

Résumé

Gehrig et Graf (2009): «Coûts et bénéfices de l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé. Rapport sectoriel 1 (rapport principal): Présentation qualitative des chaînes causales qui sont à l'origine des coûts et de l'utilité de l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé» Bern: Büro BASS [Rapport disponible uniquement en allemand].

La Suisse compte actuellement une population allophone estimée à quelque 200'000 personnes. Il s'agit donc de personnes qui ne sont pas en mesure de communiquer dans l'une des langues nationales courantes. Par manque de connaissances linguistiques et, par conséquent, de connaissances des institutions helvétiques, ces personnes se trouvent en difficulté dans les situations les plus diverses. C'est par exemple le cas dans le domaine de la santé : en cas de maladie, les personnes allophones se trouvent face à un système de santé où elles ne peuvent pas communiquer dans leur langue maternelle ou dans une langue qui leur est familière. Ces écueils linguistiques et culturels peuvent être surmontés ou du moins amoindris par le recours à des interprètes formé-e-s à cet effet, que l'on appelle interprètes communautaires.

Le recours à ces interprètes communautaires, notamment dans les hôpitaux et les cliniques, est communément justifié à l'aide de deux arguments:

■ **L'argument éthique:** cet argument se base essentiellement sur le fait que l'accès aux prestations médicales est en Suisse un droit non négociable politiquement et qui se soustrait à la pesée des intérêts sociaux, au même titre que la clause, ancrée dans la Constitution fédérale, qui prévoit que « toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. » (art. 41, al. 1, let b Cst). D'un point de vue éthique, il est donc indiqué d'assurer à la population allophone un accès non discriminatoire aux prestations médicales en recourant à des interprètes communautaires. Par « non discriminatoire », dans ce contexte, on entend en particulier que la qualité des prestations médicales dont bénéficie la population allophone est comparable à celle dont bénéficie la population indigène.

■ **L'argument juridique:** du point de vue juridique, il s'agit de considérer d'une part qu'autant la Constitution fédérale que le droit international public garantissent le droit à des prestations médicales identiques pour toutes et pour tous. D'autre part, selon les dispositions légales du décret sur les patient-e-s, l'État est chargé d'assurer que dans les hôpitaux publics, l'information aux patient-e-s et le dialogue en

vue de leur consentement à des interventions médicales ne soient pas empêchés par des barrières linguistiques.

L'**argument économique** est fréquemment invoqué pour motiver le recours à l'interprétariat communautaire, dans la mesure où de tels intermédiaires sont économiquement rentables aux termes du raisonnement suivant: les difficultés de communication entre les professionnel-le-s de la santé et les patient-e-s allophones peuvent entraîner un sous-approvisionnement médical, qui engendre des surcoûts disproportionnés du fait de l'évolution défavorable de la pathologie. Inversement, les mêmes difficultés de communication sont susceptibles d'entraîner un surapprovisionnement médical auprès de la population allophone, qui entraîne lui aussi des surcoûts directs pour le système de santé.

L'invocation d'arguments éthiques, juridiques et économiques présuppose bien entendu l'existence d'un **argument médical** qui justifie le recours à un-e interprète qualifié-e. Cette mise à contribution se justifie par le fait que les professionnel-le-s de la santé doivent pouvoir disposer de données objectives non seulement pour effectuer l'anamnèse, le diagnostic, l'évaluation de l'évolution et le traitement adéquat ; par ailleurs, le personnel médical doit pouvoir connaître l'avis de la patiente ou du patient. De plus, cette nécessité médicale de recourir à des interprètes qualifié-e-s découle du fait que la médecine moderne vise fréquemment à provoquer un changement de comportement de la part des patient-e-s. Ces derniers sont en effet appelés à faire effectuer régulièrement des examens préventifs et de prendre des mesures préventives contre certaines maladies (protection solaire, prévention des caries, nutrition équilibrée, etc.) ; en cas de pathologie aiguë, ils sont aussi invités à adapter leur comportement à court terme (prise régulière des médicaments, attitude coopérative au cours des thérapies) ou à long terme (modification des habitudes alimentaires, etc.). La barrière linguistique entre patient-e-s et personnel de santé empêche le recours à la totalité des ressources dont disposent chacun-e des patient-e-s, ce qui peut se répercuter négativement sur le processus de guérison, respectivement de convalescence.

L'effet du recours aux interprètes communautaires dans le contexte de la santé n'a jamais fait l'objet d'une analyse coût-utilité économique détaillée. Par conséquent, l'argument économique doit être considéré comme hypothétique.

Compte tenu de cette situation de référence, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS d'élaborer une

étude préliminaire consacrée à la thématique « Coûts et bénéfices de l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé »; les trois objectifs de cette étude sont les suivants:

- Présentation qualitative des chaînes causales médicales qui sont à l'origine des coûts et de l'utilité de l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé (**Rapport sectoriel I**).
- Représentation de l'utilité de l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé à l'aide de trois exemples (**Rapport sectoriel II**).
- Évaluation de la faisabilité et élaboration des conditions conceptuelles d'une éventuelle étude principale au sens d'une analyse coûts-bénéfices quantitative (**Rapport sectoriel III**).

La présente étude préalable repose sur les approches méthodologiques suivantes :

- Recherche bibliographique : analyse de cinq méta-études consacrées aux « Effets des barrières linguistiques et recours aux services professionnels d'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé ».
- Interviews d'expert-e-s : quinze personnes qui travaillent soit comme médecins, soit dans l'administration ou les soins à l'hôpital de l'île de Berne et à la clinique psychiatrique universitaire de Zurich.

Coûts et bénéfices de l'interprétariat communautaire : définition

En 2008, quelque 120'000 heures d'interprétariat communautaire ont été recensées dans le domaine de la santé. Le coût et l'utilité de ces interventions sont chiffrables sur la base du questionnaire suivant : quelles auraient été les conséquences de la non-intervention d'un tel service ? En d'autres termes, quelles auraient été les conséquences médicales si aucune médiation linguistique n'avait eu lieu ou alors si l'interprétariat avait été effectué par des personnes non qualifiées, à savoir soit des proches du/de la patient-e allophone, soit des collaboratrices/collaborateurs bilingues de l'hôpital («interprètes de fortune»). Ce raisonnement amène à conclure que le recours à l'interprétariat communautaire a modifié la nature de l'interaction entre patient-e allophone et le secteur de la santé, de même que l'état de santé de la personne allophone, entraînant ainsi un effet sur l'impact économique. Cette modification de l'impact économique sur le système de santé suisse par rapport à une situation sans recours à l'interprétariat communautaire (scénario de référence) représente le coût et l'utilité de l'interprétariat communautaire dans le domaine de la santé. Le coût et l'utilité de l'interprétariat communautaire, dans le domaine de la santé,

représentent la différence entre la réalité et un état de référence hypothétique.

Le coût de l'interprétariat communautaire

Les **coûts directs** de l'interprétariat communautaire sont relativement simples à chiffrer ; ils se composent des facteurs suivants :

- le coût de la main d'œuvre chargée de l'interprétariat communautaire (y compris le temps et les frais de déplacement) généré par l'intervention dans le domaine de la santé ;
- le coût des services professionnels d'interprétariat communautaire, c'est-à-dire des services chargés de coordonner l'attribution des interprètes aux prestataires des services de santé;
- les frais administratifs suscités auprès des institutions de santé lorsque les services d'interprètes communautaires sont requis.

Ces coûts directs de l'interprétariat communautaire sont confrontés aux coûts directs qui auraient apparus dans le scénario de référence si, au lieu d'un interprétariat communautaire, aucune médiation linguistique n'avait eu lieu ou si cette dernière avait été assurée par des interprètes ad hoc, à savoir par des proches du patient ou de la patiente allophone ou par des membres bilingues du personnel hospitalier.

Le recours à l'interprétariat communautaire peut aussi provoquer des **coûts indirects**, notamment lorsque les personnes allophones souffrent de sous-approvisionnement médical ; dans un tel cas, le recours à l'interprétariat communautaire qualifiée peut (et généralement doit) occasionner le recours à des prestations médicales supplémentaires. Le coût de l'interprétariat communautaire peut alors être assimilé aux **coûts d'une expansion quantitative**. Une telle expansion apparaît en particulier lorsqu'une meilleure compréhension de la situation permet l'élargissement du spectre des traitements envisageables, le recours à des examens préventifs ou encore un diagnostic plus précis et plus différencié. On peut toutefois admettre que les prestations médicales supplémentaires induites directement par le recours à l'interprétariat communautaire ne se soldent pas automatiquement par un bilan coût-utilité positif, par exemple dans les cas de figure suivants :

- des prestations médicales «superflues» ont été fournies : l'expansion quantitative a une utilité nette négative lorsque la médiation linguistique provoque des traitements supplémentaires qu'on peut qualifier de superflus ; par superflus, on entend alors les situations où l'absence de tels traitements (p. ex. du fait de l'échec du diagnostic suite à la barrière linguisti-

que) ne modifie pas le processus de guérison. Une telle situation survient par exemple en cas d'autoguérison ou lorsque le patient/la patiente « guérit parce qu'il/elle oublie » ;

■ des prestations médicales sans effet ont été fournies : l'expansion quantitative a toujours un effet net négatif lorsque les prestations médicales supplémentaires qui ont été octroyées restent sans effet.

■ Prestations économiquement inefficaces: l'utilité nette de l'expansion quantitative est toujours négative lorsque, indépendamment de la langue des patient-e-s, le bilan coût-utilité des prestations médicales supplémentaires fournies est négatif.

Dans la réalité, on ne peut en général pas savoir ex ante, et pas même ex post, si un traitement médical a été « superflu », « inutile » ou « économiquement inefficace »; il faut donc se demander si les coûts supplémentaires d'une expansion quantitative de ce type sont réellement imputables à l'interprétariat communautaire. On pourrait aussi envisager, en effet, d'expliquer des coûts indirects de ce type par un « déficit de connaissances dans le domaine médical », tout en ayant conscience du fait que l'interprétariat communautaire risque de passer comme une solution de facilité qui vise à « neutraliser » un problème économique réel. Vouloir interpréter les coûts générés par un rapprochement du comportement de la population allophone en matière de santé de celui de la population autochtone en les imputant à l'interprétariat communautaire est toutefois problématique du point de vue philosophique et moral, car une telle vision permettrait de justifier une médecine à deux vitesses : les allophones, contrairement aux autochtones, n'ont pas droit à des prestations médicales « superflues », « inutiles » et « économiquement inefficaces ». Une telle situation est problématique non seulement du point de vue éthique, mais aussi sous l'angle politique et démocratique, dans la mesure où aucune base constitutionnelle ou légale ne permet de légitimer une médecine à deux vitesses.

De l'utilité de l'interprétariat communautaire

Considérée sous l'angle de l'utilité, on peut également faire la différence entre les effets directs et indirects de l'interprétariat communautaire.

L'utilité directe résulte des coûts de santé économisés lorsque l'interprétariat communautaire permet de réduire les prestations médicales, sans préjudice pour l'état de santé de la personne allophone en question. L'utilité directe peut donc aussi être qualifiée de **gain d'efficacité**,

dans la mesure où l'objectif de la prestation médicale peut être atteint avec des ressources moindres. Un gain d'efficacité de ce type est probable dans les situations où les problèmes de compréhension entraînent le surapprovisionnement des patient-e-s allophones. Ce surapprovisionnement peut s'expliquer par toute une série de chaînes causales ; ainsi, la barrière linguistique peut notamment

■ inciter les personnes allophones à demander plus fréquemment des prestations directement dans les hôpitaux au lieu de s'adresser aux cabinets médicaux privés. Ce type d'interaction avec le système de santé n'est pas optimal, car le plus souvent, les hôpitaux, du fait de leur organisation complexe, ont fréquemment des structures de coûts plus défavorables que les cabinets privés ;

■ freiner la vitesse d'administration des prestations médicales fournies. Ce ralentissement peut entraîner une augmentation de la durée ou de la fréquence des consultations ;

■ désécuriser le/la professionnel-le la santé qui ne comprend pas le/la patient-e allophone. Ce manque d'assurance peut entraîner une augmentation du rythme des consultations et/ou du séjour à l'hôpital, de la quantité d'analyses objectives ou des hospitalisations inutiles ;

■ empêcher que le nombre des diagnostics potentiels suggérés par l'entretien d'anamnèse puisse être cerné avec précision et par conséquent, susciter des examens objectifs supplémentaires (radiographies, etc.), entraînant un coût direct ;

■ faire multiplier les examens et les interventions lorsque les patient-e-s allophones ne sont pas en mesure de communiquer adéquatement avec les professionnel-le-s de la santé ;

■ augmenter le risque de diagnostics erronés et de traitements inutiles lorsque les patient-e-s allophones ne sont pas en mesure de décrire et de communiquer adéquatement leurs symptômes ;

■ nuire durablement à la relation médecin-patient-e, à la confiance manifestée par les patient-e-s allophones à l'égard des médecins et à la satisfaction obtenue lors des consultations médicales. Cette insatisfaction générale risque de générer un tourisme médical coûteux de la part de la population allophone.

L'utilité indirecte de l'interprétariat communautaire se manifeste quant à elle par des coûts économisés ou non avenus. Ces non-coûts surviennent chaque fois que l'interprétariat communautaire permet d'éviter une évolution négative de la maladie, et par conséquent d'éviter des coûts au niveau du système de santé, de l'économie et de la société. On distingue les

catégories suivantes en termes d'utilité indirecte :

■ L'utilité générée sous la forme de coûts de la santé économisés lorsqu'on peut éviter des traitements prescrits du fait de la mauvaise compréhension des patient-e-s allophones.

■ L'utilité générée par l'interprétariat communautaire qui permet d'éviter tant des pertes de production dans l'économie (travail rémunéré) et dans la société (travail non rémunéré) que des baisses de productivité dues à des absences pour cause de maladie, d'invalidité ou de mort.

■ L'utilité générée par l'interprétariat communautaire qui permet d'éviter des coûts supplémentaires hors du secteur de la santé et de l'économie (formation, exécution des peines, etc.).

Le recours à des interprètes communautaires qualifié-e-s a donc aussi une utilité indirecte chaque fois qu'il est possible de franchir une barrière linguistique qui aurait provoqué une évolution négative de la maladie de la personne allophone. C'est en particulier le cas dans les deux cas de figure suivants :

■ **Commencement tardif du traitement adéquat** : une barrière linguistique peut, dans différentes relations de causalité et notamment en cas de sous-appvisionnement médical de la population allophone, provoquer un commencement relativement tardif du traitement médical adéquat. Or, plus la période entre le moment où la maladie se déclare et le début du traitement médical adéquat est longue, moins les chances de guérison sont grandes et plus la convalescence sera longue. Par ailleurs, des symptômes supplémentaires et des dysfonctionnements comorbides sont susceptibles de se manifester, suite à quoi la maladie peut prendre une tournure chronique. Finalement, les coûts de traitement augmentent de manière disproportionnée entre le moment où la maladie apparaît et celui où le diagnostic est posé.

■ **Observance insuffisante** : la barrière linguistique peut être à l'origine du manque d'observance des patient-e-s allophones, notamment lorsque ces derniers ne comprennent pas les directives thérapeutiques. De plus, une barrière linguistique risque de diminuer la confiance des patient-e-s allophones dans les professionnel-le-s de la santé, péjorant par la même occasion leur disposition à coopérer activement aux mesures thérapeutiques prescrites. Une observance insuffisante entraîne finalement une évolution négative de la maladie, qui aurait pu être évitée par l'interprétariat communautaire.

État de la recherche empirique

Si certaines des chaînes causales évoquées ci-avant sont empiriquement controversées, d'autres n'ont encore fait l'objet d'aucune recherche de ce type. Sur la base des recherches bibliographiques effectuées, la validité empirique des chaînes causales suivantes semble **confirmée**:

■ Le recours à l'interprétariat communautaire accroît les connaissances médicales des patient-e-s allophones ;

■ permet de mieux satisfaire les patient-e-s allophones à propos des prestations médicales perçues, ainsi que d'augmenter la confiance dans les professionnel-le-s de la santé consulté-e-s ;

■ augmente l'observance des patient-e-s allophones ;

■ a un effet positif sur l'évolution de la maladie, respectivement sur l'état de santé ;

■ accroît à court terme la quantité des prestations médicales fournies aux patient-e-s allophones ;

■ Le recours à l'interprétariat communautaire accroît le nombre des examens préventifs auprès des patient-e-s allophones ;

La littérature scientifique est par contre **divisée** quant aux effets suivants de l'interprétariat communautaire :

■ la probabilité et la durée du séjour stationnaire des patient-e-s allophones dans les hôpitaux et les cliniques ;

■ le nombre d'examens médicaux auxquels sont soumis-e-s les patient-e-s allophones lors de l'anamnèse ;

■ la probabilité des traitements erronés et/ou non optimaux.

Enfin, la littérature scientifique reste pratiquement **muette** quant aux effets suivants du recours à l'interprétariat communautaire:

■ le tourisme médical des patient-e-s allophones;

■ la probabilité de diagnostics erronés ; les rares études disponibles concluent à un accroissement des diagnostics erronés du fait de la barrière linguistique.

Conclusion

D'un point de vue général, le recours à l'interprétariat communautaire accroît temporairement les frais de santé, alors qu'à plus long terme, il économise des frais dans le secteur de la santé, dans l'économie et dans la société. Ce décalage temporel confère à l'interprétariat communautaire le caractère d'un investissement:

■ **À court terme**, le bilan coût-utilité de l'interprétariat communautaire résulte des coûts directs et indirects et de l'utilité directe, l'élément décisif étant l'écart entre l'utilité directe (gain d'efficacité) et les coûts indirects (expansion quantitative). Selon une hypothèse du monitoring de la santé de la population migrante en Suisse, la population résidente étrangère se caractérise par un sous-apvisionnement en termes d'accès initial aux prestations médicales ; on peut donc admettre que les coûts indirects existent bel et bien. Il n'est par contre pas établi que ces coûts indirects soient compensés ; par conséquent, le bilan coût-utilité à court terme (utilité nette) n'est pas défini.

■ Les effets **à long terme** de l'interprétariat communautaire apparaissent indirectement, au travers de l'évolution des maladies des patient-es allophones. Ces effets à long terme sont sans aucun doute positifs, si bien qu'ils représentent une utilité indirecte supérieure à zéro. Si l'utilité nette à court terme de l'interprétariat communautaire devait se révéler négative, c'est la portée de l'utilité indirecte qui décidera de la rentabilité économique globale du recours à l'interprétariat communautaire.