

Aperçu

Évaluation initiale du système de surveillance du cannabis du Manitoba

Anja Bilandzic, M. Santé publique (1); Songul Bozat-Emre, Ph. D. (2,3)

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

En 2018, le gouvernement du Manitoba a créé un système de surveillance de santé publique en matière de cannabis en prévision de la légalisation du cannabis à des fins non médicales le 17 octobre 2018. Une première évaluation a été menée pour déterminer les caractéristiques d'utilité, de flexibilité et de simplicité du système, au moyen d'une enquête en ligne auprès d'intervenants, de paramètres du site Internet, d'une analyse du système et d'entrevues. Les recommandations qui ont pu en être tirées sont la création d'un plan de communication détaillé pour les rapports de surveillance, la modification du format et de la fréquence des rapports, le maintien de relations solides avec les partenaires et la mise en place d'une base de données provinciale centralisée de surveillance de la consommation de substances et d'un système de surveillance.

Mots clés : cannabis, surveillance de la santé publique, évaluation, Manitoba

Introduction

La consommation de cannabis à des fins non médicales a été légalisée au Canada le 17 octobre 2018, date d'entrée en vigueur de la *Loi sur le cannabis*¹. Pour se préparer à cet événement, le ministère provincial de la Santé (ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba) a créé le système de surveillance du cannabis du Manitoba. Le but du système était de « gérer, analyser et interpréter les données sur le cannabis et les données connexes provenant de divers intervenants afin de fournir des éléments de preuve épidémiologiques visant à éclairer les politiques et les programmes au Manitoba »². Les objectifs précis du système étaient :

- (1) surveiller les comportements de consommation de cannabis chez les habitants du Manitoba;
- (2) mesurer les effets du cannabis sur la santé des habitants du Manitoba;
- (3) mesurer les répercussions juridiques de la politique sur le cannabis au Manitoba.

Une liste des indicateurs du système est présentée dans le tableau 1. Un premier rapport de référence a été publié en novembre 2018³, à partir des rapports de surveillance des cas de consommation abusive et de surdose d'opioïdes³. Nous avons réalisé une évaluation initiale du système afin de mieux comprendre le rendement du système de surveillance du cannabis et afin d'éclairer les futures mises en œuvre à ce stade précoce.

Les objectifs de cette évaluation initiale étaient (1) de comprendre si le système de surveillance du cannabis du Manitoba atteignait les objectifs fixés et (2) de définir l'orientation que devrait prendre un système provincial de surveillance du cannabis pertinent et sur le long terme. Ces objectifs ont porté plus spécifiquement sur le contenu du système (c'est-à-dire les indicateurs à utiliser), sur la définition des besoins des intervenants ainsi que sur le format et la fréquence des rapports.

Méthodologie

Nous avons entrepris une évaluation en nous fondant sur les directives des Centers

Points saillants

- L'évaluation des systèmes de surveillance en santé publique est essentielle pour comprendre le rendement de ces systèmes et fournir des conseils pour les améliorer.
- Une évaluation initiale du système de surveillance du cannabis du Manitoba a montré que le système était modérément utile, très souple et modérément simple.
- Les recommandations ont été la création d'un plan de communication détaillé avant la diffusion des rapports de surveillance afin d'en accroître la portée, la production une ou deux fois par année d'un rapport plus bref de type infographique mettant le cannabis en contexte avec d'autres substances et enfin l'utilisation du système de surveillance provincial déjà en place pour les cas de consommation abusive et de surdose d'opioïdes afin d'y inclure le cannabis et d'autres substances.

of Disease Control and Prevention⁴ (CDC) et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM)⁵, en nous inspirant notamment des récents travaux des CDC sur l'évaluation des systèmes de surveillance de la santé comportementale^{6,7}. Trois attributs, jugés les plus pertinents pour un système nouveau et destiné à évoluer, ont été sélectionnés pour l'évaluation : l'utilité, la souplesse et la simplicité. Nous avons utilisé plusieurs méthodes d'évaluation (décrites ci-dessous) pour chaque attribut, puis nous avons procédé à une évaluation globale basée sur ces

Rattachement des auteurs :

1. Programme canadien d'épidémiologie de terrain, Agence de la santé publique du Canada, Winnipeg (Manitoba), Canada
2. Direction de la gestion de l'information et de l'analyse, ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
3. Collège de médecine Max Rady, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada

Correspondance : Anja Bilandzic, 300, rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9; courriel : anja.bilandzic@canada.ca

TABEAU 1
Indicateurs du système de surveillance du cannabis du Manitoba, par objectif

Indicateur		Source de données
Objectif 1 : Surveiller les comportements de consommation de cannabis chez les jeunes et les adultes au Manitoba		
Habititudes de consommation	Pourcentage de jeunes ayant consommé du cannabis au cours de l'année précédente (de la 7 ^e à la 12 ^e année)	Enquête auprès des élèves de l'AFM (2007) Enquête sur la santé des jeunes du Manitoba (2012-2013)
	Pourcentage de jeunes ayant consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours (élèves du secondaire)	Enquête auprès des élèves de l'AFM (2007)
	Quantité de cannabis consommée par séance	Enquête sur le cannabis au Manitoba (2017)
	Pourcentage de consommateurs de cannabis par type de produit utilisé (p. ex. plante, comestible)	Enquête sur le cannabis au Manitoba (2017)
	Pourcentage de consommateurs de cannabis qui consomment fréquemment/souvent du cannabis en même temps que de l'alcool	Enquête sur le cannabis au Manitoba (2017)
Conduite	Pourcentage d'adultes ayant conduit après avoir consommé du cannabis	Enquête sur le cannabis au Manitoba (2017)
	Pourcentage d'adultes titulaires d'un permis de conduire ayant consommé du cannabis dans les deux heures suivant la conduite	Enquête nationale sur le cannabis de Statistique Canada
Objectif 2 : mesurer le fardeau des effets nocifs du cannabis sur la santé chez les jeunes et les adultes au Manitoba		
Emploi-sonnement	Taux d'hospitalisations incluant le code de diagnostic CIM-10-CA relatif à l'intoxication au cannabis (T40.7)	BDCP
	Nombre d'appels liés au cannabis à Health Links – Info Santé	Health Links – Info Santé
	Nombre d'appels liés au cannabis au centre antipoison du Manitoba	Centre antipoison du Manitoba
Mieux-être mental	Taux d'hospitalisations incluant les codes de diagnostic CIM-10-CA relatifs au trouble lié au cannabis (F12.x)	BDCP
	Taux d'hospitalisations incluant le code de diagnostic CIM-10-CA relatif à l'abus de cannabis (F12.1)	BDCP
	Taux d'hospitalisations incluant le code de diagnostic CIM-10-CA relatif au syndrome de dépendance au cannabis (F12.2)	BDCP
	Taux d'hospitalisations incluant le Code de diagnostic CIM-10-CA relatif au trouble psychotique lié au cannabis (F12.5)	BDCP
	Proportion de clients ayant consommé du cannabis au cours de l'année précédente se trouvant dans des centres de traitement de la toxicomanie financés par l'État	Direction générale de la politique et du soutien en matière de toxicomanie, SAVAM
Objectif 3 : mesurer les répercussions juridiques de la politique en matière de cannabis chez les jeunes et les adultes au Manitoba		
Justice	Nombre d'échantillons positifs pour le THC ou le CBD	Service d'analyse des drogues de SC
	Taux d'inculpation pour conduite d'un véhicule/bateau/aéronef avec facultés affaiblies par la drogue chez les jeunes (12 à 17 ans)	Statistique Canada, Programme DUC
	Taux d'inculpation pour conduite d'un véhicule/bateau/aéronef avec facultés affaiblies par la drogue chez les adultes (18 ans et plus)	Statistique Canada, Programme DUC
	Taux d'inculpation pour possession de cannabis chez les jeunes (12 à 17 ans)	Statistique Canada, Programme DUC
	Taux d'inculpation pour possession de cannabis chez les adultes (18 ans et plus)	Statistique Canada, Programme DUC
	Taux d'inculpation pour trafic de cannabis chez les jeunes (12 à 17 ans)	Statistique Canada, Programme DUC
	Taux d'inculpation pour trafic de cannabis chez les adultes (18 ans et plus)	Statistique Canada, Programme DUC

Abréviations : AFM, Addictions Foundation of Manitoba (Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances); BDCP, Base de données sur les congés des patients; CBD, cannabidiol; Programme DUC, programme de Déclaration uniforme de la criminalité; SAVAM, Santé, Aînés et Vie active Manitoba; SC, Santé Canada; THC, tétrahydrocannabinol.

résultats afin de résumer et de communiquer nos conclusions. Par exemple, pour évaluer l'utilité globale (c'est-à-dire faible, modérée ou élevée), nous avons pris en compte les résultats d'une enquête en ligne et les paramètres du site Internet afin de porter un jugement en fonction de notre contexte organisationnel.

Utilité

Cet attribut permet d'établir si le système et ses résultats sont utiles et importants

pour les intervenants. Nous avons évalué l'utilité au moyen d'une enquête en ligne et de paramètres du site Internet. Nous avons mené l'enquête en utilisant une approche « boule de neige », selon laquelle les principaux intervenants qui ont reçu l'enquête ont eu comme consigne de l'envoyer à d'autres membres de leurs réseaux. L'enquête a porté sur des sujets relatifs à l'utilité globale du rapport de référence du système de surveillance, sur des questions précises à propos des indicateurs et des contenus et sur l'orientation

future. (Une copie de l'enquête peut être fournie sur demande, en anglais seulement.) Les paramètres du site Internet ont permis de déterminer le nombre d'utilisateurs ayant accédé à la page d'accueil du rapport ainsi que leurs caractéristiques dans les trois mois suivant la publication du rapport de référence.

Souplesse

Cet attribut fait référence à la capacité du système à s'adapter aux changements

dans les besoins des intervenants. Nous avons évalué la souplesse en analysant le système dans son ensemble (c'est-à-dire est-il possible d'ajouter, de supprimer ou de modifier des indicateurs?). Nous avons également créé des scénarios hypothétiques favorisant l'ajout d'un nouvel indicateur (intoxication au cannabis chez les enfants) en utilisant chacune des sources de données disponibles sur la santé. Nous avons consulté, le cas échéant, des fournisseurs de données externes sur les questions de faisabilité et de traitement.

Simplicité

Cet attribut fait référence à la structure du système et à sa facilité d'utilisation. Nous avons évalué la simplicité en analysant le système dans son ensemble (c'est-à-dire le nombre d'organismes, de types de données et de ressources humaines nécessaires) et en documentant et en analysant les étapes de collecte, de gestion et d'analyse des données du cycle de surveillance pour chaque source de données.

Résultats

Utilité

Au départ, nous avons envoyé l'enquête en ligne à 52 intervenants au Manitoba, ce qui a permis d'obtenir, après échantillonnage en boule de neige, 62 répondants à l'enquête. La plus grande partie des répondants provenait de la santé publique régionale (44 %), suivie de la santé publique provinciale (21 %) et des autres ministères provinciaux (16 %). Le reste des répondants provenait d'autres secteurs du gouvernement ou de sociétés d'État, d'organisations non gouvernementales et d'autres organismes.

Les principales conclusions de l'enquête sont les suivantes :

- La plupart des répondants (55 %) ne connaissaient pas le rapport de référence, 24 % le connaissaient mais ne l'avaient pas consulté et 21 % le connaissaient et l'avaient consulté.
- Quatre-vingt-trois pour cent des répondants ont déclaré que le rapport global était assez ou très utile, 63 % ont déclaré qu'ils avaient déjà utilisé ou prévoyaient d'en utiliser les données dans leur travail.
- Les deux intentions les plus couramment associées à l'utilisation du rapport

de référence étaient d'orienter les activités d'éducation et de sensibilisation et de fournir un contexte général à d'autres travaux.

- Les indicateurs comportementaux ont été les mieux notés en termes d'utilité, suivis par les hospitalisations en raison d'un trouble lié au cannabis (CIM-10-CA : F12). De manière générale, les renseignements sur l'intoxication ont été jugés moins utiles.
- La plupart des répondants (74 %) ont préféré observer les données sur le cannabis dans le contexte d'autres substances.
- La plupart des répondants (65 %) ont préféré un style de rapport plus court et de type infographique.
- Les rapports annuels ont été privilégiés par 41 % des répondants, et les rapports semestriels par 31 %.

Les paramètres du site Internet ont permis de comptabiliser le nombre de consultations uniques pour le site Internet de surveillance du cannabis. La mesure de l'accès au rapport lui-même (PDF) n'a pas pu être réalisée. Les principales conclusions de l'évaluation des paramètres du site Internet en matière d'utilité sont les suivantes :

- Il y a eu 191 visites de pages, 56 % étant des consultations internes du gouvernement et 44 % des consultations externes.
- Presque toutes les consultations internes ont été réalisées à partir d'un ordinateur de bureau; en ce qui concerne les consultations externes, 55 % ont été réalisées à partir d'un ordinateur de bureau, 38 % à partir d'un appareil mobile et 7 % à partir d'une tablette.
- Quarante-cinq pour cent de l'ensemble des consultations ont été faites à partir d'une recherche Google, 26 % à partir d'un lien direct et 7 % à partir du moteur de recherche du gouvernement; 18 % des consultations externes ont été faites à partir d'un lien Facebook.

Souplesse

Dans l'ensemble, le système est très souple. En effet, les groupes d'indicateurs fonctionnent indépendamment les uns des autres, de sorte que la modification d'un

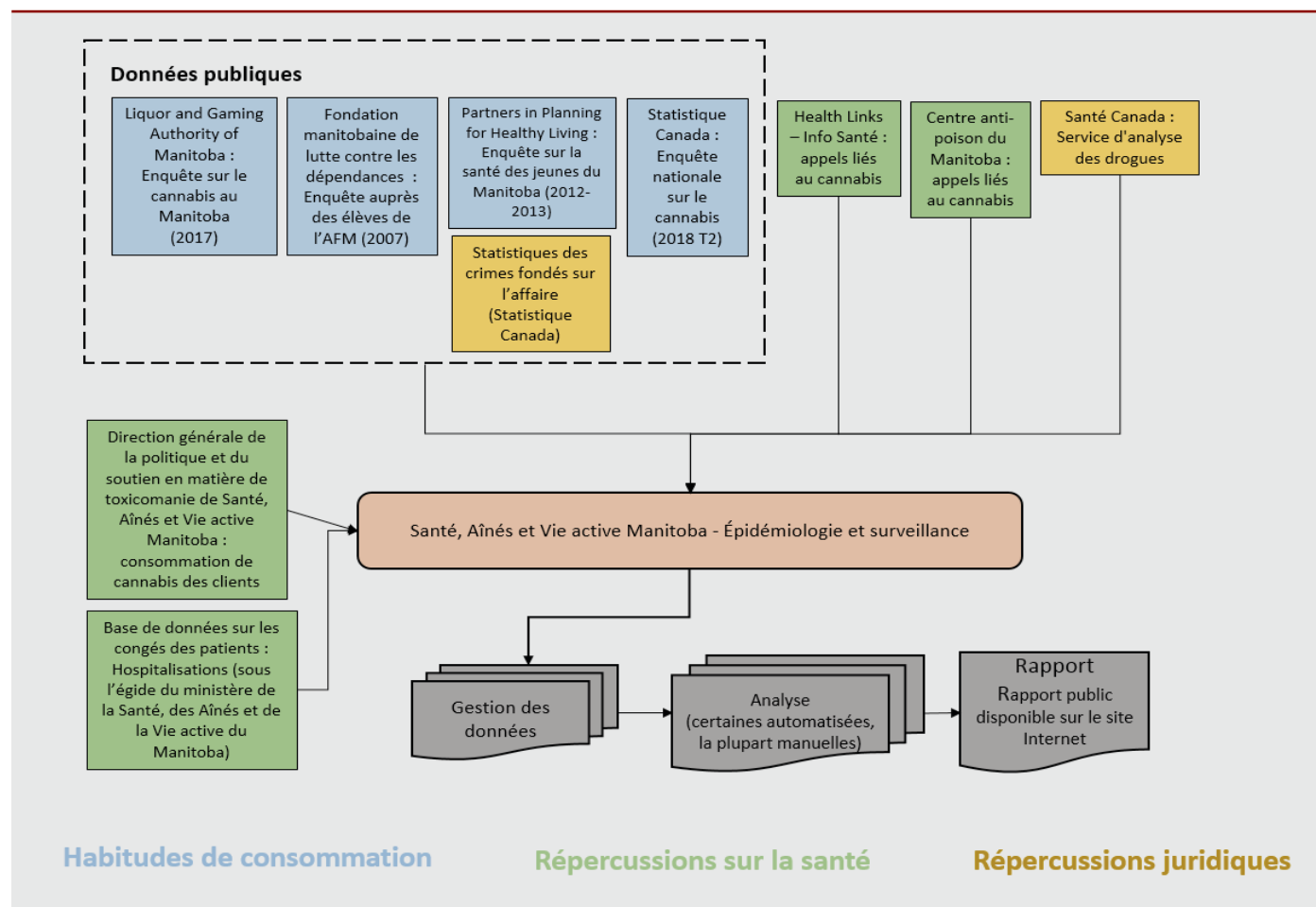
indicateur n'a aucun effet sur les autres (c'est-à-dire qu'un indicateur ne dépend pas de la présence d'un autre). En outre, les décisions relatives au changement d'indicateur sont informelles et prises par un groupe limité d'intervenants, ce qui permet un processus actualisé et souple. Toutefois, cette structure peut comporter des risques, par exemple des incohérences dans les données au fil du temps en raison de ces changements, si le tout n'est pas bien documenté.

Lorsque nous avons fait l'ajout hypothétique d'un nouvel indicateur sur l'intoxication au cannabis chez les enfants à partir de sources de données préexistantes sur l'intoxication, la souplesse a différé selon la source des données. Par exemple, pour les hospitalisations, étant donné qu'un code CIM-10-CA existe déjà pour l'intoxication au cannabis et qu'il y a un accès direct à la source de données (notamment des requêtes personnalisées liées à l'âge), il est relativement simple d'obtenir cette information. En revanche, d'autres requêtes que celles reposant sur la structure actuelle de la CIM-10-CA nécessiteraient beaucoup plus d'efforts et de temps, afin d'en modifier le codage. Pour d'autres sources de données, des indicateurs de haut niveau étaient disponibles mais avec peu de souplesse pour des données plus précises : on a repéré des défis liés aux structures de données actuelles, aux ressources et aux ententes sur l'échange de données. De manière générale, plusieurs initiatives d'amélioration de la qualité des données étaient en cours ou prévues à court terme, ce qui souligne l'importance d'établir des relations constantes avec les fournisseurs de données.

Simplicité

Le système lui-même dans son ensemble est complexe en raison des nombreuses sources de données (10 sources de données, fournies par 8 organisations) et des types de données incluses (données d'enquête, données administratives et données de programme, voir la figure 1). En termes de ressources, l'élaboration du système et la production de rapports ont pris environ quatre mois à un employé à temps plein (ETP), avec le soutien supplémentaire d'un épidémiologiste principal (environ 0,33 ETP) et avec un soutien à la publication pendant 2,5 mois supplémentaires.

FIGURE 1
Structure du système de surveillance du cannabis du Manitoba : flux des données



Abréviation : AFM, Addictions Foundation of Manitoba (Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances).

Pour chaque source de données, la collecte de données va du téléchargement de contenu accessible au public à la demande de données précises, en passant par l'accès direct aux données ministérielles. Plusieurs types de fichiers sont concernés, notamment des fichiers PDF, Excel et CSV et des codes/extraits SAS. En termes de gestion, ces données sont conservées dans différents dossiers sur un disque partagé. L'augmentation du nombre de rapports entraîne un risque que, dans la structure actuelle, le volume de données devienne difficile à gérer et à documenter. Cependant, l'analyse réelle des données est simple : la plupart des sources de données sont déjà regroupées et analysées, et seules quelques-unes nécessitent une manipulation pour la visualisation des données. L'une des sources de données dispose d'un processus automatisé (base de données sur les dossiers de sortie des hôpitaux).

Recommandations

- Créer un plan de communication détaillé avant la diffusion des rapports de surveillance et envisager de nouveaux médias pour accéder aux rapports (p. ex. appareils mobiles) et aux plateformes (p. ex. Facebook).
- Diffuser des rapports de surveillance une ou deux fois par année, inclure un rapport plus bref, de type infographique, et placer la surveillance du cannabis dans le contexte d'autres substances.
- Examiner les commentaires des intervenants à propos de l'enquête sur les indicateurs et explorer les moyens de fournir des mesures à propos des concepts proposés.
- Documenter les méthodologies utilisées par chaque fournisseur de données afin de maintenir la comparabilité

des rapports de surveillance dans le temps.

- Entretenir des relations solides avec les fournisseurs de données afin de tirer parti des futures possibilités d'amélioration de la qualité des données.
- Exploiter la structure de gestion et d'analyse des données sur les opioïdes afin de normaliser la gestion des données, de réduire les incohérences du classement et d'accroître l'automatisation.

Conclusion

Dans l'ensemble, cette évaluation initiale du système de surveillance du cannabis du Manitoba a permis de déterminer les forces, les faiblesses et les possibilités d'amélioration. Les intervenants ont repéré des indicateurs utiles en fonction des trois objectifs du système et ont

formulé des commentaires concernant l'intérêt des contenus. Le système s'est révélé généralement souple et relativement complexe en termes de volume et de gestion des données. Les principaux défis mis en relief portent sur la portée limitée du rapport de référence et le risque d'incohérences dans la future gestion des données.

Notre expérience montre l'importance d'une évaluation régulière du système de surveillance. Il s'agit d'une étape souvent négligée au cours du cycle de surveillance, mais qui devrait vraiment être un élément clé à prendre en considération lors de la conception et de la planification d'un système de surveillance. Il est important que les efforts déployés pour maintenir les systèmes de surveillance et les processus d'échange d'information soient efficaces et répondent aux besoins d'information des utilisateurs. L'évaluation nous permet de mieux comprendre ces besoins et nous informe sur la manière dont nous pouvons adapter et améliorer les processus et les rapports de surveillance à l'avenir.

Remerciements

Merci à Laura McDougall, à Carla Loeppky, à François-William Tremblay et à Philippe Bélanger, qui ont formulé des conseils judicieux et ont apporté des modifications lors du processus de conception de l'évaluation. Merci à Ciara Shattuck pour son expertise relative au contenu, et à Michael Paille pour son travail dans la conception du système de surveillance du cannabis du Manitoba.

Conflits d'intérêts

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteures et avis

Anja Bilandzic a conçu l'évaluation, analysé et interprété les données et rédigé le manuscrit. Songul Bozat-Emre a revu l'évaluation et a contribué à la rédaction du manuscrit.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteures et ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Manitoba ou du gouvernement du Canada.

Références

1. Loi sur le cannabis (L.C. 2018, ch. 16) [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2018 [modifié le 17 oct. 2019; consulté le 1er nov. 2018]. En ligne à : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-24.5/>
2. Manitoba Health, Seniors and Active Living. Surveillance of cannabis in Manitoba [Internet]. Winnipeg (MB) : Government of Manitoba; 2019 [consulté le 12 févr. 2019]. En ligne à : <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/cannabis.html>
3. Manitoba Health, Seniors and Active Living. Surveillance of opioid misuse and overdose in Manitoba [Internet]; 2019 [consulté le 12 févr. 2019]. En ligne à : <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/opioid.html>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems. MMWR Recomm Rep. 2001; 50(RR13):1-35.
5. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Data quality monitoring and surveillance system evaluation: a handbook of methods and applications. Stockholm (Suède) : ECDC; 2014. 100 p.
6. Azofeifa AS, DF; Lyerla R; Largo T, et al. Evaluating behavioral health surveillance systems. Prev Chron Dis [Internet]. 2018;15:170459. doi:10.5888/pcd15.170459.
7. Hagemeyer A, Azofeifa A, Stroup DF, Tomedi LE. Evaluating surveillance for excessive alcohol use in Mexico. Prev Chron Dis [Internet]. 2018;15:180358. doi:10.5888/pcd15.180358.