



N° 11-522-XIF au catalogue

**La série des symposiums internationaux
de Statistique Canada - Recueil**

Symposium 2003 : Défis reliés à la réalisation d'enquêtes pour la prochaine décennie

2003



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Recueil du Symposium 2003 de Statistique Canada
Défis reliés à la réalisation d'enquêtes pour la prochaine décennie

MESURE DE L'UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA : CONCORDANCE ENTRE LES ENQUÊTES ET LES DOSSIERS ADMINISTRATIFS

JoAnne Palin et Bruno. D. Zumbo¹

RÉSUMÉ

Les chercheurs et les décideurs du Canada ont largement recours à l'autodéclaration de données sur l'utilisation des soins de santé et aux dossiers administratifs provinciaux pour examiner les facteurs déterminants de l'utilisation des soins de santé, de l'accès aux soins et d'autres questions de recherche et de politique. Le présent document a pour objet d'examiner la documentation qui évalue et explique les écarts entre ces deux sources importantes de données sur l'utilisation des soins primaires au Canada, de décrire les lacunes importantes de la documentation existante et de cerner les questions qu'il faut examiner pour aider les chercheurs à interpréter, à comparer et à améliorer les mesures.

Mots clés : bases de données administratives; qualité des données; utilisation des soins de santé; autodéclaration.

1. INTRODUCTION

1.1 Vue d'ensemble

La présente analyse documentaire examine des études qui fournissent des renseignements sur le degré de concordance de deux sources importantes de données sur l'utilisation des soins de santé primaires au Canada : l'autodéclaration et les bases de données administratives provinciales.

La première section du document traite la présente analyse documentaire d'un point de vue plus général d'enquête sur l'autodéclaration et la qualité des données, puis se concentre sur des questions liées à la mesure de l'utilisation des soins de santé. La deuxième section donne un aperçu des deux mesures de l'utilisation des soins de santé couramment utilisées au Canada et des différences entre elles. La troisième section porte sur des études qui pourraient donner un aperçu du degré de divergence entre ces deux sources de données. La dernière section résume les constatations et commente les implications et les prochaines étapes.

1.2 Contexte

Malgré l'incidence considérable de l'autodéclaration sur la recherche, la politique gouvernementale ainsi que la planification et l'évaluation de programmes, on s'est peu préoccupé de la représentativité de l'autodéclaration par rapport au phénomène qu'elle est censée mesurer. Les données autodéclarées sont habituellement obtenues au moyen d'interviews menées dans le cadre d'enquêtes ou d'études de recherche, ou de questionnaires à remplir soi-même.

¹ JoAnne Palin, Département de soins de santé et d'épidémiologie, Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada, V6T 1Z3 (palin@interchange.ubc.ca); Dr. Bruno. D. Zumbo, Programme de mesure et d'analyse des données, Département de psychopédagogie, de psychologie-conseil et d'éducation spéciale (ECPS), Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique V6T 1Z4 (bruno.zumbo@ubc.ca). Le professeur Zumbo est aussi membre du Département de statistique de l'Université de la Colombie-Britannique.

L'autodéclaration fournit de l'information sur l'attitude, l'opinion, le comportement, l'état de santé et d'autres variables. Par exemple, on peut demander aux sujets de recherche comment ils qualifient leur état de santé, combien de fois ils ont regardé la télévision dans la semaine précédente ou d'autres questions servant à évaluer la valeur d'une variable psychosociale telle que l'estime de soi.

Bon nombre de données autodéclarées sont difficiles à comparer et à corroborer au moyen d'autres sources. Cependant, il est possible d'évaluer la divergence entre certains types d'événements ou de comportements déclarés et d'autres mesures. L'information sur ces différences se révèle utile pour l'utilisation ou l'interprétation des données provenant d'une des deux sources et pour la comparaison d'études employant différents types de mesures.

Il est également important de comprendre comment et pourquoi il existe des différences entre l'autodéclaration et les autres mesures, ainsi que la façon de les réduire. Par exemple, il a été établi que le nombre d'erreurs d'autodéclaration varie en fonction de caractéristiques démographiques et d'autres caractéristiques, mais les désaccords considérables entre les sources de données demeurent inexplicables.

Au cours des vingt dernières années, des progrès remarquables ont été faits dans l'évaluation des types d'erreurs d'autodéclaration, et on connaît mieux maintenant les facteurs qui contribuent à accroître ou à réduire ce phénomène. On attribue principalement au mouvement CASM (Cognitive Aspects of Survey Measurement) l'utilisation courante de méthodes et de cadres théoriques du domaine de la science cognitive pour améliorer notre compréhension du processus d'autodéclaration et des sources d'erreurs.

Il faut souligner, cependant, que les écarts entre l'autodéclaration et les autres mesures ne découlent pas toujours d'erreurs dans l'autodéclaration. Par exemple, le document de Ritter *et coll.* (2001, p. 140) compare les données d'utilisation des services de santé déclarées par 216 participants à un programme d'autogestion de maladies chroniques avec les dossiers informatisés d'une organisation de soins intégrés de santé (OSIS). Les chercheurs se sont penchés sur les dix cas qui présentaient la plus grande divergence et ont découvert que les dossiers informatisés manquaient d'exactitude par rapport à l'autodéclaration dans plus de la moitié des cas.

C'est dans ce contexte général d'écart entre l'autodéclaration et les autres mesures que la présente analyse documentaire établit des comparaisons entre les mesures d'utilisation des soins de santé. Le couplage de vastes bases de données, telles que les bases de données des enquêtes nationales sur la santé et les bases de données administratives des organismes de santé provinciaux du Canada offre un contexte unique et fertile qui permet de comparer l'autodéclaration avec d'autres mesures de l'utilisation des soins de santé.

1.3 Mesures différentes de l'utilisation des soins de santé

Les bases de données des enquêtes nationales sur la santé et les bases de données administratives provinciales sont les deux sources d'information sur l'utilisation des soins primaires les plus couramment utilisées au Canada. Elles permettent d'examiner les facteurs déterminants de l'utilisation des soins de santé, de l'accès aux soins et d'autres questions. Cependant, les deux mesures ne sont que des « représentations » de l'utilisation « réelle » des soins de santé. Trop peu de recherches étudient la comparabilité et l'interchangeabilité de ces mesures.

La présente analyse documentaire a pour objet de trouver des études qui décrivent l'orientation et le degré du désaccord entre les données d'enquêtes nationales et les dossiers administratifs provinciaux au sujet de l'utilisation des soins primaires au Canada, de décrire les lacunes de la documentation existante et de cerner les questions qu'il faut régler pour aider les chercheurs à interpréter, à comparer et à améliorer les mesures.

1.4 Utilisation des soins de santé primaires

« Utilisation des soins de santé » est un terme général qui englobe les hospitalisations, les visites aux services d'urgence, les consultations avec les médecins généralistes ou les spécialistes et d'autres types de services faisant partie du système de soins de santé officiel ou non (par exemple la consultation de psychologues, de physiothérapeutes, etc.).

La présente étude s'intéresse à l'utilisation des soins primaires, qui sont considérés comme le fondement du système de soins de santé du Canada ("Primary health care," 2004).

2. MESURE DE L'UTILISATION DES SOINS DE SANTÉ

2.1 Mesure de l'utilisation des soins de santé – Autodéclaration et dossiers

2.1.1 Utilisation des soins de santé : Autodéclaration

Les données autodéclarées de l'utilisation des soins de santé sont habituellement recueillies au moyen de questionnaires remplis par les répondants ou d'interviews. Les sources de données autodéclarées les plus largement accessibles sur l'utilisation des soins de santé primaires au Canada sont les enquêtes nationales sur les soins de santé du Canada telles que l'Enquête nationale sur la santé de la population ou l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Les enquêtes nationales sur les soins de santé du Canada posent des questions sur les caractéristiques démographiques, l'état de santé et l'utilisation des soins de santé. Les mesures de l'utilisation des soins de santé comprennent le nombre de nuits passées à l'hôpital ou dans une maison de repos ou de convalescence; le type de professionnels de la santé que le répondant a consultés au sujet de son état de santé physique, émotionnel ou mental général (ou d'autres états pathologiques particuliers), le nombre de consultations avec les professionnels de la santé de chacune des catégories; le degré de satisfaction à l'égard des soins, l'endroit de la plus récente consultation avec un professionnel de la santé, etc. En général, les questions portent sur la période de 12 mois précédant l'interview. Certaines enquêtes recueillent également des renseignements supplémentaires sur les soins complémentaires ou parallèles, les besoins insatisfaits, les services particuliers utilisés, tels que les tests de dépistage et les soins de santé mentale ou d'autres variables relatives aux soins de santé.

2.1.2 Utilisation des soins de santé : Dossiers

Les sources de renseignements autres que l'autodéclaration au sujet de l'utilisation des soins de santé primaires comprennent notamment les dossiers médicaux, les interviews avec des médecins ou les renseignements recueillis régulièrement dans les bases de données sur les soins de santé. Dans certaines provinces du Canada, les chercheurs ont accès aux bases de données administratives provinciales, qui renferment les dossiers sur les services de santé offerts aux habitants de la province dans le cadre du système à fonds publics universel de soins de santé du Canada.

La British Columbia Linked Health Database (BCLHD) est un exemple de base de données administratives provinciale qui renferme des renseignements couplables au niveau des individus sur les services de santé couverts par le gouvernement que des professionnels de la santé ont facturés et pour lesquels ils ont été payés, sur les congés de l'hôpital, sur certains services de santé mentale, sur les soins prolongés, sur l'achat de médicaments couverts par le gouvernement, de même que des fichiers de données couplables provenant de la British Columbia Workers' Compensation Board, de la British Columbia Cancer Agency et de la Statistique de l'état civil ("Frequently asked questions," 2004).

2.1.3 Deux mesures différentes de l'utilisation des soins de santé primaires

Les enquêtes nationales canadiennes sur la santé et les bases de données administratives provinciales sont des représentations différentes de l'utilisation réelle des soins de santé. Les enquêtes dépendent de la capacité des répondants à se rappeler et à déclarer leurs consultations, par téléphone ou en personne, avec un médecin généraliste ou un médecin de famille. Dans le cas des données administratives, le nombre de « consultations » relatives aux soins de santé primaires provient des relevés de paiement pour les services couverts.

Lors des enquêtes nationales canadiennes sur la santé, on demande souvent aux participants d'autoriser le couplage de leurs réponses au questionnaire avec les renseignements provinciaux sur la santé. On leur demande également leur numéro d'assurance maladie provincial. (Le couplage probabiliste peut servir à coupler les données des

répondants qui ont autorisé le couplage sans donner leur numéro d'assurance maladie personnel.) Un tel couplage permet d'examiner les différences entre les deux sources de données, ainsi que les facteurs qui y sont associés.

3. ANALYSE DOCUMENTAIRE

3.1 Comparaison de l'utilisation dans les enquêtes nationales et sur les bases de données administratives provinciales

On a procédé à une analyse documentaire afin de trouver des études qui comparaient les estimations de l'utilisation des soins de santé primaires issue des enquêtes nationales canadiennes sur la santé avec celles des dossiers administratifs provinciaux. L'analyse a donc porté sur trois études publiées et un document de travail canadiens.

De plus, on a aussi tenté de trouver d'autres études qui comparaient l'utilisation autodéclarée des soins de santé avec les dossiers et s'appliquant au contexte de la présente analyse documentaire. Des études du Canada et d'autres régions telles que les États-Unis, l'Europe et l'Australie ont été trouvées, mais elles ne répondaient pas à tous les critères d'inclusion dans la présente analyse documentaire énumérés ci-dessous :

- La population à l'étude doit être représentative de l'ensemble de la population canadienne échantillonnée dans les enquêtes nationales sur la santé :

La population visée par la plupart des études ne correspondait pas à l'ensemble de la population canadienne puisque les répondants et leurs dossiers étaient sélectionnés à partir d'essais contrôlés randomisés, d'autres études, d'organisations de soins intégrés de santé, etc.

- Le libellé des questions portant sur l'utilisation des soins de santé des études doit être très semblable à celui des questions des enquêtes nationales canadiennes sur la santé au sujet de l'utilisation des soins de santé primaires :

Les études dont les questions ne portaient pas précisément sur l'utilisation des soins de santé primaires ou dont les questions différaient nettement des questions utilisées lors des enquêtes nationales canadiennes sur la santé ont été exclues.

- La période de référence doit correspondre à la période de 12 mois utilisée par les enquêtes nationales canadiennes :

Selon l'étude, la période de référence variait de deux semaines à plusieurs mois. Les études qui ne portaient pas sur une période de 12 mois ont été exclues.

- Les données de comparaison doivent provenir d'une base de données administratives provinciale.

Les études canadiennes ci-dessous comparent l'autodéclaration avec les dossiers administratifs provinciaux :

3.1.1 Mustard *et coll.* (2000) – Utilisation des soins de santé par l'ensemble de la population

Mustard et ses collaborateurs (2000) ont examiné la concordance entre l'autodéclaration de l'utilisation des soins de santé dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994 et les bases de données administratives de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Ontario. Leur échantillon comptait 8 529 personnes (ou leur représentant) âgées de 12 ans ou plus qui ont répondu au questionnaire de l'ENSP et ont été couplées avec succès aux bases de données administratives des quatre provinces.

Dans l'ensemble, la proportion de personnes qui ont déclaré avoir eu *au moins une* consultation avec un médecin généraliste était très semblable à celle des personnes qui en ont eu *au moins une* selon les données administratives (80,4 % contre 80,2 %). Les auteurs ont observé une concordance moyenne selon la statistique Kappa.

Le nombre total de consultations autodéclarées avec un médecin généraliste était de 7 à 8 % inférieur au nombre total de consultations figurant dans les bases de données administratives. On a observé un écart plus considérable encore dans le nombre de consultations avec les spécialistes. Par contraste, on a constaté un désaccord inverse dans le nombre de jours d'hospitalisation.

Les auteurs ont signalé que les personnes présentant certaines caractéristiques, telles qu'un âge avancé, ou qui ont déclaré avoir un meilleur état de santé selon divers indicateurs étaient, en moyenne, plus susceptibles de déclarer un nombre inférieur de consultations par rapport aux dossiers administratifs. L'opposé a été observé dans certains cas, par exemple, chez les personnes qui ont déclaré avoir un moins bon état de santé selon divers indicateurs.

En résumé, les constatations au niveau agrégé suggèrent que les deux mesures produisent une estimation semblable de la proportion de personnes ayant eu *au moins une* consultation avec un médecin généraliste dans l'ensemble de la population. Cependant, les estimations du *nombre* de consultations sont moins semblables, le nombre total de consultations autodéclarées étant un peu inférieur au nombre de consultations selon les données administratives. De plus, la tendance à déclarer un nombre supérieur ou inférieur de consultations par rapport aux dossiers administratifs varie en fonction de certaines caractéristiques des répondants. De telles constatations ont une incidence sur la recherche, la planification et les politiques dans le domaine de la santé.

Les constatations montrent aussi que l'orientation et le degré de la concordance entre l'autodéclaration et les dossiers administratifs pour l'utilisation d'autres types de soins de santé pourraient ne pas s'appliquer à l'utilisation des soins primaires.

3.1.2 Raina *et coll.* (2002) – Utilisation des soins de santé chez les personnes âgées

Le document de Raina *et coll.* (2002) porte sur la concordance entre l'autodéclaration de l'utilisation des soins de santé et les dossiers administratifs des adultes ontariens de 65 ans ou plus qui résident dans la collectivité. Pour permettre la comparaison avec les enquêtes nationales, les chercheurs ont utilisé une version abrégée du module sur l'utilisation des soins de santé de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994, qui avait une période de référence de 12 mois. L'autodéclaration des consultations avec un médecin généraliste a été comparée avec les dossiers de facturation des professionnels de la santé du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO). Parmi les 1 500 personnes sélectionnées au hasard dans la base de données sur les personnes inscrites au Régime du ministère de la Santé de l'Ontario, 1 054 ont accepté de participer à une entrevue téléphonique d'environ 30 minutes.

3.1.2.1 Concordance du nombre de personnes ayant eu *au moins une* consultation

Dans 79,3 % des cas, les chercheurs ont observé une concordance (oui-oui et non-non) du nombre de personnes ayant eu *au moins une* consultation avec un médecin généraliste. Ils ont déclaré que la concordance allait de très faible à passable selon la statistique Kappa de Cohen.

Dans 16,4 % des cas, les données administratives n'indiquaient aucune consultation d'un médecin généraliste, tandis que les répondants avaient déclaré avoir consulté un médecin. Dans un nombre très inférieur de cas (4,3 %), les répondants ont déclaré ne pas avoir consulté de médecin, tandis que les données administratives signalaient qu'ils l'avaient fait. (Par contraste, on a observé un désaccord inverse entre l'autodéclaration et les dossiers administratifs portant sur la consultation d'un *spécialiste*. Cette différence n'a pas été attribuée à la confusion des répondants par rapport aux types de médecins.)

3.1.2.2 Concordance du *nombre* de consultations

Les chercheurs ont signalé que la concordance du *nombre* de consultations (13,6 %) était nettement inférieur à la concordance du nombre de personnes ayant eu *au moins une* consultation. Ils ont signalé une concordance passable selon le coefficient de corrélation intra classe.

En plus d'être inverse, l'écart était plus considérable que celui observé dans le nombre de personnes ayant eu *au moins une* consultation. Plus de la moitié des répondants (59,4 %) ont déclaré un nombre inférieur de consultations

avec un médecin généraliste par rapport aux données des dossiers administratifs, tandis que, dans 26,9 % des cas, le nombre de consultations autodéclaré était considérablement supérieur au nombre de consultations constaté dans les dossiers administratifs.

Le degré d'écart était considérable, en particulier lorsque le répondant déclarait un nombre de consultations inférieur à celui qui figurait dans les dossiers administratifs. Chez 41,1 % des répondants qui ont déclaré avoir consulté un médecin généraliste au moins une fois, le nombre figurant dans les dossiers administratifs dépassait le nombre de consultations autodéclaré par trois consultations ou plus. Dans 12,9 % des cas, le nombre autodéclaré dépassait le nombre qui figurait dans les dossiers administratifs par trois consultations ou plus.

3.1.2.3 Facteurs associés au désaccord

Les chances d'observer un écart entre l'autodéclaration et les dossiers administratifs pour le nombre de personnes ayant eu *au moins une* consultation avec un médecin généraliste étaient considérablement inférieures chez les répondants ayant déclaré un revenu annuel inférieur à 25 000 \$ que chez ceux qui ont déclaré un revenu supérieur à 25 000 \$. L'écart entre le *nombre* de consultations autodéclarées et celui des dossiers administratifs était associé à des variables telles que les indicateurs autodéclarés de l'état de santé.

3.1.2.4 Résumé

Encore une fois, la concordance entre l'autodéclaration et les données administratives était meilleure pour le nombre de personnes ayant eu *au moins une* consultation que pour le *nombre* de consultations, et on observe des écarts de concordance entre les personnes ayant des caractéristiques démographiques et un état de santé différents.

Il pourrait être difficile d'appliquer les résultats de cette étude en particulier à l'*ensemble* de la population canadienne. Certains résultats suggèrent que les personnes âgées de plus de 65 ans pourraient présenter différents schémas de divergence que celles des autres groupes d'âge (Mustard, 2000; Cleary, 1984). De plus, Raina et ses collaborateurs n'ont pas utilisé exactement les mêmes méthodes et la même forme d'enquête que les enquêtes nationales.

Cependant, cette étude des écarts entre l'autodéclaration et les données administratives au niveau des individus plutôt qu'agrégé offre un aperçu plus détaillé des écarts entre les mesures que ne le permet l'étude de Mustard et de ses collaborateurs. Il serait utile d'obtenir de tels renseignements pour l'ensemble de la population.

3.1.3 Rhodes *et coll.* (2002) – Utilisation des soins de santé mentale

Tandis que Raina et ses collaborateurs ont fondé leur questionnaire sur les questions traitant de l'utilisation des soins de santé dans l'ENSP de 1994, Rhodes et ses collaborateurs (2002) ont comparé directement les réponses aux questions sur l'utilisation des soins de santé mentale figurant dans l'ENSP de 1994 avec les dossiers de facturation des soins de santé mentale provenant de la base de données du RASO et avec des données sur les hospitalisations provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Cependant cette dernière étude n'a pas fait la distinction entre les consultations avec un médecin généraliste et les consultations avec d'autres types de professionnels, et elle portait seulement sur l'utilisation des soins de santé mentale. C'est pourquoi elle n'a pas été considérée comme généralisable à la question sur laquelle porte la présente analyse documentaire.

3.1.4 Ungar *et coll.* (1998) – Utilisation de soins de santé respiratoire

Ungar et ses collaborateurs ont comparé les consultations avec un médecin généraliste aux données provenant du RASO pour 83 participants au projet pilote Pharmacy Medication Monitoring Program Bronchial Inhalers de l'Université McMaster. Dans le cadre d'une étude longitudinale, on a demandé aux participants divers renseignements sur leur santé, notamment le nombre de consultations liées à des soins respiratoires avec un médecin de famille au cours de la période de six mois précédant leur première interview et au cours de deux périodes subséquentes à deux et trois mois d'intervalle. La possibilité de biais de sélection, la concentration sur les

consultations liées aux soins respiratoires et la durée de la période de référence limitent le caractère généralisable de l'étude pour les besoins de la présente analyse documentaire.

3.1.5 Résumé de la documentation

Une seule étude portait sur la concordance entre l'autodéclaration de l'utilisation de soins de santé primaire dans le cadre d'une Enquête nationale sur la santé de la population et l'utilisation consignée dans les bases de données administratives provinciales. Trois autres études comparaient l'autodéclaration avec les données administratives, mais ne pouvaient être généralisées à l'ensemble de la population canadienne.

Les études de Mustard et de ses collaborateurs (2000) et de Raina et de ses collaborateurs (2002) suggèrent que la concordance entre l'autodéclaration et les données administratives était meilleure pour le nombre de personnes ayant eu *au moins une* consultation que pour le *nombre* de consultations. Cependant, il faut poursuivre les travaux pour établir dans quels cas le nombre de consultations autodéclaré dépasse le nombre de consultations figurant dans les dossiers administratifs et vice versa.

Les résultats suggèrent que l'orientation et le degré de l'écart entre les sources de données varient d'une sous-population à l'autre ainsi qu'en fonction du type d'utilisation mesuré.

3.2 Lacunes dans la documentation

Un nombre limité d'études évaluent directement l'orientation et le degré de l'écart entre les estimations des enquêtes nationales canadiennes de l'utilisation des soins de santé primaire et celles des données administratives provinciales.

La présente analyse documentaire révèle que trop peu d'études évaluent directement l'orientation et le degré de l'écart entre les mesures de l'utilisation des soins primaires dans les bases de données administratives provinciales et dans les enquêtes nationales sur la santé pour l'ensemble de la population canadienne, à un niveau individuel plutôt qu'à un niveau agrégé seulement. Il est important d'examiner plus en profondeur les facteurs associés à de tels écarts. Les études à grande échelle établissent généralement des corrélations entre les erreurs de mesure et les variables descriptives facilement disponibles, telles que l'âge, le sexe, l'état de santé, etc. Peu d'études de la sorte ont considéré les limites des mesures d'autodéclaration (par exemple, l'autodéclaration de maladies chroniques, du revenu, etc.) comme des variables indépendantes dans leurs analyses. Pourtant, pour comprendre l'écart entre les sources de données, il faut trouver des variables indépendantes pouvant être utilisées dans des modèles de psychologie cognitive, par exemple, et les interactions doivent être examinées.

Les études qui décrivent l'orientation et le degré de l'écart entre les mesures, ainsi que les facteurs associés à ces écarts sont un bon départ, mais il faut les faire suivre d'études approfondies des mécanismes sous-jacents aux erreurs d'autodéclaration. Les questions liées à l'intégralité et à l'exactitude des données sur les consultations provenant des bases de données administratives doivent aussi être abordées.

Il est important que de telles recherches traitent précisément des consultations avec des médecins généralistes, par opposition à l'utilisation de tout autre type de soins de santé, étant donné qu'il a été démontré que l'orientation et le degré de l'écart entre l'autodéclaration et les autres mesures varie en fonction du type de soins de santé utilisé.

Enfin, l'utilisation de mesures cohérentes de la concordance dans de telles études ou la collecte de données plus détaillées permettrait de comparer les écarts entre l'autodéclaration et les données administratives de diverses études. Il faudrait aussi que les chercheurs décrivent les limites des diverses mesures de la concordance et qu'ils se penchent sur d'autres questions méthodologiques semblables dans le compte rendu de leurs résultats.

4. CONCLUSION

La présente analyse documentaire avait pour objet d'examiner la comparabilité et l'interchangeabilité de deux mesures communément utilisées pour évaluer l'utilisation des services de santé primaires au Canada. Elle a porté sur trois études publiées et une non publiée, parmi lesquelles une seule comparait directement les estimations faites à partir des questions des enquêtes nationales avec celles provenant des données administratives provinciales.

Ces constatations préliminaires ont révélé quelques tendances générales qui pourraient se révéler utiles pour les chercheurs, les planificateurs et les décideurs du domaine de la santé dans leur utilisation et leur interprétation des données provenant de l'autodéclaration ou de sources administratives et dans leur comparaison des résultats de recherches fondées sur des mesures différentes. Cependant, l'examen des recherches existantes révèle qu'il manque des données détaillées sur l'orientation et le degré de l'écart entre les mesures à un niveau des individus. De plus, il faudra entreprendre d'autres études décrivant les caractéristiques personnelles et les autres caractéristiques liées à la divergence.

Afin de mieux comprendre et de réduire les erreurs de mesure, il est important que les études utilisent des concepts de la théorie cognitive pour décrire les facteurs pouvant influencer la capacité des répondants à se rappeler et à déclarer des données avec exactitude. De tels renseignements seront utiles aux personnes qui conçoivent et interprètent des enquêtes. En outre, il est important de reconnaître que l'autodéclaration n'est pas toujours la seule source d'erreur. Il faut aussi tenir compte des lacunes, de la qualité des données et de l'évolution des politiques sur ce qui doit ou ne doit pas être inclus dans les bases de données administratives dans chaque province.

Heureusement, le couplage entre les bases de données des vastes enquêtes nationales sur la santé et les bases de données administratives provinciales du Canada constitue une riche source de variables et offre de très grands échantillons permettant d'examiner les questions et les interactions liées aux écarts entre les sources de données que les études précédentes ont négligées.

RÉFÉRENCES

- "BC Linked Health Database: About the BCLHD" (n.d), Extrait le 20 mars 2004, à partir de <http://www.chspr.ubc.ca/Bclhd/aboutbclhd.htm>
- "BC Linked Health Database: Using the BCLHD for research" (n.d), Extrait le 20 mars 2004, à partir de <http://www.chspr.ubc.ca/Bclhd/use.htm>
- Cleary, P. D. et Jette, A. M. (1984), "The Validity of Self-reported Physician Utilization Measures", *Medical Care*, 22:9, pages 796-803.
- "Frequently asked questions for researchers" (février 2004), *Centre for Health Services and Policy Research BCLHD Resources*, Extrait à partir de http://www.chspr.ubc.ca/Resources/FAQsforresearchers_Feb2004.pdf
- Mustard, C. A. Goel, V. Barer, M. L. Muhajarine, N. Derksen, S. (2000), "Validity of Self-reported Utilization of Insured Health Care Services", *Document de travail #108*, Toronto: Institute for Work and Health.
- "Primary health care in BC" (avril 2004), *Centre for Health Services and Policy Research Research-in-Progress*, Extrait à partir de http://www.chspr.ubc.ca/Research/PHC_project_description_April2004.pdf
- Raina, P. Torrance-Rynard, V. Wong, M. et Woodward, C. (2002), "Agreement between Self-reported and Routinely Collected Health-care Utilization Data among Seniors", *Health Services Research*, 37:3, pages 751-773.

- Rhodes, A. E. Lin, E. Mustard, C. A. (2002), "Self-Reported Use of Mental Health Services versus Administrative Records: Should We Care?", *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 11:3, pages 125-33.
- Ritter, P.L. Stewart, A. L. Kaymaz, H. Sobel, D. S. Block, D. A. Lorig, K. R. (2001), "Self-Reports of Health Care Utilization Compared to Provider Records", *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, pages 136-141.
- Ungar, W. J. et Coyte, P. C. (1998), "Health Services Utilization Reporting in Respiratory Patients", *Journal of Clinical Epidemiology*, 51:12, pages 1335-1342.