

Le recours aux interprètes dans les consultations médicales est-il justifié ?

**Présentation d'études réalisées
aux USA, au Canada et en Belgique sur la pertinence
et le coût de l'interprétariat en milieu de soins**

La présente étude a été réalisée par

**PASS International v.z.w.
Parteners for Applied Social Sciences**



www.pass-international.org

Auteurs :

Joan Muela Ribera, SEtats Unisnna Hausmann-Muela
Koen Peeters Grietens & Elisabeth Toomer

Etude promue par

COFETIS – FOSOVET asbl

Coordination Fédérale de la traduction et de l'Interprétariat Social
Federaal Overleg voor het Sociaal Vertalen en Tolken



www.cofetis.be

Mars 2008 - Version rééditée

Avec le soutien du Fond Européen pour les Réfugiés (FER)



Document disponible en anglais sur le site de COFETIS

Traduit vers le français

par Melle Camelia MORARU

Interprète-traductrice à ISM Interprétariat

Paris, novembre 2009

Sommaire

1. Introduction	3
2. Méthodologie	5
3. Droits de l'homme	5
4. Equité et qualité des soins avec des interprètes professionnels	7
4.1. Equité et qualité des soins	7
4.2. Éthique médicale et qualité des interprètes professionnels	9
5. Satisfaction et interprètes professionnels	14
5.1. Satisfaction des patients	14
5.2. La relation soignant / patient et les implications des stratégies d'interprétariat.....	15
5.3. Satisfaction du personnel de la santé.....	16
5.4. Faire connaître les services d'interprétariat professionnel et leur utilisation.....	17
6. L'accès aux soins	22
6.1. Les interprètes professionnels et la santé mentale	22
6.2. L'accès aux soins préventifs	24
7. Coûts médicaux des barrières linguistiques	27
7.1. Les interprètes professionnels et les soins de santé de base	28
7.2. Coûts des examens médicaux	30
7.3. Admissions à l'hôpital et durées du séjour	32
8. La rentabilité de l'assistance linguistique dans le secteur médical	34
8.1. Le diabète en Belgique, étude de cas.....	34
9. Conclusions	40
Bibliographie	47

Le recours à l'interprétariat dans les consultations médicales est-il justifié ?

Présentation des publications sur le sujet

1. Introduction

L'utilisation des traducteurs et des interprètes dans le domaine médical est une question ardemment débattue. Leur utilisation dans les consultations médicales est-elle justifiée ? Les interprètes améliorent-ils considérablement la communication entre le personnel médical et les patients qui ont des connaissances limitées de la langue du pays d'accueil ? Améliorent-ils les résultats des consultations médicales ? Sont-ils acceptés et employés par les patients et le personnel de la santé ? Sont-ils « rentables » ?

Les interprètes utilisés pour surmonter les barrières de communication sont des interprètes *professionnels*, des interprètes *informels* (ou *ad hoc*), ou encore des *praticiens de santé bilingues*.

Les interprètes professionnels ont une formation formelle dans le domaine de la traduction et ont des compétences culturelles et médicales. Ils sont disponibles *in situ* ou *par téléphone*.

Les interprètes informels ou *informels* sont, généralement, des membres de la famille, bien souvent des enfants, des amis ou d'autres personnes qui accompagnent les patients quand ils ont des CLPA limitées (connaissances limitées de la langue du pays d'accueil). Ils peuvent aussi être des membres du personnel bilingue des centres médico-sociaux. Les interprètes *informels* ne possèdent aucune formation spécifique dans le domaine de la santé et / ou de l'interprétariat.

Les praticiens de santé bilingues sont en général des médecins et des infirmiers.

Plusieurs systèmes de santé dans le monde utilisent actuellement un éventail d'interventions pour améliorer l'accès aux soins des groupes de migrants et de minorités (pour un examen des interventions effectives, voir Bischoff, 2003). Lors de ces interventions, les barrières de langue et de la communication constituent les inquiétudes principales.

Lorsqu'il s'agit des soins médicaux, les services d'interprétariat sont généralement considérés plus utiles dans les soins hospitaliers. Cela inclut les services d'urgences, où les migrants et les groupes minoritaires accèdent aux soins de santé souvent pour la première fois (Bischoff, 2003). Il est donc compréhensible que la plupart des publications se focalise sur les études effectuées dans les hôpitaux. Cependant, les services d'interprétariat sont également utiles dans d'autres structures sociales, telles que les centres de réfugiés, les centres de soins de santé primaire (dont les soins à domicile), les centres de soins de santé mentale et les centres de recherches cliniques ou épidémiologiques.

Le but de ce rapport est de dresser un compte-rendu de la de ce qui a été écrit sur le sujet et d'évaluer l'utilisation des services d'interprétariat dans les soins de santé à partir des publications et des données actuellement disponibles.

Les résultats de ce rapport constituent les bases d'une discussion exhaustive à propos de l'utilisation des services d'interprétariat.

Cette discussion devra prendre en compte les droits de l'homme et la déontologie aussi bien que la qualité des soins, la satisfaction du patient et de l'établissement, mais aussi la rentabilité pour les deux parties (patient et établissement), qui devrait comprendre aussi la possibilité de gains économiques et financiers directs et indirects.

2. Méthodologie

La base de données utilisée pour ce compte-rendu a été « PubMed ». Les mots clés ont été « interprètes » (647 résumés) et « barrières linguistiques » (364 résumés).

De ce total, 67 articles de recherches et 4 magazines ont été jugés pertinents pour la présente étude. Ont été exclus les articles qui n'ont pas été considérés pertinents ou qui n'ont apporté aucune contribution nouvelle. La majorité des articles de recherche font référence à la situation qui prévaut aux Etats-Unis, avec un accent mis sur les communautés de langue espagnole. Les 4 magazines se sont avérées plus utiles (Bowen, 2001 ; Bischoff, 2003 ; Flores, 2005 ; Jacobs *et autres*, 2006).

3. Droits de l'homme

La Convention des Nations Unies sur les droits économiques, sociaux et culturels de 1966, qui est un traité des Nations Unies ratifié par plus de 150 pays, dont la Belgique en 1983, stipule dans son l'article 12 que « *Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre* ». La Convention précise également les étapes à suivre pour un total accomplissement de ce droit « *la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.* ».

En vertu de l'article 2.2 et de l'article 3 de la Convention, les Etats s'engagent à bannir toute forme de discrimination dans l'accès aux soins médicaux et aux déterminants de santé sous-jacents et toute forme de discrimination dans l'accès aux moyens et prérogatives pour les obtenir, fondée sur race, couleur, sexe, langue, religion, opinion politique ou toute autre opinion, origine nationale ou sociale, naissance, handicap physique ou mental, état de santé (tel que la séropositivité VIH / SIDA), orientation sexuelle, état civil ou statut politique, social ou tout autre statut qui

aurait comme intention ou comme effet d'annuler ou d'altérer le droit égal au bénéfice ou à l'exercice du droit à la santé.

« L'état de la population mondiale – 2006 » de l'UNFPA précise que « Les droits à l'éducation et à la santé sont d'importance critique, non seulement pour les migrants et leur famille, mais dans l'intérêt des pays d'accueil eux-mêmes (...) Dans certains pays d'accueil, les immigrants représentent une part substantielle des effectifs totaux de la main-d'oeuvre et, en conséquence, l'état de santé des migrants peut avoir un impact sensible sur la production économique du pays. (...) Ne pas promouvoir l'accès des migrants et de leur famille à l'éducation et aux soins de santé comporte aussi de graves implications quant à leur intégration. La médiocrité du niveau éducatif et de l'état de santé des migrants alimente la discrimination à leur encontre et contribue à leur marginalisation socio-économique. »

L'initiative de « Migrant Friendly Hospitals »¹, subventionnée par l'Union Européenne vient d'une évaluation des besoins qui postule que *« la langue et la communication sont considérées comme le domaine le plus problématique, lorsqu'il s'agit de gérer dans les procédures cliniques des populations de migrants et de minorités ethniques »*. Du point de vue des droits de l'homme, la plus grande priorité devrait être accordée à l'amélioration de la communication clinique avec les patients issus de l'immigration.

Aux Etats Unis, le titre VI du « *Civil Rights Act* » (CRA) de 1964 oblige les donneurs de soins médicaux à fournir interprétariat et traduction aux patients avec des CLPA limitées (il s'agit de l'anglais dans ce cas).

Dans la pratique, le CRA est cependant, en grande partie ignoré (Ku & Flores, 2005). Au Royaume Uni, le « *Race Relations Act* » (1976) cite les services d'interprétariat comme un moyen de réduire la discrimination raciale (Henley et Schott, 1999).

¹ www.mfh-eu.net

Du point de vue des droits de l'homme, la plus grande priorité devrait être accordée à l'amélioration de la communication clinique avec les patients issus de l'immigration. De plus, le fait d'échouer à promouvoir l'accès aux soins de santé des immigrés et de leurs familles a également des implications pour leur intégration.

4. Équité et qualité des soins avec des interprètes professionnels

4.1. Équité et qualité des soins

Les inégalités de santé des populations migrantes sont souvent aggravées par un accès inégal aux services médicaux et une qualité des soins comparativement inférieure.

Selon les études prises en compte par le présent rapport, ces inégalités correspondent souvent aux barrières linguistiques et sont aggravées par celles-ci. Ainsi, les patients avec des connaissances limitées de la langue du pays d'accueil (avec des CLPA limitées) constituent une population fortement vulnérable. D'après Ku & Flores (2005), ces patients sont en général des immigrés avec un accès limité aux soins de santé et qui recourent rarement aux services médicaux². Dans ce rapport plusieurs exemples illustrent la façon dont l'utilisation des interprètes professionnels peut améliorer de manière significative la qualité des soins et l'équité des soins pour des patients avec des CLPA limitées.

Les études montrent l'impact négatif des barrières linguistiques sur la qualité des soins. L'une d'entre elles, réalisée par Derose et Baker aux Etats Unis en 2000,

² Aux Etats-Unis il s'agit principalement d'hispaniques et asiatiques, avec une dépense médicale moyenne qui est entre 20% et 60% au-dessous de celle de la population dite « blanche » (Ku et Flores, 2005).

indique que le nombre de consultations médicale des personnes hispaniques insuffisamment anglophones est d'environ 22% inférieur à celui des personnes non-hispaniques ayant l'anglais comme langue maternelle, une fois pris en compte les autres déterminants.

Le fait d'avoir des connaissances limitées de la langue du pays d'accueil a des effets similaires que le fait d'être en mauvaise santé, de ne pas avoir de couverture médicale ou de ne pas bénéficier d'un suivi médical régulier.

Weinick et Krauss suggèrent également dans une étude de 2000 que les enfants hispaniques ne bénéficient pas souvent d'une source régulière de soin, ceci étant le résultat de la barrière de la langue plutôt que des facteurs culturels.

En outre, les personnes avec des CLPA limitées ont plus de chances de recevoir des soins palliatifs de qualité inférieure par rapport à la population autochtone (Chan et Woodruff, 1999). De même, les patients avec des CLPA limitées qui n'ont *pas* été assistés par un interprète ou qui ont été assistés par un interprète informel n'ont pas reçu le même niveau de service que les patients ayant des CLPA suffisantes (Jacobs *et autres* 2006 ; Flores, 2005 ; D' Avanzo, 1992 ; et Chak *et autres* 1984).

Une étude effectuée dans le service des urgences d'un hôpital des Etats Unis, réalisée sur un ensemble de 500 patients, (Bernstein *et autres*, 2002) prouve que les patients avec des CLPA limitées et sans interprète ont reçu des soins d'une qualité inférieure. Ils ont reçu moins de médicaments, ont subi moins d'examens et ont passé moins de temps dans les services des urgences que les patients avec des CLPA limitées assistés par un interprète ou les patients avec des CLPA suffisantes présentant des caractéristiques semblables d'un point de vue clinique et socio--démographique.

Les études témoignent également du fait que les patients avec des CLPA limitées montrent un niveau inférieure de compréhension du diagnostic, du pronostic, de la

thérapie et des soins reçus par rapport à la population autochtone (Flores, 2005 ; Jacobs *et autres*, 2006). Ils suivent moins les recommandations thérapeutiques et consultent moins souvent pour leur suivi (Bernstein *et autres*, 2002 ; Paniers et McNulty, 2002 ; Flores, 2005 ; Jacobs *et autres*, 2006) et bénéficient de moins de consultations de suivi après la sortie de l'hôpital (Sarver & Baker, 2000).

L'adhésion faible aux consultations de suivi et aux régimes de traitement, qui est souvent attribuée à un manque de compréhension des deux côtés, peut mener à des complications de la maladie qui peuvent être coûteuses.

Diverses études montrent la relation directe entre le manque d'adhésion et les barrières linguistiques (David et Rhee, 1998 ; Crane, 1997). Cependant, ceci n'est pas uniquement le résultat des difficultés évidentes d'obtenir des informations exactes mais également parce « *qu'une bonne communication peut s'avérer une source de motivation, un moyen de se rassurer et un appui, de même qu'une occasion de clarifier les attentes* » (Kaplan *et autres*, 1989 ; Bowen, 2001).

En revanche, « *les études prouvent clairement que, rapportés aux patients avec des connaissances suffisantes de la langue du pays d'accueil (patients avec des CLPA suffisantes), les patients avec des CLPA limitées qui ont été assistés par un interprète professionnel ont reçu en général la même qualité de soins ou une qualité similaire et ont partagé un niveau de satisfaction comparable* » (Flores, 2005).

De plus, une étude réalisée par Tocher & Larson en 1999 montre qu'un plus grand nombre de patients assistés par des interprètes professionnels ont été suivis selon les directives de l'Association Américaine du Diabète, et qu'ils ont bénéficié même de plus de consultations diabétiques que les patients avec des CLPA suffisantes.

4.2. **Éthique médicale et qualité des interprètes professionnels**

Les barrières linguistiques rendent les erreurs de traduction plus probables. Selon les études, de telles erreurs se produisent surtout lorsqu'il s'agit des interprètes *informels*. Elles consistent principalement en erreurs d'omission, au sujet de la fréquence et de la durée du traitement, des allergies et des effets secondaires provoqués par les médicaments, des dosages et des informations importantes sur les antécédents du patient ; et en erreurs issues des malentendus, ce qui amène à donner des informations inexactes tant du côté du médecin que du patient (Flores *et autres* 2003, Flores, 2005).

Les interprètes *informels* ont aussi tendance à rajouter des informations dans le but de clarifier le message, minant souvent l'information fournie par le patient lui-même. Ils sont également susceptibles de donner leur avis personnel (Flores *et autres* 2003) ou d'omettre de poser des questions qu'ils jugent embarrassantes (Flores, 2005).

Laws *et autres* (2004) ont étudié des transcriptions d'entretiens cliniques qui ont bénéficié de l'assistance d'interprètes qui n'ont pas eu de formations adaptées (pour les langues espagnol / anglais). Ils ont constaté que 66.1% des segments de conversation traduits contenaient des erreurs majeures de traduction et des omissions. De plus, certains passages n'avaient même pas été traduits. Dans une étude similaire, Elderkin-Thompson *et autres* (2001) ont détecté 52% d'erreurs de traduction qui ont affecté l'interprétation des symptômes et la crédibilité des patients.

Comme il sera développé plus loin, de telles erreurs de traduction peuvent mener à une augmentation des coûts tant pour le patient que pour l'établissement médical. De plus, elles peuvent aussi compromettre la santé du patient. Par exemple, les « *erreurs cliniques peuvent mener à des coûts plus élevés dus à un plus grand taux de retour des patients, à plus de consultations dans les services des urgences, et à des wrongful injury³ ou des death lawsuits* »⁴. (Lee *et autres*, 2005).

³ Ndt : les *wrongful injury* sont des blessures préjudiciables

Dans un hôpital pour enfants des Etats Unis, les barrières linguistiques ont eu comme conséquence un nombre plus élevé d'erreurs de médication et de diagnostic, et même de confondre deux patients (Cohen *et autres* 2005). De même, dans une autre étude, 63% des erreurs de traduction ont eu des conséquences cliniques potentielles (Flores *et autres* 2003).

L'étude mentionnée ci-dessus de Flores *et autres* (2003) au sujet des erreurs de traduction montre que les interprètes professionnels font également des erreurs avec des conséquences médicales potentielles. Celles-ci sont néanmoins moins fréquentes et avec moins d'implications défavorables que dans le cas des interprètes *informels*. Un risque décrit par Hsieh (1982) est que les interprètes professionnels peuvent agir en tant que co-diagnosticiens dans le but de dépasser les différences culturelles et pour faire gagner du temps aux médecins.

Un problème mineur, mais d'égale importance, rencontré lors des traductions dans le tandem des langues anglais / espagnol dans un hôpital des Etats Unis (Aranguri *et autres*, 2006) consiste dans le fait que les interprètes professionnels choisissent de ne pas traduire « *les petites discussions* » qui, même si elles peuvent être inutiles en termes cliniques, sont importantes pour la dynamique médecin-patient. Les auteurs suggèrent en conséquence que les interprètes devraient suivre des formations dans les stratégies de communication.

Une bonne formation des interprètes professionnels est en effet une condition préalable importante pour que les services de santé puissent fonctionner de manière adéquate et pour réduire au minimum les erreurs de traduction.

La formation des interprètes professionnels est particulièrement utile lors des interventions sur des sujets complexes et sensibles telles que le cancer chez l'enfant (Abbe *et autres*, 2006), la santé mentale des réfugiés (Miller *et autres*, 2005) et

⁴ Ndt : les *death lawsuits* sont des poursuites judiciaires suite à un décès préjudiciable

lorsqu'il s'agit de termes techniques qui n'ont pas d'équivalents clairs dans la langue du patient, comme le mot « diabète » dans la traduction de l'anglais vers le navajo (McCabe *et autres*, 2006).

En raison de leur formation, les interprètes professionnels restent néanmoins la meilleure solution pour optimiser la bonne communication entre le personnel de la santé et les patients et pour se conformer à l'éthique médicale.

1. *Consentement éclairé*

Les interprètes professionnels sont la meilleure solution pour maximiser la compréhension en vue du *consentement éclairé* des patients avec des CLPA limitées dans plusieurs situations :

- lorsqu'ils participent à des tests cliniques ou toute autre recherche médicale (Simon *et autres*, 2006 ; McCabe *et autres*, 2005) ;
- dans d'autres contextes qui exigent le *consentement éclairé* du patient ou de son représentant légal, pour subir par exemple des examens de diagnostic, des traitements et des interventions chirurgicales (Betancourt et Jacobs, 2000).

2. *Confidentialité*

Les interprètes professionnels protègent le droit des patients à l'*intimité* et à la *confidentialité* davantage que les interprètes *informels*. Ceci est valable même lorsque les interprètes sont membres de la famille ou amis qui accompagnent le patient et / ou qui se sont portés volontaires (Juckett, 2005). La protection institutionnelle de l'intimité est particulièrement nécessaire dans les questions de santé sensibles, telles que la santé sexuelle et reproductive (Betancourt et Jacobs, 2000 ; Davis et Bath, 2002). Karlsen et Haabeth (1998) soulignent l'avantage éthique

des services d'interprétariat par téléphone, car ils garantissent l'anonymat des patients et réduisent leur crainte de devenir victime des rumeurs, ce qui réduit le risque d'occulter des informations importantes.

De cette façon, bien que les interprètes professionnels puissent eux-mêmes faire des erreurs de traduction, omettre des informations et affecter la relation praticien-patient, ils restent la meilleure option tant pour réduire au minimum les erreurs de traduction qui pourraient avoir des conséquences cliniques que pour faciliter le consentement éclairé et pour assurer la confidentialité du patient.

- Les personnes avec des CLPA limitées ont plus de chances de recevoir des soins palliatifs de qualité inférieure par rapport à la population autochtone (Chan et Woodruff, 1999). De même, les patients avec des CLPA limitées qui *n'ont pas* été assistés par un interprète ou qui ont été assistés par un interprète *informel* n'ont pas reçu le même niveau de service que les patients qui ont des CLPA suffisantes
- Les patients avec des CLPA limitées ont plus de chances d'être victimes d'un traitement inapproprié et d'erreurs médicales que les patients avec des CLPA suffisantes
- Les patients avec des CLPA limitées montrent un niveau moins élevé de compréhension du diagnostic et du traitement, et adhèrent moins souvent aux consultations de traitement ou de suivi que les patients avec des CLPA suffisantes.
- Les interprètes professionnels :
 - augmentent le niveau de compréhension des recommandations médicales.
 - diminuent le risque d'erreurs médicales liées aux traductions incorrectes.

- augmentent le niveau de confiance et de motivation et peuvent donc augmenter l'adhérence.
- représentent la meilleure option pour maximiser la compréhension du *consentement éclairé* et pour assurer la *confidentialité* des patients avec des CLPA limitées.

5. Satisfaction et interprètes professionnels

5.1. Satisfaction des patients

Comme on pouvait s'y attendre, toutes les études montrent un niveau de satisfaction plus élevé chez les patients avec des CLPA limitées lorsqu'ils sont assistés par un interprète durant la rencontre médicale que dans le cas où ils n'ont pas accès à un service d'interprétariat. En générale, le niveau de satisfaction décroît en fonction du type d'interprétariat, comme suit :

1. les interprètes professionnels (sur place ou par téléphone) et les médecins bilingues suscitent le niveau de satisfaction le plus élevé, comparable à celui de la population autochtone ;
2. les interprètes *informels* remportent un niveau de satisfaction moins élevé ;
3. la rencontre médicale suscite le niveau de satisfaction le moins élevé en l'absence des interprètes ; (Lee *et autres* 2005 ; Flores, 2005).

Une étude de satisfaction effectuée dans un service des urgences aux Etats-Unis sur 2 333 patients prouve que les patients avec des CLPA limitées montrent une volonté plus élevée de retourner dans le même service en cas de nouveaux problèmes lorsqu'ils ont bénéficié des services des interprètes professionnels que lorsqu'ils n'ont pas été assistés par un interprète (Carrasquillo *et autres*, 1999).

D'autres études montrent également une augmentation de satisfaction dans les cas où on a fait appel à des interprètes professionnels (Ku & Flores, 2005 ; Bischoff & Grossmann, 2007). De même, les études prouvent aussi que l'utilisation des interprètes professionnels augmente le niveau de confiance et de satisfaction et réduit le risque de problèmes de santé liés aux barrières linguistiques (Ku & Flores, 2005 ; Bischoff & Grossmann, 2007).

5.2. La relation docteur-patient et les implications des stratégies d'interprétariat utilisées

Malgré le fait que les interprètes professionnels remportent généralement le niveau le plus élevé de satisfaction des patients, les relations « interprète - patient » et « soignant - interprète – patient » semblent également jouer un rôle important quant au niveau de satisfaction. Celui-ci est influencé par plusieurs facteurs lors de la rencontre de santé tels que l'appartenance ethnique, l'âge et le sexe du patient et du praticien. Ces facteurs jouent également un rôle important pour déterminer quelles stratégies d'interprétariat sont plus pertinentes dans certaines situations.

Les études montrent plusieurs exemples où les facteurs démographiques affectent la stratégie d'interprétariat adoptée et la satisfaction générale lors de la rencontre médicale. Les patients asio-américains (chinois et vietnamiens) préfèrent par exemple les interprètes professionnels, mais de même sexe, aux interprètes *informels* (membres de la famille) (Ngo - Metzgers *et autres*, 2003). Une autre étude effectuée aux Etats Unis sur 149 patients immigrés d'origine hispanique suggère au contraire que ces patients préfèrent les médecins bilingues ou les interprètes *informels* (membres de la famille ou amis) aux interprètes professionnels *in situ* ou par téléphone lorsqu'il s'agit de problèmes sensibles ou embarrassants. Cependant, les médecins qui ont participé à l'étude (en nombre de 51, avec un taux de satisfaction de 62%) ont été moins contents des interprètes *informels* que leurs patients (taux de satisfaction de 85%) (Kuo & Fagan, 1999). Une autre étude, effectuée aussi sur des patients latino-américains, dans un service d'urgences

pédiatriques, montre un taux de satisfaction plus élevé pour les patients avec des CLPA limitées assistés par des interprètes professionnels *in situ* qu'avec des services d'interprétariat par téléphone ou des interprètes *informels* (García *et autres*, 2005).

Dans une étude de cas effectuée par Chen (2006), celui-ci montre les problèmes de communication qui résultent des relations sociales concrètes. Lorsqu'une femme yéménite arrive accompagnée par son mari qui sert d'interprète, les limitations de communication ont été résolues uniquement quand le mari a été remplacé par un interprète professionnel féminin. Dans le même sens, les infirmières espagnoles se plaignent souvent que les femmes maghrébines se rendent dans les centres médicaux accompagnées par un interprète masculin - membre de la famille, généralement leurs maris, situation qui cause souvent des inconvénients profonds au professionnel de la santé puisque les maris répondent à la place des épouses (observation de l'auteur non publiée). Même les interprètes professionnels eux-mêmes, ne reçoivent pas toujours une évaluation positive. Une étude effectuée en Angleterre montre que 11% des patients trouvent l'attitude de certains interprètes inacceptable et la caractérise agressive et impolie (Brooks *et autres*, 2000). Ces exemples suggèrent que la satisfaction lors d'un entretien médical et l'efficacité de la stratégie d'interprétariat choisie sont souvent déterminées par les problèmes individuels et les circonstances sociales spécifiques de chaque patient.

5.3. Satisfaction du personnel de la santé

Il est important de tenir compte du fait que la satisfaction qui résulte des différentes stratégies d'interprétariat n'est pas nécessairement la même pour les médecins que pour les patients. Par exemple, les médecins d'un hôpital des Etats-Unis ont montré un niveau de satisfaction plus élevé que leurs patients de langue espagnole assistés par des services d'interprétariat par téléphone. Au contraire, ces derniers ont montré une plus grande satisfaction avec des interprètes *informels* que les médecins dans les mêmes conditions (Kuo & Fagan, 1999). La traduction par un système

d'interprétation simultanée à distance a été la stratégie privilégiée par les médecins dans l'étude réalisée par Hornberger *et autres* (1996). Les interprètes qui ont participé à l'étude ont également considéré que la communication docteur - patient à travers un système à distance s'est améliorée, bien qu'ils se soient eux-mêmes sentis plus à l'aise avec l'interprétariat *in situ*. Néanmoins, selon Migrant Friendly Hospital, le personnel de santé a généralement saisi l'importance des interprètes professionnels, que ce soit *in situ* ou par téléphone.

Il est important de noter cependant qu'un niveau bas de satisfaction dégagé lors de la rencontre médicale tant du côté du patient que du côté du praticien peut en outre avoir des conséquences graves sur les traitements. Les études prouvent que les barrières linguistiques affectent d'une manière négative les attitudes réciproques des professionnels de la santé et des patients (Schlemmer & Mash, 2006). Ce mécontentement en ce qui concerne la rencontre médicale et le manque de confiance qui résulte d'une compréhension limitée amènent à une utilisation inutile des ressources médicales, par des consultations répétées chez différents professionnels de santé ou centres médicaux pour le même problème (observation non publiée de l'auteur). De ce fait, les coûts médicaux directs et indirects des patients et / ou des établissements publics augmentent. Contrairement, il a été prouvé que la présence des interprètes améliore la communication entre les patients avec des CLPA limitées et les professionnels de la santé et augmente le nombre de questions posées au professionnel de santé ce qui réduit au minimum la possibilité d'un malentendu (Hornberger *et autres* 1996 ; Vert *et autres*, 2005).

Il est donc important de se rappeler que la compréhension réciproque entre médecins et patients est un pilier de base de tout entretien médical. Si ce pilier s'effondre, la qualité des soins peut diminuer considérablement et affecter ainsi de manière négative le niveau de satisfaction du patient et du praticien, le niveau de confiance dans la rencontre médicale et aussi l'état de santé du patient.

5.4. Faire connaître les services d'interprétariat professionnels et leur utilisation

Malgré une évaluation favorable des interprètes professionnels, dans la pratique le personnel de santé ne fait pas toujours appel à leurs services, voir pas du tout. Par exemple, malgré une appréciation positive des services d'interprétariat, les médecins suisses interviewés par Bischoff & Grossmann (2007) considèrent que les services d'interprétariat par téléphone ne sont pas une priorité.

Burbano *et autres* (2003) avancent l'idée que la perception du « temps perdu » pour rechercher un interprète représente une raison importante pour *ne pas utiliser* les services d'interprétariat sur place ou par téléphone. De même, l'utilisation des services d'interprétariat par téléphone a été perçue comme difficile et gênante (Bischoff & Grossmann, 2007).

Les professionnels de santé sont également fortement concernés par le temps passé pour une consultation quand l'intervention d'un interprète est exigée ; leur perception du « temps perdu » peut donc influencer l'utilisation des services d'interprétariat.

Hampers & McNulty (2002) ont calculé que les patients avec des CLPA limitées assistés par un interprète professionnel passaient en moyenne 16 minutes de plus en consultation que les patients avec des CLPA suffisantes.

Kravitz *et autres* (2000) indiquent une durée moyenne de consultation plus longue de 12,2 minutes pour les patients de langue espagnole et de 7,1 minutes pour les patients de langue russe, quand ils sont assistés par un interprète professionnel, que pour les patients de la population autochtone.

Cependant, Jacobs *et autres* (2006) et Flores (2005) soutiennent dans leurs bibliographies respectives que les études examinées ne permettent pas de tirer une conclusion claire. Dans une autre étude, Tocher & Larson (1999) ne trouvent aucune

différence significative des temps de consultation entre les patients avec des CLPA limitées assistés par un interprète professionnel et les patients de la population autochtone.

Fagan *et autres* (2003) comparent la durée des consultations par type de stratégie d'intervention utilisée dans un service de consultations externes d'un hôpital des Etats Unis:

Type de patients	Stratégie d'intervention	Durée moyenne du temps médical ⁵	Durée moyenne du temps clinique ⁶
Patients avec des CLPA limitées	Interprétariat par téléphone	36.3 min	93.6 min
	Interprétariat <i>informel</i> , mis en place par le patient	34.4 minutes	92.8 min
	Interprétariat sur place	26.8 min	91.0 min
Patients avec des CLPA suffisantes		28.0 mn	82.4 mn

Cependant, en dépit des durées relativement comparables des consultations pour les patients avec des CLPA suffisantes et les patients avec des CLPA limitées, les professionnels de santé ont l'impression de passer plus de temps avec ces derniers.

Un obstacle important à l'utilisation des services d'interprétariat est le fait que même lorsqu'ils sont disponibles, ils sont soit inconnus des professionnels de santé soit sous-estimés et donc sous-utilisés. Une étude réalisée par Heaney & Moreham

⁵ Ndt : le temps médical représente le temps que le patient passe uniquement avec le donneur de soin

⁶ Ndt : le temps clinique représente le temps que le patient passe dans le service médical, depuis l'admission et jusqu'à sa sortie

(2002) montre par exemple qu'en Australie, un pays qui a accès à un système solide d'interprétariat par téléphone, il y a une sous-utilisation des interprètes professionnels et une trop grande dépendance vis-à-vis des interprètes *informels*. Une autre étude, réalisée avec des kinésithérapeutes en Australie, indique que ceux-ci n'utilisent pas les services d'interprétariat parce qu'ils les trouvent chers, mais qu'ils s'en méfient et croient qu'ils font augmenter la durée des consultations (Lee *et autres*, 2005).

Dans l'étude mentionnée ci-dessus, réalisée par Burbano *et autres* (2003) aux Etats Unis, les auteurs montrent que même lorsqu'un hôpital bénéficie d'un accès à un service d'interprétariat, les médecins ne l'utilisent pas. Ils préfèrent compter sur leurs compétences en espagnol, souvent limitées, demander de l'aide à d'autres professionnels avec de bonnes compétences en langue espagnole ou compter sur l'aide des membres de la famille avec des compétences linguistiques suffisantes en anglais.

Les médecins sont cependant conscients du temps et du travail additionnels que ceci occasionne pour les autres professionnels requis pour servir d'interprètes et qui abandonnent temporairement leur propre travail. Ils sont également conscients des problèmes suscités quand on devient ainsi dépendants des interprètes *informels*, particulièrement quand il s'agit d'enfants, et des avantages apportés par l'utilisation des services d'interprétariat professionnels.

Ces résultats démontrent la nécessité de promouvoir les services d'interprétariat même quand ils sont déjà disponibles, pour montrer leur pertinence dans les entretiens médicaux et pour habituer les professionnels de santé à les utiliser.

Selon Hudelson (2005), il est important de montrer aux professionnels de santé que l'interprétariat linguistique et culturel est un instrument essentiel pour une bonne pratique clinique. Ils doivent également être informés des risques d'une compréhension limitée et des erreurs de communication tels que les litiges et les

plaintes officielles (Lee *et autres*, 2005). Il a été observé que les professionnels de la santé qui ont reçu une formation pour l'utilisation des services d'interprétariat en font appel plus souvent et sont davantage satisfaits par les résultats (Gerrish *et autres*, 2005 ; Karliner *et autres*, 2004). Néanmoins, l'utilisation des services d'interprétariat professionnels, que ce soit sur place (*in situ*) ou par téléphone, exige non seulement la reconnaissance de leur utilité mais également une structure institutionnelle bien intégrée, capable de faciliter un accès rapide aux différentes stratégies disponibles et de procéder à une évaluation continue de leurs besoins (Bischoff *et autres*, 1999a).

6. L'accès aux soins

6.1. Les interprètes professionnels et la santé mentale

La présence ou l'absence d'interprètes professionnels dans les consultations de santé mentale a des implications significatives sur la rencontre médicale pour les patients avec des CLPA limitées. « *Les problèmes de santé mentale deviennent plus difficiles à expliquer et sont un problème plus complexe quand l'accès aux services de santé est limité* ».

La difficulté d'interpréter des symptômes exprimés dans d'autres « idiomes culturels » augmente avec la difficulté linguistique (Ku & Flores, 2005). Elle est particulièrement significative dans les cas de détresse psychologique (Rosenberg *et autres*, 2006) ou quand les symptômes sont présentés d'une manière complexe (Rueda-Lara *et autres*, 2003). Plusieurs études indiquent que les « *barrières linguistiques empêchent les individus d'accéder à la santé mentale ou découragent l'utilisation des services de santé mentale* » (Bowen, 2001 ; Trauer, 1995 ; Stuart *et autres*, 1996 ; Roberts et Crockford, 1997).

Une étude réalisée par Drennan (1996) dans un hôpital psychiatrique en Afrique du Sud prouve que dans 40% des cas, l'absence d'interprètes est associée au fait de consulter avec un certain « retardement », de ne pas se présenter aux consultations programmées, de retarder le début des traitements et des sorties de l'hôpital.

Par ailleurs, les interprètes *informels* ont été associés à une perte d'information, à une nécessité de consulter de manière répétée et à un diagnostic incertain.

Dans le cas des demandeurs d'asile en Suisse, les barrières linguistiques jouent un rôle essentiel dans l'expression et la compréhension des symptômes et l'orientation vers un spécialiste (Bischoff *et autres*, 2003). En 1998, 19% des entretiens effectués parmi 723 demandeurs d'asile ont rapporté des symptômes physiques et psychologiques sévères tandis que 63% ont rapporté avoir subis des expériences traumatiques avant d'émigrer. Dans les cas de communication « limitée », le nombre des symptômes physiques et psychologiques signalés était de 2 à 3 fois moins élevé que dans les cas où la communication était perçue comme « bonne ».

La présence d'interprètes formés a été associée à un nombre élevé de symptômes signalés, tant physiques que psychologiques, tandis que la présence d'interprètes *informels* a été associée à un nombre plus élevé de symptômes physiques signalés, mais à des pourcentages sensiblement inférieurs en ce qui concerne les symptômes psychologiques. L'absence totale d'interprètes a été associée quant à elle à un nombre limité de symptômes signalés, tant physiques que psychologiques.

En conséquence, une harmonie de langage et une communication adéquates permettent qu'un nombre plus élevé d'événements traumatiques et de symptômes psychologiques graves soit signalé, contrairement à une communication défailante. Ceci a permis qu'un pourcentage plus important de personnes soit adressé à des spécialistes.

Dans la pratique, le personnel de la santé fait plus souvent appel à des interprètes dans les cas de détresse psychologique, à cause de la complexité des symptômes décrits par le patient. Une étude effectuée en Suisse (Blöchlinger *et autres*, 1997) montre qu'on fait appel aux services d'interprétariat plutôt quand on a diagnostiqué des problèmes psychologiques / psychosociaux que pour des maladies purement somatiques.

Les auteurs suggèrent que si le patient souffre de problèmes psychologiques / psychosociaux il est plus probable que le professionnel de santé ou le patient lui-même demande la présence d'un interprète et que si un interprète est présent, il est plus probable qu'un problème psychologique / psychosocial soit détecté.

Dans cette étude, ni les médecins ni les patients n'ont trouvé d'inconvénient lié à l'utilisation d'interprètes *informel*, sauf quand ceux-ci étaient des enfants. De plus, dans un hôpital des Etats Unis, les patients asio-américains avec des CLPA limitées assistés par des services d'interprétariat professionnels ont même pu poser plus de questions aux médecins sur leur santé et sur les problèmes de santé mentale que les patients avec des CLPA suffisantes (Green *et autres*, 2005).

L'utilisation d'interprètes professionnels permet ainsi une meilleure communication des symptômes compliqués, surtout quand ils sont liés aux problèmes psychologiques ou psychosociaux. En même temps les services d'interprétariat sont généralement bien reçus par le personnel de santé et par les patients avec des CLPA limitées.

6.2. L'accès aux soins préventifs

Bien que les barrières linguistiques ne soient pas l'unique cause des anomalies dans l'accès aux services médicaux, il y a des témoignages significatifs qui montrent que le recours à des interprètes améliore l'utilisation des services de santé, particulièrement dans le domaine de la médecine préventive, dans les traitements spécialisés et les soins obstétricaux (Bischoff *et autres*, 2003 ; Flores, 2005 ; Jacobs *et autres*, 2006).

Les études prouvent que les campagnes pour le dépistage du cancer permettent de toucher un plus grand nombre de patients avec des CLPA limitée, quand elles sont menées avec le souci de faciliter la communication linguistique.

Une étude effectuée dans trois cliniques au Pays de Galles, montre que l'introduction des services d'interprétariat professionnels augmente de 16% la proportion des femmes qui participent à un dépistage du cancer du sein (Bell *et autres*, 1999).

Une étude réalisée aux Etats-Unis par Fox et Stein (1991) prouve que la maîtrise de la langue par les patientes (l'anglais contre l'espagnol) est un facteur déterminant dans le choix du médecin d'aborder ou pas le sujet des mammographies. Les analyses montrent que le fait d'avoir effectué une mammographie dans la dernière année pour des patientes de tous les groupes ethniques est lié au fait que les médecins leurs en avaient parlé. Cependant, les femmes hispaniques ont moins de chances d'avoir un médecin qui leur parle des mammographies. D'ailleurs plus de la moitié de celles âgées de plus de 50 ans n'ont jamais fait une mammographie. Néanmoins, elles se sont révélées tout aussi motivées que les autres femmes pour faire ce dépistage, quand leur médecin avait abordé le sujet.

Les données suggèrent donc qu'il est peu probable que les femmes hispaniques soient informées des tests de dépistage du cancer du sein quand elles ne maîtrisent pas l'anglais. Par conséquent, cela réduit leur accès aux tests de dépistage préventifs.

En revanche, plusieurs études montrent que l'introduction des interprètes augmente l'accès des patients qui ont des CLPA limitées à la médecine préventive. Dans un hôpital des Etats Unis, les patients avec des CLPA limitées assistés par des interprètes informels ont passé plus de tests de dépistage du cancer du sein que les patients avec des CLPA suffisantes, soit 78% contre 60% (David & Rhee, 1998).

Une étude qualitative réalisée par Naish *et autres* (1994) conclut que les femmes sont intéressées par les programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus à condition qu'elles comprennent les tests et les procédures.

De cette façon, la langue et l'administration ont été citées comme les barrières principales à la participation aux dépistages du cancer du col de l'utérus contrairement au manque d'intérêt, signalé comme barrière principale par les médecins.

De même, Marks *et autres* (1987) montrent dans une étude sur le comportement en termes de santé des femmes hispaniques âgées que l'utilisation élevée des programmes de dépistage est plutôt liée à la maîtrise de l'anglais qu'à des facteurs culturels. Solis *et autres* (1991) constatent que le fait d'avoir des capacités linguistiques favorise une utilisation des services de dépistage.

Dans l'étude effectuée par Jacobs *et autres* (2001), l'introduction des services d'interprétariat a augmenté de manière significative le nombre des consultations suivies par les patients qui ont des CLPA limitées chez les médecins des services préventifs recommandés. De la même manière, le nombre de visites et d'ordonnances des médecins a augmenté.

Ces résultats contrastent fortement avec ceux du groupe de contrôle et des patients avec des CLPA limitées non-assistés par des services d'interprétariat professionnel. Selon les auteurs, l'augmentation des coûts due à l'utilisation des services d'interprétariat reste modérée.

Les auteurs suggèrent également qu'une plus grande utilisation et l'accès à des mesures préventives facilitées par la présence des interprètes, peut réduire des futures complications médicales coûteuses. Selon Bowen (2001), les barrières initiales aux services de santé peuvent avoir comme conséquence des coûts initiaux diminués mais des coûts des soins augmentés à des stades plus avancés de la maladie. En même temps, les obstacles au système de santé peuvent avoir comme conséquence une sur-utilisation de certains services, due aux barrières de communication et au manque de connaissance du système de santé (Bowen, 2001).

Cependant, aucune donnée spécifique n'est disponible actuellement pour soutenir ou réfuter cette supposition.

- Les patients avec des CLPA limitées ont moins de possibilités d'accéder à des services de santé et à des services de soins préventifs et bénéficient de moins de contrôles médicaux effectués à temps par rapport à la population autochtone.
- Il y a des preuves solides qu'en utilisant les interprètes professionnels, les patients avec des CLPA limitées se rapprochent des patients avec des CLPA suffisantes en ce qui concerne l'utilisation des soins de santé mais aussi la qualité des soins.
- L'utilisation des interprètes améliore l'accès aux services préventifs et à la santé mentale et réduit les futures complications médicales coûteuses.
- L'utilisation des interprètes professionnels permet également une meilleure communication des symptômes compliqués ce qui permet à des patients avec des CLPA limitées d'être orientés de manière plus efficace vers les spécialistes compétents, ce qui est d'autant plus important en termes de santé mentale.
- Les barrières initiales aux services de santé peuvent avoir comme conséquence des coûts diminués dans un premier temps mais augmentés à des stades plus avancés de la maladie. En même temps, les obstacles au système de santé peuvent avoir comme conséquence une sur-utilisation de certains services, due aux barrières de communication et au manque de connaissance du système de santé.

7. Coûts médicaux des barrières linguistiques

Les barrières linguistiques peuvent augmenter les coûts médicaux par deux moyens principaux : en augmentant le risque d'erreurs médicales et de complications de la maladie (fig. 1) et en produisant des coûts inutiles (fig. 2).

Fig.1. Complications de la maladie

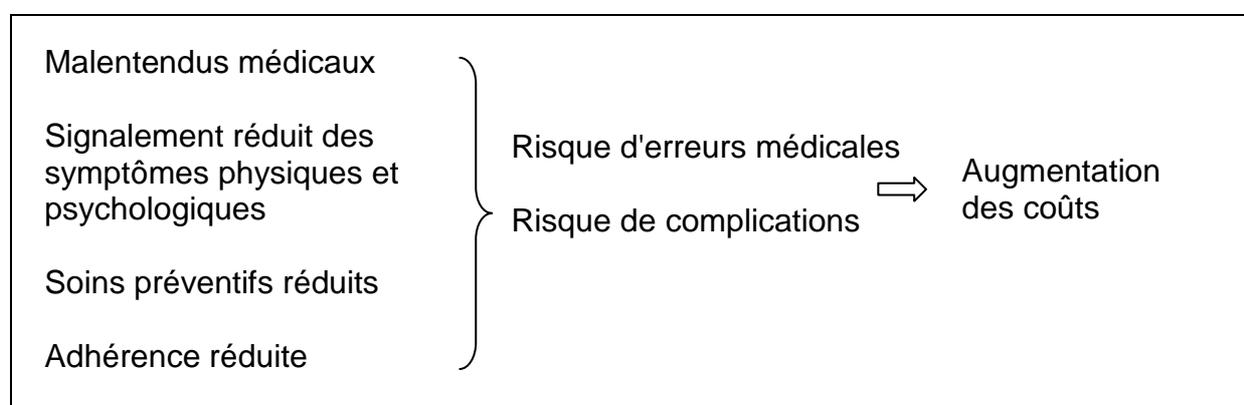
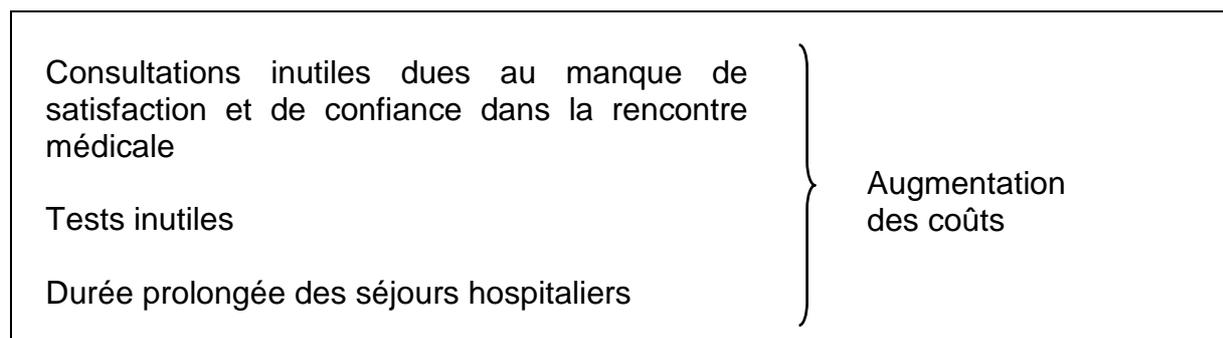


Fig.2. Coûts inutiles



Bien qu'il n'y ait aucune information spécifique disponible sur les coûts médicaux liés aux complications causées par les barrières linguistiques ou sur les dépenses supplémentaires des complications médicales (en particulier liées à des maladies telles que le cancer, le diabète, les pathologies de cœur ou les troubles psychologiques), les études (voir les chapitres précédents) prouvent que l'utilisation d'interprètes professionnels apporte plusieurs bénéfices :

- augmente l'utilisation des soins préventifs par les patients avec des CLPA limitées (David & Rhee, 1998 ; Jacobs *et autres*, 2001 ; Marks *et autres*, 1987)
- améliore le niveau des symptômes signalés et la compréhension (Bischoff *et autres*, 2003 ; Blöchliger *et autres*, 1997) ;
- diminue le risque de malentendus dangereux et d'erreurs de traduction (Flores, 2005) ;
- augmente l'accès aux soins de santé primaire (Bernstein *et autres*, 2002).

Comme il a déjà été montré et le sera également dans les prochains chapitres, ces éléments influencent tous de manière significative les coûts des producteurs de soins de santé et des patients. En outre, comme le suggèrent Jacobs *et autres* (2004), le coût d'un recours à des interprètes professionnels est raisonnable en termes de « rentabilité » dans le contexte des coûts médicaux généraux⁷.

7.1. Les interprètes professionnels et les soins de santé primaire

Les enquêtes effectuées auprès des patients qui ont fait état de barrières aux soins de santé, identifient souvent la langue comme étant la plus importante ou parmi les

⁷ Par exemple, aux Etats-Unis les dépenses annuelles de Medicaid en 1996 pour les personnes avec des troubles de comportement, des diabètes ou des maladies cardiaques étaient respectivement de 1 957 dollars, 1 563 dollars et 2 328 dollars. Comparé à ces dépenses de Medicaid, le coût des services d'interprétariat soit 279 dollars par personne et par an, reste raisonnable, surtout lorsque l'interprétariat améliore l'utilisation des services de santé préventive et des premiers soins par les patients. Ceci peut réduire les complications coûteuses de ces derniers et des autres situations (Jacobs *et autres* 2004:868).

plus importantes barrières, même dans les pays où les barrières financières sont fortes dans l'accès aux soins, comme les Etats-Unis (Bowen, 2001).

L'étude réalisée par Hu et Covell (1986) dans cinq cliniques de consultations externes de San Diego, en Californie, montre qu'une bonne maîtrise de l'anglais influence positivement l'utilisation des services de santé et des assurances maladie, les admissions à l'hôpital et la fréquence des examens médicaux de contrôle chez les médecins généralistes, les opticiens et les dentistes. L'étude établit aussi le fait que les consultations préventives étaient affectées le plus par le degré de maîtrise de la langue. **Il est intéressant que l'étude démontre un lien plus fort entre une connaissance de base de la langue et l'accès aux soins de santé qu'entre les moyens financiers et l'utilisation des soins de santé.**

Comme il a été mentionné ci-dessus, les études montrent que les patients avec des CLPA limitées assistés par des interprètes ont bénéficié des services médicaux de la même qualité ou d'une qualité similaire que les patients avec des CLPA suffisantes ; néanmoins, le niveau des services pour les patients avec des CLPA limitées et sans interprètes professionnels ou avec des interprètes *informels* demeure moins important que pour les patients avec des CLPA suffisantes (Jacobs *et autres* 2006 ; Flores, 2005).

Une étude réalisée dans un service des urgences d'un hôpital des Etats Unis (Bernstein *et autres*, 2002) prouve également que la qualité des soins augmente lorsqu'on fait appel à des interprètes tandis que les coûts demeurent infimes.

Le calcul des coûts moyens tient compte de la première visite du patient, des coûts hospitaliers en cas d'admission et des coûts du suivi médical pouvant aller jusqu'à 30 jours.

Coûts moyens par type de patient et par type d'interprétariat utilisé :

Type de patients et d'interprétariat		Coûts (en dollars)
Patients avec des CLPA limitées	Sans interprètes professionnels	5 305
	Avec interprètes professionnels	7 584
Patients avec des CLPA suffisantes		8 724

Selon les auteurs de l'étude, « l'utilisation des interprètes formés a été associée à une hausse des consultations dans les services d'urgences, à un taux réduit des retours dans les services, à une fréquentation plus grande des cliniques et à des frais de suivi de moins de 30 jours, sans aucune augmentation simultanée de la durée du séjour hospitalier ou du coût de la consultation ».

Ces données indiquent que lorsqu'on a fait appel à des interprètes professionnels, l'accès aux ressources médicales et à la qualité du service pour les patients avec des CLPA limitées s'est considérablement amélioré, rapprochant les patients avec des CLPA limitées et ceux avec des CLPA suffisantes.

De plus, bien que l'utilisation des interprètes professionnels se soit considérablement améliorée en termes d'équité, il y a toujours une différence de coût de 1 640 dollars par patient entre le groupe des patients avec des CLPA limitées mais avec interprètes et le groupe des patients avec des CLPA suffisantes. En d'autres termes, pour un niveau similaire de service, les patients avec des CLPA limitées mais assistés par des interprètes professionnels cumulent des coûts moins élevés que leurs contreparties avec des CLPA suffisantes.

Une sensibilité linguistique / culturelle plus prononcée encourage une plus grande utilisation des services médicaux. En même temps elle diminue le sentiment de d'incompréhension du personnel de santé et des patients, contourne les retards et

évite des examens de diagnostic supplémentaires qui résultent d'une mauvaise communication initiale. Cela permet aux patients d'être orientés plus rapidement et de manière plus adaptée vers les spécialistes appropriés (assistants sociaux, psychologues) (Helman, 2007).

7.2. Coûts des examens médicaux

Dans les cas de communication limitée durant la rencontre médicale, le praticien se voit obligé de prendre en compte un spectre plus large de diagnostics différentiels (Woloshin *et autres*, 1995). Pour avoir confirmation du diagnostic posé il prescrit plus d'examens que lors des consultations médicales avec une bonne concordance linguistique (études de cas détaillées par Chen, 2006 ; Ku & Flores, 2005). En plus d'un nombre élevé d'examens de diagnostic, les barrières linguistiques augmentent également la possibilité d'une hospitalisation et d'un traitement inutiles.

L'étude de Hampers *et autres* (1999) réalisée dans le service d'urgences pédiatriques d'un hôpital des Etats Unis sur 2 467 patients dont 209 avec des CLPA limitées, montre une augmentation des coûts des examens médicaux mais aussi du temps passé aux urgences quand la barrière de la langue n'a pas pu être levée.

Pour les patients avec des « barrières linguistiques », les coûts moyens des examens s'élevaient à 145 dollars par patient, et la durée moyenne passée aux urgences était de 165 minutes par patient tandis que dans les cas d'une communication sans barrières linguistiques les coûts moyens des examens diminuaient à 104 dollars et la durée passée dans le service à 137 minutes.

Une étude semblable publiée trois ans plus tard par Hampers & McNulty (2002) et effectuée dans un service d'urgences pédiatriques sur un échantillon de 4 146 consultations, dont 550 avec des patients avec des CLPA limitées⁸, a montré que,

⁸ Etude réalisée dans un service d'urgences pédiatriques ; 150 consultations avec un médecin bilingue, 239 consultations assistées par un interprète professionnel et 141 consultations avec des barrières linguistiques où l'accès à un service d'interprétariat n'a pas été possible.

par rapport aux patients avec des CLPA suffisantes, ceux avec des CLPA limitées et sans interprètes professionnels ont bénéficié d'examens plus coûteux, soit une augmentation de 5,78 dollars.

En revanche, les patients avec des CLPA limitées mais avec un interprète et ceux assistés par un praticien bilingue n'ont enregistré presque aucune différence en termes de coûts des examens subis. De même, il a été relevé que les chances de bénéficier d'une hydratation intraveineuse étaient de 2,2% plus élevées pour les patients avec des CLPA limitées et sans interprètes professionnels que pour ceux assistés par un interprète, ceux assistés par un praticien bilingue ou pour les patients avec des CLPA suffisantes.

7.3. Admissions et durées des séjours hospitaliers

La différence dans la durée des séjours hospitaliers pour les patients avec des CLPA limitées et sans interprètes, ceux avec des interprètes professionnels et les patients avec des CLPA suffisantes a des implications significatives en termes de rentabilité, en particulier si la durée prolongée du séjour hospitalier (DSH) est causée principalement par une communication limitée plutôt que par les divers diagnostics du patient.

L'étude mentionnée ci-dessus de Hampers & McNulty (2002) montre que la possibilité d'une hospitalisation est de 1,7% plus importante pour les patients avec des CLPA limitées assistés par un interprète que pour les patients avec des CLPA suffisantes. Cependant, les patients avec des CLPA limitées et sans interprète ont 2,6% plus de chances d'être hospitalisés.

Une analyse rétrospective (John-Baptiste *et autres*, 2004), effectuée entre 1993 et 1999 dans trois hôpitaux canadiens sur 44 983 patients hospitalisés, dont 6 124 avec des CLPA limitées et 38 859 avec des CLPA suffisantes, montre que pour 7 sur 23

des conditions chirurgicales et médicales, les patients avec des CLPA limitées ont été hospitalisés pour une durée plus longue que les patients avec des CLPA suffisantes.

Condition médicale et chirurgicale	Durée moyenne du séjour hospitalier (en jours / patient)	
	Patients avec des CLPA suffisantes	Patients avec des CLPA limitées
Syndromes coronariens instables	3,9 jours	5,0 jours
Diabète	6,4 jours	8,2 jours
Congestions cérébrales	12,1 jours	15,7 jours)
Greffe de pontage de l'artère coronaire	8,4 jours	9,0 jours
Craniotomies	6,8 jours	7,9 jours
Remplacement électif de hanche	7,5 jours	8,5 jours
Procédures intestinales et rectales importantes	10,5 jours	11,5 jours

Au total, les patients avec des CLPA limitées ont été hospitalisés en moyenne 0,5 jour de plus, soit 6% de DSH supplémentaire que les patients avec des CLPA suffisantes. Cette différence est considérablement plus importante pour les diabètes et les congestions cérébrales (1,8 jour et respectivement 3,6 jours de plus). Il est important de noter le fait que l'étude mentionnée ci-dessus ne montre aucune différence statistique significative dans la mortalité intra-hospitalière entre les deux groupes de patients.

L'étude a cependant ses limites, puisque les données sur les services d'interprétariat n'ont pas été enregistrées systématiquement et les chercheurs ne peuvent donc pas évaluer si les patients avec des CLPA limitées ont été assistés par des interprètes *informels* ou professionnels ou s'ils n'ont été assistés par aucun type d'interprètes. Pour expliquer les différences de la durée prolongée du séjour hospitalier (DSH) entre les patients avec des CLPA limitées et ceux avec des CLPA suffisantes, John-Baptiste et ses collègues ont proposé trois hypothèses :

- les processus de soins (complications, nombre de procédures et temps de la procédure) peuvent être altérés quand un patient a des CLPA limitées;
- la qualité des soins peut être compromise pour les personnes avec des CLPA limitées hospitalisées, ce qui peut entraîner une durée plus longue de rétablissement et une DSH prolongée ;
- les aides de communication peuvent également entraîner une DSH plus longue lorsque plus de temps est nécessaire pour accéder à ces services.

- Les patients avec des CLPA limitées cumulent des coûts moins élevés que leurs contreparties avec des CLPA suffisantes en termes de santé primaire pour un niveau similaire de service.
- Rapportés aux patients avec des CLPA suffisantes, les patients avec des CLPA limitées sont plus susceptibles de bénéficier de mesures de protection inutiles telles que des examens de diagnostic et des interventions thérapeutiques pour exclure la possibilité d'une erreur de diagnostic.
- Les patients avec des CLPA limitées sont plus susceptibles d'être hospitalisés et de bénéficier d'une durée prolongée de séjour hospitalier (DSH) par rapport au groupe des patients avec des CLPA suffisantes.

8. La rentabilité de l'assistance linguistique dans le secteur médical

8.1. Le diabète en Belgique, étude de cas

Une étude de Hertog & Van Gucht (2003) sur les barrières linguistiques dans les hôpitaux belges, estime qu'une personne issue de l'immigration sur deux est confrontée à la barrière linguistique dans les hôpitaux belges.

Dans une évaluation des besoins des services d'interprétariat dans le secteur médical effectuée par Cofetis - Fosovet (à paraître à l'heure de la publication du présent rapport), 73% du personnel médical pensent que les barrières linguistiques ont une influence négative sur la qualité des soins et 59% affirment que l'assistance linguistique est indispensable dans leur profession.

Le diabète en Belgique

Les dernières évaluations estiment à environ 550 000 le nombre des patients diabétiques en Belgique, ce qui représente environ 5% de la population totale du pays. Cependant, il n'y a pas de données exactes sur le nombre actuel des patients diabétiques non-belges (ou ayant une autre nationalité à la naissance que belge).

Si l'on suppose que la démographie des patients diabétiques est la même dans les populations immigrées et non-immigrées, on peut estimer que le taux de patients diabétiques d'origine immigrée par rapport au total des patients diabétiques en Belgique se situe dans la fourchette de 10,2% à 13,7%.

On estime également qu'en moyenne 1 patient sur 2 fait rencontre des difficultés linguistiques dans les hôpitaux belges. De ce fait, « *on arrive à un nombre situé entre 28 000 et 38 000 patients diabétiques qui doivent faire face à des problèmes linguistiques et qui risquent des complications médicales plus importantes et des durées plus longues de séjours hospitaliers (DSH)* ».

L'importance des barrières linguistiques dans la prise en charge du diabète

Le fait de diminuer le taux de glycémie réduit de manière considérable le risque des complications coûteuses du diabète⁹, telles que le pied diabétique, la rétinopathie et les maladies rénales et cardiaques.

Les stratégies les plus rentables pour contrôler le diabète restent la prévention et la surveillance systématique pour ajuster les mesures thérapeutiques. Cependant, le contrôle du diabète est une question complexe parce que cela implique une auto-surveillance de la part des patients et une administration de soins adaptés de la part des personnels soignants (Chin *et autres*, 2001:273).

Ceci exige un suivi régulier et la maîtrise de certaines notions sur la maladie elle-même, le régime, l'exercice, la surveillance à domicile du taux de glucose, l'administration de l'insuline ou des médicaments antidiabétiques par voie orale, et sur le contrôle de soi en cas de complications etc. Une bonne communication entre le patient et le praticien est essentielle, tant pour l'éducation sanitaire des patients que pour le suivi médical.

Par conséquent, les barrières linguistiques peuvent créer des barrières aux soins si elles ne sont pas abordées de manière adéquate. Par exemple, dans une étude effectuée aux Etats-Unis, 60% des patients avec un diabète de type I (personnes insulino-dépendantes) et 67% des patients avec un diabète de type II (personnes non-insulino-dépendantes) ont déclaré faire moins souvent que recommandé l'auto-surveillance du taux de glycémie. L'analyse à plusieurs variables a révélé que les difficultés de langue sont un facteur significatif dans une surveillance défectueuse (Karter *et autres*, 2000).

⁹ Pour le diabète de type I (personnes insulino-dépendantes) voir l'étude effectuée entre 1983 -1993 aux Etats-Unis et au Canada par le *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases*. Pour le diabète de type II (personnes non insulino-dépendantes) voir l'étude *UK Prospective Diabetes Study* (le groupe UKPDS, 1998).

Exemples de comparaisons hypothétiques de coûts¹⁰

1. Complications médicales

Au niveau européen, on estime que 72% des patients diabétiques (diabète sucré de type II) développent au moins une complication (Williams, 2002), et entre 3% et 8% des patients diabétiques présentent un pied¹¹ diabétique (Apelqvist & Tennvall, 2005).

Van Acker (2001:13) définit le « *pied diabétique* » comme « *l'ensemble des anomalies du pied associant une polyneuropathie périphérique, une vasculopathie périphérique, une mobilité articulaire réduite et des facteurs mécaniques locaux et autres conséquences des perturbations métaboliques qui se produisent la plupart du temps dans les membres inférieurs des patients souffrant de diabète sucré (...) Ces anomalies sont cause d'infection, d'ulcération et/ou de destruction des tissus profonds et aboutissent à l'amputation* ». Le pied diabétique représente jusqu'à 20% du total des coûts du diabète¹². Plus de 70% de ces dépenses sont accumulées après amputation (Apelqvist & Tennvall, 2005).

10 Les calculs présentés dans cette section sont uniquement des évaluations. Notre intention est ici uniquement d'illustrer un problème à partir des données disponibles de la littérature : les coûts potentiellement élevés des patients diabétiques avec des CLPA limitées. Pour pouvoir aborder correctement la question de la rentabilité des interprètes médicaux plus de recherche est nécessaire.

11 En Belgique on estime que parmi les 28 000 à 38 000 patients diabétiques avec des difficultés linguistiques, 1 400 à 1 900 pourraient souffrir de pied diabétique, soit 5% du nombre total des patients atteints de pied diabétique, en supposant que les évaluations pour les Pays Bas s'appliquent à la Belgique - Van Acker, (2001)

¹² Le coût total médical direct du diabète de type II dans 8 pays européens (la Belgique, la France, l'Allemagne, l'Italie, les Pays Bas, l'Espagne, la Suède et le Royaume Uni) a été évalué à 29 milliards Euro par an (valeurs de 1999). En moyenne on estime le coût par an et par patient à 2 834 Euro (Jönsson, 2002).

Coûts directs par cas de pied diabétique en Belgique selon Van Acker (2000):

Tableau 1. Coûts directs par cas de pied diabétique

Coûts directs par cas de problèmes de pied diabétique (en dollars) ¹³ Van Acker, 2000			
Classification de Wagner ¹⁴	Coûts pour le système d'assurance sociale	Coûts pour les patients	Total
0	698	126	875
1	1 378	256	1 634
2	10 569	1 303	11 872
3	19 676	1 575	21 251
4	19 174	2 118	21 292
5	47 365	4 585	51 950

Bon nombre des complications du pied diabétique qui finissent par une amputation commencent par des ulcères de la peau. Un dépistage précoce et un traitement approprié de ces ulcères peuvent prévenir jusqu'à 85% d'amputations (Armstrong & Lavery, 1998). *Si l'intervention d'un interprète aide à prévenir un cas de pied diabétique avec gangrène, grâce à une meilleure qualité des soins et aux mesures préventives, son salaire annuel à temps plein (40 000 dollars, Cofetis, 2007) est entièrement couvert par l'économie des coûts médicaux évités au système d'assurance sociale NHC.*

¹³ Valeur de 1993.

¹⁴ Le grade 0 de la classification de Wagner se rapporte aux problèmes du pied diabétique sans lésions cutanées ouvertes ; Le grade 1 de Wagner se rapporte aux ulcères superficiels ; Le grade 2 de Wagner se rapporte aux ulcères profonds avec cellulite ; Le grade 3 de Wagner se rapporte aux ulcères très profonds avec des lésions de l'os, associées à une préinfection ou à une infection; Le grade 4 de Wagner se rapporte à une gangrène partielle du pied ; et le grade 5 de Wagner se rapporte à une gangrène massive du pied entier (Van Acker, 2000).

2. Durée des séjours hospitaliers

Selon l'étude « *The Cost of Diabetes In Europe – Type II Study* » (Jönsson, 2002), les hospitalisations représentent la plus grande proportion (55% - 65%) du total des coûts médicaux directs pour le diabète de type II dans huit pays européens, pour un montant total de 15,9 milliards d'Euro.

Les coûts des soins du diabète par unité en Belgique (valeurs de 1998, en Euro) :

Si on considère que les données sur la durée du séjour enregistrées au Canada s'appliquent au contexte belge, et que les patients diabétiques avec des CLPA limitées sont hospitalisés en moyenne 1,8 jour de plus que les patients diabétiques avec des CLPA suffisantes (John-Baptiste *et autres*, 2004), alors ceci constituerait un surcoût de 1 804 302 dollars pour les services hospitaliers pour une période de six mois¹⁵. Par conséquent, *prévenir une augmentation de la durée du séjour pour les patients diabétiques avec des CLPA limitées correspondrait à contracter 90 interprètes professionnels à plein temps.*

Tableau 2. Coûts des soins du diabète par unité

Consultation en médecine générale	14.87 – 17.85
Consultation en diabétologie	22.31
Autres consultations chez des spécialistes	22.31

¹⁵ Le coût moyen par jour d'hospitalisation est de 197,03 Euro (Jönsson, 2002) ; 1,8 jours supplémentaires par patient avec des CLPA limitées, avec une durée moyenne du séjour de 20 jours (Jönsson, 2002) ; 18,5% des patients diabétiques ont été hospitalisés en Belgique au cours de la période de 6 mois de l'étude, Jönsson, 2002 ; 3 575 patients représente le nombre estimé de patients diabétiques avec des CLPA limitées hospitalisés en Belgique durant une période de 6 mois.

Physiothérapeute	13.06 – 14.08
Infirmière	1.64 – 4.94
Urgence	14.13 – 14.87
Jours à l'hôpital	197.03

- Les difficultés de langue ont été associées à une surveillance défaillante du diabète parmi les patients diabétiques, fait qui peut avoir des conséquences futures coûteuses.
- *Si l'intervention d'un interprète aide à prévenir un cas de pied diabétique avec gangrène, grâce à une meilleure qualité des soins et aux mesures préventives, son salaire annuel à temps plein (40.000 dollars, Cofetis, 2007) est entièrement couvert par l'économie des coûts médicaux évités au système d'assurance sociale.*
- *Prévenir une augmentation de la durée du séjour pour les patients diabétiques avec des CLPA limitées correspondrait à contracter 90 interprètes professionnels à plein temps.*

9. Conclusions

Conséquences des barrières linguistiques

Les études passées en revue démontrent clairement que les barrières linguistiques ont tendance à affecter de manière négative plusieurs facteurs tels que :

- l'accès aux ressources médicales, en particulier aux soins préventifs ;
- la qualité des soins ;
- la satisfaction des patients avec des CLPA limitées ;
- la satisfaction du personnel de santé.

De plus, comme il a été souligné par Bowen (2000), les barrières linguistiques influencent le taux d'utilisation des services en les diminuant ou en les augmentant. L'analyse des modèles d'utilisation associés à la maîtrise de la langue indique qu'une partie des différences observées peut être causée par les effets différentiels des barrières linguistiques qui influencent l'accès initial d'un côté et affectent le diagnostic et le traitement d'un autre côté. Par exemple, les premières barrières peuvent gêner ou empêcher une personne de demander une évaluation initiale et des soins, et peuvent augmenter plus tard la fréquence de l'utilisation des services des urgences alors que les deuxièmes barrières peuvent affecter la qualité des soins reçus, ce qui augmente la nécessité du patient de se rendre inutilement et à plusieurs reprises à différents services de soins pour le même problème de santé. Les barrières linguistiques peuvent donc entraver l'obtention de la qualité et de l'équité en ce qui concerne les soins de santé.

Le tableau 3 compare les spécificités de l'entretien médical des patients avec des CLPA suffisantes et celles des patients avec des CLPA limitées non assistés par un interprète.

Tableau 3. Comparaison entre les patients avec des CLPA suffisantes et les patients avec des CLPA limitées non-assistés par un interprète

Rapportés aux patients avec des CLPA suffisantes, les patients avec des CLPA limitées et non-assistés par un interprète, sont moins susceptibles de :	Rapportés aux patients avec des CLPA suffisantes, les patients avec des CLPA limitées et non-assistés par un interprète, sont plus susceptibles de :
<ul style="list-style-type: none"> - accéder aux soins de prévention et au dépistage précoce du cancer - signaler les symptômes physiques et mentaux - comprendre le diagnostic et le pronostic - adhérer aux traitements et aux consultations de suivi - bénéficier de consultations de suivi après la sortie de l'hôpital - être adressés à des spécialistes si nécessaire - recevoir des soins adéquats en termes de santé mentale - être satisfaits de la rencontre médicale - retourner dans le même centre médical - comprendre le consentement éclairé 	<ul style="list-style-type: none"> - subir des examens inutiles, surtout dans les services d'urgences - recevoir des traitements inutiles - avoir des durées plus importantes de séjour hospitalier - être exposés aux erreurs médicales - se présenter de manière répétée et inutile à différents donneurs de soin pour le même problème

En outre, les études montrent que les barrières linguistiques peuvent augmenter considérablement les coûts médicaux, en générant des coûts médicaux inutiles : nombre élevé d'hospitalisations, durées prolongées des séjours hospitaliers, examens et consultations inutiles causés par un manque de confiance et / ou une communication limitée.

De même, les coûts peuvent être augmentés aussi par des complications médicales coûteuses causées par les barrières linguistiques : diagnostics erronés, manque de compréhension du diagnostic et du traitement, adhérence diminuée au traitement et niveau bas des soins de santé préventifs.

Justification du recours aux interprètes professionnels

Bischoff *et autres* (1999b) ont souligné il y a neuf ans les risques d'une utilisation des interprètes *informels* et la nécessité de recourir à des interprètes professionnels. Les auteurs ont appelé à la mise en place d'une « *coordination au niveau national, d'une stratégie de formation et d'une politique de développement, afin d'assurer une communication et une qualité des soins adéquates pour les migrants* » Cette requête demeure valide à ce jour.

Les interprètes informels peuvent mal interpréter l'information fournie par les patients et par les professionnels de santé, compromettre la confidentialité et fournir des traductions incorrectes à cause d'une compétence linguistique, médicale et culturelle limitée. Tous ces facteurs augmentent le risque des erreurs de diagnostic et / ou thérapeutiques (Bischoff, 2003 ; Ku & Flores, 2005 ; Flores *et autres*, 2003).

L'utilisation des membres de la famille en tant qu'interprètes *informels* peut interférer dans la rencontre médicale quand l'interprète *informel* représente le patient ou quand le patient garde certaines informations de crainte que l'interprète informel propage des rumeurs ou par crainte de révéler devant l'interprète *informel* un comportement blâmable d'un point de vue moral ou culturel.

Le fait d'utiliser des enfants comme interprètes *informels* non seulement augmente le risque des erreurs d'interprétation, mais place également une responsabilité insoutenable sur les épaules des enfants. Pour les questions sensibles ou intimes comme la sexualité et la reproduction, l'utilisation des interprètes *informels* peut même compromettre l'éthique médicale.

Les études réalisés démontrent plusieurs aspects positifs quant à l'utilisation des interprètes professionnels, notamment en termes de :

1. Qualité et quantité des soins

La présence des interprètes professionnels et des professionnels de santé bilingues augmente la quantité et la qualité des soins médicaux, rapprochant les patients avec des CLPA limitées des patients avec des CLPA suffisantes. *En d'autres termes, les barrières linguistiques ont tendance d'avoir comme conséquence une diminution du nombre d'exams médicaux là où ceux-ci seraient nécessaires ou un supplément d'exams ou médicaments inutiles pour les patients avec des CLPA limitées, par rapport aux patients avec des CLPA suffisantes. Cependant, les études prouvent que l'utilisation d'interprètes professionnels a tendance à approcher la qualité des soins et la satisfaction des patients avec des CLPA limitées de celles des patients avec des CLPA suffisantes, et réduit ainsi les inégalités dans les soins de santé.*

2. Rentabilité

L'utilisation d'interprètes professionnels réduit également les coûts des patients avec des CLPA limitées mais aussi l'utilisation de certains services médicaux, en particulier des services d'urgences. Si l'on tient compte du fait que la majorité des diagnostics sont posés en se basant sur l'entretien clinique (voir le Bischoff, 2003), alors quand la communication est limitée du fait de la barrière de la langue, les professionnels de santé perçoivent le besoin d'augmenter le nombre d'exams pour s'assurer que le diagnostic posé est correct, ou d'augmenter la couverture thérapeutique pour garantir le succès maximum du traitement. Il est probable que la « médecine défensive » renforce ces pratiques.

Dans l'étude de cas de Bernstein *et autres* (2002) réalisée dans un service des urgences où les patients avec des CLPA limitées non-assistés par un interprète ont reçu moins de médicaments et ont subi moins d'examens de diagnostic que les patients avec des CLPA suffisantes, l'auteur prouve néanmoins que la *qualité des soins* des patients avec des CLPA limitées rapprochait de celle des patients avec des CLPA suffisantes s'ils sont assistés par un interprète professionnel.

Néanmoins, à partir des données disponibles il n'est pas possible de confirmer que les services d'interprétariat réduisent les coûts totaux. Il est nécessaire de poursuivre les recherches dans ce sens. Cependant la question ne se pose plus en ce qui concerne le potentiel d'une utilisation considérée des ressources consacrées à la fois à la prévention et au traitement des maladies, et aux soins palliatifs. Dans ce sens, les services d'interprétariat sont certainement rentables.

Les données représentatives à notre disposition au jour d'aujourd'hui ne sont pas non plus concluantes au sujet des estimations des coûts. Néanmoins, on peut dire sans prendre des risques que, d'un point de vue économique, il est préférable d'empêcher la maladie que de la traiter.

Une bonne communication peut améliorer l'utilisation des services préventifs (Jacobs *et autres* 2004) et les suivis programmés et auxquels les patients adhèrent après la sortie des services d'urgences, ce qui est susceptible de réduire les coûts du retardement des traitements et les complications qui exigent des hospitalisations, des interventions coûteuses etc.

Comme le suggèrent Ku & Flores (2005) et Jacobs *et autres* (2004), les coûts supplémentaires générés par l'utilisation des services d'interprétariat sont relativement modérés quand on les compare aux coûts élevés causés par les différences dans l'accès aux soins de santé et par les coûts médicaux actuels pour les patients avec des CLPA limitées.

De manière générale, l'intervention des interprètes professionnels contribue ou peut contribuer à :

- améliorer la satisfaction du patient et des professionnels de santé
- garantir l'éthique médicale par rapport au consentement éclairé et à la confidentialité
- améliorer la compréhension et l'adhésion au traitement
- améliorer l'éducation et l'information sanitaires
- augmenter l'effectivité et l'efficacité du temps utilisé durant la consultation, bien que le temps soit peu susceptible d'être réduit en termes absolus.
- améliorer l'accès aux soins, surtout en termes de médecine préventive et de santé mentale, qui contribue en retour à l'équité dans les soins de santé
- diminuer les risques d'erreurs médicales
- améliorer l'efficacité et l'effectivité de l'orientation vers des spécialistes
- réduire les coûts inutiles causés par :
 - des examens de diagnostic
 - des traitements
 - des durées des séjours hospitaliers
 - des consultations répétées chez différents donneurs de soins de santé

Bibliographie

- Abbe, M.; Simon, C.; Angiolillo, A.; Ruccione, K. & Kodish, E.D.** (2006) A survey of language barriers from the perspective of pediatric oncologists, interpreters and parents. *Pediatric Blood & Cancer*, 47(6): 819-824.
- Apelqvist, J. & Tennvall, G.R.** (2005) Calcular los costes del pie diabético. *Diabetes Voice*, 50 (Número especial):8-10.
- Aranguri, C.; Davidson, B. & Ramirez, R.** (2006) Patterns of communication through interpreters: A detailed sociolinguistic analysis. *Journal Of General Internal Medicine*, 21(6): 623-629.
- Armstrong, D.G. & Lavery, L.A.** (1998) Evidence-based options for off-loading diabetic wounds. *Clin. Pod. Med. Surg.*, 15:105-108.
- Bernstein, J.; Bernstein, E.; Dave, A.; Hardt, E.; James, T.; Linden, J.; Mitchell, P.; Oshi, T. & Safi, C.** (2002) Trained medical interpreters in the emergency department: Effects on services, subsequent charges, and follow-up. *Journal of Immigrant Health*, 4(4): 171-176.
- Betancourt, J.R. & Jacobs, E.A.** (2000) Language barriers to informed consent and confidentiality: The impact on women's health. *Journal of the American Medical Women's Association*, 55(5): 294-295.
- Bischoff, A.** (2003) caring for migrant and minority patients in European hospitals. A review of effective interventions. *Swiss Forum for Migration and Population Studies*.
- Bischoff, A.; Tonnerre, C.; Loutan, L. & Stadler, H.** (1999a) Language difficulties in an outpatient clinic in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 44(6): 283-287.
- Bischoff, A.; Tonnerre, C.; Eytan, A.; Bernstein, M. & Loutan, L.** (1999b) Addressing language barriers to health care, a survey of medical services in Switzerland. *Sozial- und Präventivmedizin*, 44(6): 248-256.
- Bischoff, A.; Bovier, P.A.; Rrustemi, I.; Gariazzo, F.; Eytan, A. & Loutan, L.** (2003) Language barriers between nurses and asylum seekers: Their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*, 57(3): 503-512.
- Bischoff, A. & Grossmann, F.** (2007) Telefondolmetschen – eine Chance zur Überwindung von Sprachbarrieren? *Schweizerisches Ärztezeitung*, 88(3): 102-105.
- Blöchliger, C. ; Tanner, M. ; Hatz, C. & Junghanss, T.** (1997) Asylum seekers and refugees in ambulatory health care: Communication between physician and patient. *Schweizerische Rundschau Für Medizin Praxis*, 86(19): 800-810.
- Bowen, S.** (2001) *Language barriers in access to health care*. <http://www.hcsc.gc.ca/hppt/healthcare/equity/index.html>
- Brooks, N.; Magee, P.; Bhatti, G.; Briggs, C.; Buckley, S.; Guthrie, S.; Moltesen, H.; Moore, C. & Murray, S.** (2000) Asian patients' perspective on the communication facilities provided in a large inner city hospital. *Journal Of Clinical Nursing*, 9:707-712.
- Burbano O'Leary, S.C.; Federico, S. & Hampers, L.C.** (2003) The truth about language barriers: One residency program's experience, *Pediatrics*, 111(5 Pt 1): e569-e573.

- Carrasquillo, O.; Orav, E.J.; Brennan, T.A. & Burstin, H.R.** (1999) Impact of language barriers on patients satisfaction in an emergency department. *Journal Of Internal Medicine*, 14(2): 82-87.
- Chak, S., Nixon, J. & Dugdale, A.** (1984) Primary health care for Indo-Chinese children in Australia. *Australian Pediatr. Journal*, 20:57-58.
- Chan, A. & Woodruff, R.K.** (1999) Comparison of palliative care needs of English- and non-English-speaking patients. *Journal Of Palliative Care*, 15(1): 26-30.
- Chen, A.** (2006) Doctoring across the language divide. *Health Affairs*, 25(3): 808-813.
- Chin, M., Cook, S., Jin, L., Drum, M., Harrison, J., Koppert, J., Thiel, F., Harrand, A., Schaefer, C., Takashima, H. & Chiu, S.** (2001) Barriers to providing diabetes care in community health centers. *Diabetes Care*, 24(2):268-274.
- Cohen, A.; Rivara, F.; Marcuse, E.K.; McPhillips, H. & Davis, R.** (2005) Are language barriers associated with serious medical events in hospitalized pediatric patients? *Pediatrics*, 116(3): 575-579.
- Crane, J.A.** (1997) Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *Journal Emerg. Medicine*, 15:1-7.
- D'Avanzo, C.E.** (1992) Barriers to health care for Vietnamese refugees. *Journal of Professional Nursing*, 8:245-253.
- David, R.A. & Rhee, M.** (1998) The impact of language as a barrier to effective health care in an underserved urban Hispanic community. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 65: 393-397.
- Davies, M.M. & Bath, P.A.** (2002) The maternity information concerns of Somali women in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2): 237-245.
- Dereese, K.P. & Baker, D.W.** (2000) Limited English proficiency and Latinos' use of physician services. *Medical Care Res. Review*, 57:76-91.
- Drennan, G.** (1996) Counting the cost of language services in psychiatry. *South African Medical Journal*, 86: 343-345.
- Elderkin-Thompson, V.; Silver, R.C. & Waitzkin, H.** (2001) When nurses double as interpreters: A study of Spanish-speaking patients in a US primary care setting. *Social Science & Medicine*, 52: 1343-1358.
- Fagan, M.J. ; Diaz, J.A. ; Reinert, S.E. ; Sciamanna, C.N. & Fagan, D.M.** (2003) Impact of interpretation method on clinic visit length, *Journal Of General Internal Medicine*, 18(8): 634-638.
- Flores, G.; Laws, M.B. ; Mayo, S.J.; Zuckermann, B.; Abreu, M.; Medina, L. & Hardt, E.J.** (2003) Errors in medical interpretation and their potential clinical consequences in pediatric encounters. *Pediatrics*, 111(1): 6-14.
- Flores, G.** (2005) The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62(3): 255-299.
- Fox, S.A. & Stein, J.A.** (1991) The effect of physician-patient communication on mammography utilization by different ethnic groups. *Med. Care*, 27:1065-1082.

- García, E.A.; Roy, L.C.; Okada, P.J.; Perkins, S.D. & Wiebe, R.A.** (2005) 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. *Pediatric Emergency Care*, 20(6): 373-378.
- Gerrish, K.; Chau, R.; Sobowale, A. & Birks, E.** (2005) Bridging the language barrier: The use of interpreters in primary care nursing. *Health & Social Care in the Community*, 12(5): 407-413.
- Green, A.R.; Ngo-Metzger, Q.; Legedza, A.T.; Massagli, M.P.; Phillips, R.S. & Iezzoni, L.I.** (2005) Interpreter services, language concordance, and health care quality. Experiences of Asian Americans with limited English proficiency. *Journal Of General Internal Medicine*, 20(11): 1050-1056.
- Hampers, L.C.; Cha, S.; Gutglass, D.J. ; Binns, H.J. & Krug, S.E.** (1999) Language barriers and resource utilization in a pediatric emergency department. *Pediatrics*, 103(6): 1253-1256.
- Hampers, L.C. & McNulty, J.E.** (2002) Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: Effect on resource utilization. *Archives Of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 156(11): 1108-1113.
- Heaney, C. & Moreham, S.** (2002) Use of interpreters services in a metropolitan healthcare system. *Australian Health Review*, 25(3): 38-45.
- Helman, C.** (2007) *Culture, health and illness*, 5th edition. Hodder Arnold Pb.
- Henley, A. & Schott, S.** (1999) *Culture, religion and patient care in a multi-ethnic society – A handbook for professionals*. London: Age Concern Books.
- Hertog, E. & Van Gucht, J.** (2003) *Onderzoeksopdracht Taalbijstandbehoefte in de Belgische Ziekenhuizen*. Antwerpen: Lessius Hogeschool.
- Hornberger, J.C.; Gibson, C.D.; Wood, W.; Dequeldre, C.; Corso, I.; Palla, B. & Bloch, D.A.** (1996) Eliminating language barriers for non-English speaking patients. *Medical Care*, 34(8): 845-856.
- Hsieh, E.** (1982) Interpreters as co-diagnosticians: Overlapping roles and services between providers and interpreters. *Social Science and Medicine*, 64(4):924-937.
- Hu, D.J. & Covell, R.M.** (1986) Health care usage by Hispanic outpatients as function of primary language. *West. J. Med.*, 144: 490-493.
- Hudelson, P.** (2005) Improving patient-provider communication: Insights from interpreters. *Family Practice*, 22(3): 311-316.
- Jacobs, E.A.; Lauderdale, D.S. ; Meltzer, D. ; Shorey, J.M.; Levinson, W. & Thisted, R.A.** (2001) Impact of interpreter services on delivery of health care to limited-English-proficient patients. *Journal Of Internal Medicine*, 16:468-474.
- Jacobs, E.A.; Shepard, D.S. ; Suaya, J.A. & Stone, E.** (2004) Overcoming language barriers in health care: Costs and benefits of interpreter services. *American Journal Of Public Health*, 94(5): 866-869.
- Jacobs, E.A.; Chen, A. ; Karliner, L.S.; Agger-Gupta, N. & Mutha, S.** (2006) The need for more research on language barriers in health care: A proposed research agenda. *The Milbank Quarterly*, 84(1): 111-133.

- John-Baptiste, A. ; Naglie, G.; Tomlinson, G. ; Alibhai, S. ; Etchells, E. ; Cheung, A. ; Kapral, M.; Gold, W.; Abrams, H.; Bacchus, M. & Krahn, M.** (2004) The effect of English language proficiency on length of stay and in-hospital mortality. *Journal Of General Internal Medicine*, 19(3): 221-228.
- Jönsson, B.** (2002) Revealing the cost of Type II diabetes in Europe. <http://www.springerlink.com/content/mfapgvqxqq24n913/fulltext.html>
- Juckett, G.** (2005) Cross-cultural medicine. *American Family Physician*, 72(11): 2267-2274.
- Kaplan, S.H., Greenfield, S. & Ware, J.E.** (1989) Assessing the effects of physicianpatient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*, 27:S1 10-S1 27.
- Karliner, L.S.; Pérez-Stable, E.J. & Gildengorin, G.** (2004) The language divide. The importance of training in the use of interpreters for outpatient practice. *Journal Of General Internal Medicine*, 19(2): 175-183.
- Karlsen, W.B. & Haabeth, A.L.** (1998) The telephone interpreter. A good alternative to the traditional interpreter. *Tidsskrift For Den Norske Laegeforening*, 118(2): 253-254.
- Karter, A.J., Ferrara, A., Darbinian, J.A., Ackerson, L.M. & Selby, J.V.** (2000) Selfmonitoring of blood glucose. *Diabetes Care*, 28(4):477-483.
- Kravitz, R.L.; Helms, L.J.; Azari, R.; Antonius, D. & Melnikow, J.** (2000) Comparing the use of physician time and health care resources among patients speaking English, Spanish, and Russian. *Medical Care*, 38(7): 728-738.
- Ku, L. & Flores, G.** (2005) Pay now or pay latter: Providing interpreter services in health care. *Health Affairs*, 24(2): 435-444.
- Kuo, D. & Fagan, M.** (1999) Satisfaction with methods of Spanish interpretation in an ambulatory care clinic. *Journal Of General Internal Medicine*, 14: 547-550.
- Laws, M.B.; Hecksher, R.; Mayo, S.J.; Li, W. & Wilson, I.B.** (2004) A new method for evaluating the quality of medical interpretation. *Medical Care*, 42(1) : 71-80.
- Lee, T.S.; Lansbury, G. & Sullivan, G.** (2005) Health care interpreters: A physiotherapy perspective. *The Australian Journal Of Physiotherapy*, 51(3): 161-165.
- Marks, G., Solis, J., Richardson, J.L., Collins, L.M., Birba, L. & Hisserich, J.C.** (1987) Health behavior of elderly Hispanic women: does cultural assimilation make a difference? *American Journal of Public Health*, 77:1315-1319.
- McCabe, M. ; Morgan, F.; Curley, H.; Begay, R. & Gohdes, D.** (2005) The informed consent process in a cross-cultural setting: Is the process achieving the intended result? *Ethnicity & Disease*, 15(2): 300-304.
- McCabe, M. ; Gohdes, D. ; Morgan, F. ; eakin, J. & Schmitt, C.** (2006) Training effective interpreters for diabetic care and education: A new challenge. *The Diabetis Educator*, 32(5): 714-720.
- Miller, K.E.; Martell, Z.L.; Pazdirek, L.; Caruth, M. & Lopez, D.** (2005) The role of interpreters in psychotherapy with refugees: An exploratory study. *The American Journal Of Orthopsychiatry*, 75(1): 27-39.
- Naish, J., Brown, J., & Deston, B.** (1994) Intercultural consultations: investigation on factors that deters non-English speaking women from attending their general practitioners for cervical screening. *British Medical Journal*, 309:1126-1128.

- Ngo-Metzers, Q.; Massagli, M.P.; Clarridge, B.R.; Manochia, M.; Davis, R.B.; Lezzoni, L.L. & Phillips, R.S.** (2003) Linguistic and cultural barriers to care. Perspectives of Chinese and Vietnamese immigrants. *Journal Of General Internal Medicine*, 18(1): 44-52.
- Roberts, N. & Crockford, D.** (1997) Psychiatric admissions of Asian Canadians to an adolescent inpatient clinic. *Canadian Journal Psychiatry*, 42 :847-851.
- Rosenberg, E. ; Richard, C. ; Lussier, M.T. & Abdool, S.N.** (2006) Intercultural communication competence in family medicine : Lessons from the field. *Patient Education Counselling*, 61(2): 236-245.
- Rueda-Lara, M.A.; Butchert, S.; Skotzo, C. & Clemow, L.P.** (2003) Psychiatric symptoms masking pituitary adenoma in Spanish speaking immigrants. *General Hospital Psychiatry*, 25(5): 367-371.
- Sarver, J. & Baker, D.W.** (2000) Effect of language barriers on follow-up appointments after an emergency department visit. *Journal Of General Internal Medicine*, 15(4): 256-264.
- Schlemmer, A. & Mash, B.** (2006) The effects of a language barrier in a South African district hospital. *South African Medical Journal*, 96(10): 1084-1087.
- Simon, C.M.; Zyzanski, S.J. ; Durand, E. ; Jimenez, X. & Kodish, E.D.** (2006) Interpreter accuracy and informed consent among Spanish-speaking families with cancer. *Journal Of Health Communication*, 11(5): 509-522.
- Solis, J.M., marks, G., Garcia, M. & Shelton, D.** (1990) Acculturation, access to care, and use of preventive services by Hispanics: findings from HHANES 1982-84. *American Journal of Public Health*, 80, Suppl.:11-19.
- Stuart, G.W., Minas, I.H., Klimidis, S. & O'Connell, S.** (1996) English language ability and mental health services utilisation: a census. *Aust. N.Z.J. Psychiatry*, 30:270-277.
- Trauer, T.** (1995) Ethnic differences in the utilisation of public psychiatric services in an area of Melbourne. *Aust. N.Z.J. Psychiatry*, 29:615-623.
- Tocher, T.M. & Larson, E.** (1999) Quality of diabetes care for non-English-speaking patients. A comparative study. *The Western Journal Of Medicine*, 168(6): 504-511.
- UDPDS Group** (1998) Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk complications in patients with Type II diabetes. *Lancet*, 352:837-53.
- Van Acker, K., Oleen-Burkey, M., De Decker, L., Vanmaele, R., Van Schil, P., Matricali, G., Dys, H. & De Leeuw, I.** (2000) Cost and resource utilization for prevention and treatment of foot lesions in a diabetic foot clinic in Belgium. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 50:87-95.
- Van Acker, K.** (2001) *The Diabetic Foot. A challenge for policy-makers and health care professionals.* Universiteit Antwerpen.
- Weimick, R.H. & Krauss, H.A.** (2000) Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*, 90:1771-1774.
- Woloshin S., Bickell N.A., Schwartz L.M., Gay F. & Welch G.** (1995) Language barriers in medicine in the United States. *JAMA*, 273(9):724-728.