

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Entre tension et harmonie : conversations autour de la consommation de cannabis chez les femmes enceintes au Québec

Chercheur.euse principal.e

Nazif-Munoz, José Ignacio

Cochercheur.euse.s

Vasiliadis, Helen-Maria; Huynh, Christophe; Loslier, Julie; Bertrand, Karine; and L'Espérance, Nadia.

Collaboratrices ou collaborateurs

Martínez, Pablo; Domínguez-Cancino, Karen; Massamba, Victoria; et Alunni-Menichini, Kristelle

Établissement gestionnaire de la subvention

Université de Sherbrooke

Numéro du projet de recherche

322560

Titre de l'Action concertée

Actions concertées : Programme de recherche sur le cannabis

Partenaire(s) de l'Action concertée

Ministère de la Santé et des Services sociaux et le Fonds de recherche du Québec, secteur Société
et culture (FRQ)

LE RAPPORT DE RECHERCHE COMPLET	3
PARTIE A — CONTEXTE DE LA RECHERCHE.....	3
1. <i>PROBLÉMATIQUE</i>	3
2. <i>OBJECTIFS POURSUIVIS</i>	5
3. <i>PRINCIPALES QUESTIONS DE RECHERCHE OU HYPOTHÈSES</i>	6
PARTIE B — MÉTHODOLOGIE	7
1. <i>OBJECTIF 1</i>	8
2. <i>OBJECTIF 2</i>	8
3. <i>OBJECTIF 3</i>	9
4. <i>TRIANGULATION ET VALIDATION AVEC LES DÉCIDEURS</i>	9
5. <i>SYNTHÈSE ET PORTÉE</i>	10
PARTIE C — PRINCIPAUX RÉSULTATS	10
1. <i>OBJECTIF 1</i>	10
PARTIE D — PISTES DE SOLUTION OU D’ACTIONS SOUTENUES PAR LES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	20
PARTIE E — NOUVELLES PISTES OU QUESTIONS DE RECHERCHE	23
PARTIE F — RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE.....	25

Le Rapport de recherche complet

Partie A — Contexte de la recherche

1. *Problématique.*

Les grossesses saines sont au cœur de l'engagement du Canada à promouvoir et protéger la santé des mères et des nouveau-nés.¹ Cependant, avec l'entrée en vigueur de la Loi sur le cannabis de 2018 (LC-2018), de nombreuses préoccupations concernant le bien-être des femmes enceintes ont émergé. Bien que les directives publiques recommandent explicitement d'éviter l'usage du cannabis pendant la grossesse, certaines femmes enceintes déclarent en consommer pour gérer des problèmes médicaux, psychologiques ou sociaux.²

Ce projet de recherche s'appuie sur le cadre conceptuel des déterminants sociaux des grossesses saines³, selon lequel les déterminants structurels (politiques, dynamiques du système de santé, valeurs culturelles) et intermédiaires (facteurs psychosociaux et comportements) interagissent. Il vise à mieux comprendre l'usage du cannabis chez les femmes enceintes au Québec, en se concentrant sur i) les comportements individuels et ceux des partenaires, ii) les facteurs liés au système de santé et iii) les politiques sur le cannabis.

a) Usage de cannabis chez les femmes enceintes et leur partenaires

Une revue récente a rapporté que l'usage récréatif prénatal du cannabis dans les pays à revenu élevé variait de 0,2 à 22,6 %, avec une médiane de 2,8 % dans 41 études provenant des États-Unis, Australie, Canada, France, Royaume-Uni et Pays-Bas.⁴ La majorité des études étaient menées aux États-Unis (n = 29), et la diversité méthodologique empêchait des estimations méta-analytiques.⁴

Au Canada, deux études en Ontario et une en Colombie-Britannique⁵⁻⁷ rapportaient un usage prénatal récréatif de 1,2 à 3,3 %. Ces études de cohortes populationnelles utilisaient l'auto-déclaration des femmes enceintes lors de la première visite prénatale.^{6,7} Selon l'Enquête canadienne sur la santé maternelle, 2,2 % des femmes au Québec ont déclaré avoir utilisé du cannabis pendant leur grossesse.⁸

Les études en Ontario et Colombie-Britannique montrent une tendance à la hausse : Corsi et al.⁶ ont observé une augmentation de 61 % en Ontario (1,2 % en 2012 à 1,8 % en 2017). Luke et al.⁷ ont observé une hausse similaire en Colombie-Britannique (2,2 % à 3,3 % entre 2008 et 2016). Des études américaines montrent

également cette tendance ; Brown et al.⁹ rapportent une augmentation de 2,4 % (2002) à 3,9 % (2014), tandis que Volkow et al.¹⁰ indiquent que l'usage du cannabis au cours du mois parmi les femmes de 12 à 44 ans est passé de 3,4 % à 7,0 %, l'usage quotidien ou quasi quotidien passant de 0,9 % à 3,4 %.

Les données montrent une spécificité par trimestre : 12,1 % au premier trimestre contre ~4 % dans les trimestres suivants.¹⁰ Environ 48,6 % des utilisatrices rapportent un usage quotidien ou quasi quotidien et 18,1 % répondent aux critères DSM-IV de consommation abusive ou dépendance, contre 11,4 % pour les femmes non enceintes.¹¹

Les femmes utilisatrices sont souvent âgées de moins de 25 ans, célibataires, de faible parité, à faible revenu, peu instruites et bénéficient d'une assurance publique ou n'en ont pas.¹¹⁻¹⁴ Les études canadiennes confirment ces profils, avec la moitié des utilisatrices prénatales âgées de 15–24 ans dans les deux quintiles de revenu les plus faibles.^{6,7} Les utilisatrices déclarent également un usage concomitant plus élevé d'alcool, tabac ou autres drogues.^{6,7}

Une étude de surveillance américaine¹⁵ indique que les principales raisons d'usage sont : soulager le stress/anxiété (81,5 %), nausées/vomissements (77,8 %), douleurs (55,1 %) et détente/loisir (45,7 %). Fumer reste le mode principal (91,0 %), les autres méthodes étant <15 %.¹⁵ Les croyances sur les risques et bénéfices influencent l'usage ; près de 70 % des femmes enceintes aux États-Unis pensent qu'un usage hebdomadaire comporte peu ou pas de risque.^{11,16}

L'usage par les partenaires est peu étudié, principalement chez les hommes.^{17,18} Les hommes consomment plus fréquemment que leurs partenaires enceintes, commencent plus jeunes, mixent plus souvent substances et développent plus de dépendances.²¹⁻²³ La prévalence varie entre 25–30 % pendant la période prénatale et postnatale, la plus faible étant à 20 mois postpartum.²⁴ L'usage chez les partenaires est lié à des conditions de travail précaires, à l'absence de lien légal et, dans certains cas, à une augmentation de la violence envers les femmes enceintes.¹² Les dynamiques de couple, les événements traumatiques et les négociations explicites influencent les décisions de consommation.²⁶⁻²⁸

b) Professionnels de santé, cannabis et grossesse

Deux éléments complexifient la compréhension : i) comment les professions de santé abordent le risque lié au cannabis,²⁹ et ii) comment elles répondent aux questions des patientes.³⁰ Les études montrent une hétérogénéité selon la profession.^{32–37} Les infirmières sont plus ouvertes aux discussions que les médecins.^{36,37} Le manque de collaboration interprofessionnelle peut renforcer l’ambiguïté.³⁸

Les professionnel-le-s déclarent un faible niveau de connaissance pour répondre aux questions.^{30,39} L’inconfort et l’évitement sont fréquents, parfois renforcés par une approche punitive impliquant les services sociaux.^{41–43} Certaines femmes consultent donc Internet.⁴⁴ Au Canada, la Société des obstétriciens et gynécologues recommande d’éviter le cannabis avant, pendant et après la grossesse.⁴⁵ Les professionnel-le-s suggèrent toutefois une approche nuancée et des outils adaptés pour des discussions éclairées.⁴⁶

c) La Loi sur le cannabis au Québec

Les recherches sur les réformes légales du cannabis portent sur l’usage,^{47,48} les troubles,⁴⁹ le traitement,^{50,51} les accidents de la route^{52,53} ou la criminalité.^{54,55} L’attention à la grossesse reste faible. La LC-2018 a suscité des préoccupations de santé publique,⁵⁶ particulièrement pour les femmes enceintes.⁵⁷ Aux États-Unis, la légalisation des lois sur le cannabis médical a augmenté l’usage de 62 %⁹ et les admissions en traitement de 5 %.⁵⁰ L’Enquête nationale canadienne de 2018⁵⁸ indique que 18,5 % prévoyaient d’essayer ou d’augmenter leur consommation après la légalisation, principalement 15–34 ans.^{58,59}

d) Pourquoi le Québec

Le Québec présente un âge légal et un modèle de distribution particuliers, justifiant une étude ciblée. Les données d’Ontario et Colombie-Britannique existent, mais le Québec nécessite une approche dynamique pour comprendre les motivations. Cette province permet d’évaluer l’impact de la LC-2018 sur les femmes, partenaires et professionnel-le-s de santé, et de mesurer l’évolution des diagnostics de troubles liés au cannabis.⁶¹

2. Objectifs poursuivis.

Les objectifs sont :

Objectif 1 : Systématiser comment les femmes évaluent l’usage du cannabis pendant la grossesse.

Objectif 2 : Systématiser comment les professionnel-le-s de santé répondent et orientent les femmes.

Objectif 3 : Évaluer l’impact de la Loi sur le cannabis de 2018 sur la prévalence des troubles liés au cannabis chez les femmes enceintes.

Les deux premiers objectifs visent à comprendre les raisons et conditions de consommation rapportées par les femmes. Ces comportements peuvent varier selon les trajectoires de vie, les partenaires, les professionnel-le-s de santé et l’accès aux sources de cannabis. Le troisième objectif examine si l’évolution des diagnostics de troubles liés au cannabis peut être associée à cette politique majeure. L’étude fournira des résultats pour chaque objectif afin d’offrir une compréhension holistique de l’usage du cannabis pendant la grossesse au Québec, permettant d’orienter les stratégies de prévention pour les populations vulnérables.

3. Principales questions de recherche ou hypothèses.

Ce projet s’appuie sur trois objectifs principaux et s’inscrit dans une approche interdisciplinaire visant à comprendre la consommation de cannabis pendant la grossesse au Québec. Les questions de recherche correspondent directement à ces objectifs et orientent la collecte et l’analyse des données, qui seront traitées au moyen d’une approche mixte combinant données qualitatives et quantitatives :

Objectif 1 – Systématiser comment les femmes évaluent le cannabis pendant la grossesse:

Question : Comment les femmes enceintes et leurs partenaires évaluent-ils et justifient-ils la consommation de cannabis pendant la grossesse?

Hypothèse : Les décisions liées à la consommation sont influencées par les trajectoires de vie, le contexte social, les relations de couple, les expériences de genre et les pressions culturelles. La grossesse peut motiver certaines femmes à réduire ou cesser la consommation, tandis que pour d’autres, l’injonction à l’abstinence génère stress et anxiété. Les entretiens et groupes de discussion permettront de documenter ces expériences de manière approfondie.

Objectif 2 – Systématiser comment les professionnel-le-s de santé répondent et orientent les femmes:

Question : Comment les professionnel-le-s de santé de différentes disciplines répondent-ils aux femmes enceintes signalant une consommation de cannabis et quelles stratégies d'accompagnement utilisent-ils?

Hypothèse : La diversité des pratiques observées reflète les niveaux de formation, les lignes directrices disponibles et les perceptions personnelles des professionnel-le-s. Les interactions combinent écoute, conseils, réduction des méfaits et références spécialisées, avec des variations selon le cadre professionnel et les programmes de soins. Les données qualitatives issues d'entretiens permettront de comprendre la complexité des pratiques professionnelles et leurs déterminants.

Objectif 3 – Évaluer l'impact de la Loi sur le cannabis de 2018 sur la prévalence des troubles liés au cannabis chez les femmes enceintes:

Question : La mise en œuvre de la Loi sur le cannabis de 2018 a-t-elle influencé la prévalence des diagnostics de troubles liés au cannabis chez les femmes enceintes au Québec?

Hypothèse : La légalisation a entraîné une augmentation des diagnostics de troubles liés au cannabis, tandis que les troubles liés à l'alcool ou aux autres drogues sont restés stables. Les variations régionales suggèrent que le contexte local et l'accès aux services de santé influencent les trajectoires de soins. L'analyse quantitative des données administratives permettra de mesurer ces changements dans le temps.

Partie B — Méthodologie

Cette étude a adopté une approche mixte parallèle, combinant méthodes qualitatives et quantitatives, afin de comprendre l'usage du cannabis pendant la grossesse de façon globale et multidisciplinaire. Cette stratégie a permis d'explorer simultanément les points de vue des femmes enceintes, de leurs partenaires et des professionnel-le-s de santé, tout en évaluant l'impact de la Loi sur le cannabis de 2018 (LC-2018) et de la pandémie de COVID-19 sur les troubles liés au cannabis. La diversité des méthodes facilite la triangulation des données, actuellement en cours, et dont le traitement complet devrait être finalisé pour novembre 2025.

1. Objectif 1

Plan initial et population ciblée : Des entretiens semi-structurés auprès d'environ 30 femmes et 20 partenaires de Montérégie, Montréal, Estrie et Mauricie–Centre-du-Québec étaient prévus. La sélection visait les femmes consommant au moins deux fois par mois, avec et sans partenaires, en intégrant des critères de diversification : âge, statut socioéconomique, zone géographique et présence de troubles concomitants. *Méthodes réalisées* : 18 femmes ont été interviewées individuellement, en personne ou en ligne (45 à 90 minutes). Les discussions ont exploré : motivations de consommation, perception des risques, interactions avec les professionnel-le-s de santé, accès aux produits et dynamiques de couple. Les partenaires ont été invités séparément pour préserver la confidentialité. *Modifications* : Le recrutement des partenaires a été limité, restreignant certaines analyses quantitatives. Néanmoins, les données qualitatives ont atteint la saturation thématique, permettant de comprendre les interactions sociales et relationnelles influençant l'usage du cannabis. *Analyse* : Les entretiens ont été codés selon le symbolisme interactionniste, avec codage intensif et comparaison constante pour relier les catégories émergentes. Le logiciel Atlas.ti a soutenu l'analyse, et les retours des participantes ont été intégrés pour assurer la fidélité des interprétations.

2. Objectif 2

Plan initial et population ciblée : Focus groups avec médecins, infirmier-ère-s, sages-femmes, psychologues et travailleurs sociaux ayant au moins cinq ans d'expérience et un contact avec des patientes consommant du cannabis. Deux groupes par profession, avec 6 à 8 participants par groupe, étaient envisagés. *Méthodes réalisées* : 19 professionnel-le-s ont participé à huit focus groups (en présentiel ou via Zoom, ~60 minutes). Les discussions ont abordé : stratégies de conseil, influence des croyances personnelles et professionnelles, application de la LC-2018 et changements observés. Les sessions ont été enregistrées et transcrites intégralement. *Modifications* : Certaines professions étaient sous-représentées, nécessitant de regrouper certaines catégories. La saturation théorique a été atteinte, permettant l'identification des principaux thèmes.

Analyse : Les données ont été analysées pour identifier thèmes récurrents et divergences, mettant en lumière variations de pratiques et attitudes selon les disciplines et les régions, ainsi que l'influence de la LC-2018.

3. Objectif 3

Plan initial : L'objectif 3 visait à mesurer l'impact de la Loi sur le cannabis (Cannabis Act, CAC) sur la prévalence des troubles liés à l'usage de cannabis diagnostiqués chez les femmes enceintes au Québec. Le plan initial se concentrait exclusivement sur les troubles liés au cannabis, afin de documenter les effets d'une légalisation récente dans une population particulièrement vulnérable. **Méthodes réalisées** : Design quasi-expérimental avec séries chronologiques interrompues. Données provenant du Québec Integrated Chronic Disease Surveillance System, femmes enceintes de 15 à 49 ans, de janvier 2010 à juillet 2022. Les troubles liés au cannabis, à l'alcool et aux autres drogues (hors cannabis) ont été mesurés par taux mensuels standardisés selon l'âge. L'effet de la LC-2018 (octobre 2018) et de la pandémie COVID-19 (avril 2020) a été évalué comme changements de pente et de niveau. **Analyse** : Évaluation des variations pré- et post-LC-2018, détection des changements immédiats et tendances longitudinales, analyses comparatives par région. Les résultats ont été interprétés à la lumière des changements contextuels, notamment la pandémie. **Modifications** : Certaines variables prévues pour ajuster les modèles n'étaient pas disponibles, limitant les comparaisons directes. Cependant, l'intégration de la pandémie comme second choc contextuel et l'élargissement à l'alcool et aux autres drogues ont renforcé la robustesse des résultats et leur pertinence pour orienter les stratégies de santé publique.

4. Triangulation et validation avec les décideurs

Une triangulation des données entre les trois objectifs est actuellement en cours, et le travail complet devrait être soumis en novembre 2025. Une partie de cette triangulation a déjà été réalisée lors d'un atelier réunissant 35 décideurs de la province, qui ont permis de confirmer certaines lignes d'action présentées dans la section *Partie D*.

5. Synthèse et portée

Malgré les ajustements et les difficultés de recrutement, l'approche méthodologique a permis de produire des données fiables et généralisables à des contextes semblables au Québec. Les résultats combinent perspectives des femmes, des partenaires et des professionnel-le-s, tout en intégrant l'effet de la LC-2018 et de la pandémie. Ces informations constituent un outil précieux pour l'élaboration de stratégies adaptées de prévention et d'accompagnement des femmes enceintes consommant du cannabis.

Partie C — Principaux résultats

Dans cette partie, nous décrivons les résultats de chaque objectif en accordant également une attention particulière aux principales contributions. Ces résultats sont issus de trois publications scientifiques : pour l'Objectif 1,

Alunni-Menichini, K., Chabot, R., Guilbert-Gauthier, G., Dominguez-Cancino, K. A., Robidoux, L., L'Espérance, N., ... & Nazif-Munoz, J. I. (2025). Navigating cannabis use during pregnancy: life trajectories, relationships, and contextual influences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 101129 ;

pour l'Objectif 2, Dominguez-Cancino, K. A., Chabot, R., de Saugy, Y. F., Alunni-Menichini, K., Robidoux-Léonard, L., Guilbert-Gauthier, G., ... & Nazif-Munoz, J. I. (2025). Talking with pregnant women exposed to cannabis use after cannabis legalization: Experiences of professionals working in Québec's social and healthcare system. *SSM- Qualitative Research in Health*, 7, 100524 ;

et pour l'Objectif 3, Nazif-Munoz, J. I., Martínez, P., Huynh, C., Massamba, V., Zefania, I., Rochette, L., & Vasiliadis, H. M. (2024). Changes in prenatal cannabis-related diagnosed disorders after the Cannabis Act and the COVID-19 pandemic in Quebec, Canada. *Addiction*, 119(10), 1784-1791.

1. Objectif 1

1. Principaux résultats

L'étude qualitative menée auprès de 18 femmes cisgenres, majoritairement hétérosexuelles, âgées de 21 à 38 ans, a permis de révéler la complexité des trajectoires d'usage du cannabis avant et pendant la grossesse. Les participantes provenaient principalement du Québec, avec quelques femmes issues de communautés immigrantes et autochtones, et présentaient des situations de logement et de grossesse variées, incluant à la fois des grossesses planifiées et non planifiées.

Trajectoires d'usage avant la grossesse

L'initiation au cannabis survient principalement à l'adolescence, sous l'influence de facteurs sociaux tels que les pairs et partenaires intimes. Près de la moitié des participantes ont commencé avant l'âge de 16 ans. Pour certaines, l'usage était lié à des raisons intrapersonnelles dès l'initiation, souvent comme stratégie d'auto-médication pour gérer l'anxiété ou des traumatismes. Au fil du temps, l'usage initialement social a évolué pour devenir motivé par des raisons personnelles et liées à la santé mentale. Les femmes ont décrit l'usage du cannabis comme un outil de régulation émotionnelle, de gestion du stress quotidien, et d'amélioration du bien-être général. L'usage pour des raisons personnelles a souvent conduit à un usage quotidien, soulignant la fonction auto-thérapeutique du cannabis. Les facteurs influençant l'usage incluent la santé mentale, les relations intimes, la dynamique sociale et familiale, et les changements dans les études ou le travail. Les périodes de stress accru ont souvent entraîné une augmentation de la consommation, tandis que le soutien social et des partenaires non-usagers ont eu un effet protecteur.

Usage pendant la grossesse

L'étude révèle un continuum de comportements, allant de la cessation complète à la reprise après abstinence, en passant par la réduction ou l'usage occasionnel. Ce continuum, illustré dans Figure 1, montre les différentes trajectoires possibles et permet de visualiser les variations dans les habitudes de consommation avant et pendant la grossesse. La majorité des participantes (n=13) ont tenté d'arrêter, motivées par la protection du fœtus. Cependant, certains facteurs, notamment les symptômes de troubles liés à l'usage, l'anxiété et les difficultés émotionnelles, ont rendu l'arrêt difficile, entraînant parfois une reprise de l'usage malgré la volonté initiale. Les expériences passées de grossesse ont également modulé la capacité des femmes à réduire ou cesser le cannabis. Concernant l'acceptabilité sociale, les opinions variaient : certaines femmes considéraient l'usage inacceptable, tandis que d'autres adoptaient une perspective nuancée, intégrant des considérations liées au bien-être, aux conditions de vie et à l'auto-médication. La perception des risques et les choix de consommation étaient influencés par la quantité, la fréquence et les motifs d'usage. Les participantes ont souligné l'importance

de soutenir l'autonomie des femmes, la réduction des méfaits et l'accompagnement personnalisé plutôt que la stigmatisation.

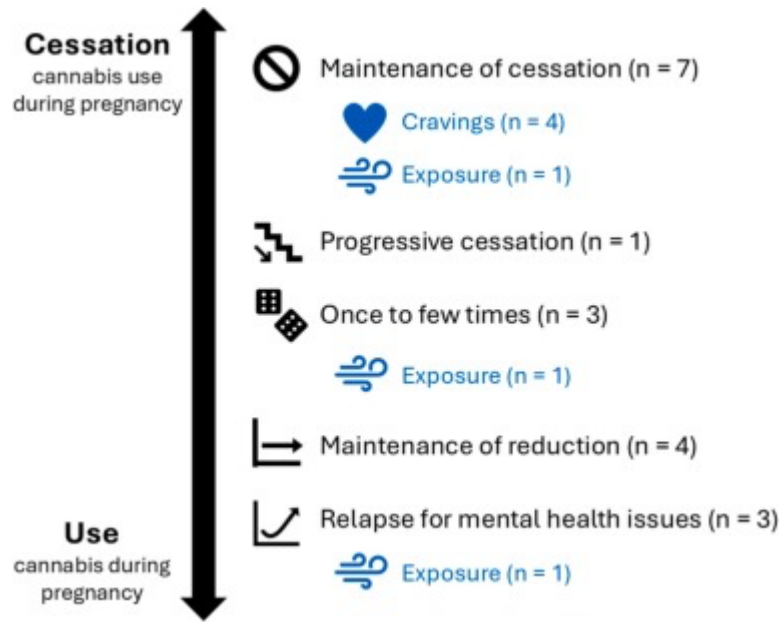


Figure 1. Continuum de l'usage du cannabis chez les femmes au cours de leur grossesse la plus récente.

2. Retombées immédiates ou prévues

Les résultats de cette recherche ont des implications sociales, sanitaires et politiques importantes :

- Sur le plan social et culturel : L'étude met en lumière l'importance de reconnaître les trajectoires de vie et les contextes individuels des femmes, contribuant à réduire la stigmatisation et à promouvoir une approche compréhensive et nuancée du cannabis pendant la grossesse. Elle souligne la nécessité de valoriser l'autonomie des femmes et leur capacité à prendre des décisions éclairées.
- Sur le plan sanitaire : Ces données peuvent guider l'élaboration de stratégies de santé publique centrées sur la réduction des méfaits, l'accès à des ressources en santé mentale et le soutien psychosocial. La prise en compte des partenaires et des réseaux sociaux permet de renforcer l'efficacité des interventions.
- Sur le plan politique et programmatique : Les résultats peuvent informer la création de recommandations cliniques et de programmes adaptés, intégrant la prévention, la détection des troubles liés au cannabis et l'accompagnement personnalisé des femmes enceintes. Les conclusions soulignent aussi l'importance d'outils éducatifs basés sur les trajectoires de vie et les motivations des utilisatrices.

- Développement de pratiques et d'outils : Les résultats offrent des informations concrètes pour la formation des professionnel·le·s de santé, favorisant des interventions centrées sur la personne, la prévention de l'usage problématique, et des stratégies de soutien adaptées au vécu des femmes.

3. Contributions à l'avancement des connaissances

Cette étude contribue de plusieurs manières à la littérature existante :

- Théorique et conceptuelle : Elle dépasse le paradigme biomédical traditionnel centré sur les risques pour le fœtus, en adoptant une approche systémique qui intègre les dimensions sociales, relationnelles et normatives de l'usage du cannabis. Elle éclaire comment les normes de genre, les attentes sociales et les contextes de vie influencent les comportements et les décisions pendant la grossesse.
- Méthodologique : L'approche qualitative interprétative basée sur les trajectoires de vie a permis de capter les expériences vécues, les motivations et les dilemmes décisionnels des femmes, offrant un éclairage complémentaire aux études quantitatives ou cliniques. Le codage inductif et l'analyse thématique ont assuré la rigueur et la profondeur de l'interprétation.
- Empirique : L'étude met en évidence la complexité et la diversité des motifs d'usage et des parcours des femmes, en identifiant des facteurs de risque et de protection. Les résultats révèlent le rôle de la santé mentale, du stress et des dynamiques relationnelles, ainsi que la variation des comportements de consommation avant et pendant la grossesse.
- Application pratique et future recherche : Les données soutiennent le développement d'interventions personnalisées, de messages de santé publique plus adaptés, et de stratégies de prévention intégrant les partenaires et réseaux sociaux. Elles ouvrent également la voie à des recherches futures sur les populations sous-représentées, telles que les communautés autochtones, immigrantes ou LGBTQI+, et sur l'usage combiné avec d'autres substances.

En somme, les résultats offrent une base solide pour orienter les interventions en santé publique et clinique, en adoptant une perspective centrée sur l'expérience des femmes et la réduction des méfaits, tout en contribuant à la réflexion sur les inégalités structurelles et de genre dans la consommation de cannabis pendant la grossesse.

2. Objectif 2 : Systématiser comment les professionnel-le-s de santé répondent et orientent les femmes

1. Principaux résultats

Nous avons interrogé 19 professionnel-le-s du Québec, incluant des travailleurs sociaux, des infirmier-ère-s, des médecins, des nutritionnistes, un-e psychoéducateur-rice et un-e agent-e en relations humaines, avec une expérience variant de 3 à 35 ans. Les participant-e-s provenaient de plusieurs régions, dont Montérégie, Centre-du-Québec et Montréal, et travaillaient dans des programmes centrés sur le développement des enfants et des familles vulnérables, les soins primaires ou la dépendance. Pour analyser les différences d'approche, nous avons distingué les professionnel-le-s généralistes, travaillant avec la population générale, et les spécialistes, intervenant dans des contextes ciblés et bénéficiant d'une formation spécialisée. L'analyse des entretiens a identifié trois thèmes principaux. Le premier concerne la manière dont les professionnel-le-s abordent le cannabis. Une approche ouverte, empathique et non jugeante est souvent privilégiée, mais coexiste avec des préoccupations pour la santé du fœtus et l'évaluation des risques associés à l'usage. Les généralistes expriment davantage de préoccupations pour le bien-être du fœtus, tandis que les spécialistes en dépendance se concentrent sur le bien-être de la femme et l'accompagnement dans le changement de consommation. Tous-tes soulignent l'importance de bâtir une relation de confiance avec les patientes. Le deuxième thème concerne le contenu des discussions sur le cannabis. Une fois l'usage identifié, les professionnel-le-s cherchent à comprendre le contexte de consommation, ses caractéristiques (fréquence, quantité, mode de consommation, impact sur la vie quotidienne), et les raisons derrière l'usage. Les motivations principales des femmes incluent l'auto-médication pour l'anxiété, la gestion de la douleur ou des nausées, et la réduction des risques lorsqu'elles utilisent d'autres substances. L'usage de cannabis est ainsi compris comme une stratégie pour gérer des besoins psycho-émotionnels ou des difficultés sociales. Cette exploration permet d'adapter les interventions de manière

individualisée. Le troisième thème porte sur les pratiques mises en œuvre après identification de l’usage. Les interventions vont du counseling et de l’éducation à la réduction des méfaits et à l’orientation vers d’autres services. Elles varient selon le profil de consommation : récréatif, usage pour coping, ou dépendance. L’approche centrée sur la personne est soutenue par l’évaluation de la volonté de changer et l’accompagnement progressif. Les généralistes privilégient les stratégies éducatives, tandis que les spécialistes en dépendance utilisent des techniques de réduction des risques, comme la diminution de la quantité de THC, le contrôle de la qualité du cannabis, et le fractionnement de la consommation. L’orientation vers d’autres services en santé mentale, nutrition ou protection de la jeunesse complète ces interventions. Ces stratégies sont résumées dans la Figure 2, qui illustre le continuum d’interventions selon le profil de consommation et le type de professionnel·le.

Nos résultats mettent également en évidence des différences selon le type de programme. Les généralistes rapportent plus de tensions et d’incertitudes face aux effets du cannabis, ce qui peut générer des attitudes stigmatisantes. Les spécialistes, grâce à leur formation et expérience, adoptent une approche nuancée, centrée sur la sécurité de la femme et la réduction des risques.

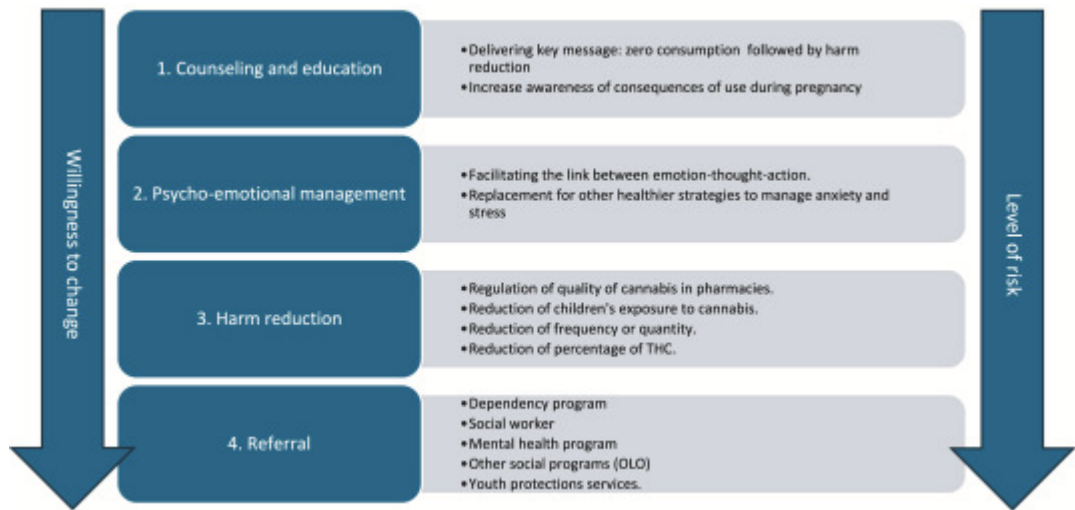


Figure 2 – Interventions considérées dans le processus d’action

2. Retombées immédiates ou prévues

Les résultats ont plusieurs implications pratiques et politiques. Premièrement, ils fournissent des indications concrètes pour la mise en œuvre d'interventions centrées sur la personne et intégrées dans les services généraux de santé. L'identification des profils de consommation et des motivations sous-jacentes permet de personnaliser les interventions, d'augmenter l'adhésion des patientes et de réduire les risques pour la santé maternelle et fœtale. Deuxièmement, les résultats suggèrent la nécessité de renforcer la formation des professionnel·le·s généralistes. Cette formation inclurait la compréhension des effets du cannabis, l'évaluation du degré de dépendance, et la maîtrise des stratégies de réduction des risques. Une meilleure formation permet également de réduire la stigmatisation et de favoriser des interactions respectueuses et empathiques. Troisièmement, l'étude peut soutenir l'élaboration de lignes directrices et de protocoles clairs pour le dépistage et l'accompagnement des femmes enceintes consommatrices de cannabis, incluant l'usage d'outils standardisés pour détecter précocement les consommations problématiques et structurer les interventions.

Quatrièmement, nos résultats mettent en lumière l'importance d'une approche interprofessionnelle et coordonnée, incluant des spécialistes en dépendance, des psychologues, des nutritionnistes et des travailleurs sociaux, afin de répondre aux besoins complexes des patientes et de garantir la continuité des soins. Enfin, la recherche offre des pistes pour le développement d'outils éducatifs pour les patientes et pour le grand public, favorisant une meilleure compréhension des risques associés à l'usage de cannabis pendant la grossesse et des stratégies pour les limiter.

3. Contributions principales

Sur le plan théorique et conceptuel, cette étude articule deux cadres : les déterminants sociaux de la santé et la dépendance. Le premier permet de comprendre l'usage comme une stratégie de coping intégrée dans le parcours de vie des femmes, influencée par des facteurs sociaux, économiques et contextuels. Le second cadre permet d'évaluer la gravité et les caractéristiques de l'usage, en identifiant un continuum de consommation et

des profils de risque selon les critères du DSM-5. Cette double approche complète la compréhension de l'usage et guide les interventions.

Méthodologiquement, l'étude illustre l'intérêt d'une approche qualitative basée sur des entretiens semi-directifs pour explorer les perceptions, attitudes et pratiques professionnelles. La distinction entre généralistes et spécialistes, ainsi que l'analyse selon le type de programme et le contexte régional, a permis de capturer la diversité des approches et d'identifier les facteurs influençant les pratiques.

Empiriquement, l'étude identifie des profils distincts de consommation : usage récréatif, usage lié à l'anxiété ou au stress, et usage dépendant. Elle documente également les stratégies d'évaluation et d'intervention, incluant les outils standardisés, le counseling, le soutien psycho-émotionnel, la réduction des risques et l'orientation vers d'autres services.

Enfin, cette étude contribue à la pratique et aux politiques publiques, en soulignant le rôle crucial de la formation professionnelle, l'importance d'approches centrées sur la personne et intégrées aux services généraux, et en offrant des pistes pour le développement de protocoles, d'outils et de ressources éducatives adaptés à un contexte légal et social en évolution. Elle avance ainsi les connaissances théoriques, méthodologiques et pratiques sur l'usage de cannabis pendant la grossesse et l'accompagnement professionnel associé.

En somme, cette étude montre la complexité de la gestion de l'usage de cannabis pendant la grossesse. Les professionnel·le·s utilisent des cadres multiples pour comprendre et répondre à l'usage, leurs pratiques varient selon la formation et l'expérience, et l'efficacité des interventions nécessite une approche intégrée, centrée sur la personne et adaptée aux contextes individuels et sociaux des patientes.

3. Objectif 3 : évaluer l'impact de la Loi sur le cannabis de 2018 sur la prévalence des troubles liés au cannabis chez les femmes enceintes

1. Principaux résultats

Nous avons analysé les diagnostics de troubles liés à l'usage de substances chez les femmes enceintes au Québec entre janvier 2010 et juin 2021. La population étudiée comprenait des femmes âgées de 15 à 49 ans, issues de différentes régions administratives. Les diagnostics totaux identifiés étaient de 1 920 pour les troubles liés au cannabis, 2 695 pour les troubles liés à toutes drogues (hors cannabis) et 833 pour les troubles liés à l'alcool, correspondant à des taux mensuels moyens standardisés respectifs de 17,42, 29,42 et 10,88 pour 100 000 femmes enceintes. Avant la CAC, les troubles liés au cannabis augmentaient significativement de 0,5 % par mois (IC 95 % = 0,3–0,6), tandis que les troubles liés à l'alcool et à toutes drogues (hors cannabis) restaient stables. Après l'entrée en vigueur de la CAC, les troubles liés au cannabis ont augmenté de 24 % (IRR = 1,24, IC 95 % = 1,01–1,51), sans changements significatifs pour l'alcool ou les autres drogues. La pandémie COVID-19 a entraîné une diminution non significative des troubles liés à l'alcool (–20 %, IRR = 0,80, IC 95 % = 0,62–1,03). Ces tendances sont représentées dans Figure 3, qui illustre l'évolution des interventions et l'augmentation des diagnostics liés au cannabis. Les variations selon l'âge ou la région n'ont pas été analysables en détail en raison du faible nombre de cas par mois, mais les tendances globales restent robustes.

2. Retombées immédiates ou prévues

Les résultats ont plusieurs implications pratiques et politiques. Premièrement, ils soulignent la nécessité de renforcer le dépistage systématique des troubles liés au cannabis chez les femmes enceintes et d'orienter les patientes vers des interventions adaptées à leur profil de consommation. Deuxièmement, ils permettent d'informer l'élaboration de politiques provinciales et de protocoles clairs pour l'accompagnement des femmes enceintes, incluant des outils standardisés pour détecter les consommations problématiques et structurer les interventions. Troisièmement, la recherche offre des indications pour la formation continue des professionnel·le·s de santé, afin de réduire la stigmatisation, améliorer l'adhésion aux interventions et favoriser des pratiques empathiques et centrées sur la personne. Enfin, elle contribue au développement de bases de

données et d'outils de surveillance permettant de suivre l'évolution des troubles liés aux substances et d'évaluer l'impact de nouvelles interventions de santé publique.

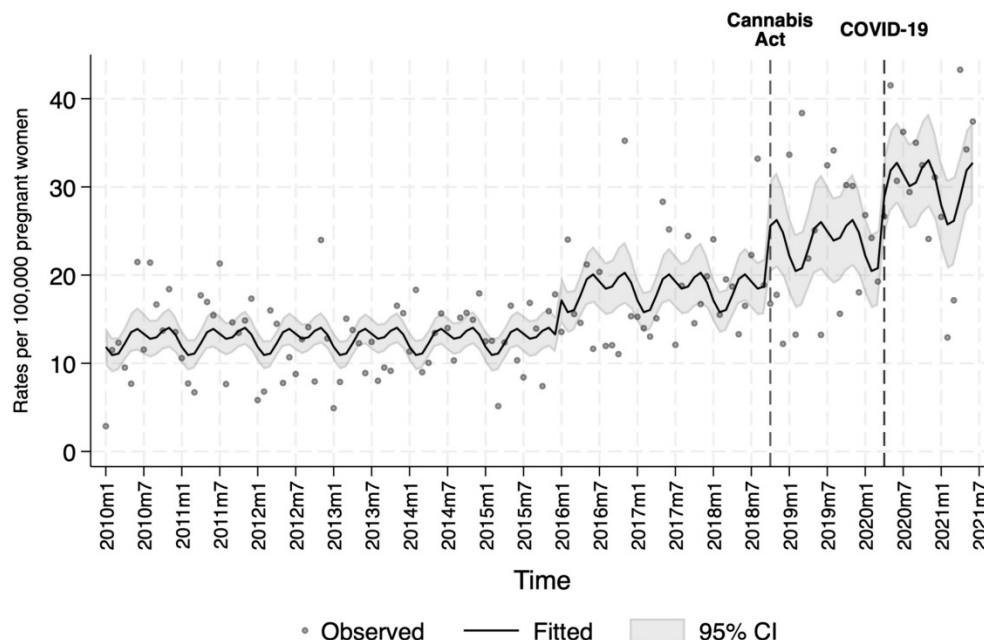


Figure 3 Taux de prévalence de tous les troubles diagnostiqués liés au cannabis pour 100 000 femmes enceintes, avec erreurs standards robustes, Québec, janvier 2010 – juillet 2021. La ligne verte en pointillés indique l'adoption de la Loi sur le cannabis (octobre 2018). La ligne rouge en pointillés indique le début de la pandémie de COVID-19 (mars 2020).

3. Contributions principales

Sur le plan théorique et conceptuel, l'étude intègre deux cadres : l'influence du contexte légal et social sur l'usage de substances, et la vulnérabilité spécifique des femmes enceintes. Elle montre que l'usage de cannabis peut être compris comme une stratégie pour répondre à des besoins psycho-émotionnels, influencée par le cadre légal et la disponibilité des services. Méthodologiquement, l'étude illustre l'intérêt des séries chronologiques interrompues et des modèles binomiaux négatifs pour évaluer les impacts de politiques publiques et d'événements majeurs comme la pandémie. Empiriquement, elle fournit la première estimation provinciale détaillée des effets de la CAC sur les troubles liés au cannabis chez les femmes enceintes, comparant ces effets à ceux sur l'alcool et les autres drogues. Enfin, elle contribue à la pratique et aux politiques publiques en fournissant des pistes pour le renforcement du dépistage, l'adaptation des interventions et le développement d'outils éducatifs et protocolaires adaptés à un contexte légal et social en évolution.

a) Implications pour les décideurs, gestionnaires et parties prenantes

Les résultats de ce projet montrent que la consommation de cannabis pendant la grossesse est un phénomène multidimensionnel, influencé par les trajectoires de vie, les relations de couple, le contexte social et les politiques publiques. Ils apportent des indications concrètes pour guider les décisions, les pratiques professionnelles et les interventions.

1. Implications liées à l’objectif 1 : l’expérience des femmes

L’analyse qualitative auprès de 18 femmes révèle la diversité des trajectoires d’usage avant et pendant la grossesse, allant de l’abstinence complète à l’usage occasionnel, parfois malgré la volonté d’arrêter. Ces parcours sont modulés par l’anxiété, le soutien social, les expériences passées et les motivations personnelles.

Pour les décideurs et gestionnaires, cela suggère :

- D’élaborer des politiques et interventions qui reconnaissent la diversité des contextes sociaux et relationnels plutôt que de diffuser des messages uniformes centrés uniquement sur les risques pour le fœtus.
- De soutenir des stratégies centrées sur la personne, valorisant l’autonomie, la réduction des méfaits et l’accompagnement psychosocial.
- D’intégrer l’expérience vécue des femmes dans les programmes éducatifs et de prévention afin de mieux comprendre leurs motivations et obstacles.

2. Implications liées à l’objectif 2 : les pratiques professionnelles

L’étude auprès de 19 professionnel·le·s montre une grande diversité de pratiques, de l’écoute et du counseling à la réduction des méfaits et à l’orientation vers d’autres services. Les généralistes privilégient l’éducation et la protection du fœtus, tandis que les spécialistes en dépendance se concentrent sur le bien-être de la femme et l’accompagnement du changement. Ces résultats indiquent :

- La nécessité de lignes directrices et protocoles standardisés pour l'accompagnement des femmes consommatrices de cannabis.
- L'importance de renforcer la formation professionnelle sur les profils de consommation, les stratégies de réduction des risques et la prise en compte des contextes psycho-émotionnels.
- L'intérêt d'une approche interprofessionnelle coordonnant généralistes, spécialistes en dépendance, psychologues et travailleurs sociaux.

Pour les parties prenantes communautaires, ces résultats indiquent que l'intégration des partenaires et réseaux sociaux dans les interventions peut renforcer l'efficacité des stratégies de soutien et réduire les effets négatifs liés à la stigmatisation.

3. Implications liées à l'objectif 3 : impact de la Loi sur le cannabis

L'analyse quantitative montre une augmentation de 24 % des diagnostics liés au cannabis après la légalisation, confirmant l'impact direct de la politique sur la santé périnatale. Cela suggère :

- Le renforcement du dépistage systématique et de l'orientation vers des interventions adaptées aux profils de consommation.
- Le développement de protocoles provinciaux standardisés et d'outils éducatifs pour les professionnel·le·s et le grand public

Ces constats se traduisent naturellement dans les **pistes d'action** proposées : renforcer la formation des professionnel·le·s, développer des interventions centrées sur la personne et non stigmatisantes, intégrer le soutien psychosocial et familial, adapter les stratégies aux contextes régionaux, soutenir la recherche continue et promouvoir une information publique claire et nuancée.

b) Limites et mises en garde

Malgré la richesse des données, certaines limites doivent être considérées :

- **Objectif 1 et 2** : la taille des échantillons qualitatifs est limitée et la participation volontaire peut introduire un biais de sélection. Les expériences rapportées peuvent ne pas être représentatives de toutes les femmes enceintes ou professionnel·le·s au Québec.
- **Objectif 3** : bien que les analyses quantitatives montrent une augmentation des diagnostics liés au cannabis, certaines variations régionales ou par âge n'ont pas pu être analysées en détail en raison du faible nombre de cas mensuels. Les tendances observées peuvent refléter à la fois une augmentation réelle de l'usage et une meilleure détection post-légalisation.
- Les résultats sont contextuellement liés à la période étudiée et à la législation provinciale ; leur généralisation à d'autres contextes doit être faite avec prudence.
- Les données auto-rapportées et les différences dans les pratiques professionnelles peuvent introduire des biais dans l'interprétation.

c) Conclusion et perspectives

Dans l'ensemble, ce projet met en évidence la complexité de l'usage de cannabis pendant la grossesse et l'importance d'approches adaptées, centrées sur la personne, et intégrant les réalités sociales et relationnelles des femmes. Les implications pour les politiques publiques incluent le renforcement de la formation professionnelle, le développement d'outils éducatifs et la mise en place de stratégies de réduction des risques. Les résultats fournissent également une base solide pour la recherche future, en particulier auprès des populations sous-représentées, et soulignent la nécessité d'une approche coordonnée et nuancée pour améliorer la santé maternelle et infantile tout en respectant l'autonomie des femmes.

Les résultats de ce projet ouvrent plusieurs pistes de recherche futures, tant sur le plan des connaissances scientifiques que sur celui des pratiques et interventions. Pour approfondir les objectifs 1 et 3, nous avons obtenu une subvention du Conseil de recherches en sciences humaines, qui se concentrera sur les effets de la Loi sur le cannabis sur la sécurité et le bien-être des enfants. Plus spécifiquement, ce projet vise à évaluer si la législation a entraîné un plus grand nombre de signalements d'enfants vivant dans des foyers présentant une qualité parentale réduite au Québec, tout en examinant l'impact sur la dépression post-partum chez les mères. Ces analyses permettront de mieux comprendre les liens entre consommation de cannabis pendant la grossesse, conditions parentales et santé maternelle, fournissant des données essentielles pour orienter les interventions et adapter les politiques de soutien à la parentalité.

Concernant l'objectif 2, nous collaborons avec un groupe de chercheur·e·s du Québec et du Chili dans le cadre d'un projet financé par les Instituts de recherche en santé du Canada, visant à comprendre les différences entre les approches centrées sur la réduction des risques et celles promouvant l'abstinence, au-delà de la population de femmes enceintes. Cette étude permettra de comparer les stratégies d'intervention, leur acceptabilité, leur mise en œuvre et leur efficacité dans divers contextes sociaux et culturels, tout en éclairant les pratiques professionnelles et en contribuant au développement de programmes de formation continue pour les intervenant·e·s.

De manière générale, nos travaux suggèrent la nécessité de poursuivre l'investigation des déterminants socio-émotionnels, culturels et relationnels de la consommation de cannabis, en particulier au sein des populations sous-représentées telles que les communautés autochtones, immigrantes et LGBTQI+. Des études longitudinales et multi-sites permettraient de suivre l'évolution des comportements sur le long terme et de mesurer l'impact des facteurs psychosociaux sur la consommation, la qualité parentale et la santé maternelle et infantile.

Enfin, la combinaison d'approches quantitatives et qualitatives demeure essentielle pour informer efficacement interventions et politiques. La co-construction de programmes avec les personnes concernées, leurs proches et les professionnel·le·s pourrait enrichir la compréhension des besoins réels et favoriser des stratégies plus équitables et adaptées, renforçant ainsi la pertinence et l'efficacité des interventions en santé périnatale et parentale, tout en réduisant les inégalités et la stigmatisation.

Références – Section 3 du rapport

1. Government of Canada. Thinking about using cannabis before or during pregnancy? (2018).
2. El Marroun, H. *et al.* An epidemiological, developmental and clinical overview of cannabis use during pregnancy. *Prev. Med.* **116**, 1–5 (2018).
3. Wang, E., *et al.* Social Determinants of Pregnancy-Related Mortality and Morbidity in the United States: A Systematic Review. *Obstet. Gynecol.* **135**, 896–915 (2020).
4. Singh, S., Filion, K., Abenhaim, H. & Eisenberg, M. Prevalence and outcomes of prenatal recreational cannabis use in high-income countries: a scoping review. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* **127**, 8–16 (2020).
5. Campbell, E. E. *et al.* Socioeconomic status and adverse birth outcomes: a population-based Canadian sample. *J. Biosoc. Sci.* **50**, 102–113 (2018).
6. Corsi, D. J., Hsu, H., Weiss, D., Fell, D. B. & Walker, M. Trends and correlates of cannabis use in pregnancy: a population-based study in Ontario, Canada from 2012 to 2017. *Can. J. Public Health.* **110**, 76–84 (2019).
7. Luke, S., Hutcheon, J. & Kendall, T. Cannabis Use in Pregnancy in British Columbia and Selected Birth Outcomes. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* **41**, 1311–1317 (2019).
8. Grywacheski, V. *et al.* Opioid and Cannabis Use During Pregnancy and Breastfeeding in Relation to Sociodemographics and Mental Health Status: A Descriptive Study. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* **43**, 329–336 (2021).
9. Brown, Q. L. *et al.* Trends in Marijuana Use Among Pregnant and Nonpregnant Reproductive-Aged Women, 2002–2014. *JAMA* **317**, 207–209 (2017).
10. Volkow, N. D., Han, B., Compton, W. M. & McCance-Katz, E. F. Self-reported Medical and Nonmedical Cannabis Use Among Pregnant Women in the United States. *JAMA* **322**, 167–169 (2019).
11. Ko, J. Y., Farr, S. L., Tong, V. T., Creanga, A. A. & Callaghan, W. M. Prevalence and patterns of marijuana use among pregnant and nonpregnant women of reproductive age. *Am. J. Obstet. Gynecol.* **213**, 201.e1–201.e10 (2015).
12. Ko, J. Y. *et al.* Marijuana use during and after pregnancy and association of prenatal use on birth outcomes: A population-based study. *Drug Alcohol Depend.* **187**, 72–78 (2018).
13. El Marroun, H. *et al.* Demographic, emotional and social determinants of cannabis use in early pregnancy: the Generation R study. *Drug Alcohol Depend.* **98**, 218–226 (2008).
14. Saurel-Cubizolles, M.-J., Prunet, C. & Blondel, B. Cannabis use during pregnancy in France in 2010. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* **121**, 971–977 (2014).
15. Ko, J. Y. *et al.* Characteristics of Marijuana Use During Pregnancy - Eight States, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2017. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* **69**, 1058–1063 (2020).
16. Badowski, S. & Smith, G. Cannabis use during pregnancy and postpartum. *Can. Fam. Physician* **66**, 98–103 (2020).
17. Washburn, I. J., Capaldi, D. M., Kim, H. K. & Feingold, A. Alcohol and marijuana use in early adulthood for at-risk men: Time-varying associations with peer and partner substance use. *Drug Alcohol Depend.* **140**, 112–117 (2014).
18. Salvatore, J. E., Gardner, C. O. & Kendler, K. S. Marriage and reductions in men's alcohol, tobacco, and cannabis use. *Psychol. Med.* **50**, 2634–2640 (2020).
19. Desrosiers, A., *et al.* Romantic partner influences on prenatal and postnatal substance use in young couples. *J. Public Health* **38**, 300–307 (2016).
20. Bailey, J. A., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Abbott, R. D. Men's and Women's Patterns of Substance Use Around Pregnancy. *Birth* **35**, 50–59 (2008).
21. Secades-Villa, R. & Fernández-Artamendi, S. Gender Differences in Cannabis Use Disorders. in *Handbook of Cannabis and Related Pathologies* (ed. Preedy, V. R.) 131–137 (Academic Press, 2017). doi:10.1016/B978-0-12-800756-3.00015-6.
22. Sherman, B. J. *et al.* Gender differences among treatment-seeking adults with cannabis use disorder. *Am. J. Addict.* **26**, 136–144 (2017).
23. Brabete, A. C., Greaves, L., Hemsing, N. & Stinson, J. Sex-and gender-based analysis in cannabis treatment outcomes: A systematic review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **17**, (2020).
24. Bailey, J. A., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Abbott, R. D. Men's and women's patterns of substance use around pregnancy. *Birth* **35**, 50–59 (2008).
25. Munch, E. L., Skurtveit, S., Handal, M. & Skovlund, E. Pre conception use of cannabis and cocaine among men with pregnant partners. *NAD Nord. Stud. Alcohol Drugs* **37**, 43–53 (2020).
26. Hemsing, N. & Greaves, L. Gender Norms, Roles and Relations and Cannabis-Use Patterns: A Scoping Review. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **17**, 947 (2020).
27. Munch, E. *et al.* Pre conception use of cannabis and cocaine among men with pregnant partners. *Nord. Alkohol- Nark. NAT* **37**, 43–53 (2020).
28. Vanstone, M. *et al.* Reasons for cannabis use during pregnancy and lactation: a qualitative study. *CMAJ* **193**, E1906–E1914 (2021).

29. Gardiner, K. M., Singleton, J. A., Sheridan, J., Kyle, G. J. & Nissen, L. M. Health professional beliefs, knowledge, and concerns surrounding medicinal cannabis – A systematic review. *PLOS ONE* **14**, e0216556 (2019).
30. Szaflarski, M. *et al.* Attitudes and knowledge about cannabis and cannabis-based therapies among US neurologists, nurses, and pharmacists. *Epilepsy Behav.* **EB 109**, 107102 (2020).
31. Carlini, B. H., *et al.* Medicinal Cannabis: A Survey Among Health Care Providers in Washington State. *Am. J. Hosp. Palliat. Med.* **34**, 85–91 (2017).
32. Gardiner, K. M., *et al.* Health professional beliefs, knowledge, and concerns surrounding medicinal cannabis - A systematic review. *PLoS ONE* **14**, 1–13 (2019).
33. Fawcett, J. Thoughts About Multidisciplinary, Interdisciplinary, and Transdisciplinary Research. *Nurs. Sci. Q.* **26**, 376–379 (2013).
34. Paredes Escobar, M. C. Limitación del esfuerzo terapéutico en la práctica clínica: Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público. *Acta Bioethica* **18**, 163–171 (2012).
35. Gerber, L. Understanding the nurse's role as a patient advocate. *Nursing2022* **48**, 55–58 (2018).
36. Szaflarski, M. *et al.* Attitudes and knowledge about cannabis and cannabis-based therapies among US neurologists, nurses, and pharmacists. *Epilepsy Behav.* **109**, (2020).
37. Kaplan, L., Klein, T., Wilson, M. & Graves, J. Knowledge, Practices, and Attitudes of Washington State Health Care Professionals Regarding Medical Cannabis. *Cannabis Cannabinoid Res.* **5**, 172–182 (2020).
38. Fox, S., Gaboury, I., Chiochio, F. & Vachon, B. Communication and Interprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to Reality in Practice. *Health Commun.* **36**, 125–135 (2021).
39. Brooks, E., Gundersen, D. C., Flynn, E., Brooks-Russell, A. & Bull, S. The clinical implications of legalizing marijuana: Are physician and non-physician providers prepared? *Addict. Behav.* **72**, 1–7 (2017).
40. Young-Wolff, K. C., Gali, K., Sarovar, V., Rutledge, G. W. & Prochaska, J. J. Women's Questions About Perinatal Cannabis Use and Health Care Providers' Responses. *J. Womens Health* **2002 29**, 919–926 (2020).
41. Holland, C. L. *et al.* 'Anything above marijuana takes priority': Obstetric providers' attitudes and counseling strategies regarding perinatal marijuana use. *Patient Educ. Couns.* **99**, 1446–1451 (2016).
42. Jarlenski, M., Tarr, J. A., Holland, C. L., Farrell, D. & Chang, J. C. Pregnant Women's Access to Information About Perinatal Marijuana Use: A Qualitative Study. *Womens Health Issues Off. Publ. Jacobs Inst. Womens Health* **26**, 452–459 (2016).
43. Phillips, D. *et al.* Factors That Influence Women's Disclosures of Substance Use during Pregnancy: A Qualitative Study of Ten Midwives and Ten Pregnant Women. *J. Drug Issues* **37**, 357–375 (2007).
44. Weisbeck, S. J. *et al.* Perceptions about cannabis use during pregnancy: a rapid best-framework qualitative synthesis. *Can. J. Public Health.* **112**, 49–59 (2021).
45. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Cannabis and Special Risk Populations. (2018).
46. Ziemianski, D. *et al.* Cannabis in medicine: a national educational needs assessment among Canadian physicians. *BMC Med. Educ.* **15**, 52 (2015).
47. Martins, S. S. *et al.* State-Level Medical Marijuana Laws, Marijuana Use and Perceived Availability of Marijuana Among the General U.S. Population. *Drug Alcohol Depend.* **169**, 26–32 (2016).
48. Wen, H., Hockenberry, J. M. & Cummings, J. R. The effect of medical marijuana laws on adolescent and adult use of marijuana, alcohol, and other substances. *J. Health Econ.* **42**, 64–80 (2015).
49. Hasin, D. S. US Epidemiology of Cannabis Use and Associated Problems. *Neuropsychopharmacology* **43**, 195–212 (2018).
50. Meinhofer, A., Witman, A., Murphy, S. M. & Bao, Y. Medical marijuana laws are associated with increases in substance use treatment admissions by pregnant women. *Addiction* **114**, 1593–1601 (2019).
51. Smith, W. T. Women with a substance use disorder: Treatment completion, pregnancy, and compulsory treatment. *J. Subst. Abuse Treat.* **116**, 108045 (2020).
52. Nazif-Munoz, J. I., Oulhote, Y. & Ouimet, M. C. The association between legalization of cannabis use and traffic deaths in Uruguay. *Addiction* **115**, 1697–1706 (2020).
53. Santaella-Tenorio, J. *et al.* Association of Recreational Cannabis Laws in Colorado and Washington State With Changes in Traffic Fatalities, 2005–2017. *JAMA Intern. Med.* **180**, 1061–1068 (2020).
54. Morris, R. G., TenEyck, M., Barnes, J. C. & Kovandzic, T. V. The Effect of Medical Marijuana Laws on Crime: Evidence from State Panel Data, 1990–2006. *PLoS ONE* **9**, e92816 (2014).
55. Kepple, N. J. & Freisthler, B. Exploring the ecological association between crime and medical marijuana dispensaries. *J. Stud. Alcohol Drugs* **73**, 523–530 (2012).
56. Hall, W. *et al.* Public health implications of legalising the production and sale of cannabis for medicinal and recreational use. *The Lancet* **394**, 1580–1590 (2019).
57. Gouvernement du Quebec. Risques pendant la grossesse ou l'allaitement. (2019).
58. Sandhu, H. S., Anderson, L. N. & Busse, J. W. Characteristics of Canadians likely to try or increase cannabis use following legalization for nonmedical purposes: a cross-sectional study. *Can. Med. Assoc. Open Access J.* **7**, E399–E404 (2019).
59. Karila, L. *et al.* Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use: A Review. *Curr. Pharm. Des.* **20**, 4112–4118 (2014).
60. Corsi, D. J. *et al.* Association Between Self-reported Prenatal Cannabis Use and Maternal, Perinatal, and Neonatal Outcomes. *JAMA* **322**, 145–152 (2019).

61. Watson, T. M., Hyshka, E., Bonato, S. & Rueda, S. Early-Stage Cannabis Regulatory Policy Planning Across Canada's Four Largest Provinces: A Descriptive Overview. *Subst. Use Misuse* **54**, 1691–1704 (2019).

Publications directes :

Alunni-Menichini, K., Chabot, R., Guilbert-Gauthier, G., Dominguez-Cancino, K. A., Robidoux, L., L'Espérance, N., ... & Nazif-Munoz, J. I. (2025). Navigating cannabis use during pregnancy: life trajectories, relationships, and contextual influences. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 101129 ;

Dominguez-Cancino, K. A., Chabot, R., de Saugy, Y. F., Alunni-Menichini, K., Robidoux-Léonard, L., Guilbert-Gauthier, G., ... & Nazif-Munoz, J. I. (2025). Talking with pregnant women exposed to cannabis use after cannabis legalization: Experiences of professionals working in Québec's social and healthcare system. *SSM-Qualitative Research in Health*, 7, 100524 ;

Nazif-Munoz, J. I., Martínez, P., Huỳnh, C., Massamba, V., Zefania, I., Rochette, L., & Vasiliadis, H. M. (2024). Changes in prenatal cannabis-related diagnosed disorders after the Cannabis Act and the COVID-19 pandemic in Quebec, Canada. *Addiction*, 119(10), 1784-1791.

Site web du projet :

<https://grossesse-cannabis.ca/>