sont spécifiques à la pathologie, notamment la mesure de l'objectif médical d'observance thérapeutique (charge virale indétectable ; taux d'HbA1c ; régularité du suivi et examens bactériologiques et radiologiques) ;
- La concordance des mesures de perception d'observance par le médecin pour ses patients et par auto-évaluation des patients eux-mêmes est évaluée.

3.2.2 Sélection des structures de soins pour l'enquête

Nous avons cherché à conduire l'enquête dans les structures de soins fortement impliquées dans la prise en charge de patients allophones affectés par le VIH/SIDA, la tuberculose et le diabète. Pour ce faire, le bureau Evaluation, méthodes et modèles (R5) / Sous-direction de la régulation de l'offre de soins / DGOS nous a permis d'accéder à la base de données de l'enquête conduite en 2007 sur la prise en charge de la précarité dans les hôpitaux de court séjour.

3.2.2.1 Analyse préalable de l'enquête sur la prise en charge de la précarité dans les hôpitaux (DGOS 2007)

L'exploitation de ces données d'enquête n'a pas été réalisée par le bureau R5 de la DGOS suite à l'orientation retenue pour le financement de la prise en charge des patients en situation de précarité à l'hôpital.²⁶ Nous présentons ici les résultats de notre exploitation de ces données dans la perspective exclusive de notre enquête.

L'enquête de la DGOS visait le recensement des organisations spécifiques mises en place dans les hôpitaux du fait des caractéristiques socio-économiques des patients accueillis. Si l'enquête porte essentiellement sur les coûts structurels liés à la prise en charge de la précarité, en particulier ceux d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)²⁷, elle comporte 3 questions sur l'organisation des hôpitaux en termes d'interprétariat :

- 1) Avez-vous mis en place pour les services de soins un dispositif d'interprétariat du fait de la patientèle et de l'environnement de l'établissement ? (oui/non)
- 2) Si vous avez recours à un prestataire extérieur, quel a été le montant facturé en 2007 ? (euros)
- 3) Le recours au personnel de l'établissement pour intervenir en tant que traducteur représente en moyenne pour 2007 ? (ETP)

Nous avons complété la base de données de l'enquête DGOS avec deux autres sources de données sur l'hôpital (par numéro FINESS) : les données PMSI accessibles au public (volume de séjours, durée moyenne de séjour, mortalité hospitalière en 2007) et les données fournies par le bureau R5 de la DGOS ayant servi au calcul des dotations en Missions d'Intérêt Général (MIG) « précarité » en 2010 (proportion de séjours relevant d'une AME, CMU ou CMU-C ; dotation globale hospitalière en 2009 ; dotation MIG « précarité » retenue en 2010). Le recours à l'interprétariat est analysé selon deux variables binaires construites à partir des questions posées aux hôpitaux : 1) recours à l'interprétariat professionnel (montant facturé>0 : oui/non) ; 2) recours au personnel bilingue de l'établissement (ETP>0 : oui/non).

Dans les deux régions Ile-de-France et PACA retenues pour le terrain d'enquête, 171 (48%) sur 355 hôpitaux répertoriés ont répondu à l'enquête DGOS. Le taux de participation des hôpitaux à l'enquête DGOS augmente significativement avec :

- Le type d'établissement ($p<0,001$) : hôpital public (67% de taux de participation pour 97 hôpitaux publics dont les 3 Centres Hospitaliers Régionaux, AP-HP, AP-HM, CHU de Nice) et hôpital participant au service public hospitalier (68% pour 51 hôpitaux PSPH et CLCC) par rapport aux cliniques privées (34% pour 207 cliniques) ;
- La région ($p=0,06$) : Ile-de-France (52% pour 210 hôpitaux) par rapport à la région PACA (42% pour 145 hôpitaux) ;
- Un volume plus important de séjours ($p<0,001$) ; une durée moyenne d'hospitalisation plus longue ($p<0,001$) et une mortalité hospitalière plus forte ($p<0,001$) ;
- Une proportion plus élevée de séjours relevant d'une prise en charge par l'AME, CMU ou CMU-C ($p=0,022$).

En termes de recours à l'interprétariat, l'organisation des hôpitaux publics et PSPH est marquée par l'existence d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) :

²⁶ La dotation hospitalière « précarité » a été fixée en 2009 sous forme de Missions d'Intérêt Général selon le taux de séjours CMU/CMU-C/AME/AMESU transmis par la CNAMTS (supérieur ou égal à 10,5% avec un seuil plancher fixé à 40 000€). Cette dotation a été reconduite en 2010 et devrait évoluer selon un facteur géographique prenant en compte le niveau socio-économique du bassin de population de l'hôpital.

²⁷ Art. L6112-6 du Code de la Santé Publique : les PASS sont destinées à faciliter l'accès au système de santé et à la prise en charge médicale des patients en situation de précarité socio-économique (consultations gratuites, dispensation de traitements,...).

- L'existence d'une PASS dans l'hôpital est associée à une proportion plus forte de séjours relevant d'une prise en charge par l'AME (0,34% vs. 0,26%, p=0,23), la CMU (1,43% vs. 1,16%, p=0,01) ou la CMU-C (11,0% vs. 7,0%, p<0,001).
- Dans les hôpitaux avec PASS (67 hôpitaux publics et PSPH) : 84% des hôpitaux déclarent avoir recours au personnel bilingue de l'établissement et 37% à l'interprétariat professionnel. Le recours à l'interprétariat professionnel dépend du recours au personnel bilingue de l'établissement : 32% ont recours à l'interprétariat professionnel en présence de personnel bilingue par rapport à 64% en l'absence de personnel bilingue (p=0,08).
- Dans les hôpitaux sans PASS (81 autres hôpitaux publics et PSPH) : 11% des hôpitaux déclarent avoir recours au personnel bilingue de l'établissement et 5% à l'interprétariat professionnel. Les hôpitaux qui déclarent avoir recours à de l'interprétariat utilisent aussi bien le personnel bilingue que l'interprétariat professionnel (p=0,10).
- Dans deux modèles statistiques corrigeant le biais de participation à l'enquête des 148 hôpitaux publics et PSPH selon la région, le type d'établissement et les caractéristiques des séjours, l'analyse montre que : 1) le recours à l'interprétariat (personnel bilingue et/ou professionnel) augmente significativement dans les hôpitaux avec PASS dans les deux régions Ile-de-France et PACA ; 2) le recours à l'interprétariat professionnel augmente significativement dans les hôpitaux avec PASS de la région Ile-de-France.

En termes de consommation de ressources en interprétariat, les hôpitaux publics et PSPH ont déclaré :²⁸

- une réaffectation de 2,0 ETP en moyenne (0,2 ETP en médiane) dans les 63 hôpitaux ayant recours au personnel bilingue de l'établissement. Le comité de suivi émet l'hypothèse d'une sous-déclaration en l'absence de tout recensement prospectif de la réaffectation à des tâches ponctuelles d'interprétariat du personnel bilingue des hôpitaux, soignant et non-soignant.
- Des dépenses annuelles en interprétariat professionnel de 3 000 euros (550 euros en médiane) dans les 28 hôpitaux ayant recours à l'interprétariat professionnel. Rapportées à la dotation globale, ces dépenses représenteraient 0,01% du budget de l'hôpital en moyenne. Le comité rappelle l'expérience unique du CHU Robert Debré qui a employé pendant plusieurs années 4 à 5 interprètes professionnels pour répondre à la demande sur place, initiative ayant été arrêtée en 2008 pour raison budgétaire.

Suite à cette analyse, nous avons retenu trois critères de sélection pour cibler les hôpitaux les plus fortement impliqués dans la prise en charge de patients allophones affectés par le VIH/SIDA, la tuberculose et le diabète :

- 1) hôpital public ou PSPH ;
- 2) existence d'une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) en 2007 ;
- 3) dotation MIG « précarité » reçue en 2010 (plus de 10,5% de séjours relevant d'une AME, CMU ou CMU-C).

3.2.2.2 Structures de soins sélectionnées pour l'enquête

Sur 148 hôpitaux public et PSPH des régions Ile-de-France et PACA, 39 (26%) hôpitaux remplissent les 2 autres critères de sélection pour l'enquête (existence d'une PASS en 2007 et dotation MIG « précarité » en 2010). Nous avons ensuite pris en compte la part d'activité de l'hôpital liée à la prise en charge du VIH/SIDA et du diabète à partir des données de séjours PMSI 2007 :²⁹ 17 (44%) hôpitaux

²⁸ Hors AP-HP et AP-HM dont les données administratives ne permettent pas de distinguer leurs hôpitaux.

²⁹ Les séjours PMSI 2007 pour le VIH/SIDA ont été repérés par les séjours de la CMD25 et du GHM 24M34Z ; ceux du diabète : 10M02V, 10M02W, 10M03Z, 24M35Z (classification v9 des GHM et distribution géographique : <http://www.atih.sante.fr/?id=0004400001FF#carto>). Pour les 39 hôpitaux initialement

ont finalement été retenus comme ayant une part d'activité supérieure à la médiane pour les 2 pathologies. Dans le cas particulier des entités juridiques « AP-HP » et « AP-HM » ne permettant pas d'accéder aux données de chacun de leurs hôpitaux dans les bases de données administratives nationales, nous avons sélectionné les hôpitaux présentant la demande de services d'interprétariat professionnel la plus forte à partir des données de facturation d'ISM INTERPRETARIAT (téléphone, visite et permanence en région Ile-de-France ; téléphone uniquement en région PACA).³⁰

L'ensemble des 21 hôpitaux ont été sollicités initialement pour participer à l'enquête DGS ainsi que les Centres de Lutte Anti-Tuberculose (CLAT) des 8 départements de la région Ile-de-France. Deux hôpitaux supplémentaires ont été sollicités ensuite : le CHU Bichat en remplacement du CHU Pitié-Salpêtrière (refus de participation) et le CHI de Créteil (comportant le CLAT 94).

3.2.2.2.1 Tableau : Hôpitaux sélectionnés et sollicités pour l'enquête DGS

Région	FINESS	Raison sociale	Statut	Nombre séjours 2007 (PMIS, en log)	% séjours AME, CMU, CMU-C (Assurance Maladie)	% Séjours VIH/SIDA (PMSI)	% Séjours diabète (PMSI)	Demandes d'interprétariat professionnel (ISM Paris 2008-12)
IDF	750712184	AP-HP : Lariboisière	CHR	13,9	15,5	1,9	1,1	5105
		AP-HP : Saint-Louis						5058
		AP-HP : Avicenne						5230
		AP-HP : Pitié-Salpêtrière						2579
		AP-HP : Bichat						405
	770170017	CH LAGNY MARNE LA VALLEE	CH	10,6	11,7	2,6	2,0	73
	910002773	CH SUD-FRANCILIEN	CH	10,9	15,8	1,2	5,3	298
	910110014	CH D'ARPAJON	CH	9,4	14,6	0,4	0,6	1
	920110020	CASH DE NANTERRE	CH	9,5	23,2	0,3	5,4	780
	930110051	CH DE ST DENIS	CH	10,3	33,8	3,4	1,2	896
	930110069	CH D'AULNAY	CH	10,2	19,5	0,5	2,0	1305
	940000649	HOPITAL SAINT-CAMILLE	PSPH	9,9	12,9	0,4	1,7	17
940110018	CHI DE CRETEIL	CH	10,7	15,3	0,7	0,1	767	
950110015	CH D'ARGENTEUIL	CH	10,8	17,7	2,1	1,3	33	
950110049	CH DE GONESSE	CH	10,3	20,4	2,9	2,4	400	
PACA	060785011	CHU DE NICE	CHR	11,6	10,7	0,5	0,9	--
	130781040	CH AIX EN PROVENCE	CH	10,9	11,2	0,2	0,6	
	130786049	AP-HM : Hôpital Nord	CHR	12,5	22,0	4,4	0,8	
		AP-HM : La Conception						
	130789274	CH D ARLES	CH	9,7	18,2	0,2	1,1	
	830100525	CH DE DRAGUIGNAN	CH	9,8	12,7	0,6	0,5	
	830100616	CHI TOULON	CH	10,9	15,9	1,5	1,4	
840000012	CH DU PAYS D APT	CH	8,4	11,6	0,2	0,6		

3.2.3 Le protocole d'enquête

3.2.3.1 Une étude à 4 niveaux

Le protocole d'enquête a été conçu pour prendre en compte 4 niveaux dans le recours à l'interprétariat utilisé pour les patients allophones :

- 1) **L'hôpital.** Le directeur d'hôpital décide de l'organisation générale du recours à l'interprétariat dans l'hôpital, et, dans le cadre de ce projet, du budget alloué aux services d'interprétariat

sélectionnés, l'activité liée à la prise en charge du VIH/SIDA et diabète représente en médiane 0,2% et 0,5%, respectivement, de l'ensemble des séjours PMSI 2007.

³⁰ La mise à jour des données présentées pour la période de janvier 2008 à juin 2012 conduit au même classement.

professionnel. Cette organisation résulte de contraintes budgétaires mais aussi de contraintes liées au bassin de population desservi par l'hôpital, notamment la proportion de patients allophones pris en charge et les langues étrangères demandées. Le chapitre suivant portant sur l'analyse des demandes d'interprétariat professionnel faites à ISM INTERPRETARIAT en région Ile-de-France sur la période 2008-2012 permet d'aborder au mieux cette question.

- 2) **Le service.** Le chef de service décide de l'organisation du service pour prendre en charge les patients allophones. Cette organisation résulte des contraintes de l'hôpital mais aussi de contraintes épidémiologiques propres aux pathologies prises en charge. Deux services ont été ciblés par l'enquête pour prendre en compte le niveau de variabilité service dans l'hôpital : service de maladies infectieuses et diabétologie.
- 3) **Le médecin en consultation.** Le médecin est le décideur final de la modalité d'interprétariat choisie dans la prise en charge du patient allophone. Cette décision reflète les contraintes précédentes mais aussi les attitudes et pratiques du médecin vis-à-vis des modalités possibles d'interprétariat. On fait l'hypothèse que les mesures de compréhension et d'observance seront corrélées pour les patients d'un même médecin. Au cours d'une semaine d'enquête par service, les vacations de consultations des médecins prenant en charge des patients allophones affectés par les VIH/SIDA, tuberculose ou diabète seront ciblées par les enquêteurs pour prendre en compte le niveau de variabilité médecin dans le service.
- 4) **Les patients du médecin.** L'enquête cherche à valider l'existence de différences entre les modalités d'interprétariat utilisées pour les patients allophones dans la compréhension des messages transmis par le médecin, voire dans l'observance passée des mesures prescrites. Schématiquement, la barrière linguistique pour un patient allophone s'estompe avec la compréhension des mots puis du sens des phrases, alors que les différences socio-culturelles et/ou l'éloignement des objectifs médicaux peuvent persister indéfiniment (health literacy). L'enquête ciblera tous les patients allophones adultes rencontrés dans la vacation de consultations du médecin, quelle que soit la modalité d'interprétariat utilisée, mais inclura aussi des patients francophones adultes, à concurrence de 5 patients inclus par vacation médicale.³¹ Pour chaque patient allophone inclus dans l'enquête, le recours à l'interprétariat professionnel par téléphone sera proposé lorsque l'enquêteur ne pourra pas communiquer avec le patient dans sa langue d'origine (utilisation d'un téléphone portable et des services d'ISM INTERPRETARIAT).

Dans le cas particulier des CLAT, les niveaux 1) 2) et 3) ci-dessus sont le plus souvent confondus par l'exercice d'un seul médecin au sein du CLAT.

3.2.3.2 Supports d'enquête

Après acceptation de la participation à l'enquête par le directeur d'hôpital, les chefs des deux services de maladies infectieuses et diabétologie/endocrinologie de l'hôpital ont été sollicités directement pour participer à un entretien. Suivant le schéma de l'enquête à plusieurs niveaux, différents supports d'enquête ont été construits et sont reproduits en annexe.

- 1) **Support d'entretien semi-directif avec le chef de service** (½ heure). Au cours de cet entretien le rationnel de l'étude a été présenté puis différents éléments ont été abordés : 1) la proportion de patients allophones présents dans la file active du service ; 2) la connaissance des services d'interprétariat professionnel ; 3) l'organisation du service pour prendre en charge les patients allophones, en distinguant l'organisation du service pour les demandes en langues étrangères les

³¹ En pratique, l'enquête cible l'inclusion de 5 patients adultes déjà connus du médecin par vacation médicale:

- 0 patient allophone inclus => inclusion de 5 patients francophones ;
- 1 patient allophone inclus => inclusion de 4 patients francophones ;
- 2 patients allophones inclus => inclusion de 3 patients francophones ;
- 3 patients allophones inclus => inclusion de 2 patients francophones.

plus fréquemment ou rarement rencontrées ; 4) les attitudes et pratiques du service vis-à-vis des services d'interprétariat professionnel ; 5) la mesure subjective de l'observance moyenne (note entre 0 et 20) dans différents groupes de patients définis par une pathologie chronique (VIH/SIDA ou tuberculose maladie dans les services de maladies infectieuses, tuberculose maladie et tuberculose latente dans les CLAT, diabète de type I ou II dans les services de diabétologie/endocrinologie) et une modalité d'interprétariat (patients francophones sans interprétariat ou patients allophones avec différentes modalités d'interprétariat). L'entretien a visé à discuter la perception de l'observance pour le chef de service. L'entretien s'est conclu par l'identification d'un référent à contacter pour la réalisation de l'enquête.³²

- 2) **Auto-questionnaire médecin.** L'auto-questionnaire comporte deux parties. La première partie recueille les éléments précédents pour chaque médecin participant (13 questions dont âge et sexe). Puis un auto-questionnaire est à renseigner pour chaque patient inclus dans l'enquête (15 questions). Il permet de valider la pathologie chronique du patient et son traitement, la qualité du suivi médical, l'atteinte de l'objectif thérapeutique à sa dernière mesure (charge virale, HbA1c, suivi régulier et ex. bactériologique/radiologique), les messages transmis au cours de la consultation en rapport avec le traitement (observance, changement, effets secondaires), le suivi et les règles de prévention/hygiéno-diététiques. Le médecin évalue son patient au moyen de notes entre 0 et 20 sur le niveau de compréhension de la consultation, le niveau d'observance thérapeutique et le niveau d'observance des règles de prévention/hygiéno-diététiques par le patient. Les questions spécifiques aux différentes pathologies conduisent à la construction de 3 questionnaires distincts pour le service de maladies infectieuses, le CLAT et le service de diabétologie/endocrinologie.
- 3) **Questionnaire patient.** A sa sortie de consultation, l'enquêteur administre le questionnaire au patient qui l'a accepté. Le questionnaire comporte 4 parties. Partie 1 : identification du patient allophone (avec recours de l'enquêteur aux services d'interprétariat professionnel le cas échéant) et du rôle de l'accompagnant présent en salle d'attente. Partie 2 : compréhension de la pathologie (désignation de la maladie) et du traitement (désignation du nom des médicaments et du nombre de prises quotidiennes), du suivi médical (désignation des examens de suivi principaux), estimation de l'observance thérapeutique par une échelle ordonnée (oubli de la prise des médicaments dans la semaine : jamais => très souvent) et de la réception des messages de prévention/hygiéno-diététiques. Le patient évalue son médecin au moyen d'une note entre 0 et 20 sur le niveau de compréhension de la consultation. Partie 3, uniquement pour les patients allophones : connaissance des services d'interprétariat professionnel, recours passé en consultation ou en hospitalisation et préférences pour ce recours. Partie 4 : variables socio-démographiques.

3.2.3.3 Logistique de l'enquête

Le contenu, validé par le comité de pilotage, des questionnaires médecin et patient a été retravaillé entre février et avril 2012 pour prendre en compte les commentaires reçus lors des entretiens avec les chefs de service et systématiser le codage des variables, notamment des indicatrices ont été créées pour chaque question ouverte posée au patient permettant de pré-coder les réponses du patient. Une attention particulière a aussi été portée à la simplification des auto-questionnaires médecin pour faciliter leur participation à l'enquête. Une présentation générale de l'enquête a été préparée pour affichage les jours d'enquête dans les salles d'attente des services de consultation et son contenu a été traduit en 5 langues.

Des modalités de travail ont été convenues avec ISM INTERPRETARIAT : le protocole de l'enquête a été exposé ; les questionnaires patients ont été transmis à l'avance aux interprètes professionnels

³² Notamment pour vérifier les conditions matérielles de l'enquête, au mieux une pièce libre attenante aux consultations et disponible pour conduire les entretiens.

pour qu'ils en prennent connaissance ; le cas échéant le jour d'enquête, le recours aux services d'un interprète professionnel a été réalisé par l'enquêteur au moyen du téléphone portable lui ayant été fourni. Une coordinatrice a été chargée de l'organisation globale et du suivi de l'enquête. Quatre enquêtrices sont intervenues sur la région Ile-de-France et deux autres en région PACA, toutes ont été formées au protocole et aux outils de l'enquête.

3.2.3.4 Méthodes statistiques

3.2.3.4.1 Recodage des variables

Le questionnaire patient (partie 2) fait l'objet de quelques questions ouvertes : désignation de la maladie, désignation des médicaments, désignation des examens de suivi principaux. Certaines indicatrices ont aussi été renseignées en cours d'entretien par l'enquêteur pour faciliter le recodage des réponses : pathologie(s) chronique(s) expressément citée(s) par le patient ; nombre de médicaments cités ; nombre de prises quotidiennes ; nécessité de lire l'ordonnance pour répondre ; examens de suivi expressément cités. Une analyse préliminaire des réponses enregistrées et des indicatrices a permis de recoder ces variables sous forme catégorielle.

3.2.3.4.2 Analyse statistique

Les tests statistiques habituels ont été utilisés selon le type de variable étudié (binaire, catégorielle, ordonnée, normale, normale tronquée à 0 et 20 pour les scores). Une différence a été considérée comme statistiquement significative lorsque la valeur de $p < 0,05$ (c'est-à-dire qu'il y a moins de 5% de chances de trouver à tort qu'il y a une différence dans l'échantillon alors qu'il n'y a pas de différence dans l'ensemble de la population concernée). Certains points spécifiques de l'enquête ont conduit à l'utilisation de techniques statistiques spécifiques :

- 1) L'organisation du service déclarée par le chef de service fait l'objet d'une classification ascendante hiérarchique permettant de regrouper les services par profil d'utilisation des différentes modalités d'interprétariat (oui/non) : interprétariat professionnel, personnel bilingue du service, personnel bilingue de l'hôpital et/ou accompagnant du patient (macros SAS CAHQUAL et PARTQUAL développées par l'INSEE).³³
- 2) Un modèle à effets mixtes sur mesures répétées a été construit pour analyser l'observance moyenne attribuée par les médecins à différents groupes de patients. La répétition des mesures par médecin (chaque médecin évalue l'observance moyenne de plusieurs groupes de patients) et par service (plusieurs médecins dans un même service) est modélisée par un effet aléatoire « médecin » emboîté dans un effet aléatoire « service » qui permet aussi le calcul du coefficient de corrélation intra-classe (proportion de la variance totale de la mesure expliquée par l'effet médecin ou service).

3.2.3.5 Une enquête d'emblée anonyme

L'enquête transversale a été déclarée à la CNIL en soulignant qu'aucune donnée ni combinaison de données permettant d'identifier le patient ou le médecin n'allait être recueillie au cours de l'enquête (ni nom, ni adresse, ni date de naissance, ni date d'enquête ni quelque date que ce soit, ni quelque numéro personnel que ce soit, etc.). Un chiffre simple a été affecté à chaque patient inclus au cours de la même vacation (« code » de 1 à 5) pour pouvoir apparier les questionnaires médecin et patient à la fin de chaque vacation sans perturber le flux des consultations ni celui de l'enquête ; mais la réinitialisation de ce codage de 1 à 5 à chaque vacation exclut la possibilité d'avoir créé un numéro d'identification individuelle des patients ou des médecins. Ainsi cette enquête ne recueille ni ne crée aucun élément qui permettrait directement ou indirectement d'identifier les personnes.

³³ Michel Isnard, Olivier Sautory. Les macros SAS d'analyse des données. Document n° F 9405. INSEE ; Série des documents de travail de la Direction des Statistiques Démographiques et Sociales. 15 mars 1994.

3.3 Participation des structures de soins à l'enquête

3.3.1 Bilan des inclusions

Le tableau ci-dessous dresse la liste des hôpitaux et services ainsi que des CLAT au sein desquels l'enquête a été conduite. La période de l'enquête a couru de mi-mai à fin septembre 2012. Elle a été interrompue de mi-juillet à début septembre, les absences des patients et des médecins rendant l'enquête inefficace. Après la saisie des données et le rejet des questionnaires n'ayant pas respecté les critères d'exclusion des patients ou bien qui n'étaient pas suffisamment ou correctement remplis, l'enquête est donc constituée des questionnaires relatifs à : 198 patients allophones, 238 patients francophones et 82 médecins.

Ville	Nom hôpital	Service	Nombre patients allophones	Nombre patients francophones	Nombre médecins
Hôpitaux					
Aulnay sous Bois	CH R. Ballanger	Infectieux	1	16	3
Paris	CHU Lariboisière	Infectieux	10	27	4
Bobigny	CHU Avicenne	Infectieux	0	12	4
Saint-Denis	CH Delafontaine	Infectieux	27	8	4
Paris	CHU Saint-Louis	Infectieux	11	17	12
Bobigny	CHU Avicenne	Diabète	4	13	5
Corbeil	CH Sud-Francilien	Diabète	2	27	8
Paris	CHU Saint-Louis	Diabète	20	27	7
Saint-Denis	CH Delafontaine	Diabète	12	0	2
Marseille	CHU Nord	Diabète	17	46	7
Marseille	CHU Nord	Infectieux	12	10	3
Paris	CHU Bichat	Infectieux	30	18	14
Créteil	CHI Créteil	Infectieux	8	9	4
Sous total hôpitaux			154	230	77
CLAT					
Paris 13e	CLAT 75	Consultation	0	3	1
Colombes	CLAT 92	Dépistage sur site + consultation	4	5	1
St Denis	CLAT 93	Consultation	3	0	1

Créteil	CLAT 94	Dépistage sur site	37	0	2
Sous total CLAT			44	8	5
TOTAL			198	238	82

3.3.2 Participation des hôpitaux

Le protocole d'enquête prévoyait de cibler les périodes au cours desquelles les services accueilleraient le plus de patients allophones probables en demandant aux personnels soignants ou administratifs d'anticiper ces périodes en amont sur les calendriers de consultations. Le travail de préparation consistait également à informer les médecins des modalités d'enquête et à veiller à ce que l'information circule dans le service.

Nous avons rapidement constaté que le rythme de travail dans la plupart des services enquêtés était intense et les organisations parfois complexes, rendant difficile le partage de l'information. En outre, il s'est avéré qu'il était en général impossible pour les soignants ou les personnels administratifs d'indiquer par avance les semaines où seraient présents le plus d'allophones probables rentrant dans les critères de l'étude (pathologies et durées de suivi retenues). En effet, les équipes dans les services ne disposaient pas du temps nécessaire pour passer correctement en revue les consultations programmées.

La programmation a également été conditionnée par les diverses contraintes qui sont venues limiter les périodes d'enquête possibles dans les différents services : par exemple une autre enquête déjà planifiée, un changement structurel comme un déménagement ou un changement de système informatique, l'absence de box disponible pour l'enquêtrice, l'absence du chef de service ou du cadre infirmier chargé d'organiser la présence de l'enquête, etc.

Il n'a pas toujours été facile de tenir compte de l'ensemble de ces contraintes dans la programmation. Le tableau qui suit donne la liste des services hospitaliers que nous avons contactés mais qui n'ont produit aucune collecte de questionnaire : soit parce que concrètement l'enquête n'a pas pu y prendre place (refus de fait, annulation) ; soit par abandon de l'enquête, la coordinatrice ou les enquêtrices étant informées en amont, ou faisant le constat sur place, de l'absence ou de la trop rare présence de patients allophones. L'enquête a pu être organisée dans neuf des quatorze hôpitaux ayant donné leur accord à la Direction Générale de la Santé pour qu'un ou plusieurs de leurs services participent à l'étude.

Ville	Nom hôpital	Service	Raisons de l'échec de l'enquête
Hôpitaux n'ayant pas été enquêtés			
Nanterre	CASH	Diabète	Impossible d'établir un contact pour mettre en place l'enquête
Melun	CHU Marc Jacquet	Diabète	Arrêt à l'issue du 1 ^{er} jour d'enquête quand il s'est avéré qu'aucun patient allophone n'était attendu dans la semaine
Corbeil	CH Sud-Francilien	Pneumo	Arrêt au 3 ^{ème} jour d'enquête, le constat étant posé que 0 patient allophone ne se présentait en pneumo
Toulon	CHIC Toulon	Diabète	Décision de ne pas enquêter ce site du fait de la rareté des patients allophones (échanges en juin avec le nouveau chef de service et décision prise avec le Dr Schwarzinger)

Nice	CHU de Cimiez	Diabète	Décision de ne pas enquêter ce site du fait de la rareté des patients allophones (décision prise par le Dr Schwarzinger dès les entretiens de janvier 2012 avec les chefs de service).
		Pneumo	
		Infectieux	
Hôpitaux dont le service infectieux a été enquêté, mais où il n'a pas été possible d'enquêter en diabétologie			
Aulnay sous Bois	CH R. Ballanger	Diabète	Refus pour des problèmes organisationnels et de surcharge de travail
Paris	CHU Bichat	Diabète	Refus compte-tenu du fonctionnement en sous-effectif, la surcharge de travail ne permettant pas d'envisager l'enquête
Paris	CH Lariboisière	Diabète	Refus compte-tenu du fonctionnement en sous-effectif, la surcharge de travail ne permettant pas d'envisager l'enquête

En regard de ces échecs, le choix a été fait de consacrer deux « semaines » d'enquête plutôt qu'une à certains services hospitaliers (une « semaine » comptant au mieux 1 jour d'installation et 4 jours d'enquête effective et forcément moins dans les cas de jours fériés), dès lors que le plein accord de ces services était acquis et qu'ils offraient une présence intéressante de patients allophones. Il s'agit des services diabétologie et maladies infectieuses de l'hôpital Delafontaine à St Denis, du service diabétologie de l'hôpital St Louis, du service des maladies infectieuses de l'hôpital Bichat et du service diabétologie de l'hôpital Nord à Marseille.

3.3.3 Participation des CLAT

Le protocole prévoyait de compléter la collecte de questionnaires auprès de patients atteints de tuberculose en enquêtant dans des CLAT implantés dans les territoires où la présence d'allophones est la plus importante. Mais les CLAT posaient des difficultés spécifiques pour la réalisation de l'enquête :

Les CLAT faisant énormément de dépistage, la règle de l'exclusion des suivis thérapeutiques inférieurs à trois mois laissait anticiper énormément d'exclusions parmi les patients rencontrés dans les CLAT.

Les consultations en tant que telles peuvent y être éparses dans la semaine (parfois une ou deux demi-journées), contrairement aux services des hôpitaux qui ont en général des consultations chaque jour et permettent de planifier la présence utile des enquêtrices sur plusieurs journées entières et successives.

Qui plus est, les consultations en CLAT ne se déroulent pas forcément sur rendez-vous, interdisant alors d'avoir quelque indication que ce soit sur la présence de patients allophones le jour où l'on s'y rendra. Et lorsque des rendez-vous sont pris cela peut se faire jusqu'au dernier moment, ce qui n'aide pas plus à programmer les passages d'une enquêtrice.

Le taux d'absentéisme aux rendez-vous est important et il est impossible pour les professionnels de prévoir la fréquentation d'une consultation. En outre, les CLAT sont le plus souvent localisés en dehors des hôpitaux et pas forcément à proximité, ce qui ne permet pas vraiment qu'une enquêtrice présente dans un service hospitalier fasse des aller-retour entre celui-ci et le CLAT, comme cela avait pu être envisagé. Plusieurs des CLAT pré-repérés pour l'enquête sont implantés en grande banlieue ou dans un secteur mal desservi, ce qui accroît encore pour l'enquête le ratio temps consacré / temps utile comparativement aux grands services hospitaliers.

La première phase de l'enquête de terrain (jusqu'à mi-juillet) s'est donc concentrée sur les services hospitaliers et a délaissé les CLAT, la règle d'exclusion des patients n'étant pas en suivi thérapeutique de trois mois au moins ayant été rédhibitoire en balance avec les moyens à consacrer pour faire avancer l'enquête dans les services hospitaliers. Mais la décision a été prise fin juillet de lever cette condition pour les CLAT, ce qui a supprimé la première des difficultés identifiées en incluant les consultations de dépistage.

La reprise de l'enquête de terrain en septembre a donc priorisé la couverture des CLAT. Ont été privilégiés ceux qui permettraient a priori de recruter un maximum de patients allophones, en se fondant pour les identifier, d'une part sur les entretiens déjà réalisés auprès de six responsables de CLAT, et d'autre part sur les informations partagées en juillet avec les services de la Direction Générale de la Santé.

Il n'a pas été facile d'accéder auprès des CLAT à des consultations intéressantes pour l'enquête, la période de celle-ci ne coïncidant pas forcément avec la planification des consultations, et encore moins avec des rendez-vous donnés à des patients allophones. Nous avons en outre pu vérifier le problème de l'absentéisme, en constatant par exemple sur un CLAT qu'aucun des patients allophones attendus ne s'était présenté lors de la présence d'une enquêtrice au cours de cinq consultations organisées sur deux semaines différentes. Nous avons constaté que pour s'adapter aux situations et aux pratiques de leurs patients, qui cumulent des difficultés socio-économiques importantes avec leur problème de santé, les CLAT semblaient privilégier les interventions au domicile des patients.

Au regard de ces difficultés et suite aux propositions des CLAT 92 et 94 d'accompagner leurs équipes au cours d'une intervention de dépistage sur site, nous avons enquêté dans un « camp Rom » et au sein d'une entreprise. Ces deux opérations nous ont permis de collecter 39 questionnaires auprès de patients allophones.

3.3.4 Participation des médecins

Dans chaque service ayant accepté de participer à l'enquête, tous les médecins assurant des consultations concernant les pathologies ciblées ont été sollicités pour participer à l'enquête. Nous estimons à un tiers le taux de refus de l'enquête par les médecins. Les motifs de refus les plus fréquemment déclarés étaient la surcharge de travail et les trop nombreuses sollicitations pour participer à des études, parfois l'opposition à toute forme d'enquête en consultation ou le fait de ne pas avoir été prévenu de l'enquête en amont de leur consultation.

En effet, en particulier dans les services de taille importante où l'organisation est complexe, il semble que ce type d'information peine à circuler. Malgré les échanges préalables entre la coordinatrice de l'enquête et le chef de service ou le cadre infirmier chargé d'accueillir l'enquête dans le service, il n'a pas été possible à ces derniers de prévenir tous les médecins ou d'obtenir leur adhésion préalable (dans certains services, les enquêtrices ont constaté jusqu'à l'intervention de 20 médecins différents en consultations sur la semaine, dont la plupart interviennent de façon ponctuelle).

Soixante dix sept médecins ont collaboré à l'étude dans les services hospitaliers enquêtés, cinq médecins dans les CLAT. Tous ceux qui ont accepté de participer ont été mobilisés sur toute la durée de l'enquête dans leur service, soit une « semaine » (parfois deux) dans les hôpitaux, et une journée ou plusieurs demi-journées dans les CLAT.

3.3.5 Participation des patients

Les résultats de l'enquête montrent qu'il a été possible, en moyenne, d'administrer les questionnaires correspondant à huit patients allophones et douze patients francophones par semaine passée dans un service, au lieu de la quarantaine de patients au moins qui avait été conjecturée dans le protocole.

Nous avons tout d'abord constaté des écarts importants entre les services hospitaliers quant au nombre de vacations (demi-journées de consultations par médecin) programmées par semaine (5 à 20 vacations) et quant au nombre de patients convoqués par vacation (7 à 30 patients). L'enquête a toutefois rencontré des contraintes de collecte quel que soit le nombre de patients présents : soit parce qu'il n'y avait toujours pas beaucoup de patients répondant aux critères de sélection de l'étude (notamment de patients allophones en suivi thérapeutique de plus de trois mois), mais aussi bien parce que le nombre important de patients générerait une pression sur les médecins dont certains considéraient alors n'avoir pas le temps de participer à l'enquête. Les services hospitaliers où la file active fut la plus importante nous ont néanmoins permis d'inclure en une semaine jusqu'à 13 patients allophones répondant aux critères d'inclusion.

Nous n'avons pas pu mener systématiquement l'opération de « screening » de la salle d'attente tel que le prévoyait le protocole. Les salles d'attente des consultations étaient souvent communes à plusieurs services et une minorité des patients présents consultaient les médecins participant à l'enquête. La passation du questionnaire de « screening » générerait du dérangement alors même que la programmation de l'enquête avait été obtenue en s'engageant à ne pas perturber le fonctionnement des services. De plus, les médecins intervenant en maladies infectieuses ont souvent préféré proposer eux-mêmes à certains de leurs patients d'intégrer l'enquête en fonction de leur état de santé et de leur état psychologique, ne souhaitant pas que les enquêtrices interpellent les patients en amont de la consultation.

Compte tenu de la difficulté à recruter suffisamment de patients allophones, nous avons été amenés dès le mois de juin à revenir sur le point du protocole qui prévoyait de n'enquêter les patients que d'un seul médecin par demi-journée hospitalière. Dès lors dans les plus gros services nous avons donc approché tous les patients allophones repérés chez tous les médecins tenant des consultations en parallèle, du moins avec les médecins qui l'acceptaient.

Les patients allophones que l'enquête a pu effectivement approcher sont ceux qui ont honoré leur RDV de consultation, et il y a des annulations. C'est surtout le cas dans les CLAT comme nous l'avons déjà souligné, mais cela arrive régulièrement aussi dans les services de maladies infectieuses, avec des patients souvent décrits comme « fragiles » par les médecins : nous avons constaté jusqu'à 12 absences sur 3 jours d'enquête dans la consultation d'un même médecin. Comme le prévoyait le protocole, l'enquête a ensuite écarté les patients dont la durée de suivi thérapeutique était trop courte (inférieure à 3 mois, condition levée ensuite pour les CLAT), ceux qui étaient mineurs, ceux dont la pathologie spécifique n'était pas retenue dans l'enquête, et enfin évidemment ceux qui ne donnaient pas leur accord pour y participer (nous estimons à 10% le taux de refus de l'enquête par les patients). Par ailleurs, les refus de certains médecins ont de fait écarté de l'enquête des patients allophones.

Il y a donc un écart irréductible entre la présence moyenne des patients allophones dans la file active des services et le nombre de patients allophones approchés au moment précis de l'enquête (du fait des refus de médecins et des annulations de RDV) ; puis a fortiori un écart encore plus grand avec le nombre de patients allophones effectivement entrés dans l'enquête (du fait des critères d'exclusion et des refus de patients).

Le nombre de patients francophones entrés dans l'enquête est encore plus éloigné de la réalité de leur présence dans les consultations. Le nombre de patients francophones approchés fut en effet la variable d'ajustement des contraintes de l'enquête (il fallait privilégier les patients allophones) et des contraintes des services (il ne fallait pas surcharger les médecins, qui avaient un questionnaire de consultation à remplir pour chaque patient enquêté).

3.4 Aspects qualitatifs des entretiens avec les chefs de service

Nous présentons ici l'analyse qualitative des entretiens initiaux conduits auprès des 27 chefs de service dans 10 services de diabétologie, 9 services de maladies infectieuses, 6 CLAT et 2 services de pneumologie (prenant en charge la tuberculose) dans l'ordre des questions posées. Le questionnaire commence par définir un patient allophone comme un patient ne parlant pas du tout ou pas suffisamment le français pour comprendre une consultation sans interprétariat.

3.4.1 Proportion estimée de patients allophones dans la file active du service

A combien estimez-vous la proportion de patients allophones dans la file active du service : moins de 1% / de 1 à 5% / de 5 à 10% / plus de 10% / NSP

La moitié des 27 chefs de service estiment qu'au moins 8% de patients allophones sont présents dans la file active du service (min : 1% ; 1^{er} quartile : 5% ; médiane : 8% ; 3^{ème} quartile : 10% ; max : 50%).

En médiane, les patients allophones représentent 8% de la file active des 21 services hospitaliers, sans différence entre type de service hospitalier (maladies infectieuses, diabétologie, pneumologie), et 17,5% dans la file active des 6 CLAT (p=0,10). Il faut noter que la définition restrictive qui a été proposée du patient allophone conduit à une sous-estimation de la proportion de patients qui ont des difficultés de communication en français.

3.4.2 Connaissance de l'interprétariat professionnel

Connaissez-vous l'existence de services d'interprétariat professionnel ?

Globalement, 78% (21/27) des chefs de service déclarent connaître l'existence des services d'interprétariat professionnel : 71% (15/21) dans les services hospitaliers et 100% dans les CLAT. Dans les services hospitaliers, la connaissance de l'interprétariat professionnel est associée à une plus forte proportion de patients allophones dans la file active du service : en médiane (intervalle interquartile), les patients allophones représentent 10% (5%-10%) de la file active dans les 15 services connaissant l'interprétariat professionnel par rapport à 2,5% (1%-5%) dans les 6 autres services (p=0,01). Il n'y a pas de différence de connaissance des services d'interprétariat professionnel entre type de services lorsque la proportion de patients allophones présents dans la file active est prise en compte.

Si oui, avez-vous une préférence entre les services avec présence physique et par téléphone : Pareil / Ça dépend du médecin / Ça dépend de la pathologie

Parmi les 21 chefs de service connaissant les services d'interprétariat professionnel, 2 (10%) ne connaissent pas les services par téléphone, 8 (38%) préfèrent la venue de l'interprète, 7 (33%) préfèrent les services par téléphone et 4 (19%) n'ont pas de préférence.

Les 8 chefs de service préférant la venue de l'interprète soulignent la nécessité de la présence de l'interprète en fonction des circonstances (annonce du diagnostic) ou des communautés (Roms en particulier), alors que les 7 autres préférant le téléphone mettent en avant le gain d'organisation lié à un interprétariat « en temps réel ».

3.4.3 Organisation du service en termes d'interprétariat

Le suivi des patients allophones fait-il l'objet d'une organisation spécifique du service ?

Cette question « ouverte » révèle qu'aucun chef de service n'évoque spontanément avoir recours à l'interprétariat professionnel. La première modalité d'interprétariat évoquée concerne le personnel bilingue du service (n=16), l'accompagnant du patient (n=8) ou le personnel bilingue de la structure de soins (n=3).

Les demandes en langues étrangères dans le service sont abordées, notamment pour discuter ensuite de modalités différentes d'interprétariat selon les langues étrangères fréquemment ou rarement demandées. Les services de diabétologie se différencient des autres par une demande

différenciée pour certaines langues : 100% des 10 services de diabétologie présentent une demande fréquente en arabe par rapport à 41% des 17 autres services ($p<0,01$) ; aucun des 10 services de diabétologie n'évoquent rencontrer des patients parlant une langue slave par rapport à 71% des 17 autres services ($p<0,001$). Ces différences significatives peuvent vraisemblablement être attribuées aux pathologies prises en charge selon le type de service.

Le cas singulier du CHU de Nice est aussi identifié. La discussion avec les 3 chefs de service du CHU de Nice permet d'estimer à 1-2% la proportion de patients allophones présents dans leur file active, alors que la demande en langues étrangères est essentiellement tournée vers l'anglais, l'italien et l'allemand. Cette singularité nous a conduits à exclure le CHU de Nice du terrain d'enquête.

3.4.4 Types d'organisation des services en termes d'interprétariat

Globalement, les chefs de service évoquent avoir recours à l'ensemble des modalités d'interprétariat, bien que dans des proportions variables : l'accompagnant du patient (89%, $n=24$), le personnel bilingue du service (78%, $n=21$), le personnel bilingue de la structure de soins (59%, $n=16$) et/ou l'interprétariat professionnel (63%, $n=17$). Tous les chefs de service déclarent que l'absence de recours à une modalité d'interprétariat est exceptionnelle.

Une classification ascendante hiérarchique révèle 4 types d'organisation des services en termes d'interprétariat selon que les modalités d'interprétariat sont évoquées ou non (dont absence de connaissance de l'IP) :

Type d'organisation 1. L'absence de recours à l'accompagnant du patient est la 1^{ère} variable de tri distinguant 3 services ($p<0,001$). Il s'agit de 3 CLAT ($n^{\circ}3, 16, 17$) ayant systématiquement recours au personnel bilingue du service et à l'interprétariat professionnel. Ils sont tous sans accès au personnel bilingue d'une plus large structure de soins.

Type d'organisation 2. L'absence de recours possible à un personnel bilingue dans le service est la 2^{ème} variable de tri distinguant 6 services ($p<0,001$) : 2 CLAT ($n^{\circ}19, 20$), 2 services de maladies infectieuses ($n^{\circ}13, 22$) et 2 services de diabétologie ($n^{\circ}5, 6$). Les services ont systématiquement recours à l'accompagnant du patient (6/6), souvent recours au personnel bilingue de la structure de soins (5/6) et parfois recours à l'interprétariat professionnel (3/6).

Type d'organisation 3. L'absence de recours aux services d'interprétariat professionnel est la 3^{ème} variable de tri distinguant 7 services ($p<0,01$) : 4 services de diabétologie ($n^{\circ}1, 2, 12, 21$), 2 services de maladies infectieuses ($n^{\circ}14, 15$) et 1 service de pneumologie ($n^{\circ}9$). Les services ont systématiquement recours à l'accompagnant du patient (7/7) et au personnel bilingue du service (7/7), voire au personnel bilingue d'une structure de soins (5/7).

Type d'organisation 4. Les 11 services restant ont tous recours à l'interprétariat professionnel ($p<0,05$) : 5 services de maladies infectieuses ($n^{\circ}10, 11, 23, 24, 26$), 4 services de diabétologie ($n^{\circ}4, 8, 25, 27$), 1 service de pneumologie ($n^{\circ}7$) et 1 CLAT ($n^{\circ}18$). Les services ont aussi systématiquement recours à l'accompagnant du patient (11/11) et au personnel bilingue du service (11/11). Seul les distingue le recours évoqué au personnel bilingue de la structure de soins (6/10).

Le type d'organisation des services en termes d'interprétariat dépend de la proportion de patients allophones présents dans la file active du service ($p=0,01$) : en médiane, cette proportion augmente de 3% pour les 7 services n'ayant jamais recours aux services d'interprétariat professionnel (type 3) à 5% pour les 6 services n'ayant pas de recours possible à un personnel bilingue dans le service (type 2), 10% pour les 11 services ayant tous recours aux services d'interprétariat professionnel (type 4) et 30% pour les 3 CLAT n'ayant jamais recours à l'accompagnant (type 1).

3.4.5 Fréquence du recours à l'interprétariat professionnel

Avez-vous recours systématiquement/très souvent/souvent/parfois/rarement ou jamais à l'interprétariat professionnel ?

En pratique, 10/27 chefs de service déclarent n'avoir jamais recours aux services l'interprétariat professionnel, soit 37% (IC95% : 19% à 58%).³⁴ Les réponses corroborent celles retrouvées à propos de l'organisation du service en termes d'interprétariat (p=0,01) : cette proportion diminue de 86% pour les 7 services n'ayant jamais recours aux services d'interprétariat professionnel (type 3) à 50% pour les 6 services n'ayant pas de recours possible à un personnel bilingue dans le service (type 2), 9% pour les 11 services ayant tous recours aux services d'interprétariat professionnel (type 4) et 0% pour les 3 CLAT n'ayant jamais recours à l'accompagnant (type 1).

Question optionnelle : Les internes sont-ils formés au recours à l'interprétariat professionnel dans le service ? Oui / Non

Seuls 2 services de maladies infectieuses (n°10, 11) évoquent la formation des internes au recours à l'interprétariat professionnel (type 4).

3.4.6 Préférence entre l'accompagnant du patient et l'interprète professionnel

Imaginons le scénario d'un patient allophone d'Europe de l'Est suivi pour une pathologie chronique (préciser en fonction du service : VIH/SIDA [maladies infectieuses] / diabète de type II [diabétologie] / tuberculose [CLAT]) et venant en consultation accompagné d'un adulte francophone. Auriez-vous plutôt recours à l'interprétariat professionnel ou à l'accompagnant pour cette consultation ? IP / accompagnant. Et pourquoi ?

Dans ce scénario, 3/27 chefs de service déclarent préférer le recours à l'interprétariat professionnel, soit 11% (IC 95%, 2% à 29%). Il s'agit de 2 CLAT (type 1 et 2) et d'1 service de maladies infectieuses (type 4). Les deux raisons évoquées sont la fiabilité de l'interprétariat professionnel et le respect du secret médical, bien qu'en pratique, 2 chefs de service évoquent le recours à l'accompagnant du patient lorsque le secret médical est levé par le patient.

Les principales raisons évoquées pour préférer l'accompagnant du patient à l'interprète professionnel diffèrent selon les services :

- Services de diabétologie. Il s'agit d'abord d'une critique de l'organisation nécessaire au recours à l'interprète professionnel en consultation (6/10) et de l'allongement de la durée des consultations incompatible avec le rythme des consultations (4/10). Quatre chefs de service évoquent d'emblée l'importance de la famille en termes d'éducation thérapeutique et d'amélioration de l'observance.
- Services de maladies infectieuses. Seuls 2/8 chefs de service critiquent l'organisation nécessaire au recours à l'interprète professionnel en consultation. Pour 3/8 chefs de service, le recours à l'interprète professionnel correspond à la situation particulière d'annonce du diagnostic de VIH, le ciblage de la demande d'interprète professionnel étant d'ailleurs différent pour chacun : au moment de la demande de dépistage (1/3) ou au moment de l'annonce à proprement parler du diagnostic (2/3). Pour 1/8 chefs de service, l'annonce du diagnostic est faite le plus souvent en hospitalisation. Pour les 4/8 autres chefs de service, la présence de l'accompagnant du patient à l'annonce du diagnostic n'est pas problématique. A condition que les qualités de l'accompagnant soient vérifiées par le médecin (1/5), la présence de l'accompagnant signe de façon positive la levée du secret par le patient et les prémisses d'une alliance thérapeutique.
- CLAT. 1/4 chefs de service critique l'organisation nécessaire au recours à l'interprète professionnel et trouve que l'accompagnant du patient permet d'améliorer la qualité de l'interrogatoire à la recherche des sujets contacts. Pour 2/4 chefs de service, l'accompagnant du

³⁴ En considérant les 6 services n'ayant pas connaissance des services d'interprétariat professionnel comme n'y ayant pas recours.

patient permet d'améliorer la confiance du patient dans le médecin, notamment dans les communautés Roms. Un chef de service n'avait pas connaissance de l'interprétariat professionnel.

- Services de pneumologie. Un chef de service souligne à propos de la prise en charge de la tuberculose que « la certitude de pouvoir expliquer et la fiabilité dans le temps sont plus importantes que la déontologie ». L'autre chef n'avait pas connaissance de l'interprétariat professionnel.

3.4.7 Discussion de l'observance selon les modalités d'interprétariat

L'évaluation subjective de l'observance moyenne dans différents groupes de patients (francophones ; allophones avec interprétariat professionnel, personnel bilingue, sans aucun recours à l'interprétariat) pour 2 pathologies chroniques (VIH/SIDA ou tuberculose maladie dans les services de maladies infectieuses, tuberculose maladie et broncho-pneumopathie chronique obstructive dans les services de pneumologie, tuberculose maladie et tuberculose latente dans les CLAT, diabète de type I ou II dans les services de diabétologie/endocrinologie) était l'occasion de discuter avec chaque chef de service du concept d'observance et de sa mesure.

- **L'évaluation de l'observance moyenne entre groupes de patients par une note entre 0 et 20.** Dans l'ensemble, la faisabilité et l'acceptation de l'outil de mesure ont été bonnes. Les remarques portent sur l'habitude d'une mesure binaire de l'observance thérapeutique dans les services de maladies infectieuses (charge virale indétectable : oui/non) plutôt qu'une mesure continue. Aussi sur la difficulté de donner une note moyenne pour des groupes de patients très hétérogènes, ce d'autant que l'observance recoupe différentes notions, notamment observance thérapeutique et suivi des règles de prévention ou hygiéno-diététiques données.
- **Observance moyenne des « patients allophones sans aucun recours à l'interprétariat ».** La proposition de cette modalité était guidée par les discussions du comité de suivi et les hypothèses retenues pour l'évaluation médico-économique avec une intervention « sans recours à l'interprétariat professionnel » pour un patient allophone (modalité non spécifiée en l'absence de visibilité). Les chefs de service ont exprimé leur désaccord avec cette modalité en refusant de donner une note pour la plupart et déclaré de nouveau que l'absence de recours à une modalité d'interprétariat était exceptionnelle, problématique et conduisant toujours à la recherche d'une solution (par exemple, un chef de service a évoqué le recours à un autre patient hospitalisé).
- **Observance moyenne des « patients allophones avec un membre du personnel bilingue ».** La proposition de cette modalité était suivie d'une discussion sur une possible différence entre personnel bilingue soignant et non-soignant. Du point de vue des chefs de service, le soignant permettrait certes une meilleure observance en moyenne que le non-soignant, mais cette distinction est théorique. En pratique, plusieurs chefs de service soulignent qu'il n'y a pas de choix et que le recours au personnel bilingue soignant ou non-soignant dépend avant tout de la langue étrangère demandée. L'organisation de 18 services (types 3 et 4 selon les types d'organisation proposés en paragraphe 3.4.4. ci-dessus) conduit d'ailleurs à privilégier le recrutement de personnel soignant parlant les langues étrangères les plus fréquemment demandées. Indépendamment de l'anglais (toujours parlé par au moins un médecin du service), l'arabe est parlé par au moins 1 soignant dans 11/18 services, le russe dans 2 services, le tamoul dans 2 services, le chinois dans 1 service.
- **Observance moyenne des « patients allophones avec un accompagnant ».** Contrairement à l'hypothèse principale du modèle médico-économique sur une amélioration de l'observance moyenne pour les patients allophones avec recours aux services d'interprétariat professionnel, plusieurs chefs de service soulignent les avantages comparatifs du recours à l'accompagnant du patient parce qu'il s'inscrit dans la durée et non pas dans l'instant :
 - Facilitation des nombreuses démarches administratives des patients allophones, tout aussi nécessaires à l'observance ;

- Accompagnement lors de séances prolongées d'éducation thérapeutique, notamment chez les sujets âgés et de toute évidence chez les sujets mineurs (services de diabétologie +)
- Relais éducatif de l'accompagnant dans la durée et renforcement de l'alliance thérapeutique avec le patient (services de maladies infectieuses et diabétologie). Dans ce sens, un chef de service recherche le « meilleur » accompagnant à impliquer dans la prise en charge dès l'annonce du diagnostic. Un des chefs de service en maladies infectieuses dira : « moins de secret, c'est plus d'observance »...
- Aucun chef de service ne mentionne le fardeau que peut représenter pour l'accompagnant la double tâche d'interprète et de relais éducatif. Cependant, 1 chef de service mentionnera qu'il est de la responsabilité du patient allophone d'acquérir la maîtrise de la langue française pour venir seul, au même titre qu'il a accès au traitement.
- Suite à ces discussions, deux décisions sont prises concernant les modalités d'interprétariat évaluées pour les patients allophones dans l'enquête (auto-questionnaire médecin) : 1) retrait de la modalité « sans interprétariat » (qui sera pourtant fréquemment rencontrée dans l'enquête de terrain...); 2) distinction de deux modalités « personnel bilingue soignant » et « personnel bilingue non-soignant ».

3.4.8 Points à retenir des entretiens

- 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).
- L'estimation par les chefs de services hospitaliers de la proportion de patients allophones est en médiane de 8 % de la file active de leurs services. Il faut noter que la définition restrictive qui a été proposée du patient allophone conduit à une sous-estimation de la proportion de patients qui ont des difficultés de communication en français.
- Au moins quatre types distinctifs d'organisation de l'interprétariat se dégagent parmi les 27 services interrogés. Les critères qui font la différence entre ces quatre types 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 alors que ces derniers pourraient y avoir recours dans le cadre de l'hospitalisation (les internes n'assurant pas de consultation).
- 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 (cf. ci-après en 3.8.1).

3.5 Mesure subjective de l'observance moyenne dans différents groupes de patients selon les médecins

Nous présentons ici l'évaluation subjective de l'observance moyenne faite par les médecins pour différents groupes de patients. Le même outil de mesure subjective a été proposé aux médecins chefs de service lors d'entretiens, puis aux médecins en consultation lors de l'enquête (auto-questionnaire). L'objectif étant de mesurer la variabilité des perceptions sur l'observance des patients, notamment lorsque différentes modalités d'interprétariat sont utilisées, toutes les évaluations sont prises en compte dans l'analyse.

3.5.1 Description comparative des médecins en consultation (auto-questionnaires) & des médecins chefs de service (entretiens)

Au total, 108 médecins ont évalué l'observance moyenne pour au moins 1 groupe de patient présenté (1 chef de service exclu). Le tableau ci-dessous compare l'ensemble des caractéristiques des médecins, recueillies par entretien (pour les « chefs de service ») ou auto-questionnaire lors de l'enquête (pour les « médecins » en consultation).

Plusieurs éléments expliquent que les types de service soient représentés différemment entre les entretiens et les auto-questionnaires. Les entretiens avec les chefs de service ont été passés en amont de l'enquête et l'enquête peut ne pas avoir été conduite dans le service. Il s'agit en particulier des services de pneumologie qui n'ont pas été retenus pour l'enquête (trop faible volume de patients affectés par la tuberculose). De plus, les médecins sont plus nombreux dans les services hospitaliers que dans les CLAT.

Mis à part l'âge plus élevé des chefs de service, le profil des médecins est similaire entre les 26³⁵ entretiens et les 82 auto-questionnaires : 85% exercent en région Ile-de-France, 59% sont des femmes, 90% déclarent maîtriser l'anglais et 28% une autre langue.

Les questions posées sur les patients allophones et sur les modalités d'interprétariat reçoivent aussi des réponses similaires entre médecins chefs de service et médecins en consultation. Au total :

- 48% des médecins (chefs de service ou en consultation) estiment qu'au moins 10% de patients allophones sont présents dans la file active du service ;
- 75% des médecins ont connaissance de l'interprétariat professionnel par téléphone ;
- 63% déclarent n'avoir jamais ou rarement recours aux services d'interprétariat professionnel ;
- 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, 87% des médecins préfèrent recourir à l'accompagnant du patient plutôt qu'à un interprète professionnel.

³⁵ 1/27 chef de service a été exclu de l'analyse, n'ayant plus le temps de participer à l'évaluation

3.5.1.1.1 Tableau : Caractéristiques des médecins participant à l'évaluation de l'observance moyenne dans différents groupes de patients (n=108)

Variable	Total	Médecins	Chefs de service	Test statistique
		Auto-questionnaire enquête	Entretiens	
Liée au service	n=108	n=82	n=26	
Région Ile-de-France, %	85,2	87,8	76,9	0,21
Type de service, %				
Maladies infectieuses	52,8	58,5	34,6	<0,01
CLAT	9,3	6,1	19,2	
Pneumologie	1,8	0,0	7,7	
Diabétologie	36,1	35,4	38,5	
Liée au médecin	n=108	n=82	n=26	
Femme, %	59,3	62,2	50,0	0,27
Age, %				
50 ans et plus	54,6	40,2	100,0	<0,001
40-49 ans	21,3	28,1	0,0	
Moins de 40 ans	24,1	31,7	0,0	
Maîtrise d'une autre langue, %				
Anglais	89,8	86,6	100,0	0,06
Autre langue	27,8	29,3	23,1	0,54
Proportion estimée de patients allophones présents dans la file active, %				
Moins de 5%	25,0	25,6	23,1	0,87
5 à 9%	26,9	25,6	30,8	
10% et plus	48,1	48,8	46,1	
Connaissance de l'interprétariat professionnel par téléphone, %	75,0	76,8	69,2	0,44
Recours à l'interprétariat professionnel, %				
Jamais	30,6	28,1	38,5	0,59
Rarement	32,4	32,9	30,8	
Parfois	14,8	17,1	7,7	
Souvent	22,2	21,9	23,0	
Préférence accompagnant plutôt qu'IP	87,0	86,6	88,5	1,00
Liée au groupe de patients	n=1004	n=820	n=184	
Pathologie chronique présentée				
VIH/SIDA	27,5	29,3	19,6	<0,001
Tuberculose maladie	32,8	32,3	34,8	
Tuberculose latente	2,5	3,0	0,0	
Diabète type I	18,4	17,7	21,7	
Diabète type II	18,4	17,7	21,7	
<i>Broncho-pneumopathie chronique obstructive</i>	0,4	0,0	2,2	
Modalité d'interprétariat présentée				
Francophone	20,9	20,0	25,0	<0,001
Interprète professionnel	20,9	20,0	25,0	
Accompagnant du patient	20,9	20,0	25,0	
Personnel bilingue soignant	16,3	20,0	0,0	
Personnel bilingue non-soignant	16,3	20,0	0,0	
<i>Personnel bilingue (non différencié)</i>	4,6	0,0	25,0	
% de scénarii évalués parmi ceux présentés, médiane (intervalle interquartile)	75 (40-100)	70 (40-100)	75 (75-100)	0,15

Note : 1/27 chefs de service a été exclu de l'analyse, n'ayant plus le temps de participer à l'évaluation
Note : le détail des autres langues maîtrisées a été demandé aux médecins uniquement : les 2 langues les plus fréquemment citées sont l'arabe (38%) et l'espagnol (33%).

3.5.2 Perception moyenne par les médecins de l'observance dans différents groupes de patients

3.5.2.1 L'outil de mesure

Nous avons développé un outil de mesure subjective de l'observance moyenne dans un groupe de patient pour approcher le concept d'observance perçue. Il s'agit pour chaque médecin d'évaluer l'observance moyenne d'un groupe de patients par une note entre 0 et 20 et de répéter l'évaluation dans plusieurs groupes de patients. Chaque groupe de patients est défini par la combinaison d'une pathologie chronique et d'une modalité d'interprétariat (cf. Tableau précédent). Dans notre étude, 8 groupes de patients ont été présentés en entretiens (2 pathologies * 4 modalités d'interprétariat) et 10 dans les auto-questionnaires (2 pathologies * 5 modalités d'interprétariat). Au total, 75% des 108 médecins ont évalué subjectivement l'observance moyenne pour la moitié ou plus des groupes de patients présentés : 659 mesures sont exploitables sur 1004 présentées.

Différents groupes de patients ont été évalués pendant les entretiens et les auto-questionnaires. Suite aux entretiens avec les chefs de service, la modalité d'interprétariat « personnel bilingue » a été distinguée dans les auto-questionnaires en 2 modalités : « personnel bilingue soignant » et « personnel bilingue non-soignant ». Par ailleurs, les services de pneumologie n'ont pas été retenus pour l'enquête et la pathologie chronique « broncho-pneumopathie chronique obstructive » est devenue sans objet. Les évaluations correspondantes des chefs de service ont été exclues de l'analyse (39/659).

3.5.2.2 Observance perçue selon la pathologie et la modalité d'interprétariat utilisée

En médiane, l'observance moyenne d'un groupe de patients est évaluée à 15 sur 20 (minimum : 0 ; Q1 : 12 ; Q3 : 16 ; maximum : 20). Nous avons construit un modèle à effets mixtes sur mesures répétées pour analyser l'observance moyenne d'un groupe de patients à partir de l'ensemble des 620 évaluations. Le tableau suivant présente les résultats d'un modèle à effets mixtes (effet médecin et effet service) sur l'observance moyenne attribuée par les médecins à différents groupes de patients (détails en annexe). Les résultats sont présentés sous forme en moyenne ajustée sur les autres variables du modèle final à effets mixtes, notamment l'effet médecin.

3.5.2.2.1 Tableau : Observance moyenne entre 0 et 20 selon la pathologie et l'interprétariat (n=620)

Groupe de patients	Moyenne ajustée	Ecart type	Intervalle de confiance (95%)		Test statistique (entre lignes)			
					n/n-1	n/n-2	n/n-3	n/n-4
Pathologie chronique (effet global)								
Tuberculose maladie	15,3	0,6	14,1	16,5				
VIH/SIDA	15,3	0,6	14,1	16,5	0,82			
Tuberculose latente	13,9	0,9	12,1	15,7	0,06	<0,05		
Diabète type I	13,3	0,6	12,0	14,6	0,60	<0,01	<0,01	
Diabète type II	11,9	0,6	10,7	13,2	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001
Allophone et interprétariat (effet global)								
Non (francophone)	15,9	0,6	14,9	17,0				
Oui (interprète professionnel)	14,1	0,6	12,9	15,2	<0,001			
Oui (personnel bilingue soignant)	14,0	0,6	12,8	15,2	0,93	<0,001		
Oui (personnel bilingue non-soignant)	13,1	0,6	11,9	14,2	<0,05	<0,05	<0,001	
Oui (accompagnant)	12,6	0,6	11,5	13,8	0,30	<0,001	<0,001	<0,001
Pathologie chronique et modalité d'interprétariat (interaction)								
Tuberculose maladie								
Non (francophone)	16,6	0,6	15,3	17,9				
Oui (personnel bilingue soignant)	15,2	0,7	13,9	16,6	<0,01			
Oui (interprète professionnel)	15,1	0,7	13,8	16,4	0,73	<0,001		
Oui (accompagnant)	15,0	0,7	13,8	16,3	0,92	0,66	<0,001	
Oui (personnel bilingue non-soignant)	14,7	0,7	13,3	16,1	0,45	0,41	0,27	<0,001
VIH/SIDA								
Non (francophone)	16,5	0,7	15,2	17,8				
Oui (accompagnant)	15,3	0,7	14,0	16,6	<0,01			
Oui (personnel bilingue soignant)	15,1	0,7	13,8	16,4	0,65	<0,001		
Oui (interprète professionnel)	14,9	0,7	13,6	16,2	0,60	0,28	<0,001	
Oui (personnel bilingue non-soignant)	14,6	0,7	13,3	16,0	0,57	0,29	0,12	<0,001
Tuberculose latente								
Non (francophone)	18,4	1,1	16,1	20,6				
Oui (interprète professionnel)	15,4	1,5	12,4	18,3	0,07			
Oui (personnel bilingue soignant)	14,9	1,5	11,9	17,8	0,78	<0,05		
Oui (personnel bilingue non-soignant)	12,4	1,5	9,4	15,3	0,17	0,10	<0,001	
Oui (accompagnant)	8,4	1,5	5,4	11,3	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001
Diabète type I								
Non (francophone)	14,9	0,7	13,6	16,3				
Oui (interprète professionnel)	13,2	0,8	11,7	14,8	<0,01			
Oui (personnel bilingue soignant)	13,2	0,8	11,7	14,8	0,99	<0,01		
Oui (accompagnant)	12,7	0,7	11,4	14,1	0,43	0,41	<0,001	
Oui (personnel bilingue non-soignant)	12,4	0,8	10,8	14,0	0,58	0,23	0,24	<0,001
Diabète type II								
Non (francophone)	13,3	0,7	12,0	14,7				
Oui (interprète professionnel)	11,8	0,8	10,2	13,3	<0,01			
Oui (personnel bilingue soignant)	11,7	0,8	10,2	13,2	0,91	<0,01		
Oui (accompagnant)	11,6	0,7	10,3	13,0	0,95	0,85	<0,001	
Oui (personnel bilingue non-soignant)	11,2	0,8	9,6	12,7	0,43	0,44	0,40	<0,001

Globalement, l'analyse montre qu'il existe dans les perceptions des médecins enquêtés une hiérarchie de l'observance moyenne des patients selon la pathologie chronique ou selon les modalités d'interprétariat utilisées :

- Dans le contexte des maladies infectieuses, l'observance est jugée équivalente entre patients affectés par la tuberculose maladie ou le VIH/SIDA (p=0,82). L'observance des patients affectés par la tuberculose maladie est jugée significativement meilleure que celle des patients affectés par la tuberculose latente (p<0,05).

- Dans le contexte du diabète, l'observance des patients affectés par un diabète de type I (insuline) est jugée significativement meilleure que celle des patients affectés par un diabète de type II ($p < 0,05$).
- Dans le contexte global des maladies chroniques étudiées, l'observance des patients affectés par la tuberculose maladie ou le VIH/SIDA est jugée significativement meilleure que celle des patients affectés par un diabète de type I ou II ($p < 0,01$).
- L'observance des patients francophones est jugée significativement meilleure que celle des patients allophones, quelle que soit la modalité d'interprétariat utilisée ($p < 0,001$).
- Parmi les modalités d'interprétariat présentées pour un patient allophone, l'observance est jugée équivalente entre les services d'interprétariat professionnel et le recours à un membre du personnel bilingue soignant ($p = 0,93$), puis elle diminue, significativement, lors du recours à un membre du personnel bilingue non-soignant ($p < 0,05$) ou à l'accompagnant du patient ($p < 0,01$). L'observance est jugée équivalente entre ces deux dernières modalités d'interprétariat ($p = 0,30$).

Cependant, il existe un terme d'interaction significatif entre la « pathologie chronique » et la « modalité d'interprétariat » définissant le groupe de patients : l'observance moyenne d'un groupe de patients pour une modalité d'interprétariat dépend de la pathologie chronique présentée ($p < 0,01$). Quand on entre dans le détail de chaque pathologie :

- Pour chacune des pathologies présentées (à l'exception de la tuberculose latente), l'observance des patients francophones est jugée significativement meilleure que celle des patients allophones, quelle que soit la modalité d'interprétariat utilisée ($p < 0,001$).
- Au sein de chaque pathologie (à l'exception de la tuberculose latente), les médecins concernés n'estiment pas que les diverses modalités d'interprétariat entraînent de différence significative d'observance chez les patients allophones.
- Dans le cas particulier de la tuberculose latente, l'observance des patients allophones est jugée significativement moins bonne lorsque l'accompagnant du patient est utilisé, dans toutes les comparaisons 2 à 2 avec d'autres modalités d'interprétariat : interprétariat professionnel ($p < 0,001$), personnel bilingue soignant ($p < 0,001$), personnel bilingue non-soignant ($p < 0,05$).

3.5.2.3 Indice relatif d'observance des patients allophones par rapport aux patients francophones

La perception d'une observance moyenne moins bonne chez les patients allophones par rapport aux patients francophones autorise le calcul d'un indice relatif d'observance des premiers par rapport aux seconds. Le même modèle à effets mixtes a été estimé à partir des 441 évaluations des médecins ayant attribué au moins une note non nulle à l'observance des patients francophones. Le tableau suivant présente les résultats de l'indice relatif d'observance selon la pathologie chronique.

Dans le chapitre d'élaboration d'un modèle pour l'évaluation médico-économique des services d'interprétariat professionnel en VIH/SIDA, tuberculose maladie et diabète, nous avons fait l'hypothèse d'un indice relatif d'observance des patients allophones / francophones égal à 0,9. Les résultats de l'étude conduite auprès des médecins valident cette hypothèse de façon significative pour chacune des pathologies.

En revanche, sur la base du nombre d'évaluations subjectives recueillies auprès des médecins dans chaque pathologie, l'hypothèse d'une amélioration de l'observance des patients allophones lorsque les services d'interprétariat professionnel sont utilisés n'est pas validée de façon significative, pour aucune des trois pathologies.³⁶

³⁶ Nous rappelons que l'observance est ici évaluée par les médecins de façon subjective, et que l'effectif de ces évaluations s'affaiblit quand on entre dans le détail de chaque pathologie.

3.5.2.3.1 Tableau : Indice relatif d'observance des patients allophones par rapport aux patients francophones selon la pathologie chronique (n=441)

Pathologie chronique	Moyenne ajustée	Ecart type	Intervalle de confiance (95%)	
VIH/SIDA	0,88	0,03	0,82	0,95
Tuberculose maladie	0,88	0,03	0,81	0,95
Diabète type I	0,87	0,04	0,80	0,94
Diabète type II	0,86	0,03	0,79	0,93
Tuberculose latente	0,75	0,06	0,64	0,86

3.5.3 Points à retenir

- A partir des entretiens avec les chefs de service et des auto-questionnaires renseignés par les médecins lors de l'enquête de terrain, 108 médecins ont évalué de façon subjective l'observance moyenne d'au moins un groupe de patients, définis par une pathologie, le fait qu'ils parlent ou non français, et la modalité d'interprétariat utilisée le cas échéant.
- 48% des 108 médecins participant à l'enquête estiment qu'au moins 10% de patients allophones sont présents dans la file active du service. Il faut noter que la définition restrictive adoptée du patient « allophone » conduit à une sous-estimation de la proportion de patients qui peuvent poser des difficultés de communication en français dans les consultations et dans leur suivi.
- 75% des médecins ont connaissance de l'interprétariat professionnel par téléphone, mais 63% déclarent n'avoir jamais ou rarement recouru aux services d'interprétariat professionnel.
- 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, 87% des médecins préfèrent recourir à l'accompagnant du patient plutôt qu'à un interprète professionnel.
- Toutes pathologies confondues, les médecins jugent l'observance des patients francophones (15,9/20 en moyenne) significativement meilleure que celle des patients allophones, quelle que soit la modalité d'interprétariat utilisée ($p < 0,001$). Toutes pathologies confondues, l'observance d'un patient allophone est jugée équivalente entre les services d'interprétariat professionnel (14,1/20 en moyenne) et le recours à un membre bilingue du personnel soignant (14,0/20), puis elle diminue significativement ($p < 0,05$) lors du recours à un membre bilingue du personnel non-soignant (13,1/20) ou à l'accompagnant du patient (12,6/20).
- Cependant, dans le détail des pathologies présentées (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, personnel bilingue non-soignant, accompagnant du patient). Ces résultats doivent être interprétés avec précaution en raison du faible effectif de médecins interrogés par pathologie présentée et du recours exceptionnel aux services d'interprétariat professionnel déclaré par les médecins (point ci-dessus).
- Par rapport aux hypothèses faites dans l'évaluation médico-économique, l'étude des évaluations subjectives des médecins valide la diminution de l'observance chez les patients allophones par rapport aux patients francophones. En revanche cette étude ne valide pas, dans le détail de chaque pathologie (infection à VIH/SIDA ou tuberculose maladie ou diabète de type I ou II) une amélioration significative de l'observance des patients allophones par le recours à l'interprétariat professionnel ; cette amélioration ne devient significative, notamment vis-à-vis de l'interprétariat réalisé par l'accompagnant du patient, que sur la base de l'effectif global d'évaluations toutes pathologies confondues.

3.6 Caractéristiques des patients participant à l'enquête

Nous présentons ici les caractéristiques des patients participant à l'enquête. Les résultats comparatifs de l'évaluation de la compréhension et de l'observance mesurées par le médecin pour son patient et le patient lui-même sont présentés au chapitre suivant.

3.6.1 Caractéristiques générales des patients participant à l'enquête

Au total, 436 patients ont accepté d'être 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. Le recrutement s'est fait principalement en région Ile-de-France (80,5% des patients participant à l'enquête, dont l'ensemble des CLAT). Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques générales déclarées par les patients selon le type de service.

3.6.1.1.1 Tableau : Caractéristiques générales des patients selon le type de service (n=436)

Caractéristiques des patients	Total	Service hospitalier de maladies infectieuses	CLAT	Service hospitalier de diabétologie/endocrinologie	Test statistique / entre 3 types de service	Test statistique / entre 2 services hospitaliers
	n=436	n=216	n=52	n=168		
Région IDF, %	80,5	89,8	100,0	62,5	<0,001	<0,001
Homme, %	53,0	56,9	59,6	45,8	0,06	<0,05
Age, moyenne (écart-type)	48,4 (14,9)	44,1 (11,1)	39,6 (13,4)	56,6 (15,7)	<0,001	<0,001
Scolarisation, %						
Jamais scolarisé	20,0	17,1	40,4	17,3	<0,001	0,10
Ecole jusqu'à 14 ans	21,1	14,8	38,5	23,8		
Ecole après 14 ans sans le bac	25,9	28,3	9,6	28,0		
Obtention du bac	9,2	9,7	1,9	10,7		
Etudes supérieures	23,8	30,1	9,6	20,2		
Assurance Maladie, %						
Régime général ou autre	57,6	53,7	17,3	75,0	<0,001	<0,001
CMU	20,6	26,4	5,8	17,9		
AME	18,6	17,1	69,2	4,8		
Aucun	3,2	2,8	7,7	2,4		
Mutuelle, %*	64,2	54,9	58,3	75,0	<0,001	<0,001
Médecin généraliste (en dehors du service), %	83,3	74,5	82,7	94,6	<0,001	<0,001
Vaccination contre la grippe saisonnière, %						
Oui, cette année	34,6	31,9	1,9	48,2	<0,001	<0,01
Non, pas cette année	24,3	29,2	26,9	17,3		
Non, pas d'habitude	41,1	38,9	71,2	34,5		
Etat de santé perçu, %*						
Excellente	6,0	9,8	5,8	0,7	<0,001	<0,001
Très bonne	13,7	17,2	23,1	5,3		
Bonne	58,3	59,5	69,2	52,7		
Mauvaise	20,1	12,6	1,9	37,3		
Très mauvaise	1,9	0,9	0,0	4,0		

Note : 341 individus avec Assurance Maladie (régime général ou autre; CMU) ont répondu à la question mutuelle.
Note : 417 individus ont répondu à la question sur leur état de santé.

Les déterminants de l'enquête ont conduit à une surreprésentation de la population la moins favorisée en termes socio-économiques : 20,6% des patients sont couverts par la CMU, 18,6% par l'AME et 3,2% ne déclarent aucune couverture sociale ; 20% des patients n'ont jamais été scolarisés et 67 % ont un niveau d'études inférieur au bac.

Le ciblage de l'enquête sur 3 pathologies chroniques dans chaque type de service a permis d'inclure 196 (90,7%) patients affectés par le VIH/SIDA dans les services de maladies infectieuses ; 141 (83,9%) patients affectés par un diabète dans les services de diabétologie/endocrinologie ; 4 patients atteints de tuberculose et 48 individus dépistés pour la tuberculose dans les CLAT.

3.6.2 Définition du patient « allophone »

Un individu a été défini a priori comme « allophone » s'il comprend « un peu » ou « pas du tout » le français à l'oral ou s'il parle « un peu » ou « pas du tout » le français. Cette définition a conduit à identifier 198 (45,4%) patients allophones dans l'enquête.

Le tableau ci-dessous présente la distribution des réponses aux 4 questions posées sur la maîtrise du français qui ont été reprises de l'enquête TEO (INED/INSEE). Les réponses sont concordantes entre les 4 questions. En particulier, les réponses sont très concordantes ($\kappa=0,92$) entre les deux premières questions (comprendre le français à l'oral et parler le français). Autrement dit, une seule question aurait suffi pour identifier les patients allophones. Dans le cadre de cette étude sur la compréhension entre médecin et patient, on peut aussi noter que la concordance des réponses implique qu'un patient allophone (à l'oral) ne sait pas non plus lire le français et donc une ordonnance médicale.

3.6.2.1.1 Tableau : Définition des patients allophones dans l'enquête (n=438)

Maîtrise du français mesuré par les 4 questions de l'enquête TEO	Comprendre le français à l'oral (1)	Parler le français (2)	Lire en français (3)	Ecrire en français (4)
Modalités de réponse, %				
Très bien	41,7	41,3	38,5	37,4
Bien	15,1	13,5	10,6	8,9
Un peu	37,4	35,8	18,6	14,5
Pas du tout	5,7	9,4	32,3	39,2
Mesure de l'accord entre réponses, coefficient pondéré Kappa (IC 95%)				
Comprendre le français à l'oral (1)	1			
Parler le français (2)	0,92 (0,90-0,94)	1		
Lire en français (3)	0,69 (0,65-0,72)	0,73 (0,69-0,76)	1	
Ecrire en français (4)	0,63 (0,59-0,67)	0,67 (0,64-0,71)	0,92 (0,89-0,94)	1
Patients définis comme allophones, n (%)	198 (45,4)			

3.6.3 Langues parlées par les patients allophones

La langue ou dialecte parlé par les 198 patients allophones a été enregistré selon le référentiel de l'association ISM INTERPRETARIAT.³⁷ Au total, 38 langues ou dialectes différents sont parlés dans notre enquête hors le français (Tableau suivant). Le roumain est la langue étrangère la plus fréquemment parlée dans l'enquête (18,7% des patients allophones), suivie de l'arabe (14,6%), le kabyle (6,6%), le bambara (5,1%), le mandarin (5,1%), l'espagnol (4%), l'ourdou (4%), le soninké (3,5%) et le turc (3,5%).

³⁷ Le regroupement des langues et dialectes a été fait selon leur région macro-géographique d'origine suivant une classification de l'ONU (cf. la partie 4.2.2.3 ci-après page 91).

Les langues parlées ont été regroupées en région d'origine (le pays de naissance n'a pas été demandé à l'individu). Selon ce regroupement, les langues et dialectes d'Afrique Sub-Saharienne sont les plus fréquemment parlés dans l'enquête (24,8%). On peut noter que ce groupe comporte la plus grande diversité de langues et dialectes (n=14). Les langues du Maghreb constituent le 2^{ème} groupe de langues parlées dans l'enquête (22,7%).

Les patients parlant une langue ou dialecte d'Afrique Sub-Saharienne ont été recrutés de façon quasi-exclusive dans les services de maladies infectieuses (90%) et sont essentiellement affectés par le VIH/SIDA. Les patients parlant une langue du Maghreb ont été plus fréquemment recrutés dans les services de diabétologie/endocrinologie (64%) et sont affectés par un diabète de type I ou II.

3.6.3.1.1 Tableau : langues parlées par les patients allophones et regroupement par région d'origine des langues (n=198)

Langue ou dialecte	Regroupement par région	Nombre	%	Regroupement par région	Langue ou dialecte	Nombre	%
ROUMAIN	EUROPE UE 2004 & 2007	37	18,7	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	BAMBARA	10	5,1
ARABE	MAGHREB & MACHREK	29	14,7	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	SONINKE	7	3,5
KABYLE	MAGHREB & MACHREK	13	6,6	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	DIOULA	5	2,5
BAMBARA	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	10	5,1	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	TWI	5	2,5
MANDARIN	ASIE EST & SUD-EST	10	5,1	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	CAPVERDIEN	4	2,0
ESPAGNOL	EUROPE UE 1995	8	4,0	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	MALINKE	4	2,0
OURDOU	ASIE SUD	8	4,0	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	IGBO	3	1,5
SONINKE	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	7	3,5	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	LINGALA	3	1,5
TURC	ASIE OUEST	7	3,5	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	PEULH	3	1,5
BENGALI	ASIE SUD	5	2,5	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	AMHARIQUE	<3	<1,5
DIOULA	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	5	2,5	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	COMORIEN	<3	<1,5
PORTUGAIS	EUROPE UE 1995	5	2,5	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	SOUSSOU	<3	<1,5
RUSSE	EUROPE EST & SUD	5	2,5	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	SWAHILI	<3	<1,5
TWI	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	5	2,5	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	WOLOF	<3	<1,5
CAPVERDIEN	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	4	2,0	MAGHREB & MACHREK	ARABE	29	14,7
MALINKE	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	4	2,0	MAGHREB & MACHREK	KABYLE	13	6,6
BERBERE	MAGHREB & MACHREK	3	1,5	MAGHREB & MACHREK	BERBERE	3	1,5
IGBO	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	3	1,5	EUROPE UE 2004 & 2007	ROUMAIN	37	18,7
LINGALA	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	3	1,5	ASIE SUD	OURDOU	8	4,0
PENJABI	ASIE SUD	3	1,5	ASIE SUD	BENGALI	5	2,5
PEULH	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	3	1,5	ASIE SUD	PENJABI	3	1,5
THAI	ASIE EST & SUD-EST	3	1,5	ASIE SUD	HINDI	2	1,0
ANGLAIS	EUROPE UE 1995	<3	<1,5	ASIE SUD	TAMOUL	2	1,0
CREOLE ANTILLES FR	EUROPE UE 1995	<3	<1,5	ASIE SUD	NEPALI	<3	<1,5
HINDI	ASIE SUD	<3	<1,5	EUROPE UE 1995	ESPAGNOL	8	4,0
TAMOUL	ASIE SUD	<3	<1,5	EUROPE UE 1995	PORTUGAIS	5	2,5
ALLEMAND	EUROPE UE 1995	<3	<1,5	EUROPE UE 1995	ANGLAIS	2	1,0
AMHARIQUE	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	<3	<1,5	EUROPE UE 1995	CREOLE ANTILLES FR	2	1,0
COMORIEN	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	<3	<1,5	EUROPE UE 1995	ALLEMAND	<3	<1,5
ITALIEN	EUROPE UE 1995	<3	<1,5	EUROPE UE 1995	ITALIEN	<3	<1,5
NEPALI	ASIE SUD	<3	<1,5	ASIE EST & SUD-EST	MANDARIN	10	5,1
SOUSSOU	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	<3	<1,5	ASIE EST & SUD-EST	THAI	3	1,5
SWAHILI	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	<3	<1,5	ASIE EST & SUD-EST	VIETNAMIEN	<3	<1,5
TCHETCHENE	EUROPE EST & SUD	<3	<1,5	ASIE OUEST	TURC	7	3,5
VIETNAMIEN	ASIE EST & SUD-EST	<3	<1,5	EUROPE EST & SUD	RUSSE	5	2,5
WOLOF	AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	<3	<1,5	EUROPE EST & SUD	TCHETCHENE	<3	<1,5

3.6.4 Patients allophones et patients francophones nés à l'étranger ou en France

Le ciblage de l'enquête dans les services prenant en charge a priori une forte proportion de patients allophones a conduit plus largement à inclure 327 (75,0%) patients nés à l'étranger, dont 198 (60,5%) sont allophones. Nous avons étudié les 3 groupes de patients définis selon leur caractère allophone, francophone né à l'étranger ou francophone né en France. A l'exception de la proportion d'hommes,

des différences significatives sont retrouvées entre les 3 groupes pour les caractéristiques générales recueillies (Tableau suivant). Entre un patient allophone, un patient francophone né à l'étranger et un patient francophone né en France, l'âge augmente, le niveau de scolarisation augmente et la probabilité d'être couvert par l'Assurance Maladie, d'avoir une mutuelle ou un médecin généraliste augmente aussi.

3.6.4.1.1 Tableau : Caractéristiques générales des patients selon le caractère allophone et le lieu de naissance en France ou à l'étranger (n=436)

Caractéristiques des patients	Total	Allophones		Francophones		Test statistique / 3 groupes de patients	Test statistique / allophones vs. francophones
		Né à l'étranger	Né à l'étranger	Né en France	Né en France		
	n=436	n=198	n=129	n=109			
Région IDF, %	80,5	85,4	87,6	63,3	<0,001	<0,05	
Homme, %	53,0	51,2	53,5	55,0	0,83	0,58	
Age, moyenne (écart-type)	48,4 (14,9)	45,5 (14,6)	49,9 (13,7)	51,8 (15,8)	<0,001	<0,001	
Scolarisation, %							
Jamais scolarisé	20,0	35,9	12,4	0,0	<0,001	<0,001	
Ecole jusqu'à 14 ans	21,1	28,3	19,4	10,1			
Ecole après 14 ans sans le bac	25,9	18,2	26,4	39,5			
Obtention du bac	9,2	5,0	9,3	16,5			
Etudes supérieures	23,8	12,6	32,5	33,9			
Assurance Maladie, %							
Régime général ou autre	57,6	30,3	76,8	84,4	<0,001	<0,001	
CMU	20,6	29,8	11,6	14,7			
AME	18,6	35,4	8,5	0,0			
Aucun	3,2	4,5	3,1	0,9			
Mutuelle, %*	64,2	40,3	67,5	87,0	<0,001	<0,001	
Médecin généraliste (en dehors du service), %	83,3	72,2	89,9	95,4	<0,001	<0,001	
Vaccination contre la grippe saisonnière, %							
Oui, cette année	34,6	27,8	38,0	43,1	<0,05	<0,05	
Non, pas cette année	24,3	26,7	25,6	18,4			
Non, pas d'habitude	41,1	45,5	36,4	38,5			
Etat de santé perçu, %*							
Excellente	6,0	3,7	10,6	4,8	0,08	0,23	
Très bonne	13,7	11,6	19,5	10,6			
Bonne	58,3	61,1	50,4	62,5			
Mauvaise	20,1	22,1	17,9	19,2			
Très mauvaise	1,9	1,5	1,6	2,9			

Note : 341 individus avec Assurance Maladie (régime général ou autre; CMU) ont répondu à la question mutuelle.

Note : 417 individus ont répondu à la question sur leur état de santé.

3.6.5 Temps passé en France des patients nés à l'étranger

Dans l'évaluation médico-économique des services d'interprétariat professionnel (Chapitre 2), nous avons développé un modèle prenant en compte le délai nécessaire à un patient « allophone » pour

devenir « francophone », le passage de l'allophonie à la francophonie ayant deux conséquences dans le modèle : 1) la fin de toute intervention d'interprétariat professionnel ; 2) une structure de consommations de soins identique à celle des patients « francophones ». Un délai de 5 ans a été jugé nécessaire dans le scénario de base et testé par des analyses de sensibilité en l'absence de données.

Dans l'enquête, nous avons demandé aux patients nés à l'étranger depuis combien de temps ils résidaient en France. En moyenne, les 198 patients allophones ont déclaré résider en France depuis 14,9 ans (minimum : 0 ; Q1 : 4 ; médiane : 10 ; Q3 : 21 ; maximum : 58) ; les 129 patients francophones nés à l'étranger ont déclaré résider en France depuis 24,6 ans (minimum : 1 ; Q1 : 10 ; médiane : 20 ; Q3 : 37 ; maximum : 74).

Nous avons construit un modèle linéaire multivarié pour estimer le temps passé en France des patients allophones et francophones nés à l'étranger (Tableau ci-dessous). Indépendamment de l'âge et des autres variables introduites dans le modèle, le temps moyen passé en France est de 22,9 ans pour un patient allophone et de 28,0 ans pour un patient francophone né à l'étranger. On peut noter que les variables affectant le temps moyen passé en France traduisent aussi certaines caractéristiques des populations migrantes. L'immigration apparaît ici significativement plus récente en région Ile-de-France par rapport à la région PACA, dans les services de maladies infectieuses & CLAT par rapport aux services de diabétologie/endocrinologie, et en l'absence de couverture sociale par un régime de l'Assurance Maladie. Le terme d'interaction entre le caractère allophone du patient et la couverture sociale par l'Assurance Maladie révèle un gradient du temps moyen passé en France. L'absence de couverture sociale caractérise une population allophone arrivée plus récemment en France que les autres ($p < 0,001$), alors que l'on n'observe pas de différence de temps passé en France entre patients allophones et francophones bénéficiant d'une couverture sociale ($p = 0,88$).

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence car l'échantillon de patients est de petite taille et n'est pas représentatif de la population des patients nés à l'étranger et résidant en France. De plus, la langue d'origine parlée par les patients francophones nés à l'étranger (ce peut être déjà le français) n'a pas été recueillie dans l'enquête, qui ciblait les patients allophones. En conséquence, il apparaît hasardeux d'estimer le délai nécessaire à un patient « allophone » pour devenir « francophone » sur la base des données de cette enquête.

3.6.5.1.1 Tableau : Temps passé en France des patients nés à l'étranger, moyenne ajustée en années (n=327)

Variable		Moyenne ajustée*	Ecart-type	Intervalle de confiance à 95%		Test statistique multivarié	
Liée au service							
Région							
	IDF	23,4	1,0	21,5	25,3	<0,05	
	PACA	27,6	1,8	24,1	31,0		
Type de service							
	Maladies infectieuses & CLAT	23,1	1,2	20,7	25,5	<0,01	
	Diabétologie	27,9	1,3	25,3	30,4		
Liée au patient							
Sexe							
	Femme	25,0	1,2	22,6	27,3	0,39	
	Homme	26,0	1,2	23,7	28,3		
Scolarisation							
	Jamais scolarisé	24,1	1,5	21,2	26,9	0,75	
	Ecole jusqu'à 14 ans	25,4	1,4	22,6	28,3		
	Ecole après 14 ans sans le bac	24,8	1,5	21,8	27,8		
	Obtention du bac	27,7	2,4	22,9	32,4		
	Etudes supérieures	25,4	1,5	22,4	28,4		
Assurance Maladie							
	Régime général ou autre	28,2	1,1	26,0	30,4	<0,0001	
	CMU, AME, Aucun	22,7	1,4	20,0	25,5		
Patient né à l'étranger							
	Allophone	22,9	1,1	20,7	25,1	<0,0001	
	Francophone	28,0	1,4	25,3	30,7		
Interaction Assurance Maladie & Patient né à l'étranger							
CMU, AME, Aucun							
	Allophone	18,3	1,2	15,9	20,8	<0,01	
	Francophone	27,1	2,2	22,9	31,4		
Régime général ou autre							
	Allophone	27,5	1,6	24,4	30,6		
	Francophone	28,9	1,3	26,3	31,4		
Note: les moyennes sont aussi ajustées sur l'âge (p<0,0001) introduit comme variable continue.							
Note : Les catégories CMU, AME, Aucune ont été regroupées en l'absence de différences significatives entre elles, mais systématique avec un régime de l'Assurance Maladie.							

3.6.6 L'accompagnant du patient : données observées

La partie d'enquête conduite auprès des médecins révèle que 90% d'entre eux préfèrent avoir recours à l'accompagnant en consultation plutôt qu'aux services d'interprétariat professionnel pour un patient allophone originaire d'Europe de l'Est. Qu'en est-il du point de vue du patient ?

3.6.6.1 Fréquence de l'accompagnant du patient en salle d'attente

Après exclusion de 50 individus inclus dans les CLAT,³⁸ 50 (32,5%) des patients allophones et 37 (16,0%) des patients francophones étaient accompagnés en salle d'attente ($p < 0,001$), sans différence entre les patients francophones nés à l'étranger ou en France ($p = 0,16$). Cependant d'autres facteurs sont associés à la présence plus fréquente d'un accompagnant du patient en salle d'attente (Tableau ci-dessous) : les patients de sexe féminin, les patients plus âgés, moins scolarisés, consultant dans un service de diabétologie/endocrinologie ou dans la région PACA. Nous avons construit un modèle logistique multivarié qui montre, toutes choses étant égales par ailleurs, que la probabilité d'être accompagné en salle d'attente pour un patient allophone est environ 4 fois plus élevée que pour un patient francophone ($p < 0,001$).

3.6.6.1.1 Tableau : Déterminants de la présence d'un accompagnant du patient en salle d'attente (n=386)

Caractéristiques des patients	% avec accompagnant	Test statistique univarié	Odds-ratio multivarié (IC à 95%)	Test statistique multivarié
Patient allophone				
Oui	32,5	<0,001	3,9 (1,8-8,1)	<0,001
Non (référence)	16		1	
Région				
PACA	42,4	<0,001	2,3 (1,2-4,6)	<0,01
IDF (référence)	16,9		1	
Service				
Diabétologie	36,9	<0,001	3,2 (1,6-6,2)	<0,001
Maladies infectieuses (référence)	11,5		1	
Sexe				
Femme	31,7	<0,001	2,5 (1,4-4,6)	<0,01
Homme (référence)	14		1	
Age (en années)		<0,001	1,04 (1,0-1,1)	<0,01
Scolarisation				
Jamais scolarisé	34,9	<0,001	1,0 (0,4-2,8)	0,64
Ecole jusqu'à 14 ans	37,5		1,7 (0,8-4,2)	
Ecole après 14 ans sans le bac	19,4		1,1 (0,5-2,7)	
Obtention du bac	12,8		0,8 (0,2-2,9)	
Etudes supérieures (référence)	10,9		1	
Assurance Maladie, régime général ou autre				
Non	23,8	0,66	1,6 (0,8-3,2)	0,18
Oui (référence)	21,8		1	
Médecin généraliste (en dehors du service)				
Non	23,9	0,14	0,9 (0,4-2,1)	0,75
Oui (référence)	15,6		1	

³⁸ 49 individus sont dans la situation particulière du dépistage de la tuberculose (48 négatif, 1 tuberculose latente) et 1 patient allophone affecté par la tuberculose maladie mais vivant en Russie (recours à l'interprétariat professionnel par téléphone pendant la consultation).

3.6.6.2 Rôle de l'accompagnant du patient

Parmi les 87 patients accompagnés en salle d'attente, 9 (24%) des accompagnants des 37 patients francophones sont restés en salle d'attente, alors que tous les accompagnants des 50 patients allophones ont été en consultation ($p < 0,001$). Le patient allophone déclare que l'accompagnant est venu pour traduire dans 92% (46/50) des consultations médicales (intervalle de confiance à 95% : 81% à 98%). Mis à part 2 consultations où le médecin parle anglais et 2 autres où le conjoint accompagne sans traduire, les accompagnants ayant traduit la consultation sont : un enfant du patient (20/46), le conjoint (10/46), un autre membre de la famille (7/46) ou un « ami » (9/46). Lorsque le patient allophone est une femme, l'accompagnant est le plus souvent un enfant (48%).

3.6.7 Qui traduit la consultation d'un patient allophone ?

Indépendamment des déclarations faites initialement par les patients consultant avec leur accompagnant, nous avons systématiquement interrogé les 198 patients allophones après la consultation sur leur recours à une modalité d'interprétariat et vérifié auprès du médecin si un interprète professionnel avait été appelé pendant la consultation. Les résultats sont présentés selon le type de service (Tableau ci-dessous).

Les modalités d'interprétariat auxquelles les CLAT ont recours pour un patient allophone sont marquées par les situations de dépistage et d'intervention sur le terrain et sont difficilement généralisables. Sur les 44 individus allophones participant à l'enquête avec les CLAT, 43 sont en situation de dépistage de la tuberculose : 37 personnes sont dépistées dans le cadre d'une opération sur site dans un camp « Rom » (le médiateur social effectue l'interprétariat pour 78% des consultations, sinon le médecin en français) ; pour 6 autres personnes, le médecin effectue la consultation en français (3/6) ou en anglais (1/6), sinon, il a eu recours à un interprète professionnel par téléphone (1/6) ou à l'accompagnant (1/6). Enfin, le seul patient allophone suivi pour une tuberculose maladie inclus dans l'enquête vit à l'étranger : le médecin a eu recours à un interprète professionnel par téléphone.

Dans les services hospitaliers, la consultation du patient allophone s'est passée le plus souvent en français avec le médecin, sans recours à aucun interprétariat (interprète professionnel, accompagnant ou autre). Cette situation sans aucun interprétariat est significativement plus fréquente dans les services de maladies infectieuses (55,6% des consultations ; intervalle de confiance à 95% : 45,2% à 65,6%) que dans les services de diabétologie/endocrinologie (32,7% des consultations ; intervalle de confiance à 95% : 20,7% à 46,7%). La raison principale de cette différence est le recours plus fréquent à l'accompagnant, notamment l'enfant d'un parent suivi pour un diabète de type II. Dans tous les cas, le recours aux services d'interprétariat professionnel est exceptionnel dans notre enquête d'observation : 3/154 consultations (2,0% des consultations ; intervalle de confiance à 95% : 0,4% à 5,6%), alors même que nous avons ciblé les hôpitaux ayant la plus forte probabilité d'accueillir des patients allophones a priori. Il s'agit d'un patient affecté par le VIH/SIDA, d'une hépatite B chronique et d'une hépatite C chronique.

3.6.7.1.1 Tableau : Fréquence des modalités d'interprétariat en consultation médicale pour les patients allophones selon le type de service (n=198)

Modalité d'interprétariat en consultation médicale	Total	Service hospitalier de maladies infectieuses	CLAT	Service hospitalier de diabétologie/endocrinologie
	n=198	n=99	n=44	n=55
Médecin lui-même				
En français	84 (42,4)	55 (55,6)	11 (25)	18 (32,7)
En anglais	22 (11,1)	16 (16,2)	1 (2,3)	5 (9,1)
En arabe	5 (2,5)	5 (5,1)	0	0
En espagnol	2 (1)	2 (2,0)	0	0
Personnel hospitalier	2 (1)	2 (2,0)	0	0
Accompagnant				
Enfant	20 (10,1)	4 (4,0)	0	16 (29)
Conjoint	12 (6,1)	6 (6,1)	0	6 (10,9)
Autre famille	7 (3,5)	2 (2,0)	0	5 (9,1)
"Ami"	10 (5,1)	4 (4,0)	1 (2,3)	5 (9,1)
Interprète professionnel (téléphone)	5 (2,5)	3 (3,0)	2 (4,6)	0
Médiateur social	29 (14,6)	0	29 (65,9)	0

3.6.8 Quelle préférence des patients allophones pour l'interprétariat professionnel ?

Nous avons posé plusieurs questions aux patients allophones sur leur connaissance, recours passé et attitudes vis-à-vis de l'interprétariat professionnel. Nous avons exclu de l'analyse les patients des CLAT du fait des situations décrites en 3.6.7, ainsi que les trois patients des services hospitaliers pour lesquels il y a eu recours à l'interprète professionnel en consultation.

Sur les 151 patients allophones restant, 20 déclarent connaître les services d'interprétariat professionnel (13,3% ; intervalle de confiance à 95% : 8,3% à 19,7%), dont 7 ont déjà eu recours aux services d'interprétariat professionnel³⁹ (4,6% ; intervalle de confiance à 95% : 1,9% à 9,3%). Lorsque nous avons posé la question « Si pour votre consultation d'aujourd'hui votre médecin vous avait proposé un interprète professionnel, est-ce que vous auriez préféré cette solution ? », 14 patients ne se sont pas prononcés et 66/137 ont répondu par l'affirmative (48,2% ; intervalle de confiance à 95% : 39,6% à 56,9%).

Nous n'avons pas trouvé dans l'enquête d'association positive entre la connaissance de l'interprétariat professionnel, ou le recours passé à l'interprétariat professionnel, et une préférence exprimée pour l'interprétariat professionnel (Tableau ci-dessous). Dans une analyse univariée, d'autres variables sont significativement associées à une préférence exprimée pour l'interprétariat professionnel : la région PACA, les services de diabétologie, un âge plus élevé, une région d'origine de la langue parlée par le patient autre que l'Afrique, et toute modalité d'interprétariat non professionnel (en particulier par un enfant accompagnant ou un autre tiers). Un modèle logistique multivarié ne permet pas de dégager une ou plusieurs variables associées indépendamment aux préférences des patients allophones, notamment parce que les variables sont associées entre elles.

Nous avons conduit une classification ascendante hiérarchique sur ces 5 variables montrant l'importance successive de 4 variables définissant des profils de patients allophones dans notre enquête : la région PACA, un service de diabétologie/endocrinologie, une langue parlée d'Afrique Sub-Saharienne et un âge supérieur à 50 ans. Les profils des patients allophones sont très significativement associés aux préférences exprimées ($p < 0,001$). Dans le cadre de ce projet, nous

³⁹ 6 patients en consultation ; 1 patient en consultation et en hospitalisation.

présentons les deux profils de patients allophones qui sont particulièrement opposés à l'interprétariat professionnel. Ils sont tous pris en charge en région Ile-de-France dans les services de maladies infectieuses et sont tous âgés de moins de 50 ans :

- Premier profil : 28 patients parlant tous une langue d'Afrique Sub-Saharienne et tous suivis en consultation par le médecin seul en français. Il s'agit plutôt de femmes (64%), jamais scolarisées (43%) et ne connaissant pas l'interprétariat professionnel (100%).
- Deuxième profil : 32 patients parlant une langue d'une autre région que l'Afrique Sub-Saharienne et suivis en consultation par le médecin en anglais (40%) ou en espagnol (6%) ou avec recours au personnel bilingue (6%). Il s'agit plutôt d'hommes (63%), ayant été à l'école au-delà de 16 ans (69%), certains connaissant l'interprétariat professionnel (17%).

3.6.8.1.1 Tableau : Préférence des patients allophones pour un interprète professionnel en consultation à l'hôpital (n=137)

Caractéristiques des patients allophones		Nombre	% préférant l'interprète professionnel	Test statistique univarié
Région				
	IDF	109	38,5	<0,001
	PACA	28	85,7	
Service				
	Diabétologie	50	66,0	<0,01
	Maladies infectieuses	87	37,9	
Sexe				
	Femme	69	46,4	0,67
	Homme	68	50,0	
Age supérieur à 50 ans				
	Oui	47	63,8	<0,01
	Non	90	40,0	
Scolarisation				
	Jamais scolarisé	46	50,0	0,2
	Ecole jusqu'à 16 ans	47	38,3	
	Ecole après 16 ans	44	56,8	
Assurance Maladie, régime général ou autre				
	Non	86	50,0	0,58
	Oui	51	45,1	
Médecin généraliste (en dehors du service)				
	Oui	97	47,4	0,78
	Non	40	50,0	
Région d'origine de la langue parlée				
	Afrique	43	20,9	<0,001
	Maghreb	41	68,3	
	Pakistan & Bangladesh & Inde	18	50,0	
	Union Européenne	14	50,0	
	Asie	16	63,0	
	Europe de l'Est & Balkans	5	60,0	
Qui a fait la traduction en consultation				
	Médecin en français	65	35,9	<0,05
	Médecin dans une autre langue	25	56,0	
	Accompagnant enfant	18	61,1	
	Accompagnant conjoint	12	50,0	
	Autre tiers	17	70,6	
Connaissance de l'interprétariat professionnel				
	Oui	19	63,2	0,16
	Non	118	45,8	
Déjà eu recours à l'interprétariat professionnel				
	Oui	6	50,0	0,92
	Non	131	48,1	

3.6.9 Points à retenir

- Au total, 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.
- Le ciblage de l'enquête a permis d'inclure 198 (45%) patients allophones tels que définis par l'enquête TEO (INSEE/INED). Si les langues parlées le plus fréquemment sont d'origine d'Afrique Sub-Saharienne (25,8%) et du Maghreb (22,7%), un éventail de 38 langues et dialectes différents (hors le français) 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 : 3/154 consultations (2,0% des consultations ; intervalle de confiance à 95% : 0,4% à 5,6%). Les consultations hospitalières de patients allophones 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.
- Une minorité des patients allophones (13,3%) déclare connaître l'interprétariat professionnel. Une fois que tous sont informés de cette possibilité, la moitié environ des patients allophones (48,2%) ont dit, y compris devant leur accompagnant, qu'ils auraient préféré l'intervention d'un interprète professionnel lors de leur consultation. Pour rappel, les médecins enquêtés sont quant à eux 75% à connaître l'existence de l'interprétariat professionnel mais 63% à n'y avoir jamais ou que rarement recours.
- Les déterminants chez les patients allophones d'une préférence pour l'interprétariat professionnel sont multifactoriels : être en service de diabétologie, être plus âgé, parler une langue d'origine autre que l'Afrique Sub-Saharienne, être accompagné d'un fils ou d'une fille ou d'un tiers autre que le conjoint...

3.7 Compréhension & observance du traitement

Nous présentons ici les résultats portant sur la compréhension par le patient de sa pathologie et du traitement. L'enquête a permis de mesurer différents éléments auprès du patient (questionnaire par entretien) et de son médecin (auto-questionnaire). Les informations médicales données par le médecin pour son patient sont prises en référence dans les analyses présentées.

3.7.1 Donner un nom à la pathologie

A la sortie de consultation, nous avons demandé à chaque individu de donner un nom à sa pathologie ou au problème de santé ayant fait l'objet de la consultation. Globalement, 374 (85,8%) individus ont donné un nom à leur pathologie ou problème de santé (Tableau suivant). Dans les services de maladies infectieuses, 88% des 160 patients infectés par le VIH sans co-infection et 94% des 34 patients infectés par le VIH avec co-infection (VHC, VHB, tuberculose) recourent à une terminologie médicale pour désigner le « VIH/SIDA ». Dans le cas particulier de la tuberculose, on note que 100% des patients infectés désignent la « tuberculose » (12 tuberculoses maladie dans les services de maladies infectieuses ; 3 tuberculoses maladie et 1 tuberculose latente dans les CLAT ; 9/16 patients allophones), alors que seuls 31% des 48 individus dépistés dans les CLAT peuvent nommer la « tuberculose ». Dans les services de diabétologie, 100% des 30 patients affectés par un diabète de type I et 96% des 111 patients affectés par un diabète de type II désignent le « diabète ».

3.7.1.1.1 Tableau : Pathologie(s) renseignée(s) par le médecin et nom(s) donné(s) par le patient selon le type de service (n=436)

		Pathologie renseignée par le médecin	Nom donné à la pathologie par le patient		
Service hospitalier de maladies infectieuses		n=216	Nom donné	Occurrence (distribution)	% avec terminologie médicale (IC à 95%)
VIH/SIDA sans coinfection VHC, VHB ou tuberculose		160 (74,1)	SIDA	36 (22,5)	88 (82-93)
			VIH	91 (56,9)	
			Séropositif	14 (8,8)	
			Virus	4 (2,5)	--
			Aucun nom	15 (9,4)	
Hépatite C chronique sans coinfection VIH		9 (4,2)	Hépatite C	9 (100)	100 (66-100)
Hépatite B chronique sans coinfection VIH		7 (3,2)	Hépatite B	5 (71)	71 (29-96)
			Maladie du foie	2 (39)	--
Tuberculose maladie sans coinfection VIH		3 (1,4)	Tuberculose	3 (100)	100 (29-100)
VIH/SIDA avec coinfection VHB, VHC ou tuberculose		36 (16,7)	SIDA	5 (14)	94 (81-99)
			VIH	25 (69)	
			Séropositif	4 (11)	
			Virus	1 (3)	--
			Aucun nom	1 (3)	
dont coinfection VIH-VHC		12 (5,6)	VIH & Hépatite C*	7 (58)	58 (28-85)
			VIH uniquement	5 (42)	--
dont coinfection VIH-VHB		17 (7,9)	VIH & Hépatite B	4 (24)	24 (7-50)
			VIH uniquement*	11 (64)	--
			Tuberculose uniquement*	1 (6)	--
			Aucun nom	1 (6)	--
			VIH & Tuberculose	2 (22)	33 (7-70)
Tuberculose uniquement*	1 (11)				
VIH uniquement*	6 (67)	--			
Autre infection chronique (ostéomyélite)		1 (0,5)	Ostéomyélite	1 (100)	
CLAT		n=52	Nom	Occurrence (distribution)	% avec terminologie médicale (IC à 95%)
Tuberculose maladie		3 (5,8)	Tuberculose	3 (100)	100 (29-100)
Tuberculose latente		1 (1,9)	Tuberculose	1 (100)	100 (25-100)
Tuberculose dépistage		48 (92,3)	Tuberculose	15 (31)	31 (19-46)
			Aucun nom	33 (69)	--
Service hospitalier de diabétologie/ endocrinologie		n=168	Nom	Occurrence (distribution)	% avec terminologie médicale (IC à 95%)
Diabète de type II		111 (66,1)	Diabète & insuline	32 (28,8)	96 (90-99)
			Diabète	72 (64,9)	
			Maladie du sucre	2 (1,8)	
			Aucun nom	5 (4,5)	--
dont autre pathologie endocrinienne chronique		14 (9,3)	Thyroïde	11 (79)	79 (49-95)
			Aucun nom	3 (21)	--
Diabète de type I		30 (17,9)	Diabète & insuline	21 (70)	100 (88-100)
			Diabète & piqûre	3 (10)	
			Diabète	6 (20)	
Autre pathologie endocrinienne chronique (non spécifiée par le médecin)		27 (16,1)	Thyroïde	21 (78)	89 (71-98)
			Autre nom	3 (11)	
			Aucun nom	3 (11)	

Note : 1 patient coinfecté VIH-VHB-VHC déclare une infection VIH-VHC ; 1 patient coinfecté VIH-VHB-tuberculose déclare une tuberculose.

3.7.2 Littératie en santé : donner un nom au traitement et aux examens de suivi

Les résultats présentés dans la suite de ce chapitre concernent uniquement les patients traités pour une infection à VIH/SIDA ou un diabète depuis plus de 6 mois. Ces pathologies chroniques constituaient la cible de l'enquête avec des questionnaires spécifiques aux deux pathologies. Sur 196 patients affectés par le VIH/SIDA dans les services de maladies infectieuses, 180 (92%) patients ont été inclus dans l'analyse ; 16 patients ont été exclus en l'absence de traitement (12 patients suivis

sans traitement, 1 événement indésirable grave sous traitement, 1 refus de traitement). Sur 141 patients affectés par un diabète dans les services de diabétologie/endocrinologie, 136 (96%) patients ont été inclus dans l'analyse ; 5 patients ont été exclus (4 auto-questionnaires médecin incomplets, notamment sans valeur renseignée de l'hémoglobine glyquée ; 1 refus de traitement).

La tuberculose constituait aussi une cible de l'enquête. Cependant seuls 5 questionnaires sont complets : le nombre de patients interrogés a été limité dans l'enquête (15 tuberculose maladie, dont 1 arrêt de participation en cours d'enquête, et 1 tuberculose latente) et seul l'auto-questionnaire médecin spécifique à l'infection VIH/SIDA a été rempli pour les 9 patients co-infectés inclus dans les services de maladies infectieuses. Les effectifs sont trop faibles pour être exploitables dans l'analyse statistique.

Mis à part la désignation de sa pathologie, d'autres éléments qualitatifs ont été recueillis permettant d'approcher la littératie en santé (« health literacy ») des patients. Plusieurs questions ouvertes (sans proposition de réponse) ont été posées aux patients : quel est leur traitement, c'est-à-dire le nom de leurs médicaments et le nombre de prises quotidiennes (administrations pour l'insuline), et quels sont les examens de suivi. La désignation de 3 examens clés dans le suivi du patient était anticipée (case à cocher par l'enquêteur si le nom de l'examen est cité : « charge virale » et « CD4 » pour l'infection à VIH/SIDA ; « hémoglobine glyquée » et « Hba1c » pour le diabète). Les réponses des patients ont été transcrites in extenso et l'ensemble des réponses a fait l'objet d'une relecture médicale après l'enquête. Nous avons considéré de façon favorable au patient toute désignation même approximative d'un médicament ou d'un examen de suivi.

Concernant le traitement, tous les patients peuvent décrire la fréquence des prises quotidiennes qui varie de 1 à 4 prises de médicaments par jour. On observe que les patients affectés par le VIH/SIDA ont significativement plus souvent un traitement comportant 1 seule prise quotidienne en comparaison des patients diabétiques (33% versus 7%, $p < 0,001$). La désignation des médicaments s'est avérée plus difficile dans les 2 pathologies : 65% des patients ont donné au moins un nom de médicament, sans différence entre les patients affectés par le VIH/SIDA (63%) ou un diabète (total : 67% ; type II : 64% ; type I : 79%). Parmi les 204 patients donnant au moins un nom de médicament, 68 (33%) ont dû relire l'ordonnance, sans différence entre les patients affectés par le VIH/SIDA (34%) ou un diabète (total : 33% ; type II : 39% ; type I : 14%).

Concernant les examens de suivi, nous avons hiérarchisé les réponses selon qu'un patient désigne au moins une fois : 1) la charge virale et/ou les CD4, 2) « des examens de sang » sans plus de précision, 3) aucun examen, pour les patients affectés par le VIH/SIDA ; et pour les patients diabétiques 1) un examen spécifique en rapport avec une complication du diabète, 2) l'hémoglobine glyquée et/ou HbA1c, 3) la glycémie, 4) « des examens de sang » sans plus de précision, 5) aucun examen. Globalement, 70 (39%) patients traités pour le VIH/SIDA désignent la charge virale et/ou les CD4, et 83 (61%) patients diabétiques traités désignent un examen en rapport avec une complication (le plus souvent avec l'hémoglobine glyquée ou la glycémie), l'hémoglobine glyquée, ou la glycémie ($p < 0,001$). Les 108 patients affectés par un diabète de type II désignent moins souvent un examen selon une terminologie médicale que les 28 patients affectés par un diabète de type I (56% versus 79%, $p < 0,001$). Aucun des patients ne pouvant donner un nom à sa pathologie ne peut désigner un examen de suivi.

L'ensemble de ces indicateurs qualitatifs concordent entre eux et entre les deux pathologies étudiées (infection à VIH/SIDA et diabète). On observe une association très significative entre le niveau de littératie en santé (« health literacy »), le caractère allophone du patient, et son lieu de naissance à l'étranger ou en France (Tableau suivant). Suivant le rationnel qu'une meilleure littératie en santé est associée à une meilleure observance thérapeutique et une meilleure application des règles hygiéno-diététiques, ces résultats sont préoccupants concernant la population des patients allophones. Comparativement aux patients allophones venus seuls ou accompagnés de leur conjoint, nous avons retrouvé que ceux dont l'accompagnant est une autre personne que le conjoint (souvent un enfant

majeur) avaient le niveau de littératie en santé le plus faible (13% ne désignent pas leur pathologie, 90% ne désignent aucun nom de médicament, 84% ne désignent aucun examen de suivi).⁴⁰

3.7.2.1.1 Tableau : Littératie en santé selon le caractère allophone et le lieu de naissance en France ou à l'étranger (n=316)

Désignation de la pathologie, du traitement et des examens de suivi selon une terminologie médicale	Total	Allophones	Francophones		Test statistique / 3 groupes de patients	Test statistique / allophones vs. francophones
		Né à l'étranger	Né à l'étranger	Né en France		
Infection à VIH/SIDA	n=180	n=76	n=69	n=35		
Pathologie désignée, %	89	83	90	100	<0,05	<0,05
Au moins 1 traitement désigné, %	63	41	78	80	<0,001	<0,001
Au moins 1 traitement désigné sans recours à l'ordonnance, %	42	26	49	60	<0,01	<0,01
Au moins 1 examen de suivi désigné, %	39	20	48	63	<0,001	<0,001
Charge virale et/ou CD4	39	20	48	63	<0,001	<0,001
"Examens de sang" sans autre précision	34	42	32	23		
Aucun nom d'examen	27	38	20	14		
Diabète	n=136	n=48	n=37	n=51		
Pathologie désignée, %	97	98	92	100	0,08	0,66
Au moins 1 traitement désigné, %	67	35	84	84	<0,001	<0,001
Au moins 1 traitement désigné sans recours à l'ordonnance, %	45	27	57	53	<0,01	<0,01
Au moins 1 examen de suivi désigné, %	61	38	60	84	<0,001	<0,001
Examen spécifique d'une complication	23	19	14	33	<0,001	<0,001
Hémoglobine glyquée (HbA1c)	16	0	19	28		
Glycémie	22	19	27	22		
"Examens de sang" sans autre précision	18	31	16	6		
Aucun nom d'examen	21	31	24	10		

3.7.3 Compréhension de la consultation ce jour

Nous avons demandé au médecin d'évaluer la compréhension du patient pendant la consultation puis demandé à chaque patient d'évaluer sa compréhension de la consultation à sa sortie. Le même outil de mesure (note sur 20) a été utilisé auprès des médecins (auto-questionnaire) et des patients (entretien). Globalement, les 297 patients⁴¹ comme leur médecin ont évalué très positivement la compréhension de la consultation (17,0/20 en moyenne pour les patients, 15,5/20 en moyenne pour les médecins) et les notes données sont positivement corrélées (coefficient de Spearman : $\rho=0,37$; $p<0,001$). On n'observe pas de différence de compréhension selon la pathologie (infection à VIH/SIDA ou diabète).

En revanche, la compréhension de la consultation dépend du caractère allophone des patients. Les 185 patients francophones s'accordent avec leur médecin sur une très bonne compréhension de la consultation (18,8/20 en moyenne pour les patients, 17,1/20 en moyenne pour les médecins ; $\rho=0,20$; $p<0,01$), alors que les 112 patients allophones s'accordent avec leur médecin sur une moins bonne compréhension de la consultation (14,1/20 en moyenne pour les patients, 12,9/20 en moyenne pour les médecins ; $\rho=0,22$; $p<0,01$). Lorsque l'analyse est reconduite chez les seuls patients allophones, nous trouvons que la compréhension de la consultation est significativement

⁴⁰ 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 permettre des statistiques significatives.

⁴¹ 94% des 317 patients et leur médecin ont répondu à cette question.

moins bonne que la moyenne globale (patients 17 ; médecins 15,5) 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).⁴²

3.7.4 « Observance » du patient

Plusieurs indicateurs ont été recueillis permettant d'approcher « l'observance » du patient selon deux mesures objectives et renseignées par le médecin (date du dernier examen de suivi et sa valeur) et trois mesures subjectives (oubli de traitement dans la semaine répondu par le patient ; notes sur 20 de l'observance thérapeutique ou de l'observance des règles de prévention évaluées par le médecin). Concernant la mesure objective de l'observance thérapeutique, nous avons défini une bonne observance thérapeutique au dernier examen de suivi par une charge virale indétectable chez le patient affecté par le VIH/SIDA et une valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) dans les cibles de valeurs recommandées par la Haute Autorité de Santé.⁴³ Les 3 mesures subjectives sont positivement corrélées entre elles ($p < 0,01$ dans toutes les comparaisons deux à deux) soulignant l'existence d'un concept commun sous-jacent. Elles sont aussi corrélées positivement avec les mesures subjectives de la compréhension du patient indiquant l'association probable entre compréhension et observance.

Globalement, 82% des 316 patients avaient le jour de la consultation un examen de suivi datant de moins de 3 mois. Seuls 51% des patients peuvent être définis comme ayant une bonne observance au dernier examen de suivi. Cependant, la situation est contrastée entre les patients affectés par le VIH/SIDA et les patients diabétiques. Les patients affectés par le VIH/SIDA ont moins souvent un examen de suivi datant de moins de 3 mois (77% versus 88%, $p < 0,01$), mais sont plus souvent définis comme ayant une bonne observance au dernier examen de suivi (74% versus 32%, $p < 0,001$).

Le tableau suivant présente ces différents indicateurs objectifs et subjectifs selon la pathologie du patient, le caractère allophone et le lieu de naissance du patient à l'étranger ou en France. Dans le cas des patients affectés par le VIH/SIDA, les indicateurs concordent et montrent que l'observance diminue significativement entre un patient francophone né en France, un patient francophone né à l'étranger et un patient allophone. Dans le cas des patients diabétiques, il n'apparaît pas de différences de ce type. Mais ceci peut vraisemblablement être lié à la faiblesse de l'ensemble des indicateurs objectifs et subjectifs de l'observance chez les patients diabétiques par rapport à ceux des patients affectés par le VIH/SIDA.

Parmi les 124 patients allophones, les patients ont un examen de suivi datant de moins de 3 mois dans les mêmes proportions selon les modalités d'interprétariat utilisées. On observe en tendance ($p = 0,21$) que les patients allophones sont de moins en moins souvent considérés par les médecins comme ayant une bonne observance au dernier examen de suivi selon que la consultation s'effectue avec le médecin seul (54%), accompagnée du conjoint (50%), ou accompagnée d'une autre personne que le conjoint (39%)⁴⁴ – ceci globalement, on ne retrouve pas ces différences dans le détail de chaque pathologie.

⁴² Même rappel qu'en note 40.

⁴³ Les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont les suivantes : Diabète de type II traité par antidiabétiques oraux (HbA1c < 6,5%) ; Diabète de type II traité par insuline (HbA1c < 7%) ; Diabète de type II du sujet âgé de plus de 75 ans (HbA1c < 8%) ; Diabète de type I (HbA1c entre 7% et 7,5%).

⁴⁴ Même rappel qu'en note 40.

3.7.4.1.1 Tableau : Mesures objectives et subjectives de l'observance du patient par le patient lui-même et son médecin (n=316)

Mesures objectives et subjectives de l'observance	Total	Allophones	Francophones		Test statistique / 3 groupes	Test statistique / allophones
		Né à l'étranger	Né à l'étranger	Né en France		
Infection à VIH/SIDA	n=180	n=76	n=69	n=35		
Mesures objectives (renseignées par le médecin)						
Charge virale datant de moins de 3 mois, %	77	70	78	91	<0,05	<0,05
Charge virale indétectable, %	74	67	74	91	<0,05	<0,05
Mesures subjectives						
Oubli de traitement dans la semaine (renseignée par le patient), %						
Jamais	62	69	49	71	0,07	0,15
Rarement (moins d'1 fois sur 10)	21	14	31	17		
De temps en temps (1 ou 2 fois sur 10) ; Souvent (3 ou 4 fois sur 10) ; Très souvent (plus de 5 fois sur 10)	17	17	20	11		
Observance thérapeutique (note sur 20 du médecin), moyenne (écart-type)	17,3 (3,5)	16,3 (4,4)	17,6 (2,8)	18,6 (2,0)	<0,05	<0,05
Observance des règles de prévention (note sur 20 du médecin), moyenne (écart-type)	15,3 (3,7)	13,9 (4,1)	16,1 (3,1)	16,7 (2,9)	<0,001	<0,001
Diabète	n=136	n=48	n=37	n=51		
Mesures objectives (renseignées par le médecin)						
Hémoglobine glyquée datant de moins de 3 mois, %	88	90	89	86	0,85	0,72
Cible thérapeutique atteinte (norme HAS), %	32	23	41	33	0,21	0,11
Diabète de type II traité par antidiabétiques oraux (HbA1c<6,5%), n (%)	7/45 (16)	1/18 (6)	4/16 (25)	2/11 (18)	--	0,22
Diabète de type II traité par insuline (HbA1c<7%), n (%)	19/50 (38)	6/19 (32)	5/11 (45)	8/20 (40)	--	0,46
Diabète de type II du sujet âgé de plus de 75 ans (HbA1c<8%), n (%)	11/13 (85)	2/2 (100)	4/5 (80)	5/6 (83)	--	0,51
Diabète de type I (HbA1c entre 7% et 7,5%), n (%)	6/28 (21)	2/9 (22)	2/5 (40)	2/14 (14)	--	0,94
Mesures subjectives						
Oubli de traitement dans la semaine (renseignée par le patient), %						
Jamais	72	69	71	74	0,83	0,58
Rarement (moins d'1 fois sur 10)	18	22	14	16		
De temps en temps (1 ou 2 fois sur 10) ; Souvent (3 ou 4 fois sur 10) ; Très souvent (plus de 5 fois sur 10)	11	9	14	10		
Observance thérapeutique (note sur 20 du médecin), moyenne (écart-type)	15,7 (3,9)	15,7 (3,3)	16,5 (3,8)	15,3 (4,4)	0,28	0,42
Observance des règles hygiéno-diététiques (note sur 20 du médecin), moyenne (écart-type)	13,5 (4,5)	13,0 (4,4)	13,9 (4,9)	13,7 (4,4)	0,48	0,24

Note : Les questions subjectives sur l'observance ont été répondues par 171 patients/médecins pour le VIH/SIDA et 130 patients pour le diabète.

Note : Le cas échéant, test exact de Fisher pour les variables binaires ou test de la somme des rangs de Wilcoxon pour les moyennes.

3.7.5 Points à retenir

- Globalement, 374 (85,8%) 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 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 (n=180) ou un diabète (n=136), 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.

- 39% des 124 patients allophones ont pu donner le nom d'un médicament parmi ceux prescrits (81% des 192 patients francophones) ; 27% des patients allophones ont pu donner le nom d'un examen de suivi du traitement (63% des patients francophones). On n'observe pas de différence significative entre les patients affectés par le VIH/SIDA et les patients diabétiques.
- 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 ; coefficient de corrélation=0,20, $p < 0,01$) ; 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 ; coefficient de corrélation=0,22, $p < 0,01$), 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)⁴⁵. On n'observe pas de différence significative entre les patients affectés par le VIH/SIDA et les patients diabétiques.
- 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.
- Les mesures subjectives de l'observance corroborent les résultats précédents.

⁴⁵ 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.

3.8 Retours qualitatifs

Les enquêtrices, en même temps qu'elles réalisaient l'enquête et administraient les questionnaires, ont pu échanger de façon informelle avec le personnel médical et les patients, et elles en ont rendu compte. Nous disposons ainsi d'éléments qualitatifs quant à l'appréciation des uns et des autres sur l'interprétariat professionnel.

3.8.1 Appréciations des patients allophones

Les enquêtrices ont retenu de leurs échanges informels avec les patients qu'ils méconnaissaient le plus souvent l'existence de services d'interprétariat professionnel.

Parmi les patients allophones qui n'ont pas semblé, de prime abord, être intéressés par ces services, **des patients, habitués à ce qu'un membre de leur famille les accompagne, n'envisageaient pas sur le moment avoir à faire à un tiers inconnu.** D'autres, qui n'étaient pas accompagnés, ont assuré maîtriser suffisamment le français pour les consultations dès lors qu'ils le comprenaient et le parlaient un peu, ce qui ne se vérifiait pas toujours dans les entretiens d'enquête sur questionnaire. D'autres patients encore se reposaient sur les compétences linguistiques de leur médecin pour communiquer avec eux dans une langue qu'ils comprenaient.

Les patients allophones, y compris ceux bénéficiant de la présence d'un accompagnant, qui ont déclaré être favorables au service d'un interprète professionnel au cours des consultations, y ont vu d'abord le moyen de garantir leur compréhension des explications du médecin : *« Il y a moins de risque d'erreur puisque l'interprète est vraiment bilingue »*. En outre, des patients ont souligné que cela leur permettrait de mieux se prendre en charge eux-mêmes. D'autres patients allophones ont estimé que l'intervention d'un interprète professionnel, dès lors qu'il respectait la confidentialité, améliorerait le traitement et le suivi de leur pathologie tout en préservant le secret sur celle-ci ; en lien avec cet enjeu du secret médical, les enquêtrices ont en effet relevé qu'en maladies infectieuses, et en particulier en cas de contamination VIH, les patients étaient plus souvent seuls à se présenter à la consultation qu'en diabétologie où les accompagnants étaient plus fréquents.

Enfin, **des patients ont vu dans la possibilité d'avoir recours à un interprète professionnel un moyen d'éviter de solliciter continuellement leurs proches, en même temps que d'en être moins dépendants.**

Les accompagnants eux-mêmes ont d'ailleurs été nombreux, dans les échanges informels avec les enquêtrices, à souligner la contrainte que représentait leur présence auprès du malade pour servir d'interprète. Certains ont souligné devoir poser des jours de congés pour se rendre aux consultations, ou encore empiéter sur leur vie privée. D'autres accompagnants ont confié qu'ils pensaient que le recours à l'interprétariat professionnel favoriserait l'autonomie du malade, qui devait apprendre à gérer sa situation sans devoir toujours compter sur un accompagnant — à l'instar de cette jeune accompagnatrice dont la mère vit en France depuis une vingtaine d'années sans avoir jamais appris le français, qui explique que son intervention comme interprète au quotidien pour sa mère a généré une relation de dépendance qui a perverti les responsabilités de chacune.

Néanmoins, pour ceux des accompagnants qui assumaient la prise en charge quotidienne du suivi thérapeutique d'un patient dépendant, il restait de toute façon important d'être présent pour bien comprendre la maladie et la prescription du médecin.

3.8.2 Les médecins et le personnel soignant

Les enquêtrices ont retenu des échanges informels qu'elles ont eus avec les médecins rencontrés qu'ils convenaient tous de la nécessité de faire appel à un tiers pour traduire, interprète

professionnel ou non, lorsqu'ils rencontraient des difficultés de communication au moment d'une consultation avec un patient allophone.

Des médecins ont souligné que dans certains cas il était indispensable de recourir à un interprète qui soit professionnel. C'est le cas lorsque l'accompagnant du patient ne leur paraît pas lui-même maîtriser suffisamment le français pour que soient évités des risques de mauvaises interprétations ou d'imprécisions, dans les deux sens : dans la description des symptômes du patient au médecin, dans la transmission des consignes thérapeutiques du médecin au patient. Le recours à un interprète professionnel apparaît également indispensable aux médecins lorsqu'il s'agit d'annoncer au patient le diagnostic d'une pathologie grave (VIH, cancer...) ou encore lorsque c'est un enfant qui sert d'interprète-accompagnant à un patient allophone.

Les cinq médecins rencontrés dans les CLAT ont indiqué être particulièrement confrontés à des difficultés de compréhension mutuelle avec certains publics d'immigration récente (notamment des personnes ayant immigré d'Europe de l'Est, d'ex-URSS, du Pakistan, d'Inde...). Ces médecins ont tous considéré ne pas pouvoir se passer de services d'interprétariat professionnel pour communiquer avec leurs patients en butte à la fois à la barrière linguistique et à l'isolement, et pour être sûr dans tous les cas que les consignes d'hygiène qu'ils donnent sont bien comprises, compte tenu des risques de propagation de l'infection.

La possibilité de recourir à un service d'interprétariat professionnel par téléphone est globalement connue des médecins rencontrés, notamment dans les services infectieux, mais elle est loin d'être systématiquement utilisée. **La plupart des médecins qui ont dit ne pas utiliser ce service ont invoqué en premier lieu une raison d'ordre fonctionnel** : ils estiment que le délai d'attente pour obtenir un interprète par téléphone est trop long en comparaison du rythme de leurs consultations, « *avec des temps consacrés à chaque patient très courts, soumis à la pression de la tarification à l'activité, on est à flux tendu* ». Certains ont également évoqué la lourdeur du système interne à l'hôpital pour avoir accès aux codes permettant d'appeler le service d'interprétariat professionnel téléphonique, ce qui rend rédhibitoire le recours à ce dernier. Cette lourdeur est ressentie depuis le changement d'imputation du service, transféré du code « unique et rapide » permis par la convention DGS / ISM-Interprétariat, aux codes internes de l'hôpital.

Pour certains médecins, la présence physique d'interprètes professionnels auprès des services hospitaliers lors de permanences serait la solution la plus pratique.

Face à ces inconvénients, **beaucoup de médecins ont dit que leur première attitude était de « faire avec les moyens du bord »** pour tenir leurs consultations avec les patients allophones : la plupart du temps en ayant recours à l'accompagnant, ou alors à un collègue, un membre du personnel de l'hôpital, ou bien encore en joignant par téléphone un proche du patient parlant le français. En outre, dans les gros services hospitaliers, les patients repérés comme allophones sont prioritairement orientés par le secrétariat médical vers un médecin parlant une langue qu'ils maîtrisent, notamment pour l'anglais, l'arabe, l'espagnol, parfois pour une langue africaine.

Plusieurs médecins ont évoqué les limites qu'ils voyaient à l'interprétariat en pointant que le seul recours à un interprète tiers extérieur pour traduire les consultations ne garantissait pas forcément que le patient « *comprende et entende* » son problème de santé. Des médecins ont indiqué qu'ils réclamaient eux-mêmes la présence d'un proche accompagnant pour les patients allophones, parfois dès le premier rendez-vous, pour réunir selon eux de meilleures conditions de prise en charge et de suivi. Un médecin diabétologue a expliqué que sa démarche consistait à « *former* » l'accompagnant au suivi thérapeutique de la maladie comme s'il était lui-même malade, pour qu'à son tour il le transmette au patient. Le médecin considérait que ce transfert de savoir faire se révélait efficace au vu des résultats d'examen et de l'observance du traitement.

Un autre médecin, exerçant en service infectieux, a expliqué recourir parfois à une démarche de « *parrainage* » pour les femmes séropositives primo-infectées, consistant à mettre en place un accompagnement par une patiente séropositive plus ancienne, de même origine culturelle et

linguistique que la nouvelle patiente, et qui va servir à la fois de soutien, d'éducatrice thérapeutique pour la prise en charge de la maladie, et d'interprète. Le médecin relevait entre autres choses que le partage de la même pathologie par les deux patientes permettait de contourner les rapports et les craintes de stigmatisation. Cette démarche de « *parrainage* » lui paraissait avoir de bons résultats en termes d'observance.

4 La demande d'interprétariat professionnel en région Ile-de-France de 2008 à 2012 (ISM INTERPRETARIAT)

4.1 Objectifs

Les résultats de l'enquête conduite dans des structures de soins fortement impliquées dans la prise en charge de patients allophones affectés par le VIH/SIDA, la tuberculose et le diabète montrent que le recours à l'interprétariat professionnel est exceptionnel : 63% des 108 médecins participant déclarent n'avoir jamais ou rarement recours aux services d'interprétariat professionnel ; 13,3% des patients allophones déclarent connaître les services d'interprétariat professionnel (intervalle de confiance à 95% : 8,3% à 19,7%) et seules 2,0% des consultations de patients allophones rencontrés au cours de notre enquête de terrain ont donné lieu à un recours à l'interprétariat professionnel (intervalle de confiance à 95% : 0,4% à 5,6%). De plus, les entretiens avec les chefs de service révèlent que l'interprétariat de proximité (personnel bilingue du service ou accompagnant) occupe une place prépondérante dans la prise en charge des patients allophones. La question est donc posée de mieux comprendre pour quels patients les structures de soins s'adressent-elles à l'interprétariat professionnel en santé et quels sont les déterminants de cette demande.

4.2 Matériel & Méthodes

4.2.1 Modification de la réponse au cahier des charges de la DGS

Dans notre réponse au cahier des charges, nous avons proposé d'étudier par enquête quelle serait la demande de services d'interprétariat professionnel en santé s'ils étaient conventionnés, par exemple sous la forme d'une mission d'intérêt général en hospitalisation (financement Ministère de la Santé) ou d'un tarif remboursé en ambulatoire (financement Assurance Maladie). Dans une perspective économique, il est attendu que la demande des services d'interprétariat professionnel en santé augmente sous l'effet de la « gratuité » du point de vue du demandeur. Nous avons proposé de réaliser un complément d'enquête dans les services hospitaliers pour mesurer cette demande induite par la « gratuité » : 1) en offrant un accès « promotionnel » aux services d'interprétariat professionnel par téléphone pendant les deux mois suivant l'enquête ; 2) en étudiant l'évolution de la demande des services d'interprétariat professionnel. Cependant, le recours exceptionnel à l'interprétariat professionnel anticipé lors des entretiens avec les chefs de service, d'ailleurs confirmé par l'enquête, ne permettait pas d'estimer raisonnablement la demande induite par la « gratuité ».

Après validation par le comité de suivi, nous avons décidé d'une alternative d'analyse plus pertinente de l'évolution de la demande d'interprétariat professionnel. En effet, l'association à but non lucratif ISM INTERPRETARIAT a accepté de mettre à notre disposition ses données de facturation pour la période de janvier 2008 à juin 2012. Ces données sont utiles car elles permettent d'approcher la demande totale d'interprétariat professionnel sur la région Ile-de-France, où l'association a quasiment l'exclusivité de l'offre de services d'interprétariat professionnel. Les chefs de service des hôpitaux franciliens qui ont déclaré connaître l'existence de services d'interprétariat professionnel ont le plus souvent nommé « ISM » ; a contrario, le recours à des bénévoles bilingues extérieurs au service n'a jamais été évoqué. Enfin, l'association à but non lucratif ISM INTERPRETARIAT bénéficie depuis 20 ans d'une subvention directe par la DGS de ses services d'interprétariat professionnel dans le cadre de la prévention et du traitement des maladies infectieuses.

4.2.2 Présentation et préparation des données de facturation d'ISM INTERPRETARIAT

A partir des données de facturation d'ISM INTERPRETARIAT pour la région Ile-de-France, nous avons décrit chaque demande d'interprétariat professionnel sur 5 critères : le demandeur, la date du service d'interprétariat, la langue ou le dialecte demandé, le type de service demandé (téléphone, visite ou permanence) et le mode de financement (demandeur payeur ou subvention).

4.2.2.1 Le demandeur

Le code de facturation et d'autres éléments comme le code postal permettent d'identifier secondairement l'entité juridique du code de facturation. Nous avons sélectionné les 1134 codes de facturation correspondant à une activité médico-sociale en Ile-de-France. Dans une première étape, les codes de facturation ont été regroupés selon 2 critères : 1) 9 structures de soins correspondant à des fonctions de prévention et/ou de soins en ambulatoire et/ou en hospitalisation⁴⁶ ainsi que des modes de financement différents ; 2) 8 territoires de santé correspondant aux 8 départements de la région Ile-de-France⁴⁷. Le tableau suivant présente les codes de facturation ainsi regroupés en structures de soins et départements de la région Ile-de-France.

4.2.2.1.1 Tableau : Regroupement des codes de facturation par structure de soins et département de la région Ile-de-France (n=1134)

Structures de soins	Financier	Distribution des codes de facturation, nb (%)	Distribution géographique, nb (%)			Année de création, médiane (min-max)	Demande totale en 2008-2012, nb (%)	Codes actifs en 2008-2012, nb (%)	Demande totale par code actif, médiane (25%-75%)
			Paris (75)	Petite couronne (92, 93, 94)	Grande couronne (77,78,91,95)				
		n=1134	212 (19)	568 (50)	354 (31)	1998 (1992-2011)	n=130435	769 (68)	29 (5-120)
PMI (Protection Maternelle et Infantile)	Conseil Général	594 (52,4)	69 (11)	325 (55)	200 (34)	1998 (1992-2011)	42688 (32,7)	433 (73)	44 (9-136)
CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit)	Ministère de la Santé	65 (5,7)	16 (25)	28 (43)	21 (32)	2007 (1995-2011)	1271 (1,0)	30 (46)	10 (2-37)
CLAT (Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse)	Ministère de la Santé	6 (0,5)	1 (17)**	2 (33)	3 (50)	2010 (1998-2011)	468 (0,4)	5 (83)	17 (13-21)
PREVENTION (autres structures ambulatoires de prévention)	Public ou privé à but non lucratif	38 (3,4)	9 (24)	23 (60)	6 (16)	1998 (1993-2009)	1010 (0,8)	16 (42)	24 (7-106)
HOPITAL MCO (court séjour)	Assurance Maladie & Ministère de la Santé	142 (12,5)	42 (30)	51 (36)	49 (34)	1998 (1992-2011)	36127 (27,7)	86 (61)	34 (5-326)
Hôpital psychiatrique (sectorisation)	Assurance Maladie & Ministère de la Santé	33 (2,9)	11 (33)	16 (48)	6 (18)	1998 (1995-2010)	3169 (2,4)	26 (79)	34 (3-133)
Psycho-social (autres structures que l'hôpital)	Public ou privé à but non lucratif	242 (21,3)	52 (21)	121 (50)	69 (29)	1998 (1992-2011)	6617 (5,1)	160 (66)	10 (3-39)
ASSOCIATIONS*	Privé à but non lucratif	9 (0,8)	7 (78)	2 (22)	0	1998 (1995-2010)	14276 (10,9)	8 (89)	1551 (494-2937)
SAMU SOCIAL (de Paris)	Groupement d'Intérêt Public	5 (0,4)***	5 (100)	0	0	2009 (1997-2010)	24809 (19,0)	5 (100)	32 (2-58)***

* MDM (Médecin Du Monde) ; MSF (Médecins Sans Frontières) ; COMEDE (COMité MEDical pour les Exilés) ; Association Primo Lévi (Soins et soutien aux personnes victimes de la torture et de la violence politique)

** Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose du Samu Social de Paris

*** Samu Social & 4 Lits-Halte-Soins-Santé. Le Samu Social représente 24585 demandes.

La date de création des codes de facturation révèle l'ancienneté de l'activité d'interprétariat professionnel en santé en région Ile-de-France, même si le pic de (re)création informatique des codes de facturation en janvier 1998 ne permet pas de dater précisément son démarrage. En première analyse, seuls 68% des codes de facturation sont actifs et ont donné lieu à une facture ou plus dans la période de janvier 2008 à juin 2012. Par ordre de fréquence, de multiples situations expliquent l'absence d'activité d'un code de facturation sur la période : 1) absence de demande de l'entité juridique sur la période ; 2) existence de plusieurs codes de facturation pour une même entité juridique, sans que tous les codes soient demandeurs sur la période (par exemple, les codes de facturation peuvent différencier un CDAG, une PMI ou un service particulier au sein d'un hôpital) ; 3)

⁴⁶ Nous nous sommes notamment appuyés sur le guide pratique 2008 du COMEDE édité par l'INPES pour regrouper les structures de soins ambulatoires (http://www.inpes.sante.fr/guide_comede/pdf/guide_comede.pdf) et la Statistique annuelle des Etablissements de Santé (SAE) conduite par le Ministère de la Santé (<http://www.drees.sante.gouv.fr/>).

⁴⁷ Agence Régionale de Santé IDF. Arrêté n°10-646 relatif à la définition des territoires de santé de la région Ile-de-France et à la création des conférences de territoires. 15 Novembre 2010.

changement d'activité de la structure de soins par cessation ou fusion (ancien code obsolète) ; 4) erreur de création de codes (codes en doublon, un seul code étant actif pour la facturation).

4.2.2.2 La date du service d'interprétariat professionnel

Chaque service d'interprétariat professionnel est daté, voire horodaté pour l'interprétariat par téléphone. En médiane, les 769 codes de facturation actifs ont enregistré 29 demandes entre janvier 2008 et juin 2012 (tableau précédent). Cependant, une très forte variabilité de la demande est observable (cf. Figures en annexe).

- Entre les codes de facturation d'une même structure de soins : globalement, 10% des codes de facturation « actifs » ont été créés pour répondre à une seule demande (qui ne se renouvellera pas). Cette proportion varie dans les structures ambulatoires : 8% dans les PMI, 17% dans les CDAG, 20% dans les CLAT, 13% et 14% dans les autres structures de prévention et psycho-sociales ; à l'hôpital, cette proportion est de 13% dans les hôpitaux de court séjour et 12% dans les hôpitaux psychiatriques.
- Entre les 9 structures de soins : en médiane, la demande totale varie de 10 dans les CDAG et autres structures psycho-sociales à 1551 pour les associations prenant en charge les migrants, voire 24585 pour le seul Samu Social de Paris.
- Dans le temps (Figure suivante) : la demande augmente très sensiblement de janvier 2008 à juin 2012 dans l'ensemble des structures de soins, à l'exception des PMI, et des variations saisonnières sont notables (baisse de la demande pendant l'été dans toutes les structures ; pic de demande pendant l'hiver dans les associations prenant en charge les migrants et au Samu social de Paris).

Si la variabilité due aux structures de soins et au temps est d'intérêt dans l'analyse de la demande, la variabilité due aux aléas de création de codes de facturation est problématique. Dans une deuxième étape, les codes de facturation ont été regroupés pour identifier des demandeurs plus homogènes.

Dans l'analyse de la demande totale en Ile-de-France, les codes de facturation ont été regroupés par structure de soins et zone géographique (20 arrondissements de Paris et 221 villes dans les autres départements). Un demandeur regroupe par exemple l'ensemble des codes de facturation des PMI sur un arrondissement de Paris ou une ville francilienne.

Dans l'analyse de la demande spécifique des hôpitaux de court séjour en Ile-de-France, une recherche détaillée a permis de regrouper l'ensemble des codes de facturation correspondant à une entité juridique existante en 2012. Un hôpital demandeur regroupe par exemple le code de l'entité juridique en 2012, les codes des hôpitaux existant avant une fusion, un ou plusieurs des services hospitaliers des entités juridiques présentes ou passées. L'activité de CDAG ou de PMI d'un hôpital n'est pas systématiquement identifiable par un code de facturation spécifique. Nous avons vérifié l'existence d'une activité CDAG ou PMI pour l'ensemble des hôpitaux demandeurs et nous avons utilisé ces indicatrices dans l'analyse de la demande des hôpitaux (après exclusion des codes de facturation identifiant une activité CDAG ou PMI pour certains hôpitaux).

4.2.2.3 La langue ou le dialecte demandé

Des services d'interprétariat professionnel ont été demandés en Ile-de-France pour 95 langues ou dialectes sur la période considérée. Les langues et dialectes ont été regroupés selon 9 régions géographiques d'origine des langues et dialectes. Chaque langue a fait l'objet d'une recherche sur le pays ou la zone géographique où elle est le plus souvent parlée, puis les pays ou zones géographiques ont été regroupés par région macro-géographique selon la classification de l'ONU.⁴⁸ Pour les besoins spécifiques de notre analyse portant sur l'évolution de la demande d'interprétariat en Ile-de-France, la région macro-géographique « Europe » a été segmentée selon la construction

⁴⁸ <http://millenniumindicators.un.org/unsd/methods/m49/m49regnf.htm>

progressive de l'Union Européenne : « Europe UE 1995 » comporte les 15 pays membres de l'Union Européenne en 1995 (membres fondateurs : Allemagne, Belgique, Italie, Luxembourg et Pays-Bas ; 1973 : Danemark, Irlande et Royaume-Uni ; 1981 : Grèce ; 1986 : Espagne et Portugal ; 1995 : Autriche, Finlande et Suède) ; « Europe UE 2004 » comporte les 10 nouveaux pays membres de l'Union Européenne en 2004 (Chypre, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, République tchèque, Slovaquie et Slovénie) ; « Europe UE 2007 » comporte les 2 nouveaux pays membres de l'Union Européenne en 2007 (Bulgarie et Roumanie) ; « Europe Est » et « Europe Sud » (Balkans) comportent les autres pays d'Europe ne faisant pas partie de l'Union Européenne.

Le tableau suivant présente les régions géographiques d'origine des langues et dialectes par ordre de fréquence des demandes entre janvier 2008 et juin 2012.

- La 1^{ère} région géographique d'origine des langues et dialectes demandés est l'Asie du Sud, soit 29395 (22,54%) demandes dont la majorité (53%) est en Tamoul.
- La 2^{ème} région géographique d'origine des langues est l'Europe de l'Est et du Sud de pays qui ne sont pas membres de l'Union Européenne, soit 21190 (16,25%) demandes. Le russe est la 1^{ère} langue demandée en Ile-de-France avec 17429 (13,36%) demandes.
- La 3^{ème} région géographique d'origine des langues est l'Asie de l'Est et du Sud-Est, soit 19143 (14,68%) demandes dont la majorité (77%) est en chinois.
- La 4^{ème} région géographique d'origine des langues est l'Asie de l'Ouest, soit 17784 (13,63%) demandes dont la majorité (78%) est en turc.
- La 5^{ème} région géographique d'origine des langues correspond aux nouveaux pays membres ayant adhéré à l'Union Européenne depuis 2004, soit 13249 (10,16%) demandes dont la majorité (61%) est en roumain.
- La 6^{ème} région géographique d'origine des langues est l'Afrique sub-saharienne, soit 13000 (9,97%) demandes dont la majorité (74%) correspond aux langues mandées d'Afrique de l'Ouest.
- La 7^{ème} région géographique d'origine des langues est le Maghreb et le Machrek, soit 11634 (8,92%) demandes dont la majorité (93%) est en arabe.
- Enfin, les langues des pays membres de l'Union Européenne en 1995 représentent 4888 (3,75%) demandes, essentiellement en anglais, portugais et espagnol (les patients nécessitant un interprétariat dans ces langues proviennent souvent des anciens empires coloniaux).

Nous avons finalement exclu de l'analyse les 152 (0,12%) demandes en langue des signes, en langues romanes ou en langues créoles (Départements d'Outre-Mer ou Caraïbes).

4.2.2.3.1 Tableau : Regroupement des langues ou dialectes demandées par région géographique d'origine (n=130435, région Ile-de-France 2008-1S2012)

Région géographique d'origine		Pays ou zone géographique intermédiaire		Langue ou dialecte		
Libellé	Nb (% total)	Libellé	Nb (% total)	Libellé	Nb (% total)	% région
ASIE SUD	29395 (22,54)	ASIE SUD (SRI LANKA)	16101 (12,34)	TAMOUL	15700 (12,04)	53,4
				CINGALAIS	401 (0,31)	1,4
		ASIE SUD (PAKISTAN)	5913 (4,53)	OURDOU	4639 (3,56)	15,8
				PENJABI	1266 (0,97)	4,3
		ASIE SUD (INDE & BANGLADESH)	4932 (3,78)	GUJRATI	8 (0,01)	0,0
				BENGALI	2673 (2,05)	9,1
		ASIE SUD (PERSAN)	2449 (1,88)	HINDI	2204 (1,69)	7,5
				NEPALI	55 (0,04)	0,2
				PERSAN	1341 (1,03)	4,6
				DARI	544 (0,42)	1,9
				FARSI	354 (0,27)	1,2
				PASHTO	210 (0,16)	0,7
EUROPE EST & SUD	21190 (16,25)	EUROPE EST (RUSSE)	17429 (13,36)	RUSSE	17429 (13,36)	82,3
		EUROPE EST (AUTRES)	1132 (0,87)	TCHETCHENE	907 (0,7)	4,3
				MOLDAVE	225 (0,17)	1,1
		EUROPE SUD	2629 (2,02)	SERBO-CROATE	1327 (1,02)	6,3
				ALBANAIS	1271 (0,97)	6,0
				BOSNIAQUE	22 (0,02)	0,1
						MACEDONIEN
ASIE EST & SUD-EST	19143 (14,68)	ASIE EST (CHINOIS)	14811 (11,36)	MANDARIN	12521 (9,6)	65,4
				TETIOU	1173 (0,9)	6,1
				WENZHOUS	881 (0,68)	4,6
				CANTONNAIS	236 (0,18)	1,2
		ASIE EST (AUTRES)	2223 (1,70)	MONGOLE	1472 (1,13)	7,7
				TIBETAIS	568 (0,44)	3,0
				JAPONNAIS	121 (0,09)	0,4
				COREEN	62 (0,05)	0,3
		ASIE SUD-EST	2109 (1,62)	KHMER	976 (0,75)	5,1
				THAI	526 (0,4)	2,8
				VIETNAMIEN	514 (0,39)	2,7
				LAO	76 (0,06)	0,4
				TAGALOGUE	10 (0,01)	0,1
				BAHASA INDONESIEN	5 (0)	0,0
				MALAIS	2 (0)	0,0
ASIE OUEST	17784 (13,63)	ASIE OUEST (TURC)	13926 (10,68)	TURC	13926 (10,68)	78,3
		ASIE OUEST (ARMENIEN)	1862 (1,43)	ARMENIEN	1862 (1,43)	10,5
		ASIE OUEST (KURDE)	1486 (1,14)	KURDE	1192 (0,91)	6,7
				KURMANDJI	260 (0,2)	1,5
		ASIE OUEST (AUTRES)	510 (0,39)	SORANI	34 (0,03)	0,2
				GEORGIEN	483 (0,37)	2,7
				AZERI	19 (0,01)	0,1
				CHALDEEN	8 (0,01)	0,0
EUROPE UE 2004 & 2007	13249 (10,16)	EUROPE UE 2007 (ROUMAIN)	8138 (6,24)	ROUMAIN	8138 (6,24)	61,4
		EUROPE UE 2007 (BULGARE)	1799 (1,38)	BULGARE	1799 (1,38)	13,6
		EUROPE UE 2004 (POLONNAIS)	2972 (2,28)	POLONNAIS	2972 (2,28)	22,4
		EUROPE UE 2004 (AUTRES)	340 (0,26)	HONGROIS	141 (0,11)	1,1
				TCHIQUE	123 (0,09)	0,9
				SLOVAQUE	75 (0,06)	0,6
						SLOVENE

Suite						
Région géographique d'origine		Pays ou zone géographique intermédiaire		Langue ou dialecte		
Libellé	Nb (% total)	Libellé	Nb (% total)	Libellé	Nb (% total)	% région
AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	13000 (9,97)	AFRIQUE OUEST (LANGUES MANDEES)	9605 (7,36)	SONINKE	7773 (5,96)	59,8
				BAMBARA	1495 (1,15)	11,5
				MALINKE	201 (0,15)	1,6
				DIOULA	136 (0,1)	1,1
		AFRIQUE OUEST (AUTRES)	1778 (1,36)	PEULH	1030 (0,79)	7,9
				WOLOF	290 (0,22)	2,2
				TWI	119 (0,09)	0,9
				DIARANKE	82 (0,06)	0,6
				CAPVERDIEN	80 (0,06)	0,6
				SOUSSOU	48 (0,04)	0,4
				MANDINGUE	39 (0,03)	0,3
				KASSONKE	29 (0,02)	0,2
				PIDGIN	29 (0,02)	0,2
				IGBO	16 (0,01)	0,1
				MINA	5 (0)	0,0
				YORUBA	5 (0)	0,0
				MANJAQUE	4 (0)	0,0
		CREOLE GUINEE BISSAU	2 (0)	0,0		
		AFRIQUE EST	1184 (0,91)	AMHARIQUE	613 (0,47)	4,7
				COMORIEN	170 (0,13)	1,3
				TIGRIGNA	153 (0,12)	1,2
SOMALI	87 (0,07)			0,7		
KINYARWANDA	68 (0,05)			0,5		
SWAHILI	52 (0,04)			0,4		
MALGACHE	37 (0,03)			0,3		
AFAR	2 (0)			0,0		
AFRIQUE CENTRALE	433 (0,33)	KIRUNDI	2 (0)	0,0		
		LINGALA	418 (0,32)	3,2		
		KIKONGO	10 (0,01)	0,1		
MAGHREB & MACHREK	11634 (8,92)	MAGHREB	7996 (6,13)	LARI	5 (0)	0,0
				ARABE	7214 (5,53)	62,0
		MACHREK	3638 (2,79)	KABYLE	549 (0,42)	4,7
				BERBERE	233 (0,18)	2,0
EUROPE UE 1995	4888 (3,75)			ARABE (Orient)	3638 (2,79)	31,3
				ANGLAIS	1844 (1,41)	37,7
				PORTUGAIS	1404 (1,08)	28,7
				ESPAGNOL	960 (0,74)	19,6
				ITALIEN	364 (0,28)	7,5
				ALLEMAND	263 (0,2)	5,4
				GREC	38 (0,03)	0,8
EXCLUSION	152 (0,12)			NEERLANDAIS	15 (0,01)	0,3
				CREOLE (HAITIEN)	78 (0,06)	51,3
				CREOLE (ANTILLES FR)	7 (0,01)	4,6
				MAORE (MAYOTTE)	10 (0,01)	6,6
				LANGUES DES SIGNES	34 (0,03)	22,4
ROMANES	23 (0,02)	15,1				

4.2.2.4 Le type de service d'interprétariat professionnel

Trois types de service d'interprétariat professionnel sont proposés par ISM INTERPRETARIAT sur l'Île-de-France. Schématiquement, chaque service répond à des modes d'organisation différents qui dépendent du nombre de patients demandeurs pour une langue donnée et du type de prise en charge médico-sociale :

- *Permanence de l'interprète professionnel.* L'interprète se déplace et assure régulièrement une permanence d'une demi-journée permettant de répondre à un nombre important et régulier de demandes pour une langue donnée. Il s'agit typiquement de l'organisation de la prise en charge en Protection Maternelle et Infantile (suivi de grossesse, vaccinations du nourrisson), soit 43%

des demandes de PMI (Tableau suivant). Des permanences sont aussi organisées dans des services hospitaliers (27%), notamment en maternité, et dans des associations prenant en charge les migrants (22%).

- *Visite ponctuelle de l'interprète professionnel.* La visite sur place de l'interprète professionnel est programmée par le demandeur pour un patient et une langue donnée. Il s'agit typiquement de l'organisation de la prise en charge en psychiatrie, soit 80% des demandes en hôpital psychiatrique et 93% dans les autres structures psycho-sociales.
- *Interprétariat professionnel par téléphone.* Cela constitue une alternative, parfois nécessaire (voir ci-dessous), à la visite sur place de l'interprète professionnel.

4.2.2.4.1 Tableau : Demande de services d'interprétariat professionnel par type selon les structures de soins (n=130435, région Ile-de-France 2008-1S2012)

Structures de soins	Demande totale en 2008-2012, nb (%)	Type de service d'interprétariat, nb (%)		
		Permanence	Visite	Téléphone
	n=130435	29388 (22,5)	42615 (32,7)	58432 (44,8)
PMI (Protection Maternelle et Infantile)	42688 (32,7)	18298 (42,9)	18207 (42,6)	6183 (14,5)
CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit)	1271 (1,0)	0	19 (1,5)	1252 (98,5)
CLAT (Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse)	468 (0,4)	0	11 (2,4)	457 (97,6)
PREVENTION (autres structures ambulatoires de prévention)	1010 (0,8)	0	225 (22,3)	785 (77,7)
HOPITAL MCO (court séjour)	36127 (27,7)	7893 (26,9)	10454 (28,9)	17780 (49,2)
Hôpital psychiatrique (sectorisation)	3169 (2,4)	5 (0,2)	2528 (79,8)	636 (20,1)
Autres structures psycho-sociales	6617 (5,1)	3 (0,1)	6149 (92,9)	465 (7,0)
ASSOCIATIONS (MDM, COMEDE, MSF, Primo Lévy)	14276 (10,9)	3189 (22,3)	5019 (35,2)	6068 (42,5)
SAMU SOCIAL de Paris	24809 (19,0)	0	3 (0,0)	24806 (99,9)

Abréviations : MDM (Médecin Du Monde) ; MSF (Médecins Sans Frontières) ; COMEDE (COMité MEDical pour Les Exilés) ; Association Primo Lévi (Soins et soutien aux personnes victimes de la torture et de la violence politique)

Les avantages de l'interprétariat par téléphone par rapport à la visite sur place sont évidents lorsqu'il n'est pas possible de programmer une visite sur place (dépistage en CDAG et CLAT, services des urgences à l'hôpital, Samu Social de Paris) ou que les temps de transport en Ile-de-France sont difficilement compatibles avec une visite sur place de durée suffisante (la demande d'interprétariat par téléphone représente 28,8% des 56749 demandes dans les départements de petite couronne versus 47,8% des 9464 demandes dans ceux de grande couronne). Autrement, les entretiens qualitatifs avec les chefs de service suggèrent que les préférences des demandeurs entre visite sur place et téléphone sont très variables (cf. enquête/entretiens avec les chefs de service). L'étude des corrélations de Spearman entre la demande d'interprétariat par téléphone et par visite suggère que les préférences des demandeurs dépendent plus globalement des structures de soins :

- Dans 3 structures de soins, les préférences pour l'interprétariat par téléphone plutôt que par visite (ou l'inverse) est d'autant plus marquée que le coefficient de corrélation des demandes pour l'interprétariat par téléphone et visite est fortement négatif : PMI ($\rho=-0,14$; $p<0,001$) ; associations prenant en charge les migrants ($\rho=-0,30$; $p<0,001$) ; structures ambulatoires de prévention autres que les CDAG et CLAT ($\rho=-0,64$; $p<0,001$).
- Dans les hôpitaux de court séjour, on ne retrouve pas globalement de préférences entre les deux modalités d'interprétariat mais au contraire une corrélation positive et significative des demandes pour l'interprétariat par téléphone et visite ($\rho=+0,06$; $p<0,001$).

Dans l'analyse de la demande, nous avons considéré que les préférences des demandeurs répondent avant tout à des modes d'organisation différents qui dépendent du nombre de patients demandeurs pour une langue donnée et du type de prise en charge médico-sociale. Nous avons agrégé la demande totale de services d'interprétariat professionnel par demandeur, région d'origine des langues et unité de temps. Cependant, les données de facturation d'ISM INTERPRETARIAT ne

permettent pas d'identifier le nombre d'individus finalement bénéficiaires selon le type de service. Nous avons considéré dans l'analyse principale que le nombre d'individus bénéficiaires pour une demande d'interprétariat professionnel est égal à 1 individu pour le téléphone, 1 individu pour la visite sur place de l'interprète et 6 individus pour la permanence de l'interprète (nombre médian retrouvé dans les données historiques d'ISM INTERPRETARIAT jusqu'en 2007). Nous avons testé en analyse de sensibilité l'impact d'un nombre plus ou moins important d'individus bénéficiaires lors d'une permanence de l'interprète (de 4 à 8).

4.2.2.5 De la subvention directe des services d'interprétariat professionnel à la demande induite par la « gratuité »

Dans le cadre de la prévention et du traitement des maladies infectieuses, l'association ISM INTERPRETARIAT bénéficie depuis 20 ans d'une subvention directe de la DGS permettant un accès simplifié (comme un numéro vert) et gratuit (du point de vue de la structure de soins). Cette subvention a évolué selon les structures de soins. Du point de vue budgétaire de l'hôpital, les services pouvant bénéficier de la subvention ont évolué dans le temps afin de promouvoir l'interprétariat professionnel dans la prise en charge de différentes pathologies infectieuses : infection à VIH/SIDA depuis 1995 (services de maladies infectieuses) ; hépatites virales chroniques depuis 2003 (services d'hépatologie dont SOS antenne hépatites) ; tuberculose (services de maladies infectieuses) depuis 2009. Cependant, depuis juillet 2010, les services hospitaliers ne peuvent plus bénéficier de la subvention de la DGS sauf dans le cas de la prise en charge de la tuberculose. Par ailleurs, 3 autres structures bénéficient de la subvention de la DGS : les CDAG (depuis 1997) et les CLAT (depuis 2009) dont la totalité de la demande est couverte par la subvention à ISM INTERPRETARIAT ; les associations prenant en charge les migrants bénéficient d'une subvention pour les demandes relevant de la prévention et du traitement des maladies infectieuses (depuis 2006).

Entre janvier 2008 et juin 2012, 4557 (7,8%) demandes d'interprétariat par téléphone et 1761 (4,1%) demandes d'interprétariat avec visite ont ainsi été subventionnées en région Ile-de-France (Tableau suivant). En Ile-de-France toujours, la subvention a bénéficié dans l'ordre aux associations (57%), CDAG (20%), hôpitaux (15%) et CLAT (7%). Hors l'Ile-de-France, 4263 demandes d'interprétariat professionnel, forcément par téléphone, ont été couvertes par la subvention entre janvier 2008 et juin 2012 : CDAG (73%), CLAT (17%), services hospitaliers (9%) et autres structures ambulatoires de prévention (1%).

4.2.2.5.1 Tableau : Demande d'interprétariat professionnel, totale et subvention de la DGS, selon les structures de soins (région Ile-de-France 2008-1S2012)

Structures de soins	Téléphone		Visite	
	Demande totale 2008-2012	Subvention DGS, nb (%)	Demande totale 2008-2012	Subvention DGS, nb (%)
	n=58432	4557 (7,8)	n=42615	1761 (4,1)
PMI (Protection Maternelle et Infantile)	6183 (10,6)	7 (0,1)	18207 (42,7)	0
CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit)	1252 (2,1)	1252 (100)	19 (0,0)	19 (100)
CLAT (Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse)	457 (0,8)	457 (100)	11 (0,0)	11 (100)
PREVENTION (autres structures ambulatoires de prévention)	785 (1,3)	5 (0,6)	225 (0,5)	6 (2,7)
HOPITAL MCO (court séjour)	17780 (30,4)	591 (3,3)	10454 (24,5)	375 (3,6)
Hôpital psychiatrique (sectorisation)	636 (1,1)	0	2528 (5,9)	0
Autres structures psycho-sociales	465 (0,8)	0	6149 (14,4)	0
SAMU SOCIAL de Paris	24806 (42,5)	7 (0,03)	3 (0,0)	0
ASSOCIATIONS (MDM, COMEDE, MSF, Primo Lévy)	6068 (10,3)	2251 (37,1)	5019 (11,8)	1350 (26,9)
SAMU SOCIAL de Paris	24806 (42,5)	7 (0,03)	3 (0,0)	0

La part de la subvention de la DGS peut sembler minime dans le budget d'interprétariat professionnel des hôpitaux. Nous avons recherché dans quelle mesure ce mode de financement extérieur au budget de l'hôpital conduit en moyenne à une augmentation de la demande

d'interprétariat professionnel par rapport aux contraintes habituelles d'accès qui ont été décrites par les chefs de services au cours des entretiens (autorisation préalable de l'économat pour recourir à un service d'interprétariat professionnel, d'ailleurs relativement incompatible avec l'interprétariat par téléphone ; imputation directe de la demande d'interprétariat sur le budget du service hospitalier). Tout d'abord, la subvention s'inscrit dans le cadre de la prévention et du traitement des maladies infectieuses et il semble nécessaire de prendre en compte la proximité des CDAG avec les services hospitaliers de maladies infectieuses, qu'elle soit physique (CDAG dans l'hôpital) ou fonctionnelle (médecins exerçant dans les deux types de structure). Notre travail préalable sur les codes de facturation a permis d'identifier les codes de CDAG situés dans un hôpital et nous avons vérifié l'existence d'un CDAG pour chacun des hôpitaux demandeurs (qu'il y ait ou non un code de CDAG identifié à l'hôpital). Le tableau suivant présente plus en détails l'évolution de la demande totale des CDAG et des hôpitaux en région Ile-de-France selon les différents modes de financement de l'interprétariat par téléphone. Ces données brutes révèlent d'emblée des informations intéressantes dans une perspective d'analyse économique.

- La demande totale d'interprétariat par téléphone a augmenté de 1302 au 1^{er} semestre 2008 à 3447 au 1^{er} semestre 2012 (+165%).
- Ces demandes d'interprétariat proviennent quasi-exclusivement des hôpitaux : 79,2% dans les hôpitaux avec CDAG ; 14,2% dans les hôpitaux sans CDAG ; 5,2% dans des CDAG identifiés à l'hôpital. Seules 1,4% des demandes proviennent de CDAG identifiés en dehors d'un hôpital.
- Entre janvier 2008 et juin 2010, l'utilisation de la subvention par les services hospitaliers (maladies infectieuses, hépatologie) a augmenté progressivement (notamment pour le téléphone présenté ici). Depuis la restriction du champ de la subvention à l'hôpital à la prise en charge de la tuberculose en juillet 2010, aucun service n'a fait de demande dans ce cadre (téléphone comme visite).
- La dynamique de la croissance de la demande a changé en juillet 2010 selon le type d'hôpital. Avant juillet 2010, la croissance de la demande (avec ou sans subvention) est plus importante dans les hôpitaux avec CDAG. On observe aussi que l'utilisation de la subvention entre janvier 2008 et juin 2010 est significativement plus importante dans les hôpitaux avec CDAG (8,2% des 6574 demandes) que dans les hôpitaux sans CDAG (3,8% des 1098 demandes). Après juillet 2010, la croissance de la demande (sans subvention) devient plus importante dans les hôpitaux sans CDAG. Ces données brutes suggèrent que la demande des hôpitaux est en moyenne plus importante lorsque la demande d'interprétariat professionnel est subventionnée (pour les seules infections à VIH/SIDA, hépatites virales chroniques et tuberculose) : il y a bien une demande induite par la « gratuité » du point de vue budgétaire de l'hôpital.

En première analyse, le financement direct de l'interprétariat professionnel en dehors du budget hospitalier conduit en moyenne à l'augmentation de la demande totale d'interprétariat dans les hôpitaux, à condition que les services hospitaliers aient connaissance de l'interprétariat professionnel et le préfèrent à d'autres modalités d'interprétariat. Les entretiens avec les chefs de service et les médecins utilisateurs de l'interprétariat professionnel laissent supposer que ce mode de financement extérieur aux contraintes d'accès via le budget hospitalier permet un accès plus rapide et facilité au service (téléphone direct en indiquant le code correspondant à la convention DGS/ISM INTERPRETARIAT, pas de passage par le standard, pas de demande à l'économat, voire pas de demande préalable par fax).

Cependant, la demande totale d'un hôpital est de toute évidence multifactorielle et une analyse multivariée est nécessaire.

4.2.2.5.2 Tableau : Evolution de la demande d'interprétariat par téléphone des hôpitaux de court séjour et des CDAG (n=19032, région Ile-de-France 2008-1S2012)

Période	Total téléphone	HOPITAL MCO				CDAG	
		Sans CDAG		Avec CDAG		Dans l'hôpital	Hors hôpital
		Subvention-	Subvention+	Subvention-	Subvention+	(Subvention+)	
Total	n=19032	2669 (14,02)	42 (0,22)	14520 (76,29)	549 (2,88)	983 (5,16)	269 (1,41)
1S2008	1302 (6,8)	225 (17,28)	17 (1,31)	933 (71,66)	81 (6,22)	31 (2,38)	15 (1,15)
2S2008	1339 (7,0)	162 (12,10)	10 (0,75)	1046 (78,12)	94 (7,02)	21 (1,57)	6 (0,45)
1S2009	1599 (8,4)	204 (12,76)	5 (0,31)	1235 (77,24)	116 (7,25)	33 (2,06)	6 (0,38)
2S2009	1702 (8,9)	204 (11,99)	9 (0,53)	1320 (77,56)	115 (6,76)	43 (2,53)	11 (0,65)
1S2010	2001 (10,5)	261 (13,04)	1 (0,05)	1501 (75,01)	133 (6,65)	91 (4,55)	14 (0,70)
2S2010	2296 (12,1)	299 (13,02)	0	1832 (79,79)	10 (0,44)	139 (6,05)	16 (0,70)
1S2011	2468 (13,0)	346 (14,02)	0	1887 (76,46)	0	190 (7,70)	45 (1,82)
2S2011	2878 (15,1)	405 (14,07)	0	2206 (76,65)	0	177 (6,15)	90 (3,13)
1S2012	3447 (18,1)	563 (16,33)	0	2560 (74,27)	0	258 (7,48)	66 (1,91)

4.2.3 Modèle multi-niveaux d'analyse de la demande

Plusieurs étapes de regroupement des données de facturation d'ISM INTERPRETARIAT ont été nécessaires pour construire une unité statistique homogène permettant l'analyse de la demande entre janvier 2008 et juin 2012 en région Ile-de-France. En première analyse de la demande totale, les similarités de profil entre les structures de soins « hôpital psychiatrique » et « autres structures psycho-sociales » nous ont conduit à regrouper les codes de facturation dans une même structure de soins « PSY SOCIAL » (prépondérance des visites par rapport aux permanences ou téléphone ; croissance similaire de la demande ; représentation similaire des régions d'origine des langues).

Au final, l'unité statistique correspond à la demande totale d'interprétariat professionnel, après pondération sur le type de service (téléphone x1 ; visite x1 ; permanence x6), par trimestre (n=18 trimestres), par région d'origine des langues et dialectes (n=8 régions) et par demandeur (n=427 demandeurs correspondant à une structure de soins par arrondissement ou ville dans l'analyse de la demande totale ; n=67 hôpitaux demandeurs). De façon attendue, nous avons observé un comportement de la demande fortement associé au regroupement des observations selon les structures de soins (coefficient de corrélation intra-classe=0,47 pour les structures de soins et 0,73 pour les hôpitaux demandeurs). Cela suggère qu'une partie importante de la variation de la demande totale est expliquée par des différences entre groupes (les structures de soins) et que les variations de demande pour les autres variables peuvent être différentes entre les groupes. Des modèles multi-niveaux ont été construits pour contrôler la variabilité entre groupes.

Le premier modèle multi-niveaux concerne la demande totale d'interprétariat professionnel en région Ile-de-France et mesure l'effet global et l'effet des termes d'interaction pour 4 variables : année (de 2008 à 2012), structure de soins, département et région d'origine des langues.

Le deuxième modèle est centré sur la demande totale des hôpitaux, notamment pour estimer l'effet de la subvention de la DGS, extérieure au budget hospitalier, sur la demande totale des hôpitaux. Ce modèle prend aussi en compte l'effet global et l'effet des termes d'interaction pour 3 variables : année (de 2008 à 2012), département, et région d'origine des langues. Une variable caractérisant la présence d'un CDAG et/ou d'une PMI dans l'hôpital et le terme d'interaction avec le temps ont été ajoutés pour contrôler les effets de structure sur la demande totale de l'hôpital (de même, tous les codes de facturation de CDAG et PMI identifiés dans un hôpital sont exclus de l'analyse pour contrôler les effets de transfert budgétaire évoqués précédemment). Dans les 2 modèles multi-niveaux, nous avons pris en compte l'effet de saisonnalité dans la demande d'interprétariat professionnel (baisse au 3^{ème} trimestre).

4.3 Demande globale d'interprétariat professionnel en région Ile-de-France

Le tableau suivant présente l'impact des déterminants étudiés sur la demande totale d'interprétariat professionnel en Ile-de-France. Tout d'abord, la demande totale d'interprétariat professionnel a augmenté de façon linéaire entre 2008 et 2012 : en moyenne, +7,7% chaque année ($p < 0,05$). On observe aussi un effet de saisonnalité marqué avec une baisse de 14,8% de la demande totale pendant l'été par rapport aux autres trimestres de l'année ($p < 0,001$).

On n'observe pas d'impact significatif du territoire départemental sur la demande totale d'interprétariat ou sur son évolution dans le temps (interaction département*année). On n'observe pas non plus d'impact significatif sur la demande totale d'interprétariat des différentes structures de soins, à l'exception notable du Samu social de Paris : en moyenne, la demande totale du Samu social de Paris est supérieure de 96% à celle des autres structures ($p < 0,01$). Néanmoins, les termes d'interaction entre, d'une part, les structures de soins, et, d'autre part, l'année ou le territoire départemental révèlent des informations supplémentaires.

Quand la dimension temporelle est prise en compte, on observe que la demande francilienne totale d'interprétariat a significativement diminué dans les PMI (-8,0% par an, $p < 0,001$) alors qu'elle a significativement augmenté dans les CDAG (10,9% par an, $p < 0,05$), les autres structures ambulatoires de prévention (12,2% par an, $p < 0,05$) et les associations prenant en charge les migrants (13,8% par an, $p < 0,05$). Quand la dimension territoriale est prise en compte, on observe que la demande francilienne totale a significativement augmenté dans les hôpitaux de court séjour localisés dans deux départements : à Paris (+71,4%, $p < 0,05$) et en Seine-Saint-Denis (+79,9%, $p < 0,05$). La demande des CLAT ne diffère pas dans le temps ou l'espace de celle du secteur psycho-social pris en référence dans l'analyse (hôpital psychiatrique et structures ambulatoires psycho-sociales).

Indépendamment des effets du temps, du département et des structures de soins sur la demande totale, le modèle permet d'éclaircir la dynamique de la demande selon les régions d'origine des langues ou dialectes demandés. Si on n'observe pas d'impact significatif des régions d'origine des langues sur la demande totale, les termes d'interaction entre, d'une part, les régions d'origine des langues, et, d'autre part, l'année, le territoire départemental ou les structures de soins révèlent des informations supplémentaires :

- De 2008 à 2012, la demande totale a significativement augmenté dans le temps pour le russe et les autres langues d'Europe hors Union Européenne (+4,7% par an), alors qu'elle a significativement diminué pour les langues mandées et autres langues d'Afrique Sub-Saharienne (-13,9%), pour le turc et les autres langues d'Asie de l'Ouest (-4,9%), pour le chinois et autres langues d'Asie de l'Est & Sud-Est (-4,1%).
- Trois profils de département apparaissent selon les régions d'origine des langues demandées en Ile-de-France. Le Val-de-Marne (94) ne présente pas de différence dans les langues demandées par rapport aux départements de la grande couronne de Paris (77, 78, 91, 95). En comparaison, la demande totale à Paris (75) et en Seine-Saint-Denis (93) est significativement augmentée pour toutes les langues d'origine non-européenne : le chinois et autres langues d'Asie de l'Est & Sud-Est (75 : +163% ; 93 : +88%) ; le tamoul et autres langues d'Asie du Sud (75 : +84% ; 93 : +118%) ; le turc et autres langues d'Asie de l'Ouest (75 : +18% ; 93 : +40%) ; les langues mandées et autres langues d'Afrique Sub-Saharienne (75 : +52% ; 93 : +34%) ; l'arabe et autres langues du Maghreb et Machrek (75 : +52% ; 93 : +52%). A l'opposé, la demande totale dans les Hauts-de-Seine (92) est diminuée pour toutes les langues (notamment -105% pour le turc et autres langues d'Asie de l'Ouest ; -34% pour le roumain et autres langues faisant suite à l'élargissement de l'Union Européenne en 2004), à l'exception de l'arabe et autres langues du Maghreb et Machrek (+43%).
- Trois profils de structures de soins apparaissent aussi selon les régions d'origine des langues demandées en Ile-de-France. Les structures ambulatoires de dépistage et prévention ne présentent pas de différence dans les langues demandées par rapport au secteur psycho-social, à

l'exception notable des CLAT pour lesquels la demande de russe et autres langues d'Europe hors Union Européenne est significativement augmentée (+90%). En comparaison, la demande totale des PMI est significativement augmentée pour toutes les langues à l'exception du roumain et à l'exception d'autres langues demandées faisant suite à l'élargissement de l'Union Européenne en 2004. Enfin, la demande totale des hôpitaux de court séjour et des associations prenant en charge les migrants est significativement augmentée pour toutes les langues à l'exception du chinois et à l'exception des autres langues d'Asie de l'Est & du Sud-Est (voire significativement diminuée dans les associations) et à l'exception des langues mandées et autres langues d'Afrique Sub-Saharienne.

Les résultats présentés sont robustes à un changement de définition du nombre d'individus servis par type de service d'interprétariat professionnel. Notamment l'augmentation du nombre d'individus servis par visite de l'interprète (de 1 à 2) ou par permanence (de 4 à 8) ne change pas le signe des coefficients ou le degré de significativité sur l'ensemble des variables testées dans le modèle multi-niveaux. Si l'analyse statistique permet de décrire l'impact de chaque effet ou interaction sur la demande totale d'interprétariat professionnel en région Ile-de-France, les figures suivantes permettent de s'approprier l'évolution de la demande selon la région d'origine des langues lorsque tous les effets sont pris en compte simultanément. Les résultats sont présentés par département puis par type de structures de soins.

La 1^{ère} figure montre par exemple l'évolution de la demande d'interprétariat professionnel à Paris selon la région d'origine des langues, toutes choses étant égales par ailleurs. La figure confirme les différences entre régions d'origine des langues en termes de niveau de demande et de leur évolution. Le chinois et autres langues d'Asie de l'Est & du Sud-Est représentent la demande de langues la plus importante à Paris, de 2 à 4 fois supérieure aux autres demandes par région d'origine des langues sur la période d'observation. Si la demande de langues d'Asie de l'Est & du Sud-Est va croissante, la plus forte pente de croissance de la demande est observée pour le russe et autres langues européennes hors Union Européenne. A contrario, on observe que la demande de langues mandées et autres langues d'Afrique Sub-Saharienne qui représentait la deuxième région d'origine des langues demandées en 2008 a baissé sur la période d'observation : en 2012, la demande de langues pour la région d'Afrique Sub-Saharienne est moins importante que la demande de langues d'Asie de l'Est & Sud-Est, d'Asie du Sud et d'Europe de l'Est & du Sud (hors Union Européenne).

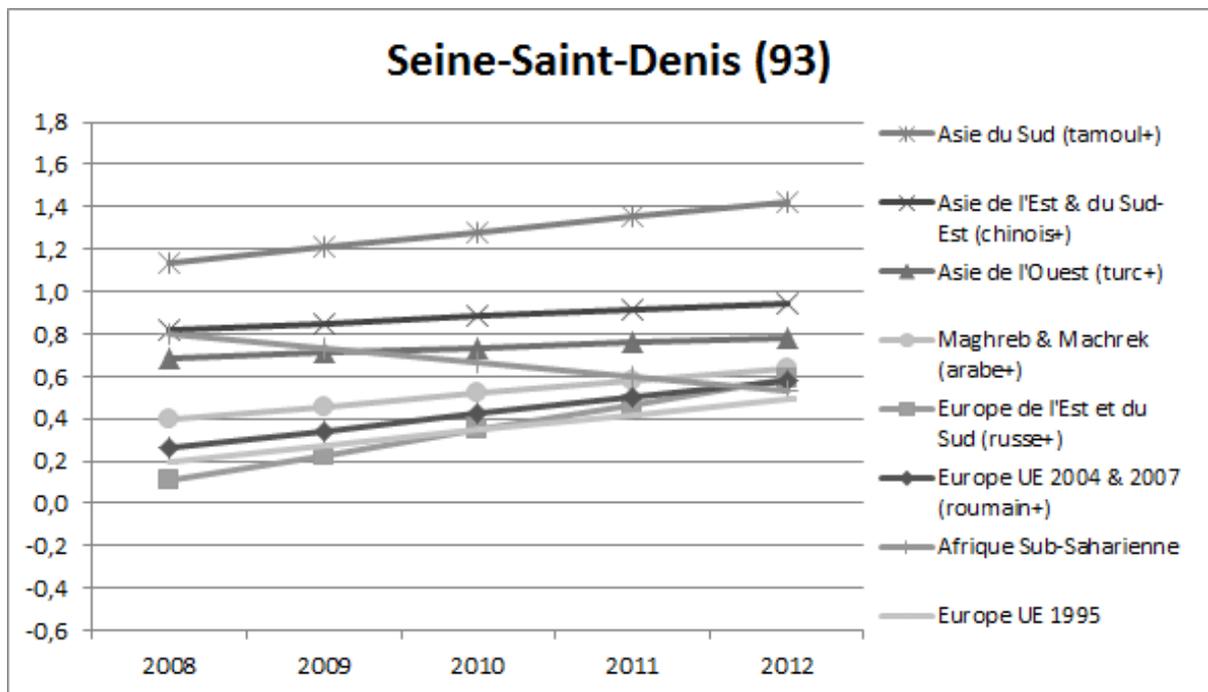
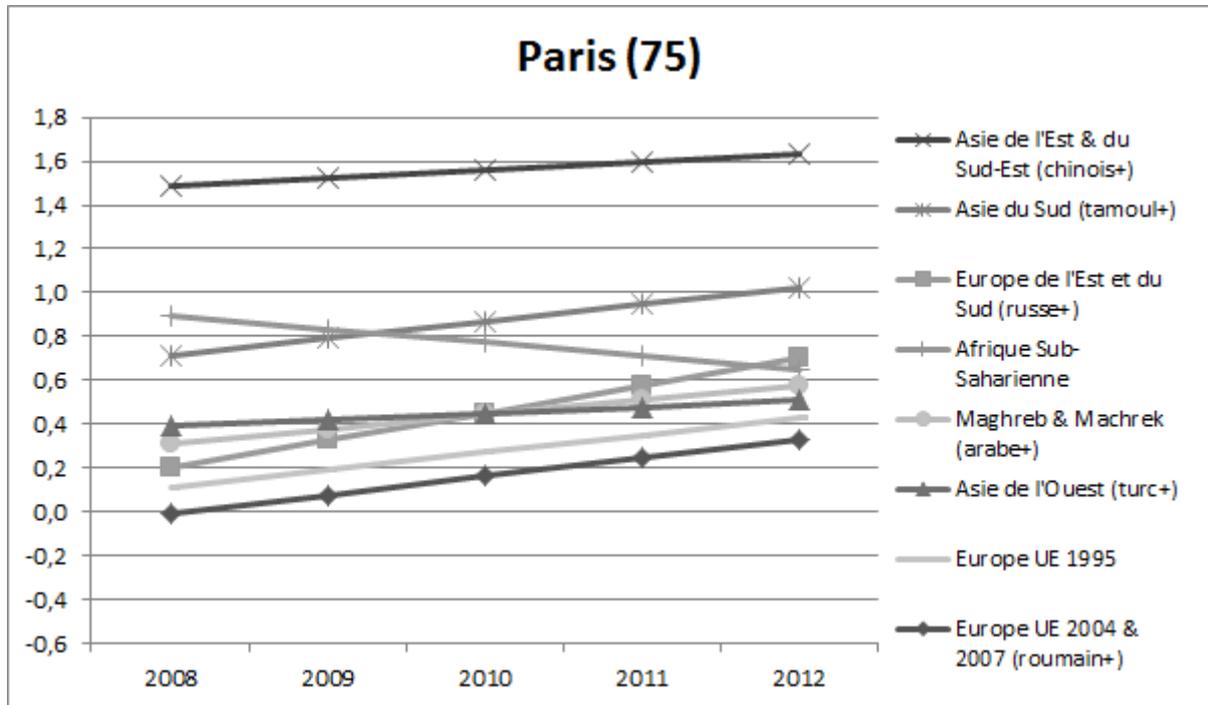
Toujours à titre d'exemple, la figure sur l'évolution de la demande des hôpitaux par région d'origine des langues montre que la demande d'interprétariat a augmenté pour toutes les régions d'origine des langues sur la période d'observation, à l'exception des langues mandées et autres langues d'Afrique Sub-Saharienne. Alors que le turc et autres langues d'Asie de l'Ouest représentaient la demande la plus importante en 2008, la plus forte pente de croissance de la demande pour le russe et autres langues européennes hors Union Européenne et le roumain et autres langues des pays membres de l'Union Européenne depuis 2004 font de ces deux régions d'origine de langues les premières demandes en 2012.

4.3.1.1.1 Modèle multi-niveaux de la demande totale d'interprétariat professionnel en région Ile-de-France (2008-1S2012)

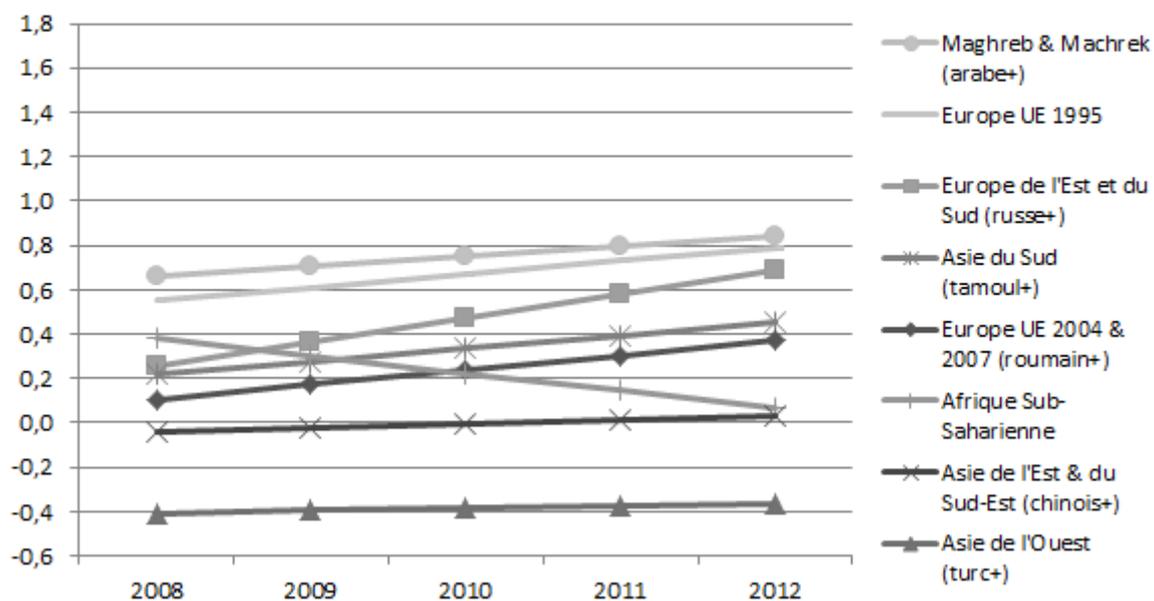
Variable	Est.	Test	Est.	Test	Est.	Test	Est.	Test	Est.	Test	Est.	Test
Année (de 2008 à 2012)	0,077	<0,05										
Saisonnalité 3ème trimestre (réf=autres trimestres)	-0,148	<0,001										
Département de la région IDF (réf=grande couronne)	Département		Département * année									
75 (Paris)	-0,068	0,78	0,002	0,95								
93 (Seine-Saint-Denis)	0,016	0,94	-0,004	0,88								
92 (Hauts-de-Seine)	0,369	0,22	-0,017	0,59								
94 (Val-de-Marne)	0,130	0,58	0,011	0,68								
Structure de soins (réf=secteur psycho-social)	Structures de soins		Structure de soins * année		Structure de soins * Département (réf=secteur psycho-social & grande couronne)							
					75		93		92		94	
PMI (Protection Maternelle et Infantile)	0,064	0,73	-0,080	<0,001	0,182	0,52	0,218	0,33	-0,125	0,69	-0,075	0,76
CLAT (Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse)	0,667	0,33	-0,177	0,22	0,174	0,83	--	--	-0,928	0,27	--	--
CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit)	-0,200	0,55	0,109	<0,05	-0,003	0,99	0,006	0,99	-0,353	0,68	0,151	0,90
PREVENTION (autres structures ambulatoires)	-0,360	0,56	0,122	<0,05	0,152	0,82	-0,029	0,97	0,060	0,95	--	--
HOPITAL MCO (court séjour)	0,007	0,98	0,048	0,11	0,714	<0,05	0,799	<0,05	-0,114	0,75	-0,151	0,66
ASSOCIATIONS	0,694	0,19	0,138	<0,05	-0,608	0,31	-1,078	0,14	--	--	--	--
SAMU SOCIAL (de Paris)	0,961	<0,01	-0,004	0,96	--	--	--	--	--	--	--	--
Région d'origine des langues (réf=Europe UE 1995)	Région d'origine		Région d'origine * année		Région d'origine * département (réf=Europe UE 1995 & grande couronne)							
					75		93		92		94	
Asie Sud	-0,245	0,18	-0,001	0,95	0,844	<0,001	1,182	<0,001	-0,087	0,67	0,164	0,37
Europe Est & Sud (hors UE)	-0,127	0,42	0,047	<0,05	0,213	0,12	0,034	0,77	-0,166	0,27	0,220	0,09
Asie Est & Sud-Est	-0,265	0,31	-0,041	<0,05	1,633	<0,001	0,882	<0,001	-0,332	0,26	0,169	0,54
Asie Ouest	0,092	0,64	-0,049	<0,05	0,183	0,42	0,396	<0,05	-1,051	<0,001	-0,213	0,27
Europe UE 2004 & 2007	-0,107	0,57	0,006	0,77	-0,015	0,92	0,170	0,22	-0,340	<0,05	0,045	0,77
Afrique Sub-Saharienne	0,261	0,23	-0,139	<0,001	0,517	<0,05	0,337	0,08	-0,430	0,08	-0,138	0,52
Maghreb & Machrek	-0,320	0,13	-0,014	0,51	0,519	<0,01	0,519	<0,01	0,427	<0,05	0,070	0,72
Région d'origine des langues			Région d'origine * structure de soins (réf=Europe UE 1995 & secteur psycho-social)*									
	PMI		CLAT		CDAG		PREVENTION		HOPITAL MCO		Association	
Asie Sud	0,692	<0,001	0,078	0,89	-0,233	0,48	-0,012	0,98	0,430	<0,05	1,989	<0,001
Europe Est & Sud (hors UE)	0,307	<0,05	0,902	<0,05	0,125	0,59	0,362	0,20	0,530	<0,001	2,505	<0,001
Asie Est & Sud-Est	0,736	<0,001	-0,590	0,50	-0,629	0,11	-0,454	0,32	0,339	0,19	-1,055	<0,05
Asie Ouest	0,931	<0,001	0,453	0,64	-0,357	0,31	-0,343	0,43	0,468	<0,05	1,197	<0,01
Europe UE 2004 & 2007	0,182	0,25	0,849	0,10	0,158	0,54	0,131	0,68	0,515	<0,001	1,394	<0,001
Afrique Sub-Saharienne	0,607	<0,001	-0,368	0,66	-0,468	0,26	-0,227	0,64	0,102	0,67	0,693	0,11
Maghreb & Machrek	0,433	<0,05	-0,262	0,63	0,059	0,85	0,037	0,92	0,143	0,50	0,848	<0,05

* Tous les termes d'interaction entre région d'origine des langues et Samu Social de Paris sont non-significatifs (données non présentées).

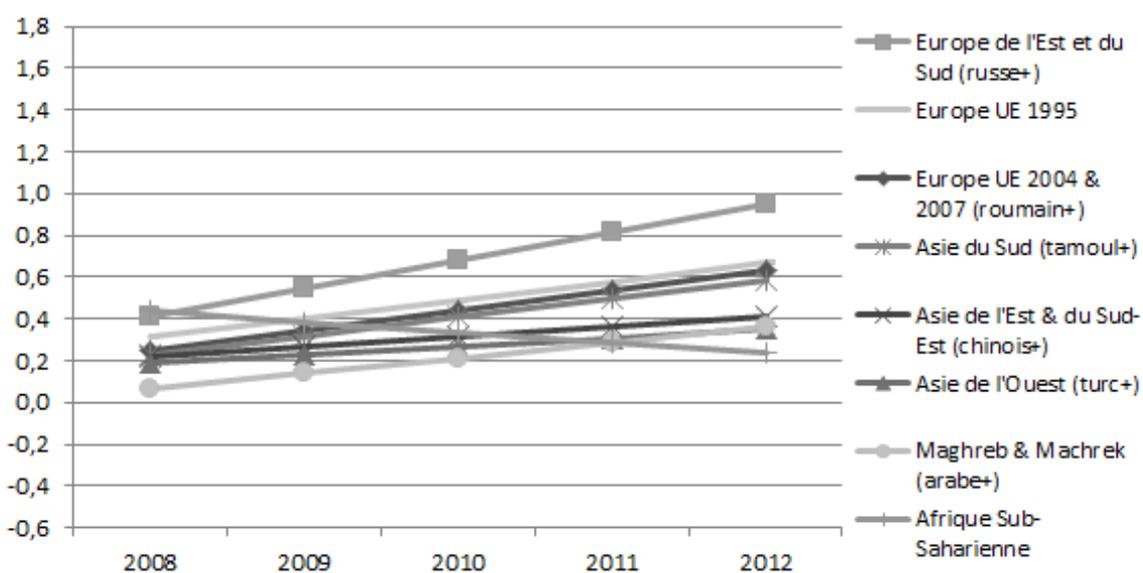
4.3.1.1.2 Figure : Evolution des régions d'origine des langues demandées dans les départements de la région Ile-de-France (2008-1S2012)

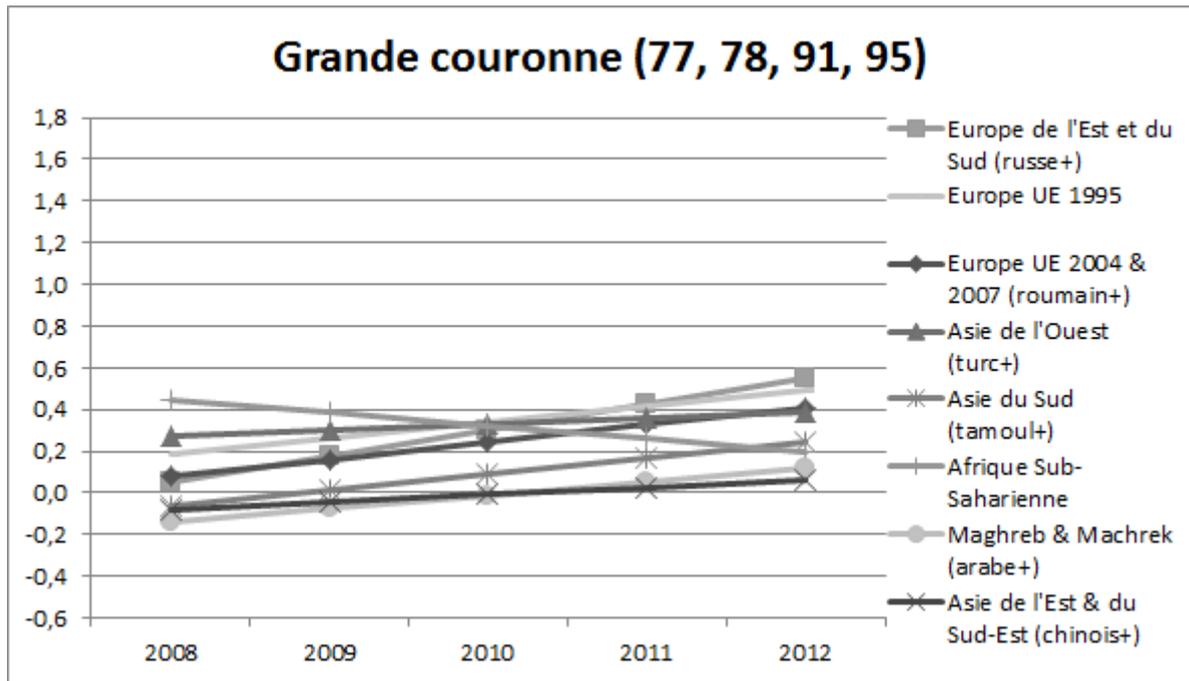


Hauts-de-Seine (92)



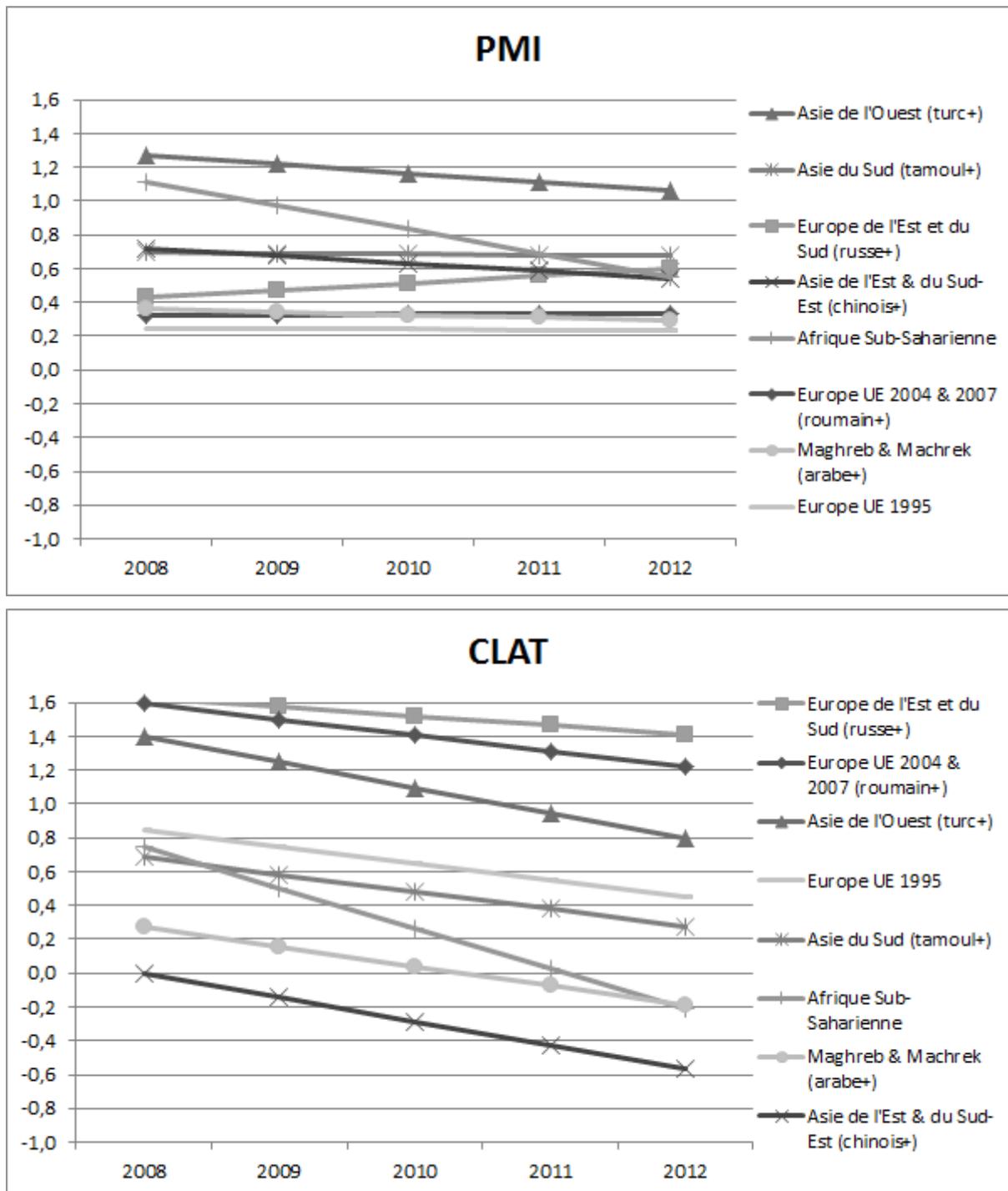
Val-de-Marne (94)

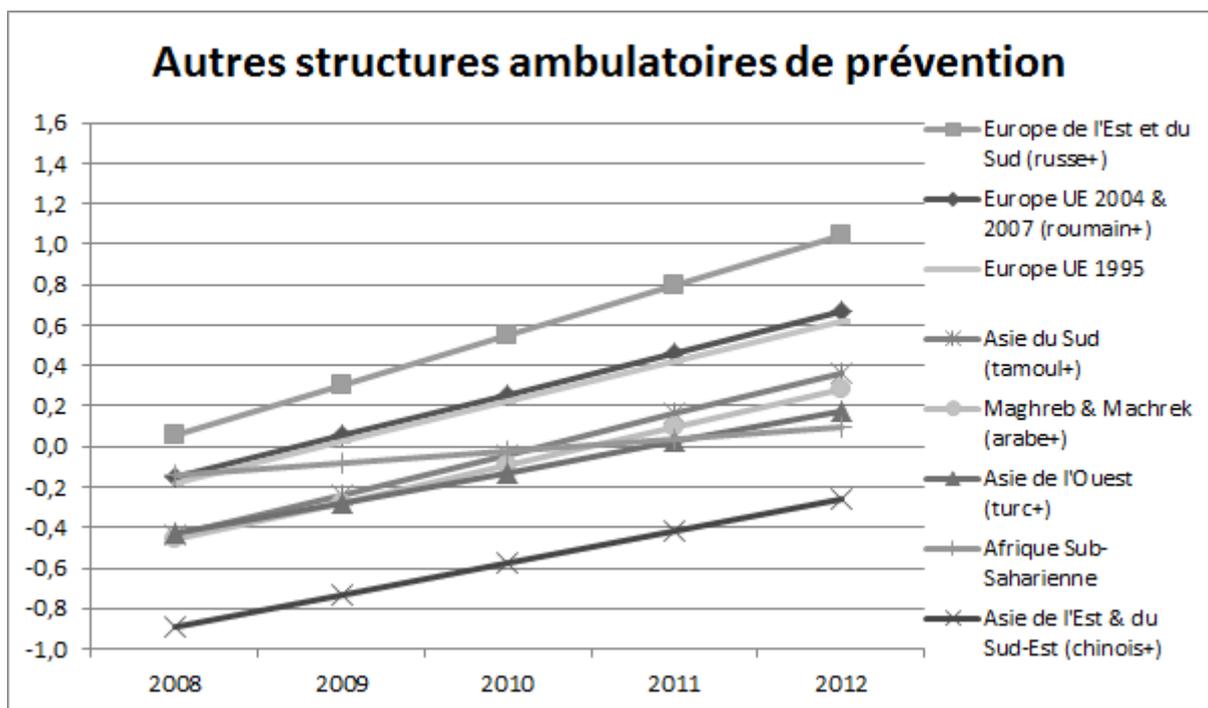
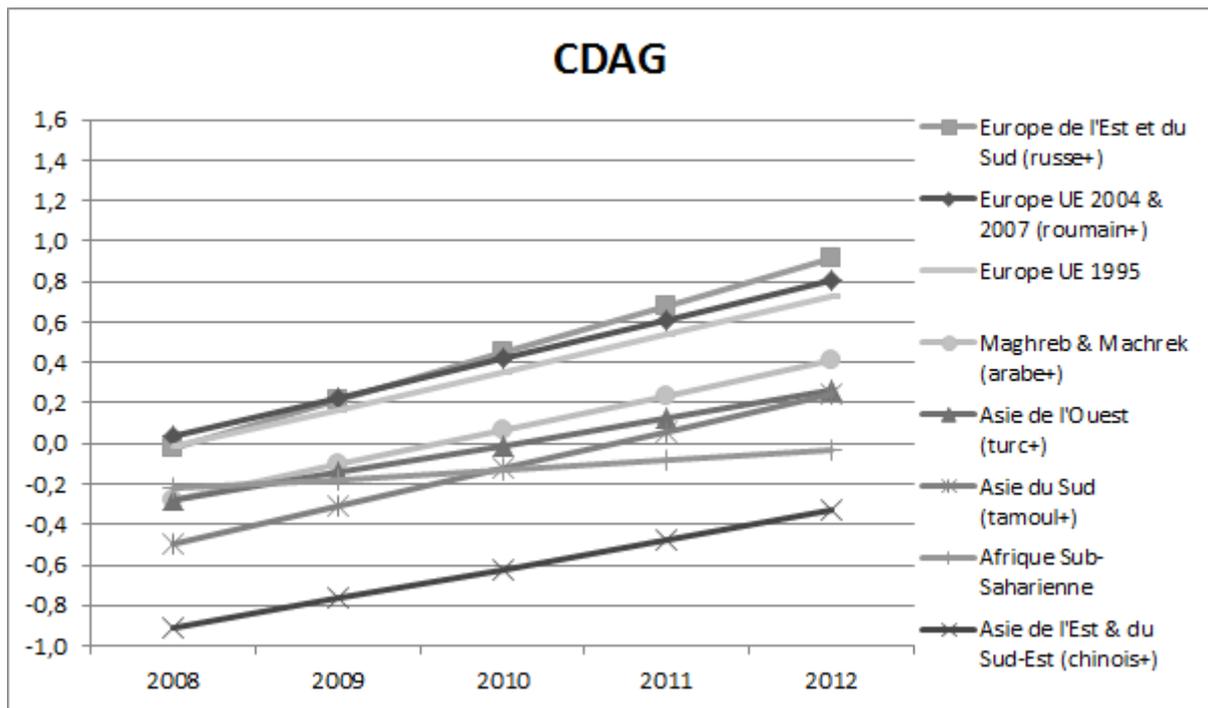


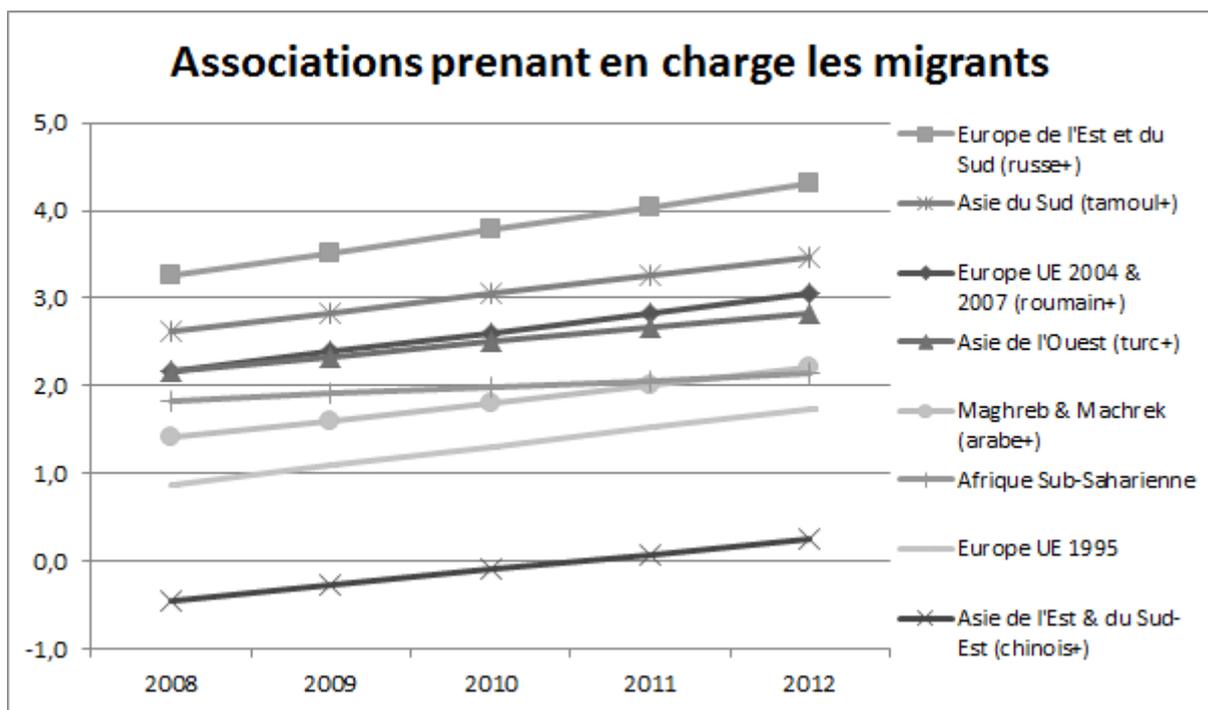
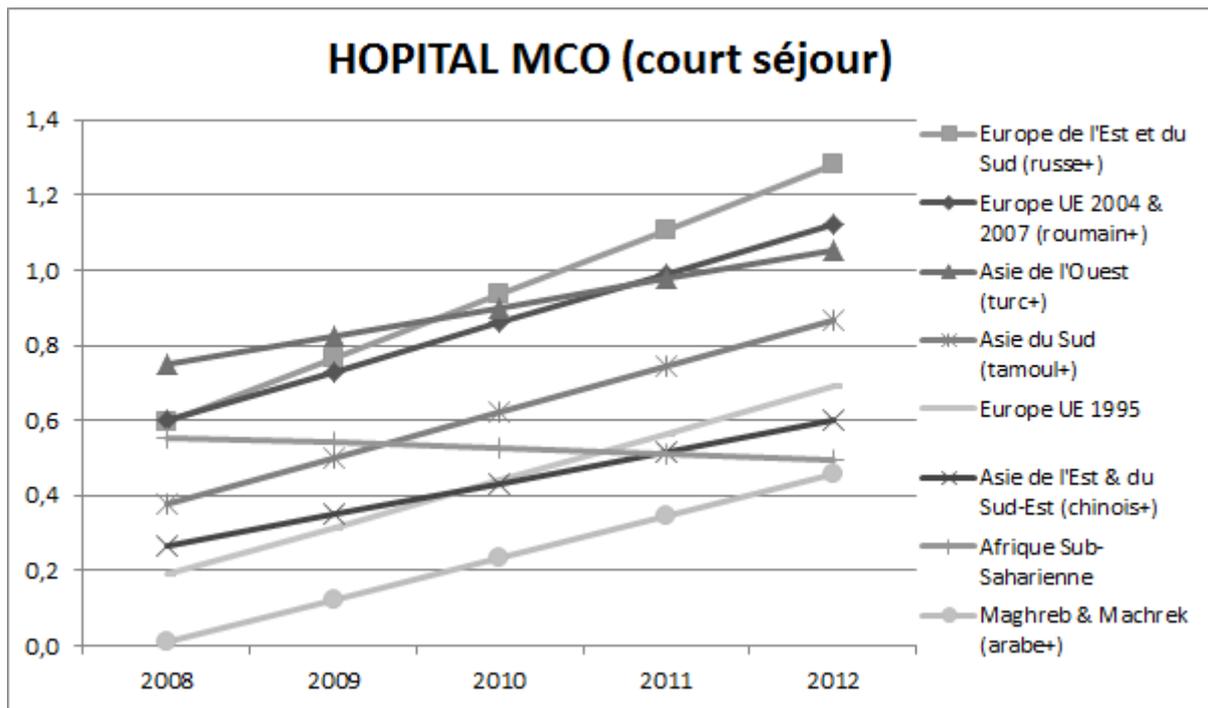


P109

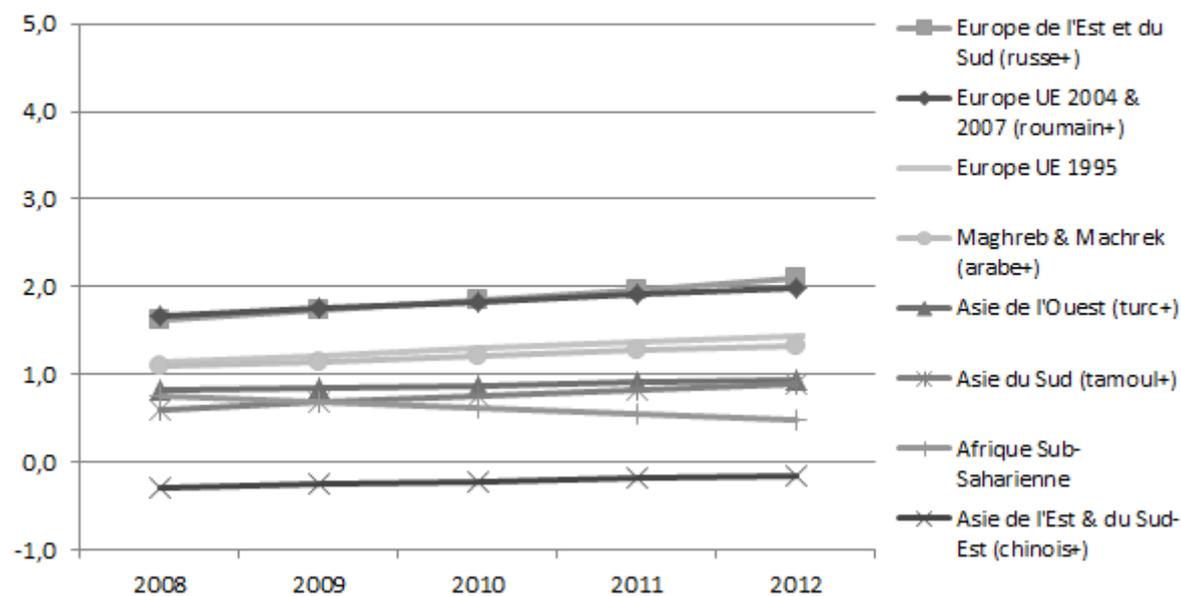
4.3.1.1.3 Figure : Evolution des régions d'origine des langues demandées selon la structure de soins (région Ile-de-France, 2008-1S2012)



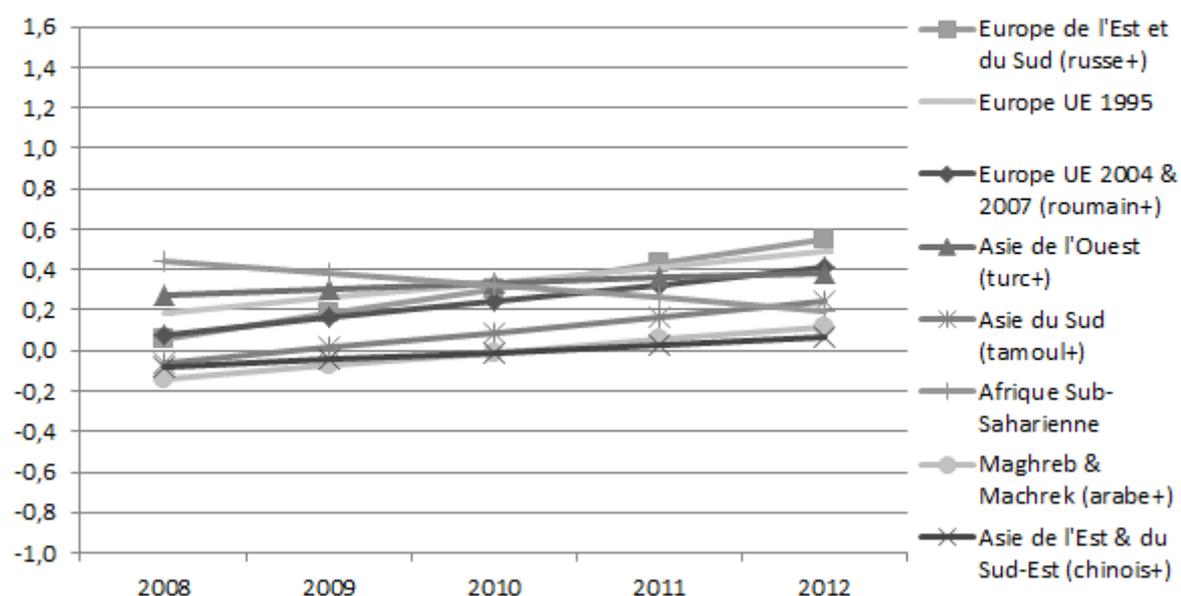




Samu social de Paris



Secteur psycho-social



4.4 Demande d'interprétariat professionnel dans les hôpitaux

Nous avons reconduit l'analyse de la demande dans les 67 hôpitaux demandeurs d'interprétariat professionnel en région Ile-de-France (Tableau suivant). De façon attendue, les déterminants de la demande identifiés dans l'analyse précédente sont retrouvés lorsque l'analyse est reconduite dans les seuls hôpitaux (en excluant les autres structures de soins).

La demande totale d'interprétariat a augmenté dans les hôpitaux franciliens entre 2008 et 2012 : en moyenne, +9,0% chaque année ($p=0,09$). On retrouve un effet de saisonnalité, bien que moins marqué, avec une baisse de 7,4% de la demande totale pendant l'été par rapport aux autres trimestres de l'année ($p<0,01$). On ne retrouve pas non plus d'impact significatif du département d'Ile de France ou des régions d'origine des langues sur la demande totale des hôpitaux franciliens. Les termes d'interaction concordent aussi, notamment sur l'évolution de la demande selon les régions d'origine des langues (cf. Figure précédente pour l'hôpital MCO).

Le modèle montre aussi des effets de structure dans la demande liés à l'existence d'un CDAG et/ou d'une PMI dans l'hôpital. L'existence d'un CDAG dans l'hôpital conduit à une augmentation significative de la demande totale qu'il y ait une PMI (+51%) ou non (+71) dans l'hôpital. On observe aussi que les effets de structures modifient en tendance l'évolution de la demande totale des hôpitaux : -6,5% par an dans les hôpitaux avec CDAG (sans PMI), augmentation dans les hôpitaux avec PMI (+9,5% par an avec PMI sans CDAG, +7,2% par an avec PMI et CDAG).

Le modèle montre surtout que les périodes pendant lesquelles la demande d'interprétariat professionnelle est soutenue par la subvention de la DGS conduisent en moyenne à une augmentation significative de la demande totale de l'hôpital, soit +19,7% ($p<0,001$). Nous avons reconduit l'analyse pour les seules demandes d'interprétariat par téléphone et retrouvé un effet de la subvention de la DGS encore plus important sur la demande totale de l'hôpital, soit +26,4% ($p<0,001$).

A partir de ces données, il est possible de simuler qu'elle aurait été la demande totale des hôpitaux de la région Ile-de-France en 2011 si la subvention de la DGS avait été maintenue à l'identique après juillet 2010 : la demande totale des hôpitaux aurait été de 10880 (demandes simulées) plutôt que 9092 (demandes observées).

4.4.1.1.1 Modèle multi-niveaux de la demande d'interprétariat professionnel dans les hôpitaux de la région Ile-de-France

Variable	Est.	Test	Est.	Test	Est.	Test	Est.	Test	Est.	Test	Est.	Test
Année (de 2008 à 2012)	0,090	0,09										
Saisonnalité 3ème trimestre (réf=autres trimestres)	-0,074	<0,01										
Caractéristique de l'hôpital (réf=ni CDAG, ni PMI)	Effet global		Interaction / année									
Sans CDAG, avec PMI	-0,025	0,94	0,095	0,18								
Avec CDAG, sans PMI	0,709	<0,01	-0,065	0,22								
Avec CDAG et PMI	0,511	<0,05	0,072	0,18								
Subvention directe (réf=non)	0,197	<0,001										
Département de la région IDF (réf=grande couronne)	Département		Département * année									
75 (Paris)	0,357	0,15	-0,074	0,16								
93 (Seine-Saint-Denis)	0,414	0,23	0,008	0,91								
92 (Hauts-de-Seine)	0,428	0,17	-0,068	0,32								
94 (Val-de-Marne)	0,002	1,00	-0,107	0,12								
Région d'origine des langues (réf=Europe UE 1995)	Région d'origine		Région d'origine * année		Région d'origine * département (réf=Europe UE 1995 & grande couronne)							
					75		93		92		94	
Asie Sud	0,068	0,74	0,095	<0,05	0,659	<0,05	1,222	<0,001	-0,337	0,35	0,353	0,35
Europe Est & Sud (hors UE)	0,219	0,28	0,198	<0,001	0,115	0,64	0,124	0,69	-0,534	0,10	0,145	0,67
Asie Est & Sud-Est	0,272	0,36	-0,011	0,77	1,187	<0,01	0,220	0,64	-0,581	0,21	0,056	0,90
Asie Ouest	0,205	0,48	0,030	0,45	0,885	<0,05	0,436	0,38	-0,816	0,14	0,171	0,73
Europe UE 2004 & 2007	0,188	0,37	0,077	<0,05	0,259	0,30	0,522	0,09	-0,627	0,06	0,019	0,95
Afrique Sub-Saharienne	0,266	0,38	-0,045	0,27	0,150	0,71	0,860	0,09	-0,872	0,10	0,034	0,95
Maghreb & Machrek	-0,057	0,85	-0,029	0,50	0,768	<0,05	0,609	0,21	-0,382	0,49	0,122	0,82

4.5 Points à retenir

- Les données de facturation des services d'interprétariat professionnel de l'association ISM INTERPRETARIAT en région Ile-de-France apportent un complément d'analyse à l'enquête que nous avons conduite dans les hôpitaux et les CLAT. En effet, l'enquête n'a pas réellement permis d'observer de recours à l'interprétariat professionnel, mais plutôt les attitudes des médecins et des patients allophones vis-à-vis des services d'interprétariat professionnel. Les données de facturation d'ISM INTERPRETARIAT confirment que le recours à l'interprétariat professionnel est exceptionnel dans les hôpitaux et dans les CLAT. Sur 210 établissements identifiés en région Ile-de-France (source DGOS), 3/130 cliniques privées et 64/80 hôpitaux publics ou PSPH ont fait au moins 1 demande d'interprétariat professionnel à ISM INTERPRETARIAT entre janvier 2008 et juin 2012. En moyenne, 10 demandes par mois et par hôpital sont observées sur la période considérée. Parmi les CLAT, l'Equipe Mobile de Lutte contre la Tuberculose du Samu Social de Paris est le demandeur quasi-exclusif d'interprétariat professionnel, soit 89% de la demande totale des CLAT. En moyenne, 2,9 demandes d'interprétariat par an sont observées sur la période considérée pour les quatre CLAT situés en dehors de Paris.
- Les données d'ISM INTERPRETARIAT, par sa situation d'offre quasi-exclusive d'interprétariat médical professionnel en Ile-de-France, constituent un observatoire unique de la demande d'interprétariat en santé pour les populations migrantes allophones en Ile-de-France. La rigueur de l'enregistrement pour des besoins de facturation a permis une analyse originale en l'absence d'autre source de données en santé sur les patients allophones en Ile de France. Malgré les limites de données à visée de facturation, l'analyse des 130 435 demandes d'interprétariat professionnel entre janvier 2008 et juin 2012 selon les structures de soins est riche d'enseignements.
- Le facteur principal d'augmentation globale de la demande d'interprétariat médical en Ile de France est lié aux dernières vagues d'immigration d'Asie du Sud et d'Europe de l'Est & du Sud hors Union Européenne. L'augmentation de la demande totale d'interprétariat professionnel exprimée à l'hôpital dans la prise en charge de ces populations est cohérente avec l'organisation habituelle d'un interprétariat « de proximité » dans les services : à défaut de personnel bilingue en tamoul ou en russe, voire d'un accompagnant pouvant assurer la traduction, le seul recours existant est l'interprétariat professionnel.
- L'augmentation de la demande d'interprétariat professionnel liée aux dernières vagues d'immigration est très rapide dans les hôpitaux de Paris et de Seine-Saint-Denis comme dans les associations franciliennes prenant en charge les migrants. Pour y répondre, on observe que ces associations ont mis en place des permanences d'interprètes, notamment en russe, en tamoul et en roumain. A contrario, les hôpitaux franciliens n'ont pas encore mis en place de permanences pour ces populations (uniquement pour le tamoul), alors que des permanences sont très fréquemment en place pour la prise en charge de populations issues de vagues d'immigration plus anciennes.
- Par ailleurs, on observe une grande diversité de l'évolution des demandes d'interprétariat en santé selon le département d'Ile de France concerné, selon le type de structure de soins, et selon la région d'origine de la langue demandée.
- L'analyse économique des déterminants du recours à l'interprétariat professionnel dans les hôpitaux franciliens révèle tout d'abord que l'hôpital doit être replacé dans un environnement global de prise en charge des populations allophones. Si l'augmentation significative de la demande dans les associations a été évoquée (+13,8% par an), il semble aussi nécessaire de souligner la diminution significative de la demande dans les PMI (-8,0% par an), liée probablement à la baisse significative du financement des PMI ces dernières années. Sans qu'un lien puisse être établi directement, il semble que la demande d'interprétariat (et les patientes

allophones) se soit reportée sur les hôpitaux ayant une activité de PMI, et ce d'autant plus quand il s'agit de populations issues de vagues d'immigration récentes.

- Nous avons approché la demande induite d'interprétariat professionnel si le financement de ces services était conventionné et fléché du point de vue du budget de l'hôpital, par exemple sous la forme d'une mission d'intérêt général quantifiable (financement direct du Ministère de la Santé). Dans un modèle contrôlant les déterminants de la demande d'interprétariat professionnel (notamment la dynamique de la demande sous l'effet des vagues d'immigration par département et les effets de structure des hôpitaux), les périodes pendant lesquelles la demande d'interprétariat professionnel est soutenue par la subvention de la DGS conduisent en moyenne à une augmentation significative de la demande totale de l'hôpital : +19,7% ($p < 0,001$). Ce résultat appelle deux commentaires.
- Cette augmentation de 19,7% constitue une estimation basse de la demande induite par un financement conventionné et fléché du point de vue du budget de l'hôpital. En effet, cette mesure est liée à la subvention partielle de l'interprétariat dans certains services hospitaliers seulement (maladies infectieuses, hépatologie). L'enquête montre que la file active de patients allophones dans les autres services d'un hôpital demandeur d'interprétariat professionnel peut aussi être conséquente. Une estimation haute de la demande induite par un financement de ces services peut être approchée en comparant la demande des hôpitaux à celle des associations prenant en charge les migrants : en moyenne, un hôpital a fait 10 demandes par mois entre janvier 2008 et juin 2012, alors qu'une association en a fait 33 par mois. Le maintien de la subvention partielle en 2011 aurait pu conduire à environ 11000 demandes des hôpitaux. L'adoption par les hôpitaux du comportement de recours à l'interprétariat professionnel des associations aurait donc pu conduire à 33000 demandes, notamment à Paris et en Seine-Saint-Denis.

5 Limites de l'étude

- La limite principale de cette étude est liée à l'absence de preuve scientifique de la supériorité de l'interprétariat professionnel par rapport à d'autres modalités d'interprétariat utilisées dans la prise en charge des patients allophones. En conséquence, les analyses de l'efficacité, au sens médico-économique du terme, sont uniquement exploratoires. Elles ont néanmoins permis de définir un certain nombre d'objectifs pour l'enquête de terrain :
 - la nécessité de mieux appréhender les connaissances et attitudes des médecins vis-à-vis des différentes modalités d'interprétariat ;
 - la nécessité d'évaluer le niveau d'observance thérapeutique entre, d'une part, les patients francophones et les patients allophones, et d'autre part, les différentes modalités d'interprétariat utilisées pour les patients allophones – l'enquête, transversale, ayant seulement la possibilité de mesurer l'observance telle qu'évaluée par le médecin et par le patient à l'occasion d'une consultation.
- Si l'enquête de terrain a permis d'interroger une proportion substantielle de patients allophones dans les hôpitaux, notamment dans le cadre de la prise en charge de l'infection à VIH/SIDA et du diabète, elle n'a pas permis de recruter en nombre suffisant les patients allophones pour lesquels le médecin a eu recours à l'interprétariat professionnel en consultation (3 cas seulement), ni non plus de patients allophones en CLAT (en dehors d'une mission de dépistage sur site). Ces difficultés de recrutement s'expliquent à la fois par la fréquence variable de patients allophones dans la file active des structures de soins, mais surtout par un recours exceptionnel à l'interprétariat professionnel pour ces patients en régions Ile-de-France et PACA. Pour pallier cette difficulté majeure, nous avons analysé les données de facturation de l'association ISM INTERPRETARIAT qui est en situation d'offre quasi-exclusive de services d'interprétariat médical professionnel en Ile-de-France. A ce titre, ces données constituent un observatoire privilégié des besoins d'interprétariat médico-social pour les populations migrantes allophones.
- Les précautions d'usage s'appliquent dans l'interprétation de résultats issus de données observationnelles, qu'il s'agisse des données d'enquête (taux et biais de participation des hôpitaux, des services, des médecins, des patients ; réponses déclaratives) ou des données d'ISM INTERPRETARIAT (données de facturation ; taux et biais de recours à l'interprétariat professionnel).

6 Conclusions et recommandations

- Les données d'ISM INTERPRETARIAT révèlent que la demande d'interprétariat médical professionnel 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). Les données de l'enquête de terrain permettent de supposer que cette croissance se fait par défaut plutôt que par conviction : en l'état actuel des connaissances sur l'interprétariat professionnel par les médecins et par les patients en Ile-de-France, il semble que ce soit le plus souvent quand il n'y a aucun interprétariat « de proximité » possible (accompagnant « bilingue » du patient, personnel hospitalier « bilingue » dans la langue concernée) que la demande d'interprétariat professionnel s'exprime – en tamoul ou en russe par exemple.

- Une preuve scientifique de la supériorité de l'interprétariat professionnel par rapport aux autres modalités d'interprétariat aiderait à convaincre. En effet plusieurs arguments sont évoqués par des médecins en faveur des autres modalités d'interprétariat, en particulier le recours à l'accompagnant du patient (le plus souvent conjoint ou enfant majeur). Un essai contrôlé randomisé conduit parmi les patients allophones avec une durée de suivi suffisante pourrait seul apporter une preuve scientifique convaincante. La présente étude révèle néanmoins le rôle important des incitations économiques dans la décision de recourir à l'interprétariat professionnel. Un financement conventionné et fléché de l'interprétariat professionnel, par exemple sous forme d'une mission d'intérêt général des hôpitaux (d'ailleurs parfaitement quantifiable), constituerait un effet de levier dans des budgets hospitaliers contraints.
- A court terme, il semble nécessaire de rappeler que le recours à l'accompagnant (familial ou non) ne garantit pas le respect du secret médical et du droit du patient à la confidentialité⁴⁹, ni le recueil de son consentement libre et éclairé⁵⁰. En revanche, par obligation déontologique et contractuelle (cf. ci-après l'annexe 7.4), un interprète professionnel garantit la fiabilité et la neutralité de la traduction, et il est rigoureusement tenu de respecter le secret médical et la confidentialité des échanges – ce dont il faudrait davantage informer les médecins.
- A moyen terme, il convient de s'interroger sur le fardeau que représente pour l'accompagnant familial d'un patient allophone le rôle de traducteur cumulé à celui d'éducateur en santé. Dans un contexte où le rôle de l'accompagnant/aidant familial est de plus en plus souligné dans le soutien thérapeutique et la qualité de vie du malade chronique, le rôle de l'accompagnant du patient allophone est identifié comme crucial mais aussi comme très lourd :
 - La présence physique de l'accompagnant dans la consultation, plus fréquente pour les allophones que pour les francophones, laisse supposer qu'il s'agit d'une contrainte liée à l'absence d'alternative d'interprétariat pour un patient allophone, contrainte qui semble peser sur le patient : plus de 48 % des patients allophones accompagnés auraient préféré un interprète professionnel.
 - Les échanges informels entre les enquêteurs et les accompagnants soulignent la charge, en disponibilité et en responsabilité, de l'accumulation de ces rôles d'interprète, d'éducateur thérapeutique et d'aidant familial, certains accompagnants relevant que ce cumul des rôles nuit en outre à l'autonomie du patient dans la prise en charge de sa maladie.
 - Enfin, une compréhension dégradée de la consultation a été associée par les patients allophones comme par leurs médecins à la traduction de la consultation par un accompagnant du patient autre que son conjoint. Si ces données se confirment, il pourrait s'agir d'une raison supplémentaire de promouvoir l'interprétariat professionnel en santé.

Faute d'éléments sur l'efficacité de l'interprétariat professionnel dans la littérature internationale et de moyens d'enquête suffisants pour observer en nombre et dans le temps des consultations assistées d'un interprète professionnel, il n'est pas possible de conclure sur l'efficacité du recours à

⁴⁹ Carde E, Mbodj F, Querre M (2009). Etude sur la prise en charge des immigrés infectés par le VIH ayant des difficultés dans l'expression française courante, Rapport d'étude CREDES, Direction Générale de la Santé ; Larchanché S, Kotobi L. (2012). Apport de l'interprétariat dans le dispositif d'annonce et la prise en charge des malades du cancer. Projet INCA 2010-2011, Rapport d'étude Onconord Ile-de-France.

⁵⁰ 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 ».

l'interprétariat professionnel. En revanche, plusieurs éléments notables émergent des entretiens et de l'enquête :

- Sans que cette situation soit anticipée ou délibérément choisie par les chefs de service ou les médecins, un nombre conséquent de patients allophones 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 ;
- La connaissance pratique du recours à l'interprète professionnel est faible chez les médecins enquêtés, et seuls 7/154 patients allophones ont déjà eu recours aux services d'interprétariat professionnel (4,6% ; intervalle de confiance à 95% : 1,9% à 9,3%) ;
- Près de la moitié des patients allophones enquêtés (48,2%) 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 diverses conclusions, adjointes 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, et le principe d'égalité d'accès aux soins, conduisent à proposer les pistes de recommandations suivantes.

Définir les étapes et les registres de la prise en charge d'un patient allophone où l'intervention d'un interprète serait particulièrement nécessaire :

- La première consultation. Ainsi on y informera clairement le patient qui engage la prise en charge d'une maladie chronique et/ou infectieuse, de son droit à venir seul ou accompagné d'une personne de son choix dans les consultations futures, et de sa possibilité d'y bénéficier d'un interprète (qui sera, selon l'organisation retenue par le service, soit un interprète professionnel, soit un soignant ou un autre personnel hospitalier bilingue formé à l'interprétariat) ; on fera connaître au patient les obligations de cet interprète en matière de respect absolu du secret médical et en matière de fidélité de la traduction ;
- Chaque consultation ultérieure qui engagera : 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 une intervention chirurgicale ;
- Toute consultation à visée d'éducation thérapeutique.

Indépendamment de ces moments-clés thérapeutiques, il faut souligner que l'intervention d'un interprète est souvent nécessaire à la bonne prise en charge de la vulnérabilité sociale de nombreux patients allophones, et à l'impact de cette vulnérabilité sur leur santé et sur leur observance. Parallèlement au registre thérapeutique, l'apport de l'interprétariat se joue aussi 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 dans les langues les plus fréquemment rencontrées la charte du patient hospitalisé (et d'autres documents essentiels à la prise en charge), 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 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 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 (conjoints, 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'interprétariat 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.

L'enquête qui a été conduite pour la présente étude révèle l'importance qu'il conviendra cependant d'accorder, dans toute étude concernant des patients allophones, à l'organisation mise en place pour recueillir directement leur point de vue, sans le faire passer par le prisme du soignant ou de l'accompagnant.

7 Annexes

7.1 Supports de l'enquête dans les structures de soins

7.1.1 Demande de participation des structures de soins



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

SECRETARIAT D'ÉTAT A LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous direction *Prévention des Risques Infectieux*

Bureau *des Infections par le VIH, les IST et les hépatites*

Personne chargée du dossier :

Catherine Chardin – Tél : 01 40 56 40 36

Télécopie : 01 40 56 78 00

E-mail : catherine.chardin@sante.gouv.fr

Paris, le...

Objet : demande de participation à une enquête de terrain concernant la prise en charge des patients non francophones

P.J. : un coupon réponse

Madame la Directrice/Monsieur le Directeur

Dans le but d'améliorer la prise en charge des patients ne parlant pas (ou pas suffisamment) le français, la Direction Générale de la Santé pilote une évaluation médico-économique du recours à l'interprétariat professionnel dans les domaines du VIH/sida, du diabète et de la tuberculose.

La Direction Générale de la Santé a confié cette évaluation au Dr Michaël Schwarzingler, médecin-économiste à l'INSERM (UMR 738 « Modélisation, aide à la décision et coût-efficacité en maladies infectieuses »), associé au bureau d'études CORUM.

Dans ce cadre, une enquête va être conduite auprès d'un échantillon de services d'infectiologie et de diabétologie des hôpitaux, ainsi qu'auprès de Centres de Lutte Anti-Tuberculose (CLAT), dans les régions Ile de France et Provence Alpes Côte d'Azur. Cette enquête aura pour but :

1. d'observer la proportion de patients ne parlant pas ou pas suffisamment le français (patients dits non francophones ou « allophones ») ;
2. d'observer les modalités d'interprétariat utilisées (aucune / accompagnant du patient / personnel bilingue de l'hôpital / interprète professionnel sur place ou au téléphone) ;
3. d'évaluer les différences éventuelles de compréhension des mesures sanitaires prescrites entre les patients francophones et les non francophones.

Un comité de suivi, chargé de piloter le déroulement de l'étude (composé d'administratifs de la DGS et de la DGOS, de professionnels hospitaliers et de responsables d'associations intervenant en matière socio-sanitaire auprès des publics migrants précaires), a retenu 21 établissements répondant aux critères de l'enquête, parmi lesquels le vôtre. **Cette enquête sera organisée de façon à ne pas alourdir le travail des équipes soignantes. Elle portera uniquement sur les consultations médicales (et non les hospitalisations) et sera concentrée sur une semaine.**

.../...

L'enquête se déroulera comme suit :

- entretien avec le/la chef du service (infectiologie ou diabétologie ou CLAT) afin de présenter le protocole d'enquête, et de recueillir par un court questionnaire les informations générales sur la prise en charge des patients non francophones dans le service ;
- préparation de l'enquête sur la semaine retenue, à partir de la liste des rendez-vous de huit ou neuf vacations médicales, en collaboration avec les secrétaires et le cadre de soins ;
- lors de chaque vacation médicale, l'enquêteur retiendra cinq ou six patients, pour lesquels le médecin remplira un court auto-questionnaire en fin de consultation, tandis que l'enquêteur vérifiera avec le patient la compréhension des mesures sanitaires prescrites (si besoin est avec l'assistance d'un interprète).

La Direction Générale de la Santé sollicite votre accord pour la participation de votre établissement à cette enquête. Si tel est le cas, **nous vous saurions gré de bien vouloir informer les chefs des services d'infectiologie et de diabétologie ainsi que le/la responsable des consultations en centre de lutte anti tuberculose (CLAT)**, afin que les coordinateurs de l'étude puissent prendre contact avec eux.

Vous voudrez bien me faire connaître votre réponse **dans les meilleurs délais possibles et, en tout état de cause, avant le vendredi 4 novembre**, en précisant les coordonnées des responsables des services pour que je les transmette aux coordinateurs de l'étude :

- soit en retournant par fax ou par courrier postal le coupon réponse ci-joint ;
- soit par mail à l'adresse suivante : catherine.chardin@sante.gouv.fr ;
- soit par téléphone au 01 40 56 40 36 (répondeur enregistré en cas d'absence)

Vous contribueriez ainsi à la réalisation d'une étude dont les enjeux sont importants pour la prise en charge des patients non francophones et l'évaluation des besoins d'interprétariat en santé.

Catherine Chardin (01 40 56 40 36), chargée du programme national de prévention des IST en direction des migrants, ainsi que le Dr Bernard Faliu (01 40 56 55 31), chef du bureau VIH/ IST/hépatites à la sous-direction « *prévention des risques infectieux* » de la DGS, se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire (ou pour la communication, si vous le souhaitez, du protocole de l'étude).

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous voudrez bien porter à cette demande et je vous prie de croire, Monsieur, en l'assurance de ma considération distinguée.

COUPON REPONSE

A renvoyer soit **par mail** à l'adresse suivante : catherine.chardin@sante.gouv.fr

Soit par **courrier postal** à l'adresse suivante :

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Santé
Direction Générale de la Santé
Sous-direction de la prévention des risques infectieux
Bureau RI2
A l'attention de Catherine Chardin
14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP

Soit **par télécopie** à l'attention de Catherine Chardin au numéro suivant : 01 40 56 78 00

Soit **par message téléphonique** au numéro suivant (répondeur) : 01 40 56 40 36

M./Mme (nom, prénom) :

Fonction :

Nom de l'établissement hospitalier :

accepte le principe d'une participation de mon établissement à l'enquête concernant la prise en charge des patients non francophones (diabétiques, séropositifs au VIH ou concernés par un dépistage ou un suivi pour une tuberculose) ;

vous propose de contacter à cet effet les personnes suivantes (chefs de service endocrinologie/diabétologie, de maladies infectieuses et responsables de CLAT)

(merci d'indiquer leur nom, service, numéro de téléphone et/ou adresse e-mail)

- ENDOCRINOLOGIE/DIABETOLOGIE :

- MALADIES INFECTIEUSES / VIH :

- CLAT / TUBERCULOSE :

7.1.2 Support d'entretien semi-directif avec le chef de service (avant l'enquête)

Permettez-moi de vous poser quelques questions sur la prise en charge dans votre service des patients allophones, c'est-à-dire ne parlant pas du tout ou pas suffisamment le français pour comprendre une consultation sans interprétariat.

1. A combien estimez-vous la proportion de patients allophones dans la file active du service : moins de 1% / de 1 à 5% / de 5 à 10% / plus de 10% / NSP
2. Connaissez-vous l'existence de services d'interprétariat professionnel (IP) ?
3. Si oui avez-vous une préférence entre les services d'IP avec présence physique ou par téléphone : Pareil / Ca dépend du médecin / Ca dépend de la pathologie / Ne connaît pas l'IP par téléphone
4. Le suivi de certains patients allophones fait-il l'objet d'une organisation spécifique du service ? Orientation des patients allophones vers la vacation médicale d'un médecin bilingue (si oui, combien de vacations et pour quelles langues) / Vacation médicale dédiée aux patients allophones parlant la même langue en présence d'un interprète professionnel pour toute la vacation (si oui, combien de vacations et pour quelles langues) ou IP par téléphone / Hospitalisation de jour, plutôt que consultation, en présence d'un IP (éducation thérapeutique) / ...
5. Avez-vous recours systématiquement/très souvent/souvent/parfois/rarement ou jamais à l'IP ?
6. *Le cas échéant : Les internes sont-ils formés au recours à l'interprétariat professionnel dans le service ? Oui / Non*
7. Imaginons le scénario d'un patient allophone d'Europe de l'Est suivi pour une pathologie chronique (préciser en fonction du service : VIH/SIDA [maladies infectieuses] / diabète de type II [diabétologie] / tuberculose [CLAT]) et venant en consultation accompagné d'un adulte francophone. Auriez-vous plutôt recours à l'interprétariat professionnel ou à l'accompagnant pour cette consultation ? IP / accompagnant
8. Et pourquoi ?
Interprète professionnel : Meilleure compréhension entre médecin et patient / Fiabilité de la traduction des consignes thérapeutiques / Amélioration de l'observance thérapeutique, voire économies sur la durée / Respect du secret médical (déontologie de l'interprétariat professionnel) / Disponibilité et fiabilité variables de l'accompagnant / ...
Accompagnant : Refus de l'interprétariat professionnel par le patient / Nécessité d'organiser le recours à l'interprétariat professionnel / Longueur des consultations avec l'interprète professionnel / Perte de contrôle dans l'entretien avec l'IP.../ Coût dans l'immédiat avec l'IP... / ...
9. Dans votre expérience du suivi du traitement pour le VIH/SIDA [maladies infectieuses] / le diabète de type II [diabétologie] / la tuberculose [CLAT], quelle note entre 0 et 20 donneriez-vous à l'observance moyenne des patients francophones ? Note / NSP
10. Et quelle note donneriez-vous à l'observance moyenne des patients allophones sans aucun recours à l'interprétariat ? Note / NSP
11. Et pour les patients allophones avec un accompagnant qui traduit ? Note / NSP
12. Et pour les patients allophones avec un membre du personnel non soignant qui traduit ? Note / NSP
13. Et pour les patients allophones avec recours à l'IP ? Note / NSP
14. De même, dans le suivi du traitement pour la tuberculose [maladies infectieuses] / le diabète de type I [diabétologie], quelle note entre 0 et 20 donneriez-vous à l'observance moyenne des patients francophones ? Note / NSP
15. Et quelle note donneriez-vous à l'observance moyenne des patients allophones sans recours à l'interprétariat professionnel ? Note / NSP
16. Et pour les patients allophones avec un accompagnant qui traduit ? Note / NSP
17. Et pour les patients allophones avec un membre du personnel non soignant qui traduit ? Note / NSP
18. Et pour les patients allophones avec recours à l'IP ? Note / NSP

Merci beaucoup pour vos réponses et de nous permettre de poursuivre cette enquête dans votre service.

7.1.3 Auto-questionnaire médecin (avant le début des consultations)

Livret Auto-questionnaire Médecin

De quoi s'agit-il ?

Votre service participe à une étude du Ministère de la Santé sur la compréhension, par les patients allophones [c'est-à-dire ne maîtrisant pas ou insuffisamment le français], des recommandations médicales qui leur sont faites.

Elle a pour visée de permettre aux médecins et à leurs patients de choisir au mieux la façon dont ils souhaitent communiquer ensemble.

L'étude prévoit d'interroger des patients allophones mais aussi francophones. Un ou deux enquêteurs de l'organisme CORUM seront donc présents dans le service durant une semaine pour les interroger.

L'enquête est anonyme vis-à-vis des patients comme vis-à-vis de vous-mêmes. Elle concerne des patients adultes de plus de 18 ans, venant en consultation pour le suivi du traitement d'une pathologie chronique et/ou infectieuse depuis au moins 3 mois. L'objectif est d'interroger en priorité les patients allophones.

En quoi consiste votre participation à cette étude ?

Votre participation en tant que médecin consistera, sur la durée d'une vacation, à compléter un auto-questionnaire composé :

- d'une page de questions concernant **votre prise en charge habituelle des patients allophones** [partie 1 du fascicule, à compléter une seule fois avant de commencer vos consultations].
- d'une page de questions **par patient enquêté, après sa consultation** [prévoir 5 minutes maximum pour la compléter].

Il est prévu d'inclure dans l'enquête entre 5 et 7 patients pour une vacation médicale.

Comment cela va-t-il se passer ?

En principe, le patient est sollicité par l'enquêteur en amont de sa consultation, dans la salle d'attente. S'il a donné son accord pour participer, il viendra en consultation avec un code de façon à appareiller le questionnaire que vous remplissez à la fin de sa consultation et le questionnaire qu'il complète de son côté avec l'enquêteur.

☞ Ce code est à reporter en haut sur la « Grille patient » que vous complèterez.

Dans le cas où un patient allophone « sans code » vous manifeste son souhait de participer à l'étude, et qu'il correspond aux critères [+18 ans, inscrit dans un suivi de 3 mois ou plus], vous pouvez tout-à-fait compléter une « Grille patient » et le signaler à l'enquêteur à la sortie de la consultation du patient afin qu'il l'inclut dans l'enquête.

- Merci de renseigner chaque « Grille patient » à la fin de la consultation du patient.
- L'enquêteur viendra récupérer le Livret à la fin de votre vacation et vérifiera avec vous que l'ensemble des questions ont été complétées [les questionnaires incomplets ne seront pas exploitables].
- Les enquêteurs sont bien entendu à votre disposition pour toute information concernant le déroulement de l'enquête.

La partie 1 suivante est à compléter avant de commencer vos consultations.

Si vous avez déjà participé à l'étude, compléter UNIQUEMENT votre âge et votre sexe à la fin de cette page dans la partie signalétique.

Partie 1 : votre prise en charge habituelle des patients allophones

1. A combien estimez-vous la proportion de patients allophones (ne maîtrisant pas assez le français pour comprendre une consultation sans traduction) parmi les patients que vous suivez en consultation dans le service:

1. Moins de 1% 2. [1 à 5%[3. [5 à 10%[4. [10% ou plus

2. Lors d'une consultation de suivi du traitement avec un patient allophone, avez-vous recours à l'interprétariat professionnel ?

1. Systématiquement 2. Très souvent 3. Souvent 4. Parfois 5. Rarement 6. Jamais

3. Connaissez-vous l'existence de services d'interprétariat professionnel par téléphone ?

1. Oui 2. Non

4. [Si Oui], utilisez-vous ces services d'interprétariat par téléphone ?

1. Oui 2. Non

5. Vous-même, assurez-vous des consultations dans d'autres langues que le français ?

1. Oui, en anglais 2. Oui, dans d'autres langues : _____ 3. Non

6. Imaginons le scénario d'un patient allophone d'Europe de l'Est suivi pour une pathologie chronique venant en consultation accompagné d'un adulte francophone, auriez-vous plutôt recours à l'accompagnant ou à l'interprétariat professionnel ?

1. Accompagnant 2. Interprète professionnel

7 à 11. Dans chacune des situations suivantes, merci d'estimer par une note comprise entre 0 et 20, l'observance moyenne de vos patients traités pour : 1. VIH/SIDA ; 2. Tuberculose maladie (si service de maladies infectieuses) / 1. Diabète type II ; 2. Diabète type I (si service de diabétologie) / 1. Tuberculose maladie ; 2. Tuberculose latente (si CLAT)

(barrer la case si vous n'avez jamais rencontré la situation)

	1. Maladie label	2. Maladie label
7. Pour les patients francophones		
8. Pour les patients allophones avec un accompagnant qui traduit		
9. Pour les patients allophones avec un interprète professionnel qui traduit		
10. Pour les patients allophones avec un membre du personnel non-soignant qui traduit		
11. Pour les patients allophones avec un membre du personnel soignant qui traduit		

Partie signalétique vous concernant (A compléter à chaque nouvelle vacation)

12. Age : ANS

13. Sexe : 1. Masculin 2. Féminin

7.1.4 Auto-questionnaires médecins (pour chaque patient inclus)

Grille complétée par le médecin – Patient Maladies infectieuses

1. CODE (entre 1 et 5) :

2. Pouvez-vous indiquer depuis combien de temps la personne est suivie dans le service ?

Moins de 3 mois (=> exclusion de l'étude) 3 à 6 mois 6 à 12 mois 1 an et plus

Consigne : Si « exclusion de l'étude », merci de ne pas continuer ce questionnaire et d'en informer l'enquêteur à la sortie de la consultation.

3. Quelle est la pathologie du patient ?

1. Infection à VIH/SIDA 2. Tuberculose maladie (grille spécifique) 3. Hépatite C chronique

4. Hépatite B chronique 5. Autre pathologie infectieuse chronique

6. Pathologie infectieuse aiguë (=> exclusion de l'étude)

Consigne : Si « Tuberculose maladie », merci de compléter la grille correspondant à cette pathologie (COMMUNIQUEE ICI PAGE SUIVANTE). Si « exclusion de l'étude », merci de ne pas continuer ce questionnaire et d'en informer l'enquêteur à la sortie de la consultation.

4. Le patient a-t-il déjà présenté des complications dues à l'infection chronique ou au traitement ?

1. Oui, hospitalisation nécessaire 2. Oui, sans hospitalisation nécessaire 3. Non

5. Le patient suit-il un traitement depuis plus de 6 mois ?

1. Oui 2. Non

6. [Si infection à VIH-SIDA] Quelle est la ligne de traitement actuelle du patient ?

1^{ère} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} et plus

7. Le patient est-il venu en consultation avec les résultats de ses examens de suivi ?

1. Oui 2. Non 3. Pas d'examens prescrits à la consultation précédente

8. Avez-vous prescrit des examens pour la prochaine consultation ?

1. Oui 2. Non

9. [Si infection à VIH-SIDA] De quand date le dernier résultat connu de la charge virale du patient ?

Aujourd'hui Moins de 3 mois De 3 à 6 mois + de 6 mois Aucune connue

10. [Si infection à VIH-SIDA] Quel est le résultat de la dernière charge virale du patient ?

1. Indélectable 2. Sinon, valeur = _____

11. Quelle note, entre 0 et 20, donneriez-vous à l'observance thérapeutique du patient ? |__|__|

12. Quelle note, entre 0 et 20, donneriez-vous à son observance des recommandations de prévention autres que le traitement (prévention de la transmission de l'infection) ?

|__|__|

13. Aujourd'hui, quel(s) point(s) ont été discuté(s) en consultation ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

1. L'observance du traitement 2. Les effets secondaires du traitement 3. Le changement de traitement

4. Les examens de suivi 5. La prévention de la transmission de l'infection 6. Autre [diagnostic...]

14. Quelle note, entre 0 et 20, donneriez-vous à la compréhension par le patient de la consultation ? |__|__|

15. Si ce patient est allophone, avez-vous eu recours à un interprète professionnel (dont c'est le métier) ?

1. Oui 2. Non

Grille complétée par le médecin – Patient Tuberculose

1. CODE (entre 1 et 5) :

2. Pouvez-vous indiquer depuis combien de temps la personne est suivie dans le service ?

Moins de 3 mois (=> exclusion de l'étude) 3 à 6 mois 6 à 12 mois 1 an et plus

Consigne : Si « exclusion de l'étude », merci de ne pas continuer ce questionnaire et d'en informer l'enquêteur à la sortie de la consultation.

3. Quelle est l'infection du patient ?

1. Tuberculose maladie (sans infection à VIH) 2. Tuberculose maladie (avec infection à VIH)

3. Infection tuberculeuse latente

4. Autre pathologie infectieuse chronique (=> exclusion de l'étude)

5. Pathologie infectieuse aiguë (=> exclusion de l'étude)

Consigne : Si « exclusion de l'étude », merci de ne pas continuer ce questionnaire et d'en informer l'enquêteur à la sortie de la consultation.

4. Le patient a-t-il déjà présenté des complications dues à l'infection chronique ou au traitement ?

1. Oui, hospitalisation nécessaire 2. Oui, sans hospitalisation nécessaire 3. Non

5. Si le patient est inscrit dans un suivi, à quelle visite de suivi en est le patient ?

J.15 M.1 M.2 M.4 M.6 Après M.6

6. A ce jour, le patient est-il venu à toutes les visites de suivi de traitement ?

1. Oui 2. Non

7. Si non, à quel pourcentage de consultations estimez-vous qu'il est venu ? | %

8. Quelle note, entre 0 et 20, donneriez-vous à l'observance thérapeutique du patient ? ||

9. Et quelle note, entre 0 et 20, donneriez-vous à son observance des recommandations de prévention autres que le traitement (prévention de la transmission de l'infection) ? ||

10. Aujourd'hui, quel(s) point(s) ont été discutés en consultation ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

1. L'observance du traitement 2. Les effets secondaires du traitement 3. Le changement de traitement

4. Les examens de suivi 5. La prévention de la transmission de l'infection 6. Autre (Diagnostic)

11. Quelle note, entre 0 et 20, donneriez-vous à la compréhension par le patient de la consultation ? ||

12. Si ce patient est allophone, avez-vous eu recours à un interprète professionnel (dont c'est le métier) ?

1. Oui 2. Non

Grille complétée par le médecin – Patient Diabétologie

1. CODE (entre 1 et 5) :

2. Pouvez-vous indiquer depuis combien de temps la personne est suivie dans le service ?

Moins de 3 mois (=> exclusion de l'étude) 3 à 6 mois 6 à 12 mois 1 an et plus

Consigne : Si « exclusion de l'étude », merci de ne pas continuer ce questionnaire et d'en informer l'enquêteur à la sortie de la consultation.

3. Quelle est la pathologie du patient ?

1. Diabète de type II 2. Diabète de type I 3. Autre pathologie endocrinienne chronique
 4. Pathologie endocrinienne aiguë (=> exclusion de l'étude)

Consigne : Si « exclusion de l'étude », merci de ne pas continuer ce questionnaire et d'en informer l'enquêteur à la sortie de la consultation.

4. Le patient a-t-il déjà présenté des complications de sa pathologie ?

1. Oui, hospitalisation nécessaire 2. Oui, sans hospitalisation nécessaire 3. Non

5. Le patient suit-il un traitement depuis plus de 6 mois ?

1. Oui 2. Non

6. [si diabète], Quel est le traitement actuel du patient ?

1. Monothérapie orale 2. Bithérapie orale 3. Trithérapie orale 4. Insuline

7. [si diabète] Une mesure quotidienne de la glycémie est-elle nécessaire ?

1. Oui 2. Non

8. Le patient est-il venu en consultation avec les résultats de ses examens de suivi ?

1. Oui 2. Non 3. Pas d'examens prescrits à la consultation précédente

9. Avez-vous prescrit des examens pour la prochaine consultation ?

1. Oui 2. Non

10. [Si diabète], De quand date le résultat de la dernière hémoglobine glyquée du patient ?

Aujourd'hui Moins de 3 mois De 3 à 6 mois + de 6 mois Aucune connue

11. [Si diabète], Et quel est le résultat de la dernière hémoglobine glyquée ? [résultat en %] %

12. Quelle note, entre 0 et 20, donneriez-vous à l'observance thérapeutique du patient ?

13. Et quelle note, entre 0 et 20, donneriez-vous à son observance des recommandations de prévention autres que le traitement (règles hygiéno-diététiques)?

14. Aujourd'hui, quel(s) point(s) ont été discutés en consultation ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

1. L'observance du traitement 2. Les effets secondaires du traitement 3. Le changement de traitement
 4. Les examens de suivi 5. Les règles hygiéno-diététiques 6. Autre [diagnostic...]

15. Quelle note, entre 0 et 20, donneriez-vous à la compréhension par le patient de la consultation ?

16. Si ce patient est allophone, avez-vous eu recours à un interprète professionnel (dont c'est le métier) ?

1. Oui 2. Non

7.1.5 Questionnaires patients avec enquêteur (après la consultation)

Questionnaire Patient

Le patient est vu SEUL immédiatement après la consultation médicale. Toutefois, si le patient n'a pas été vu en « screening » et qu'il est accompagné, la présentation de l'étude et du questionnaire peut être faite en présence de l'accompagnant, ainsi que le remplissage de la partie 1. Ce dernier devra par contre patienter à un autre endroit pour la passation du questionnaire avec le patient (parties 2 à 4).

Partie 1 : à compléter uniquement en l'absence de questionnaire de « screening »

1. Je vais tout d'abord vérifier que vous pouvez bien participer à l'étude. Avez-vous plus de 18 ans ?

1. Oui 2. Non (=> exclusion de l'étude)

Si le patient est mineur, le remercier en lui indiquant que seuls les patients d'âge adulte peuvent remplir le questionnaire.

2. Etes-vous venu seul.e à la consultation aujourd'hui ?

1. Oui 2. Non

3. [Si Non], La personne qui vous accompagne est-elle : " " ? (plusieurs cases possibles, souligner l'accompagnant « principal », i.e. celui qui accompagne et traduit le cas échéant en consultation)

1. Votre conjoint.e/partenaire 2. Votre fils/fille
 3. Un autre membre de votre famille 4. Un.e ami.e 5. Autre :

4. Est-ce qu'elle vous accompagne aussi en consultation ?

1. Oui 2. Non

5. (Si oui), Est-ce que c'est parce que vous ne parlez pas assez bien le français ?

1. Oui 2. Non

6 à 9. (questions à poser à tous les patients, y compris francophones, pour des raisons statistiques), Diriez-vous que :

(cocher une case par ligne)

	Très bien	Bien	Un peu	Pas du tout	NSP
6. Vous comprenez le français à l'oral ?					
7. Vous parlez en français ?					
8. Lisez en français ?					
9. Ecrivez en français ?					

*Si l'accompagnant traduit lorsque l'on s'adresse au patient OU si le patient **comprend OU parle** "Un peu / Pas du tout / NSP", alors cocher Allophone = Oui :*

10. Evaluation enquêteur : le patient est-il allophone ?

1. Oui 2. Non

11. [Si Oui], Pouvez-vous m'indiquer : quelle.s langue.s parlez-vous ?

12. Pouvez-vous me dire si vous êtes suivi dans le service depuis ?

Moins de 3 mois (=> exclusion de l'étude) 3 à 6 mois 6 à 12 mois 1 an et plus

Si le patient est suivi depuis moins de 3 mois, lui indiquer que seuls les patients étant suivis depuis plus de 3 mois peuvent participer à la suite de l'étude. Le remercier.

Pour les autres : proposer systématiquement aux patients allophones de participer à l'étude + compléter avec des patients francophones (jusqu'à 5 à 7 patients par vacations autant que possible).

Utiliser le support "affiche" traduit en 5 langues pour expliquer en quoi cela consiste.

13. Etes-vous d'accord pour répondre à un questionnaire portant sur votre compréhension de la consultation ?

1. Oui 2. Non

14. (si Oui) CODE de 1 à 5 :

Consigne : bien penser à communiquer le code au médecin pour appareiller les questionnaires médecin et patient.

Partie 2. La consultation

1. CODE (entre 1 et 5) :

2. Pouvez-vous dire comment s'appelle votre maladie ou votre problème de santé ? [réponse telle quelle du patient]

3. Codage "nom maladie" : (à cocher uniquement si le patient mentionne les termes explicitement)

1. Diabète 2. VIH 3. Sida 4. Tuberculose
 5. Hépatite chronique C/VHC 6. Hépatite chronique B/VHB 7. AUCUNE

4. Depuis combien de temps prenez-vous des médicaments pour votre maladie ou votre problème de santé ?

1. Moins d'un an 2. Plus d'un an, préciser le nombre d'années : ANS

5. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments dans la semaine ?

1. Jamais 2. Rarement (moins d'1 fois sur 10) 3. De temps en temps (1 ou 2 fois sur 10)
 4. Souvent (3 ou 4 fois sur 10) 5. Très souvent (plus de 5 fois sur 10)

6. Aujourd'hui, est-ce que le médecin vous a prescrit des médicaments ?

1. Oui 2. Non

7. [si Oui], A-t-il prescrit de nouveaux médicaments ?

1. Oui 2. Non 3. NC (c'est la première fois qu'il prescrit des médicaments)

8. [si Oui] Pouvez-vous me dire quel est le nom des médicaments prescrits aujourd'hui (qu'ils soient nouveaux ou non) ? [réponse telle quelle du patient]

9. Observation enquêteur : le patient a-t-il besoin de relire son ordonnance pour répondre ?

1. Oui 2. Non

10. Codage "nombre médicaments" : indiquer le nombre de médicaments cités par le patient :

0 1 Plus

11. Combien de fois par jour devez-vous prendre vos médicaments [réponse telle quelle du patient] ?

11 bis. Codage "prise médicaments" :

1 fois par jour 2 fois par jour 3 fois par jour 4 fois ou plus par jour

12. Aujourd'hui, le médecin vous a-t-il prescrit des examens à faire pour la prochaine consultation (de sang, d'urine, radios, scanners ou autres) ?

1. Oui 2. Non

13. [Si médicaments prescrits à la question 7], Pouvez-vous me dire quels examens sont importants pour savoir si les médicaments sont efficaces/marchent bien ? [réponse telle quelle du patient]

14. Codage "nom examen" : (à cocher uniquement si le patient mentionne les termes explicitement)

1. Hémoglobine glyquée (diabète) 2. Charge virale (VIH/Sida) 3. CD4 (VIH/Sida)
 4. Radio des poumons (VIH/tubercul.) 5. Prélèvement à la recherche de myobactérie (tuberc.)
 6. Aucun examen cité

15. Le médecin vous a-t-il fait des recommandations : [en service infectieux ou en CLAT] pour empêcher que d'autres personnes deviennent malades dans votre entourage / [en diabétologie] sur votre régime alimentaire ?

1. Oui 2. Non

16. [si Oui], Vous trouvez que suivre ces recommandations est :

1. Très facile 2. Plutôt facile 3. Plutôt difficile 4. Très difficile

17. Par rapport à votre consultation d'aujourd'hui, quelle note entre 0 et 20 donneriez-vous à votre compréhension de ce que vous a dit le médecin ?

Si besoin utiliser l'échelle graphique de 0 à 20 en demandant au patient de montrer où il se situe.

Partie 3. Communication avec le médecin (concerne uniquement les patients allophones)

18. Avez-vous pu communiquer directement avec le médecin ? 1. Oui, en français 2. Oui, en anglais
 3. Oui, dans une autre langue = _____ 4. Non, une autre personne a traduit la consultation

19. [si Non], Qui était cette personne ? [en clair] :

20. Codage "traduction consultation" : (partir de la description faite par le patient, affiner avec lui pour catégoriser)

1. Accompagnant 2. Personnel de l'hôpital connu du patient 3. Personnel de l'hôpital inconnu du patient
 4. Interprète professionnel en présence physique 5. Interprète professionnel par téléphone

21. [si 20 = 1, 2, 3], Etes-vous au courant qu'il existe des services d'interprétariat professionnel ? (expliquer : une personne dont c'est le métier et que l'on fait venir spécialement à l'hôpital pour traduire, ou qui traduit par téléphone) 1. Oui 2. Non

22. Dans vos consultations précédentes pour votre maladie ou votre problème de santé, est-ce qu'un interprète professionnel a déjà fait la traduction ? Jamais 1 fois Plus d'1 fois

23. Si vous avez été hospitalisé pour votre maladie ou votre problème de santé, est-ce qu'un interprète professionnel a fait la traduction pendant votre séjour à l'hôpital ? Jamais 1 fois Plus d'1 fois NC (n'a pas été hospitalisé)

24. [si 20 = 1, 2, 3], Si pour votre consultation d'aujourd'hui votre médecin vous avait proposé un interprète professionnel, est-ce que vous auriez préféré cette solution ? 1. Oui 2. Non

Partie 4. Statistiques générales

« Avant de terminer l'entretien, je vais vous poser quelques questions pour les statistiques de l'étude »

25. A part le médecin que vous avez consulté aujourd'hui, avez-vous un médecin généraliste (réfèrent) ? 1. Oui 2. Non

26. Avez-vous été vacciné contre la grippe saisonnière cette année ?
 1. Oui 2. Non, pas cette année 3. Non, je ne me vaccine pas contre la grippe

27. De manière générale diriez-vous que votre santé est... : " " ?
 1. Excellente 2. Très bonne 3. Bonne 4. Mauvaise 5. Très mauvaise

28. Actuellement, pour vos dépenses de santé, avez-vous...?
 1. La CMU (Couverture maladie universelle) 2. L'aide médicale d'état (AME)
 3. La sécurité sociale (standard, y compris étudiants) 4. Aucune couverture sociale

29. Et avez-vous une mutuelle [une couverture santé complémentaire, y compris CMU complémentaire] ? 1. Oui 2. Non

30. Quel âge avez-vous ? ANS

31. Etes-vous né en France (métropole ou DOM-TOM) ou à l'étranger ? 1. France 2. Etranger

32. [Si étranger], Depuis combien de temps vivez-vous en France ? ANS

33. Avez-vous votre Bac (ou équivalent) ? (si besoin, expliquer qu'il s'agit d'un diplôme que l'on passe à la fin du lycée en France, vers l'âge de 18 ans) 1. Oui 2. Non

34. [si Oui], Pouvez-vous préciser votre nombre d'années d'étude après le Bac ?

0 1 2 3 4 5 + que 5

35. [si Non], Pouvez-vous indiquer jusqu'à quel âge êtes-vous allé à l'école ? 1. Jamais 2. Age : ANS

36. Sexe de l'enquêté.e : 1. Femme 2. Homme

Remercier le patient.

Fin du questionnaire

Partie réservée à l'enquêteur

37. Remarques éventuelles (en excluant toute donnée qui pourrait permettre d'identifier personnellement le patient)

7.2 Modèle à effets mixtes sur mesures répétées de l'observance moyenne

En médiane, l'observance moyenne d'un groupe de patients est évaluée à 15 sur 20 (minimum : 0 ; Q1 : 12 ; Q3 : 16 ; maximum : 20). Nous avons construit un modèle à effets mixtes sur mesures répétées pour analyser l'observance moyenne d'un groupe de patients à partir de l'ensemble des 620 évaluations. Le modèle est construit en 3 étapes (cf. Tableau ci-dessous).

Dans une première étape, la répétition des mesures par médecin (chaque médecin effectue de 1 à 10 mesures) et la répétition des mesures par service (chaque service comporte un chef de service et/ou 1 à 14 médecins) est prise en compte par un effet aléatoire « médecin » emboîté dans un effet aléatoire « service ». Un coefficient de corrélation intra-classe est estimé qui correspond à la proportion de la variance totale de la mesure expliquée par chaque effet aléatoire : 42,9% pour l'effet médecin ($p < 0,001$) et 19,3% pour l'effet service ($p = 0,02$). Nous poursuivons la construction du modèle mixte avec les 2 effets aléatoires médecin et service.

Dans une deuxième étape, chacune des variables explicatives au niveau du service, du médecin et du groupe de patients est testée séparément dans le modèle et sera retenue dans le modèle mixte final au seuil $p < 0,20$. Au niveau du médecin, 4 variables sont associées à une diminution de la mesure de l'observance moyenne : les médecins de sexe masculin ($p = 0,12$), âgés de plus de 50 ans ($p = 0,11$), sans maîtrise de l'anglais ($p = 0,14$) ou n'ayant jamais recours aux services d'interprétariat professionnel ($p < 0,05$). Les 2 variables définissant le groupe de patients, pathologie chronique et modalité d'interprétariat, sont significativement associées à la mesure de l'observance moyenne ($p < 0,0001$). De plus, les 2 variables définissant un groupe de patients présente une interaction: la mesure de l'observance moyenne d'un groupe de patients pour une modalité d'interprétariat dépend significativement de la pathologie chronique présentée ($p < 0,01$).

Une troisième étape consiste à vérifier l'impact de 2 biais possibles sur les résultats du modèle final.

1) Les 108 médecins n'ont pas tous évalué la totalité des groupes de patients présentés (8 ou 10) et un biais de réponse peut affecter les résultats. Nous n'avons pas retrouvé d'impact du taux de réponse du médecin aux évaluations sur les résultats de l'observance moyenne dans un groupe de patient (ici, une indicatrice est présentée distinguant les médecins ayant évalué 50% ou plus des groupes de patients présentés versus les autres : $p = 0,58$). 2) Un biais de double-mesure est possible si le chef de service interrogé en entretiens participe ensuite comme médecin à l'enquête : l'analyse prend alors en compte la concordance des évaluations des chefs de service interrogés 2 fois. L'anonymisation de l'auto-questionnaire ne permet pas d'identifier les 18 chefs de service possiblement concernés (l'enquête n'a pas été conduite dans les 8 autres services). Nous avons reconduit l'analyse après exclusion des 82 évaluations faites en entretien par les 18 chefs de service. Les résultats sont similaires, mis à part un effet de l'âge significatif ($p < 0,05$), et nous n'avons pas jugé que le biais de double-mesure était suffisamment important.

Le modèle final prend en compte l'ensemble des effets mixtes simultanément (cf. dernières colonnes du Tableau ci-dessous). Au total :

- La proportion de la variance totale de la mesure expliquée par l'effet médecin est de 56,8% ($p < 0,001$) : chaque médecin construit son propre référentiel de mesure de l'observance moyenne pour un groupe de patients ;
- La proportion de la variance totale de la mesure expliquée par l'effet service est de 5,3% ($p = 0,21$) : il n'y a de corrélation significative entre les mesures de l'observance moyenne entre les différents médecins d'un même service ;
- Aucune des variables médecin sélectionnées (sexe, âge, maîtrise de l'anglais, recours à l'interprétariat professionnel) n'est significative lorsque les caractéristiques du groupe de patients (pathologie chronique & modalité d'interprétariat utilisée) sont aussi introduites dans le modèle.

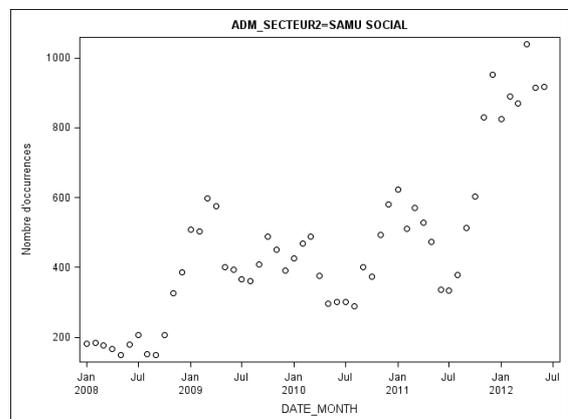
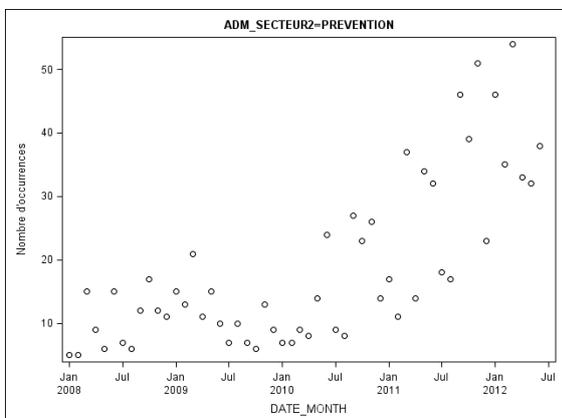
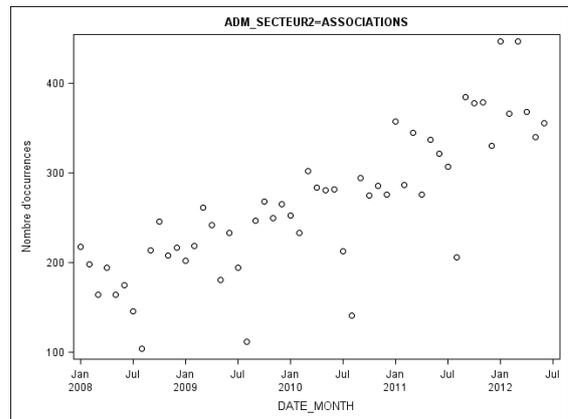
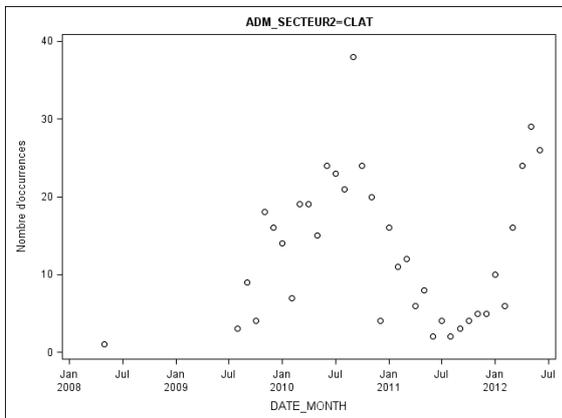
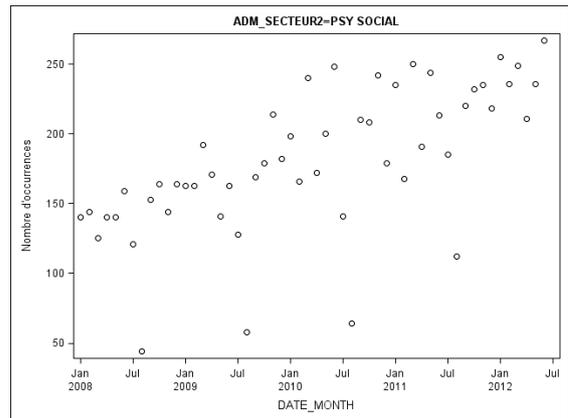
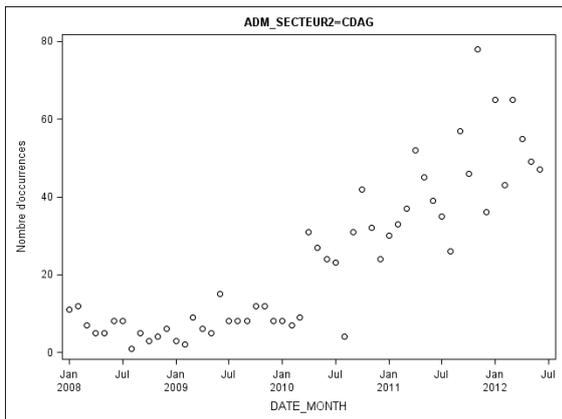
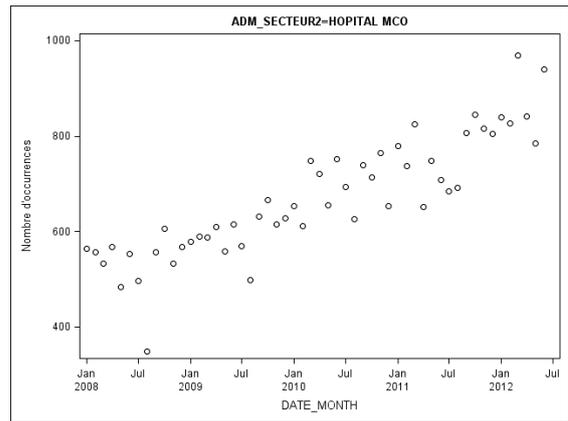
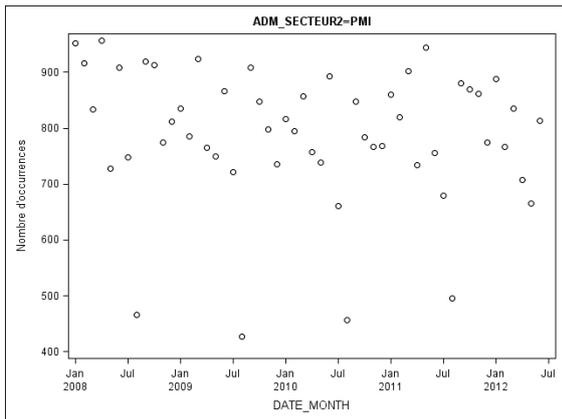
7.2.1.1.1 Tableau : construction du modèle de l'observance moyenne (n=620)

Variable	Construction du modèle			Modèle final avec interaction		
	Valeur estimée	Test statistique	Variance expliquée	Valeur estimée	Test statistique	Variance expliquée
Effets aléatoires						
Médecin (n=108)	4,922	<0,0001	42,9%	4,881	<0,0001	56,8%
Service du médecin (n=29)	2,215	0,02	19,3%	0,456	0,21	5,3%
Variance résiduelle	4,348	<0,0001	37,9%	3,258	<0,0001	37,9%
Effets fixes	Moyenne (écart-type)	Test statistique univarié		Moyenne ajustée (écart-type)	Test statistique multivarié	
Liés au service						
Région						
IDF	14,1 (3,4)	0,79		--		
PACA	14,0 (3,2)					
Liés au médecin						
Sexe						
Femme	14,3 (3,3)	0,12		14,0 (0,5)	0,72	
Homme	13,8 (3,4)			13,8 (0,6)		
Age						
50 ans et plus	13,5 (3,8)	0,11		13,5 (0,5)	0,08	
Moins de 50 ans	14,7 (2,8)			14,4 (0,7)		
Maîtrise de l'anglais						
Oui	14,0 (3,4)	0,14		14,5 (0,4)	0,22	
Non	15,0 (2,5)			13,4 (0,9)		
Maîtrise d'une autre langue						
Oui	14,0 (3,3)	0,97		--		
Non	14,2 (3,4)					
Proportion estimée de patients allophones présents dans la file						
Moins de 5%	14,7 (3,5)	0,69		--		
5% à 9%	13,5 (3,6)					
10% et plus	14,2 (3,1)					
Connaissance de l'interprétariat						
Oui	14,4 (3,2)	0,29		--		
Non	12,7 (3,8)					
Recours à l'interprétariat						
Jamais	12,3 (3,8)	0,04		13,8 (0,7)	0,73	
Rarement, parfois, souvent	14,8 (3,0)			14,1 (0,5)		
Préférence accompagnant plutôt						
Oui	14,0 (3,4)	0,69		--		
Non	14,5 (3,1)					
Liés au groupe de patients						
Pathologie chronique présentée						
VIH/SIDA	14,8 (3,1)	<0,0001		CF. TABLEAU PRINCIPAL	<0,0001	
Tuberculose maladie	15,1 (3,0)					
Tuberculose latente	14,4 (5,3)					
Diabète type I	13,1 (3,3)					
Diabète type II	11,8 (3,0)					
Modalité d'interprétariat présentée						
Francophone	15,2 (3,0)	<0,0001		CF. TABLEAU PRINCIPAL	<0,0001	
Interprète professionnel	13,9 (3,7)					
Personnel bilingue soignant	13,9 (3,3)					
Personnel bilingue non-soignant	13,4 (3,2)					
Accompagnant du patient	13,6 (3,4)					
Interaction pathologie chronique * modalité d'interprétariat présentées		<0,01			<0,01	
Taux de réponse						
≥50% des groupes de patients	14,2 (3,3)	0,58		--		
<50% des groupes de patients	13,4 (3,6)					

7.3 Modèle de croissance de la demande d'interprétariat professionnel en Ile-de-France

7.3.1 Evolution de la demande en Ile-de-France selon les structures de soins (2008-2012)

7.3.1.1.1 Figure : Evolution de la demande en Ile-de-France selon les structures de soins (2008-2012)



7.3.2 Equations du modèle de la demande des structures de soins

7.3.2.1 Niveau intra-groupe

$$Y_{ij} = \pi_{0j} + \pi_{1j} \text{Année} + \pi_{2j} \text{Trimestre 3} + \pi_{3Aj} \text{Europe UE 2004 \& 2007} \\ + \pi_{3Bj} \text{Europe de l'Est et Sud} + \pi_{3Cj} \text{Asie de l'Ouest} + \pi_{3Dj} \text{Asie Centrale} \\ + \pi_{3Ej} \text{Asie de l'Est \& du Sud Est} + \pi_{3Fj} \text{Asie du Sud} + \pi_{3Gj} \text{Maghreb \& Machrek} \\ + \pi_{3Hj} \text{Afrique} + r_{ij}$$

Une interaction est testée pour chaque région d'origine des langues et la variable « Année ».

7.3.2.2 Niveau entre groupes

$$\pi_{0j} = \tau_{00} + \tau_{01} \text{Departement} + \tau_{02} \text{Secteur} + u_{0j} \\ \pi_{1j} = \tau_{01} + \tau_{11} \text{Departement} + \tau_{22} \text{Secteur} + u_{1j} \\ \pi_{3Aj} = \tau_{A20} + \tau_{A21} \text{Departement} + \tau_{A22} \text{Secteur} + u_{A3j} \\ \pi_{3Bj} = \tau_{B20} + \tau_{B21} \text{Departement} + \tau_{B22} \text{Secteur} + u_{B3j} \\ \pi_{3Cj} = \tau_{C20} + \tau_{C21} \text{Departement} + \tau_{C22} \text{Secteur} + u_{C3j} \\ \pi_{3Dj} = \tau_{D20} + \tau_{D21} \text{Departement} + \tau_{E22} \text{Secteur} + u_{D3j} \\ \pi_{3Ej} = \tau_{E20} + \tau_{E21} \text{Departement} + \tau_{F22} \text{Secteur} + u_{E3j} \\ \pi_{3Fj} = \tau_{F0} + \tau_{F21} \text{Departement} + \tau_{G22} \text{Secteur} + u_{F3j} \\ \pi_{3Gj} = \tau_{G0} + \tau_{11} \text{Departement} + \tau_{G22} \text{Secteur} + u_{G3j} \\ \pi_{3Hj} = \tau_{H0} + \tau_{H21} \text{Departement} + \tau_{H22} \text{Secteur} + u_{H3j}$$

7.3.3 Equations du modèle de la demande des hôpitaux

7.3.3.1 Niveau intra-groupe

$$Y_{ij} = \pi_{0j} + \pi_{1j} \text{Année} + \pi_{2j} \text{Trimestre 3} + \pi_{3Aj} \text{Europe UE 2004 \& 2007} \\ + \pi_{3Bj} \text{Europe de l'Est et Sud} + \pi_{3Cj} \text{Asie de l'Ouest} + \pi_{3Dj} \text{Asie Centrale} \\ + \pi_{3Ej} \text{Asie de l'Est \& du Sud Est} + \pi_{3Fj} \text{Asie du Sud} + \pi_{3Gj} \text{Maghreb \& Machrek} \\ + \pi_{3Hj} \text{Afrique} + r_{ij}$$

Une interaction est testée pour chaque région d'origine des langues et la variable « Année ».

7.3.3.2 Niveau entre groupes

$$\pi_{0j} = \tau_{00} + \tau_{01} \text{Departement} + u_{0j} \\ \pi_{1j} = \tau_{01} + \tau_{11} \text{Departement} + u_{1j} \\ \pi_{3Aj} = \tau_{A20} + \tau_{A21} \text{Departement} + u_{A3j} \\ \pi_{3Bj} = \tau_{B20} + \tau_{B21} \text{Departement} + u_{B3j} \\ \pi_{3Cj} = \tau_{C20} + \tau_{C21} \text{Departement} + u_{C3j} \\ \pi_{3Dj} = \tau_{D20} + \tau_{D21} \text{Departement} + u_{D3j} \\ \pi_{3Ej} = \tau_{E20} + \tau_{E21} \text{Departement} + u_{E3j} \\ \pi_{3Fj} = \tau_{F0} + \tau_{F21} \text{Departement} + u_{F3j} \\ \pi_{3Gj} = \tau_{G0} + \tau_{11} \text{Departement} + u_{G3j} \\ \pi_{3Hj} = \tau_{H0} + \tau_{H21} \text{Departement} + u_{H3j}$$

7.4 Charte de l'interprétariat professionnel et définition du métier d'interprète en santé

Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France

Préambule :

L'objectif de la présente charte est de promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel mis en œuvre en France par les associations sans but lucratif

- dans la visée de favoriser un égal accès de tous à la santé et aux droits sociaux,
- et conformément à la définition du métier d'interprète médical et social, telle que spécifiée par le Groupe de Travail National en 2011-2012 et exposée ci-après, garantissant par son exercice les principes de fidélité, de confidentialité et d'impartialité.

Considérant que la jouissance des droits à la santé et des droits sociaux *« doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation »*⁵¹,

Considérant que *« toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre »*⁵² et de ses droits sociaux,

Considérant que la mise à disposition d'interprètes médicaux et sociaux formés peut mieux garantir une égalité des personnes non francophones devant l'éducation, la santé, les droits sociaux, les mesures administratives,

Considérant que les entretiens et consultations en présence d'interprètes médicaux et sociaux formés garantissent le respect de la confidentialité des soins, des aides et des prises en charge,

Considérant que les consultations et entretiens en présence d'interprètes médicaux et sociaux formés protègent et renforcent le libre choix et l'autonomie des personnes non francophones dans les décisions qu'elles prennent au regard de leur santé et de leur situation sociale,

⁵¹ Charte Sociale Européenne (révisée, 1996), Partie V, article E : Non-discrimination

⁵² Charte Sociale Européenne (révisée, 1996), Partie I, article 11

Les associations signataires de la présente charte s'engagent

- à développer sur l'ensemble du territoire national les services d'interprètes formés au bénéfice de personnes (enfants ou adultes) peu ou non francophones, des structures et des institutions sanitaires, sociales, éducatives, ou des services administratifs,
- à informer les structures et institutions sanitaires, sociales, éducatives ou administratives et leur personnel de l'existence de l'interprétariat professionnel,
- à développer et approfondir la formation initiale et continue des interprètes médicaux et sociaux,
- à promouvoir la recherche dans le domaine de l'interprétariat médical et social,
- à promouvoir la reconnaissance des formations et des qualifications des interprètes médicaux et sociaux auprès des pouvoirs publics,
- à faire reconnaître le métier d'interprète médical et social à travers un statut national.

Signatures :

nom et prénom du signataire,
fonction,
dénomination de l'association,
date et lieu

Les structures sanitaires, sociales, éducatives, administratives et de formation, partageant le constat de l'utilité des services d'interprètes médicaux et sociaux professionnels pour un accès égal de tous à la santé et aux droits sociaux,

- s'associent par leur signature aux principes et aux objectifs énoncés dans la présente charte et dans la « Définition du métier d'interprète médical et social » qui lui est annexée,
- s'engagent à inscrire l'interprétariat médical et social professionnel dans la planification stratégique de développement de leurs établissements / organisations afin d'améliorer l'accessibilité des services pour les personnes non francophones,
- s'engagent à promouvoir l'interprétariat médical et social professionnel au sein de leurs établissements.

Signatures :

nom et prénom du signataire,
fonction,
dénomination de l'établissement,
date et lieu

Définition du métier d'interprète médical et social

Préambule et visées

La dénomination « interprétariat en milieu médical et social » définit une forme d'interprétariat de liaison exercé dans les contextes spécifiques des champs médical, social, médico-social, éducatif et administratif.

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

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

Contexte d'intervention et cadres réglementaires

Porté par des associations à but non lucratif, l'interprétariat médical et social - dénommé également, selon les pays, interprétariat interculturel, interprétariat social, interprétariat communautaire, *public services interpreting, dialogue interpreting ...* – a émergé comme une spécialité à part au cours des années 1990 dans la dynamique impulsée par *Critical Link*. Ce réseau international, initié par une association canadienne, a posé l'objet de l'interprétariat médical et social comme mesure pour un égal accès de tous aux droits et à la santé, et fortement stimulé le questionnement des acteurs et des chercheurs sur la formation des interprètes opérant dans ces domaines et sur leurs conditions d'exercice dans le secteur public.

L'interprétariat médical et social mobilise des connaissances à la croisée de plusieurs spécialités : l'interprétation, l'anthropologie, la sociologie, la psychologie, la communication, ...

A ce jour en France, comme dans beaucoup de pays, l'interprétariat médical et social n'est pas un droit juridiquement contraignant : ne pas proposer aux personnes ayant une maîtrise limitée du français des services garantissant leur expression et compréhension ne peut juridiquement pas être assimilé à une discrimination.

Cependant, la veille et la suppression des obstacles à la communication afin d'assurer l'accès de tous aux droits sont inscrits comme recommandations ou obligations, selon les cas, dans :

- les cadres réglementaires européen et français pour la promotion des droits et de l'accès équitable aux soins de santé de qualité * :
 - la Charte Sociale Européenne (révisée, 1996), Partie I, article 11, et Partie V, article E,
 - Recommandation et Annexe à la Recommandation Rec(2006)18 du Comité des Ministres aux Etats membres du Conseil de l'Europe,
 - Recommandation de bonne pratique N° 13-IV.2, de la Haute Autorité de Santé (France),
 - Code de santé publique (version en vigueur 2 mai 2012), Chapitre 1, Titre 1,
- complétés par les cadres réglementaires propres aux institutions médicales et sociales françaises :
 - Codes de l'action sociale et des familles (droits des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux), lois du 2 janvier 2002
 - Charte du patient hospitalisé – 2011
 - Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2011-2015, Axe 2,

- ainsi que les priorités / recommandations définies par les Programmes Régionaux d'Intégration des Populations Immigrées déclinant les orientations des politiques publiques sur les différentes régions du territoire national.

Définition

L'interprète en milieu médical et social exerce de façon qualifiée une fonction d'interface verbale entre plusieurs individus ou groupes ne parlant pas une même langue. Pour ce faire, il met en œuvre sa maîtrise des langues utilisées et sa connaissance des techniques de traduction orale.

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical et social :

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

Comme tout interprète de liaison, l'interprète médical et social :

- est spécialiste des échanges verbaux⁵³ ; il travaille en temps réel ; sa prestation est destinée exclusivement à l'audition directe et immédiate⁵⁴,
- ne peut exercer autrement qu'en présence des parties au cours de consultations et d'entretiens individuels, ou de réunions en comité restreint, en face à face ou téléphoniques,
- pratique essentiellement l'« interprétation consécutive » : ce mode opératoire nécessite un discours scindé par séquences pour que l'interprète en restitue le contenu, au fur et à mesure, et par intervalles réguliers,
- intervient pour imposer un temps de traduction, et ce dans l'attention du maintien de la fluidité des échanges entre les parties.

De manière spécifique, l'interprète médical et social :

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

Déontologie

Fidélité de la traduction

L'interprète en milieu médical et social restitue les discours dans l'intégralité du sens, avec précision et fidélité⁵⁵, sans additions, omissions, distorsions ou embellissement du sens.

⁵³ L'interprète médical et social peut être à la fois interprète et traducteur ; il s'agit toutefois de deux métiers distincts qui font appel à des compétences fondamentalement différentes.

⁵⁴ Nul enregistrement, y compris par les auditeurs, ne peut être fait sans leur consentement préalable.

⁵⁵ Comme pour toute interprétation et traduction, la précision et la fidélité visent la transmission satisfaisante de l'information et du style avant la restitution lexicale exhaustive.

Confidentialité et secret professionnel

L'interprète en milieu médical et social a un devoir de confidentialité concernant toute information entendue ou recueillie. Il est soumis au même secret professionnel que les acteurs auprès desquels il est amené à intervenir.

Impartialité

L'interprète en milieu médical et social exerce ses fonctions avec impartialité, dans une posture de retrait par rapport aux parties. Sa traduction est loyale aux différents protagonistes.

Respect de l'autonomie des personnes

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

Fonctions essentielles

► **TRADUCTION ORALE**

L'interprète en milieu médical et social :

- traduit tous les propos énoncés par chacune des parties et les informe de cette règle au préalable,
- restitue le sens des propos au plus près des nuances exprimées grâce à l'utilisation de techniques d'interprétariat,
- respecte dans sa traduction les différents registres des discours - culturel, social, technique, ...,
- contribue à la fluidité des échanges en ayant le souci du rythme et une veille quant à la compréhension par chaque partie des propos traduits,
- garantit une traduction fidèle aux propos des usagers et professionnels et non à leurs intentions supposées,
- reste centré sur son travail de restitution, sans être influencé par les effets de relations majoritairement « asymétriques ».

► **ATTENTION ET DISPONIBILITE INTERCULTURELLE**

L'interprète en milieu médical et social :

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

► **DISTANCIATION**

L'interprète en milieu médical et social :

- inscrit son intervention au sein d'un cadre professionnel,
- assure la fonction de traduction orale consécutive pour laquelle il est mandaté, quel que soit le contexte émotionnel et interculturel de la situation,
- développe au sein de groupes de pairs des capacités d'analyse, de réflexivité et de décentration pour rester à l'écoute et stable dans son travail de traduction,
- respecte l'intégrité, l'autonomie et les stratégies / logiques des interlocuteurs.

Responsabilités et délimitation de la pratique

L'interprète médical et social accomplit ses fonctions professionnelles en **engageant sa responsabilité** au regard :

- de la **justesse de la traduction**, entendue comme « une opération sur ce qui se dit à travers les langues », de la transmission du discours, donc du sens, à travers un choix de vocabulaire et d'expressions adéquates,
- d'une **veille de compréhension**, entendue comme la vérification de la bonne réception des propos traduits⁵⁶ et non comme l'appropriation des enjeux de la situation par les personnes (blocages, difficultés de discernement, ...).
- d'une **attention interculturelle** favorisant le repérage d'incompréhensions et de malentendus entre les interlocuteurs. Selon le cas, il est amené à interagir pour leur explicitation :
 - il demande leur reformulation,
 - ou **sort de la traduction** en l'ayant annoncé, et en proposant - sous forme d'hypothèse à valider par les interlocuteurs - des informations, éclairages ou explications.

Il sait délimiter ses fonctions et responsabilités :

- il informe les parties des règles déontologiques propres à son exercice,
- il exerce avec neutralité et recul, quel que soit son propre parcours ; en aucun cas il ne prend la posture de conseil ou de défenseur de l'une ou de l'autre des parties,
- dans sa qualité d'interface linguistique, il n'entre pas dans une quelconque régulation ou conciliation : il garde une posture distancée, et n'est pas habilité à assumer des fonctions de médiateur social⁵⁷,
- dans ce cadre, il n'effectue pour aucune des parties des services autres que l'interprétariat,
- il identifie ses limites linguistiques et de posture professionnelle ; il renforce sa pratique à travers la formation continue.

⁵⁶ Il s'agit d'un devoir de vérification propre à l'interprétariat de liaison et qui le distingue de l'interprétariat de conférence.

⁵⁷ La médiation étant un processus de règlement de conflit, d'aide à améliorer une relation nécessitant des compétences de négociation, de motivation des personnes, de connaissances historiques, sociologiques, ethnologiques...

* Textes réglementaires européens et français référencés

▪ **Charte sociale européenne (révisée 1996), Partie V - Article E - Non-discrimination**

La jouissance des droits (...) « doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation. »

▪ **Annexe à la Recommandation Rec(2006)18 / 3**

Stratégies d'amélioration de la santé des populations multiculturelles et des soins de santé qui leur sont dispensés – *Non-discrimination dans l'accès aux services de soins de santé*

« La suppression des obstacles à la communication est l'aspect qui nécessite l'intervention la plus urgente, claire et évidente. (...) Des interprètes professionnels devraient être mis à disposition et utilisés régulièrement pour assister les patients membres de minorités ethniques, si nécessaire. (...) Les professionnels de santé devraient être conscients que les obstacles linguistiques ont des effets négatifs sur la qualité des soins. Ils devraient être formés à travailler conjointement et efficacement avec des interprètes.

Des programmes de formation s'imposent pour les interprètes travaillant dans le domaine de la santé. »

▪ **Code de santé publique (version en vigueur 2 mai 2012),**

Titre 1 : les droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Chapitre 1 : Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté

« Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté »

Art. L1111-2 *« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.*

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »

▪ **Haute Autorité de Santé (France)**

Recommandation de bonne pratique N° 13 : Accès aux informations concernant la santé d'une personne - Modalités pratiques et accompagnement. Recommandations pour la pratique clinique, Accès aux informations concernant la santé d'une personne, décembre 2005 :

IV.2. Modalités de communication du dossier et accompagnement de l'accès

« Dans le cas particulier des personnes ayant des difficultés de communication, la transmission des informations doit être adaptée à leurs possibilités et les difficultés de compréhension doivent être prises en compte de manière spécifique. »

▪ **Charte du patient hospitalisé – 2011**

« L'établissement doit tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des personnes hospitalisées et des personnes susceptibles de leur apporter un soutien (la personne de confiance désignée, la famille ou les proches). Le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des personnes qui ne comprennent pas le français, ainsi que des personnes sourdes ou malentendantes, sera recherché. »

▪ **Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2011-2015**

Axe 2 : Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires

« Garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social

- *Rendre plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider*

(...) Compte tenu de ces difficultés, qui s'ajoutent aux obstacles liés à la maladie, ces populations doivent faire l'objet de mesures spécifiques de la part des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (systèmes de communications adaptés, organisation du recours aux services de traduction). »

8 Remerciements

Sont vivement remerciés pour leurs contributions à cette étude :

- Les chefs de service et/ou équipes hospitalières et/ou équipes de CLAT qui ont accepté de répondre au chercheur et/ou de recevoir les enquêtrices :

CHU Nord (Marseille – 13)
CHU Bichat ; CHU Saint-Louis ; CHU Lariboisière - (Paris – 75)
CHU Marc Jacquet (Melun – 77)
CHU de Cimiez (Nice – 06)
CHIC de Toulon (83)
CH Sud-Francilien (Corbeil – 91)
CHI Créteil (94)
CH R. Ballanger (Aulnay sous Bois – 93)
CHU Avicenne (Bobigny – 93)
CHU Delafontaine (St-Denis – 93)
CLAT 75
CLAT 92
CLAT 93
CLAT 94

- Les enquêtrices : Sandrine Argant, Géraldine Bécheras, Perrine Besson, Sorélia Kada, Véronique Rochais, Aminata Sall.

- Les membres du comité de suivi et les personnes qui se sont associées à ses travaux :

- De la Direction générale de la santé : Patrick Ambroise, Laurence Cate, Catherine Chardin, Thierry Comolet, Joëlle Connan Clark, Katell Daniault, Bernard Faliu, Alain Fontaine, Nathalie Goyaux, Lionel Lavin, Véronique Tirard-Fleury
- De la Direction générale de l'organisation des soins : Anne L'Hostis, Béatrice Rouyer, Carole Ruelle
- Du CDDPS (conseil général 93) : Rafaella Bonasia, Youcef Mouhoub
- Du secteur hospitalier : Olivier Bouchaud, Patrick Vexiau
- Du secteur médecine libérale : Pierre Tryleski
- Du secteur associatif : Mathy Kenya, Marie-Dominique Pauti, Joseph Situ, Arnaud Veisse, Laure Wolmark

• 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 françaises intervenant en matière d'interprétariat médico-social, qui ont apporté à notre recherche un éclairage utile à l'occasion de leur colloque national du 14 novembre 2012 à Strasbourg ; ce colloque a permis le lancement de la *Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France*, annexée ci-dessus (cf. 7.4.)

Les pratiques particulières de recours à des interprètes professionnels en vigueur en Alsace depuis plusieurs années parmi les médecins libéraux, permettraient d'ailleurs de fournir un terrain d'enquête particulièrement propice à une recherche ultérieure approfondie.