

Méthodologie de
l'évaluation médico-économique
des dispositifs d'interprétariat professionnel dans le
domaine de la prévention et de la prise en charge
du VIH/sida, des hépatites et de la tuberculose

Michaël Schwarzinger, ATIP/AVENIR, Inserm 738
Eric Cédiey, ISM Corum

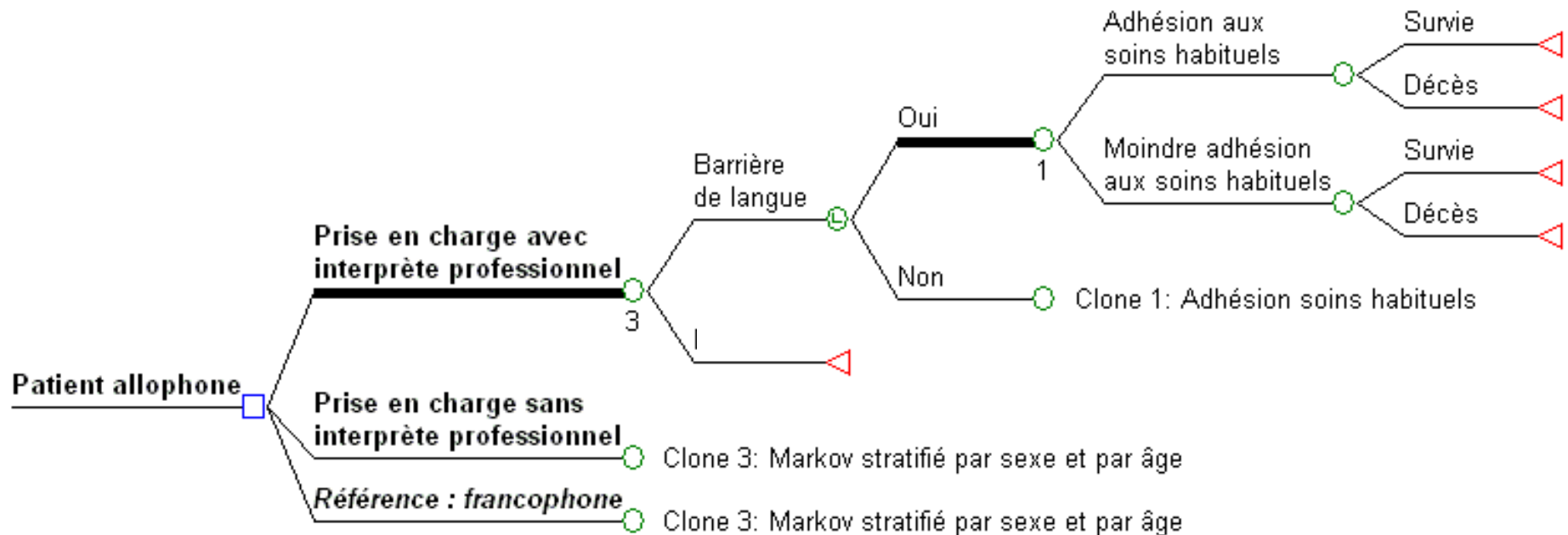
Conférence Nationale
« Interprétariat Médical et Social Professionnel »,
14/11/2012, ENA Strasbourg

Question principale du projet DGS

- **Le recours à l'interprétariat professionnel (IP) est-il *efficace* en santé ?**
- Interprétation de l'efficacité de l'IP ?
 - « IP plus efficace » (consultation médicale)
 - « IP moins cher » (coût futur évité)
 - Évaluation médico-économique : le coût supplémentaire lié au recours à l'IP est justifié par le gain d'efficacité (à long terme)

(1) Évaluation médico-économique

Modèle quantitatif comparant
au moins 2 interventions en santé
en termes d'efficacité et de coût à long terme



(2) Évaluation médico-économique

- Quelle est la cible du recours à l'IP ?
 - Individu : continuum « allophone » => « francophone »
 - Patient : « VIH/sida », « tuberculose », « hépatites », mais toutes les pathologies sont concernées
- Quelle est l'intervention de référence ?
 - Soignant bilingue ; personnel non-soignant bilingue ; accompagnant bilingue ; face à face en français...
- Quelle est l'efficacité mesurée de l'IP ?
 - Court terme : nombre de messages transmis et reçus ; satisfaction des soignants et patients...
 - Long terme : « observance » des règles médicales...
- Qui paye l'IP en santé ?
 - Soins : associations (privé), missions d'intérêt général « précarité » à l'hôpital
 - Prévention : PMI (Conseil Général), CDAG/CLAT (DGS)

Etapes du projet DGS

- **Revue de littérature** : que sait-on ?
 - Interventions possibles et efficacité de l'IP
- **Modéliser** : à quelles conditions une décision médico-économique serait favorable à l'IP ?
 - Plusieurs pathologies chroniques (dont diabète)
 - 2 hypothèses majeures des modèles :
 - délai nécessaire à un patient « allophone » pour devenir « francophone » => coût total IP (fréquence & durée)
 - efficacité IP à court-terme => observance à long-terme
- **Observer** : quelle réalité ?
 - Enquête dans les consultations des hôpitaux et CLAT
 - Analyse de la demande d'IP à ISM Paris

1. Revue de littérature

- Journaux à comité de lecture
 - Revue de Karliner et coll. 2006 : 28 études
 - PubMed avec les mêmes mots clés : 18 études supplémentaires de 2004 à 2010
 - Pas d'article scientifique dans le contexte francophone

(1) Contexte des études

- Etats-Unis : 33/46 études (72%)
- Contexte *très* particulier :
 - Caractère légal d'un accès égal aux soins sans surcoût pour l'utilisateur allophone
 - Cible des études : la « minorité hispanophone »
 - ≠ IP pour une seule langue
 - ≠ IP souvent à demeure
 - ≠ Soignants bilingues très nombreux
 - ≠ Recherches encouragées sur les différences communautaires

(2) Contexte des études

- 13 autres études :
 - Autres pays anglo-saxons : 9 études (20%)
 - Suisse : 3 (7%)
 - *Arabie Saoudite : 1 (médecin est allophone)*
- 5 études quantitatives :
 - ≠ durée de séjour (3 hôpitaux de Toronto)
 - ≠ avant/après (militants procésarienne à Londres)
 - ≠ populations (demandeurs d'asile à Genève)
- Autres études qualitatives (+1 étude DGS)

(1) Résultats quantitatifs

- **6 essais contrôlés randomisés :**
 - 2 sur des techniques particulières d'interprétariat (simultané, vidéo) / satisfaction, échange, durée
 - 3 aux urgences / satisfaction
 - 1 dans les services de médecine interne (Jacobs et coll. 2007) / consommation et suivi
 - Pas de différence retrouvée => surcoût interprète
 - Soignant bilingue améliore les mesures...
- ≠ Mesure au niveau du service mais pas de l'individu (pas de mesure de morbi-mortalité)

(2) Résultats quantitatifs

- 15 études d'observation :
 - 3 études / compréhension, connaissance, consentement éclairé
 - 8 études / satisfaction
 - 4 études / durée de consultation
- ... dans la continuité des études qualitatives
 - ≠ pas de mesure de morbi-mortalité
 - ≠ pas d'ajustement sur les facteurs de confusion

(3) Résultats quantitatifs

- 10 études quantitatives avec indicateur de morbi-mortalité et/ou économique
 - 6 études permettent d'identifier le recours à l'IP au niveau individuel
 - ≠ 3 études : référence = Caucasiens (et non allophone sans IP)
 - ≠ 3 études des coûts sans mesure de morbi-mortalité
 - Absence de concordance des résultats : diabète
 - Tocher 1998 : allophone = anglophone (contrôle HbA1c et durée de séjour hospitalier)
 - Fernandez 2010 : Latino hispanophone < Latino anglophone < Caucasiens (contrôle HbA1c)
 - John-Baptiste 2004 : allophone > anglophone (durée de séjour hospitalier)

Conclusions de la revue

- *Quelle est l'intervention de référence ?*
 - Contexte américain (ou autre) des études non transposable en France
- *Quelle est l'efficacité mesurée de l'IP ?*
 - Pas d'essai contrôlé randomisé mesurant un indicateur de morbi-mortalité dans une population allophone (IP vs. pas d'IP)
- IP : mieux dans l'immédiat, mais son efficacité sur la santé à long terme reste une inconnue

2. Observer : intervention de référence

- Quelle demande d'IP à ISM Paris
210 hôpitaux en région IDF (source DGOS) ?
80 hôpitaux publics ou PSPH ?
**Seuls 64 hôpitaux publics (et 3 cliniques)
demandeurs d'IP (jan 2008 - juin 2012)**
=> 36 126 demandes (tél., visite ou permanence)
**= 10 demandes d'IP par mois et par hôpital
(demandeur) !**

2. Observer : intervention de référence

- Enquête dans les consultations de maladies infectieuses, diabétologie et CLAT
 - 154/438 patients allophones
- Maladies infectieuses => consultation en français et seul : 56%
- Diabétologie => consultation avec accompagnant : 58%
- Recours à l'IP : $3/154 = 2\%$
 - 13% déclarent connaître IP
 - 48% auraient préféré un IP

Questions ouvertes (avant les résultats de l'étude)

1. Evaluation médico-économique de l'IP

– un modèle pour aider la décision collective

- plus efficace (prouvé) et moins cher => financement collectif
- pas plus efficace, mais moins cher => financement collectif
- plus efficace (prouvé), mais plus cher => financement fonction du prix
- pas plus efficace et plus cher => pas de financement

– 2 problèmes majeurs de l'évaluation

- Intervention de référence fonction pathologie, médecin, région...
- Efficacité en santé à long terme reste inconnue

Questions ouvertes (avant les résultats de l'étude)

2. Quelle est la cible actuelle du recours à l'IP ?
 - Patient allophone sans aucun autre recours (personnel soignant ou non-soignant à proximité, accompagnant)
 - Dernières vagues d'immigration non encore intégrées (comme personnel bilingue des structures de soins)
 - Offre d'interprétariat n'est pas illimitée :
 - Multiples demandes médicales et sociales (région IDF : PMI > hôpital > SAMU Social > Associations > psycho-social >>> prévention)

Questions ouvertes (avant les résultats de l'étude)

3. Comment améliorer la prise en charge médicale des patients allophones ?
 - Rôle de l'accompagnant bilingue : aidant/éducateur thérapeutique au quotidien
 - Former le personnel (non-soignant) de l'hôpital
 - Améliorer l'information sur les possibilités de recours aux IP, peu connues (des soignants) ou méconnues (des patients) et surtout très peu utilisées

Remerciements

- Direction Générale de la Santé
- Comité de suivi du projet
- Hôpitaux, médecins et patients participant à l'enquête
- ISM Paris (Aziz Tabouri et Alain Sanchez)