

RÉSUMÉ DE PREUVES PERTINENTES

Effets sur la santé de l'exposition au cannabis durant la grossesse et la période d'allaitement



Novembre 2018

Principaux messages

- Il existe très peu de données probantes relatives aux effets de la consommation de cannabis avant la conception, pendant la grossesse et durant la période d'allaitement sur les conséquences néonatales, comportementales et neurocognitives au début de la vie.
- Il existe des données probantes incohérentes relatives aux effets de l'exposition au cannabis sur les résultats en matière de santé, comme l'insuffisance de poids à la naissance et l'accouchement prématuré, en fonction de la capacité de tenir compte du tabagisme.
- Les principales limites des données probantes actuelles comprennent notamment le nombre relativement peu important d'études sur les humains, un contrôle médiocre des expositions simultanées, y compris à l'alcool et au tabac, ainsi que d'autres facteurs de confusion potentiels et l'absence de mesures cohérentes et précises de l'exposition au cannabis.
- Les lignes directrices recommandent le dépistage systématique, la prestation de soins complets, la prestation de conseils sur les risques liés à la consommation de substances et l'encouragement à l'allaitement, sauf si les risques sont supérieurs aux avantages.

Contexte

Le terme cannabis est utilisé pour désigner la plante de cannabis, *Cannabis sativa*, et ses produits.¹ Il contient le composé delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), le principal composant psychoactif qui produit de nombreux effets, comme l'euphorie et des modifications de la perception, à la suite d'une inhalation ou d'une ingestion.^{2,3} Le cannabis est la substance la plus fréquemment consommée dans le monde, à part l'alcool et le tabac.⁴ Aux États-Unis, 24 États américains et Washington, DC ont adopté une loi autorisant la consommation de cannabis à des fins thérapeutiques. Huit de ces États ont également légalisé le cannabis à des fins récréatives.⁵ La consommation de cannabis à des fins thérapeutiques est légale au Canada depuis 2001,⁶ tandis que la consommation de cannabis à des fins récréatives est devenue légale à l'automne 2018.

Légalisation du cannabis

En juin 2018, le gouvernement du Canada a adopté une loi visant à légaliser la consommation de cannabis à des fins récréatives à compter du 17 octobre 2018. Dans son rapport final (soumis en novembre 2016), le Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis créé par le gouvernement a proposé un cadre réglementaire visant à limiter et à atténuer les méfaits liés au cannabis.⁷ Le premier de ses objectifs est la protection des enfants et des adolescents, qui peuvent être particulièrement sensibles aux effets du cannabis sur le développement neurologique.

Prévalence de la consommation de cannabis avant la conception, pendant la grossesse et durant la période d'allaitement

Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2015, 13 % des adolescents et des adultes de l'Ontario ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année et 45 % en avoir consommé au moins une fois dans leur vie.⁸ Les jeunes adultes (âgés de 20 à 24 ans) étaient les plus susceptibles de déclarer avoir consommé du cannabis : 30 % d'entre eux ayant déclaré l'avoir fait au cours de l'année précédente. En 2015, la prévalence de la consommation de cannabis a augmenté chez les femmes, passant de 7 % en 2013 à 10 % en 2015.⁸ Comme près de la moitié des grossesses ne sont pas planifiées^{9,10} et que de nombreuses femmes ne se rendent pas compte qu'elles sont enceintes avant la cinquième semaine de gestation,¹¹ les femmes qui souhaitent éviter de consommer du cannabis pendant la grossesse peuvent ne pas être en mesure de le faire. L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité de 2009 a révélé qu'environ 7 % des femmes avaient déclaré avoir consommé de la drogue de rue à des fins récréatives au cours des trois mois précédant leur grossesse.¹²

Le cannabis est la substance la plus fréquemment consommée pendant la grossesse, à l'exception du tabac et de l'alcool.^{13,14} L'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité réalisée en 2009 a révélé que 1 % des femmes a déclaré avoir consommé du cannabis pendant la grossesse.¹² Toutefois, la disponibilité d'autres données canadiennes sur la consommation de cannabis pendant la grossesse est limitée. Aux États-Unis, le National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), réalisée en 2016, a estimé à environ 4,9 % la proportion de femmes enceintes âgées de 15 à 44 ans qui avaient consommé du

cannabis au cours du mois précédent.¹⁵ Une étude utilisant les données de la NSDUH a montré une augmentation de 62 % de la consommation de cannabis chez les femmes enceintes âgées de 18 à 44 ans, passant de 2,4 % en 2002 à 3,9 % en 2014.¹⁶ Les estimations de la consommation de cannabis à n'importe quel moment de la grossesse dépendent de la population étudiée. Par exemple, la prévalence peut varier de 1,0 % dans la population en général à 28 % chez les femmes qui ont déclaré avoir consommé de la drogue au moins une fois pendant la grossesse.¹⁷ Des taux plus élevés de consommation de cannabis ont été signalés chez les femmes âgées de 18 à 25 ans, célibataires ou ayant un revenu inférieur.¹⁸ Bien que la consommation de cannabis au cours du dernier mois ait été signalée comme étant la plus élevée lors du premier trimestre de la grossesse (7,4 %) et la plus faible lors du troisième trimestre (1,8 %),¹⁸ une étude a indiqué une reprise de la consommation de substances dans les trois mois suivant l'accouchement.¹⁹

Il existe peu de données sur la prévalence de la consommation de cannabis durant la période d'allaitement. Une étude récente réalisée dans l'État du Colorado, où le cannabis est légalisé à des fins thérapeutiques et récréatives, a estimé que 5 % des mères ayant déclaré avoir déjà allaité, avaient également déclaré avoir consommé du cannabis au cours de la période suivant l'accouchement.²⁰ Cette estimation est similaire à la consommation signalée à n'importe quel moment de la grossesse, soit 5,7 %. Il n'a pas été démontré que la consommation de cannabis pendant la grossesse avait une incidence sur la probabilité d'allaitement. Toutefois, la consommation prénatale et postnatale de cannabis était associée à une durée plus brève de la période d'allaitement.²⁰

Il est à craindre que la légalisation de la consommation de cannabis à des fins récréatives entraîne une normalisation sociale et un affaiblissement de la perception du risque de méfait.²¹ Des femmes ont déclaré avoir utilisé du cannabis pendant la grossesse pour soulager les nausées au cours du premier trimestre. Une enquête canadienne a révélé que dans 77 % des cas, la consommation de cannabis à des fins thérapeutiques pendant la grossesse était liée aux nausées.²² Cette consommation peut être le reflet des conseils donnés par les vendeurs. Une enquête réalisée auprès des points de vente de cannabis au Colorado a révélé que 69 % d'entre eux recommandaient des produits à base de cannabis pour les « nausées matinales » et 36 % affirmaient que leurs produits étaient sans danger pendant la grossesse.²³

Effets néfastes potentiels de la consommation de cannabis pendant la grossesse et durant la période d'allaitement

Les effets de l'alcool et du tabac pendant la grossesse sont bien connus. Bien que moins étudiée, l'exposition du fœtus au cannabis a peut-être des effets néfastes - exposition causée par la consommation de cannabis par la mère avant ou pendant la grossesse - ou durant la période d'allaitement.²⁴ Le cannabis étant désormais légal, il est important de comprendre les effets de l'exposition au cannabis pendant la grossesse et durant la période d'allaitement. Une étude chez le rat indique que le THC traverse le placenta.²⁵ Bien que les études sur les humains n'étaient pas mentionnées, des résultats similaires seraient attendus chez d'autres mammifères. Le THC est un composé lipophile qui est absorbé dans les tissus adipeux et qui persiste dans le lait maternel pendant plusieurs semaines.^{26,27} Le THC agit comme un agoniste des récepteurs des cannabinoïdes, qui

constituent le système endocannabinoïde, qui est essentiel à l'attention, à la cognition, à la mémoire et à l'émotion.²⁸ Selon ces mécanismes, l'exposition du fœtus au cannabis peut entraîner une limitation de la croissance et des résultats neurodéveloppementaux médiocres.²⁹ Il s'agit notamment de la croissance (poids à la naissance, taille, circonférence de la tête), de l'accouchement prématuré, de la mortalité, de comportements néonataux (accoutumance aux stimulus, tremblements et sursauts, éveil nocturne et perturbation des heures du sommeil) et résultats cognitifs (processus verbal, mémoire, attention, impulsivité, performance cognitive).³⁰

Enjeu et objet de la recherche

Avec la légalisation de la consommation de cannabis à des fins récréatives au Canada, les responsables de la santé publique pourraient devoir répondre à un plus grand nombre de questions concernant la consommation de cannabis pendant la grossesse et durant la période d'allaitement. Le présent résumé de preuves pertinentes aborde les deux questions indiquées ci-dessous.

1. Quels résultats pour les enfants et les adolescents sont associés à l'exposition à la consommation maternelle de cannabis avant la conception, pendant la grossesse ou durant la période d'allaitement?
2. Quelles sont les recommandations cliniques actuelles pour les fournisseurs de soins qui traitent des femmes en âge de procréer, enceintes ou allaitantes et susceptibles de consommer du cannabis?

Méthodologie

Une recherche documentaire approfondie a été effectuée pour la période allant de 2006 à avril 2018 par les Services de bibliothèque de SPO dans les bases de données Ovid MEDLINE, Embase, PsycINFO et CINAHL. Les termes de recherche utilisés étaient liés au cannabis, à la conception, à la grossesse, à l'allaitement et à la petite enfance. Les recherches ont été limitées à des articles portant sur des examens publiés en anglais. Les titres et les résumés ont été filtrés de façon indépendante par deux évaluateurs. Le texte intégral des articles répondant aux critères d'inclusion a été récupéré et filtré de manière indépendante par les deux évaluateurs. Les divergences aux différentes étapes de l'évaluation ont été résolues par consensus. Une recherche dans la littérature grise a également été effectuée pour recenser les examens et les lignes directrices de pratique clinique.

Les articles étaient admissibles s'il s'agissait d'analyses systématiques ou d'études sur des humains portant sur les effets de l'exposition des nouveau-nés au cannabis en raison de sa consommation par la mère avant la conception, pendant la grossesse ou durant la petite enfance ou l'enfance. Tous les résultats en matière de santé, de développement ou sur le plan social ont été inclus. Les lignes directrices étaient incluses si elles utilisaient une méthode structurée pour analyser la littérature scientifique et une méthode transparente permettant de formuler des recommandations fondées sur des données probantes.

L'extraction des données pour les articles inclus a été réalisée par un seul évaluateur. La qualité des articles inclus a été évaluée par deux évaluateurs à l'aide de l'outil d'évaluation de la qualité des données probantes en santé³¹ pour les analyses systématiques et l'outil d'évaluation des recommandations AGREE II pour les lignes directrices de pratique clinique.³² La stratégie de recherche complète, les tableaux d'extraction des données, le diagramme de processus PRISMA et les tableaux d'évaluation de la qualité sont disponibles sur demande auprès de SPO.

Principales constatations

La recherche a permis de recenser 4 164 articles. Après un filtrage des titres et des résumés et une analyse de textes complets, six analyses systématiques,³³⁻³⁸ trois méta-analyses³³⁻³⁵ et cinq lignes directrices³⁹⁻⁴³ correspondaient aux critères d'inclusion du présent résumé.

La qualité de quatre analyses systématiques a été jugée « excellente », tandis que celle de deux autres analyses a été jugée « moyenne » (tableau 1).

Tableau 1 : Évaluation de la qualité des articles

Nature de l'étude	Source	Cote
Analyse systématique et méta-analyse	[Gunn 2016]	10/10
Analyse systématique et méta-analyse	[Connors 2016]	9/10
Analyse systématique et méta-analyse	[Ruisch 2018]	9/10
Analyse systématique	[Ordean 2013]	9/10
Analyse systématique	[Seabrook 2017]	6/10
Analyse systématique	[Brown 2018]	5/10

Les conclusions décrites ci-dessous résument les données probantes tirées des analyses systématiques de l'exposition au cannabis pendant la grossesse et durant la période d'allaitement, suivies d'une description des lignes directrices de pratique clinique en vigueur. Aucune analyse ne fournissait des données probantes relatives à l'exposition au cannabis avant la conception.

Exposition au cannabis pendant la grossesse

Trois analyses systématiques d'excellente qualité comportant des méta-analyses ont examiné les résultats sur le plan de la santé des enfants et des adolescents en lien avec la consommation de cannabis pendant la grossesse.³³⁻³⁵

La première analyse systématique de Conner et al. (2016) a recensé 31 études primaires portant sur la consommation de cannabis pendant la grossesse et ayant une incidence sur plusieurs problèmes néonataux, notamment une insuffisance de poids à la naissance, un accouchement prématuré, le poids

à la naissance, l'âge gestationnel à la naissance, des admissions de niveau II ou plus dans les pouponnières, la mortinatalité, l'avortement spontané, l'indice d'Apgar, le décollement prématuré du placenta et la mort périnatale. La plupart des études avaient recours à l'auto-évaluation de la mère afin de mesurer l'exposition au cannabis. Les estimations regroupées non ajustées ont montré que les bébés nés de femmes ayant consommé du cannabis couraient un risque accru d'insuffisance de poids à la naissance (rapport de risque (RR) : 1,43, intervalle de confiance (IC) de 95 % : 1,27 à 1,62) et d'accouchement prématuré (RR : 1,32, IC de 95 % : 1,14 à 1,54).³³ Dans cette étude, plusieurs méta-analyses ont été menées pour évaluer le risque posé par le cannabis, indépendamment de la consommation de tabac et d'autres substances, ainsi que des facteurs socio-économiques et démographiques. Malgré des estimations non ajustées montrant un risque accru de résultats multiples, les estimations regroupées ajustées n'étaient pas statistiquement significatives. La méta-analyse était limitée par la petite taille des échantillons des études incluses et elle était sans doute insuffisante pour détecter des différences significatives. Les auteurs ont conclu que, lorsque l'on tenait compte des facteurs de confusion, la consommation de cannabis n'avait aucun effet sur les résultats néonataux indésirables.³³

La deuxième analyse systématique et méta-analyse de Gunn et al. (2016) a recensé 24 études primaires. Les principaux résultats examinés comprenaient l'anémie maternelle, le poids à la naissance, la taille à la naissance, l'admission à l'unité de soins intensifs néonataux, l'âge gestationnel, la circonférence de la tête et la naissance prématurée. L'analyse a reconnu que la plus importante limitation des principales études recensées était l'incapacité de faire la distinction entre la consommation de cannabis et celle d'autres substances parce que, dans la plupart des études, ces données n'étaient pas disponibles. Par conséquent, la méta-analyse n'a pas permis de tenir compte de ces facteurs importants. Les résultats ont montré, sur la base de données combinées, que les femmes enceintes qui avaient consommé du cannabis pendant la grossesse présentaient une probabilité d'anémie supérieure de 1,36 (IC de 95 % : 1,10 à 1,69) par rapport à celles qui n'en avaient pas consommé. Il y avait une réduction importante du poids à la naissance de 109,42 g (IC de 95 % : 38,72 à 180,12) et une probabilité plus élevée d'avoir une insuffisance de poids à la naissance (<2500 g) (ratio des probabilités combinées (RPC) : 1,77, IC de 95 % : 1,07 à 3,01).³⁴ Les admissions aux unités de soins intensifs néonataux ont également augmenté de manière importante chez les fœtus exposés au cannabis pendant la grossesse par rapport à ceux non exposés (RPC : 2,02, IC de 95 % : 1,27 à 3,21). Les auteurs ont conclu que la consommation de cannabis pendant la grossesse était associée à de piètres résultats pour les femmes et leurs enfants. Toutefois, ils n'étaient pas en mesure de tenir compte de la consommation d'autres substances, comme l'alcool et le tabac.³⁴

Enfin, Ruisch et al. (2018) ont examiné la consommation de substances psychoactives (caféine, alcool, tabac et cannabis) pendant la grossesse et le lien avec des problèmes de comportement chez les enfants. Dans cette analyse, seules trois études portant sur la consommation de cannabis ont été mentionnées.³⁵ L'évaluation des problèmes de comportement a été effectuée chez les enfants et les adolescents dont l'âge variait de 5 à 18 ans. Les résultats des données regroupées n'indiquaient pas de lien important entre la consommation de cannabis pendant la grossesse et des problèmes de comportement chez les enfants et les adolescents (RPC : 1,29, IC de 95 % : 0,93 à 1,81). Toutefois, la

qualité des trois études incluses a été jugée « faible ou très faible » et les auteurs ont déterminé que les études ne permettaient pas de tirer des conclusions concernant ce lien.³⁵

Exposition au cannabis durant la période d'allaitement

Trois analyses systématiques ont été recensées. Celles-ci examinaient le lien entre la consommation de cannabis durant la période d'allaitement et les résultats sur le plan de la santé des nourrissons.³⁶⁻³⁸ Une analyse porte sur trois études sur des humains et trois sur des animaux.³⁷ Une autre analyse incluait les mêmes trois études portant sur des humains et mentionne une étude supplémentaire d'une cohorte prospective.³⁶ La troisième analyse comprenait les deux analyses systématiques précédentes et une étude primaire supplémentaire.³⁸ Les études primaires incluses dans les trois analyses étaient peu nombreuses, périmées et se chevauchaient.

Les analyses systématiques ont constaté que la consommation de cannabis durant la période d'allaitement n'était pas liée à des problèmes de santé chez les humains ou les animaux. Les résultats examinés sur le plan de la santé des nourrissons comprenaient le développement mental et moteur à l'âge d'un an, la croissance physique et le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN). Dans l'ensemble, très peu d'études ont été recensées et leur qualité a été jugée de « moyenne » à « très faible ».³⁶ Une des principales limites des études incluses dans les analyses systématiques est l'absence d'ajustement concernant la consommation de cannabis par la mère au cours du premier trimestre de la grossesse.⁴⁴ Les conclusions d'une des analyses mettent l'accent sur la prise de décision éclairée lorsque les femmes enceintes doivent être informées des risques potentiels liés à la consommation de cannabis et des avantages de l'allaitement, avant de prendre une décision sur les pratiques d'alimentation du nourrisson.³⁶ Par ailleurs, même si les auteurs des deux autres analyses ont interprété les données avec une certaine précaution, ils concluent que l'on devrait conseiller aux femmes qui allaitent de réduire leur consommation de cannabis ou de s'abstenir d'en consommer.^{37,38}

Lignes directrices cliniques

La qualité de chacune des lignes directrices mentionnées a été évaluée par deux évaluateurs. Deux lignes directrices ont été élaborées de façon rigoureuse, ont suscité la participation de nombreux intervenants et énoncent des recommandations claires.^{39,41} Trois lignes directrices étaient limitées par des stratégies de recherche incomplètes, une absence de critères de sélection des données probantes et une participation moins intensive des intervenants.^{40,42,43} Une ligne directrice a été exclue en raison de sa faible qualité, en particulier l'absence d'une stratégie systématique d'identification des données probantes.⁴⁵

On a recensé des lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui énoncent des recommandations concernant le dépistage, le traitement et la gestion de la consommation de substances chez les femmes enceintes et allaitantes. L'American College of Obstetrics and Gynecologists (ACOG) et l'American Academy of Pediatrics (AAP) ont publié des lignes directrices spécifiquement axées sur la consommation de cannabis et de produits contenant des cannabinoïdes pendant la grossesse et durant la période d'allaitement. Nous avons inclus une autre ligne directrice, de l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM), portant sur

la consommation de cannabis durant la période d’allaitement. Le tableau 2 présente les recommandations à l’intention des fournisseurs de soins de santé au sujet de la consommation de cannabis pendant la grossesse et durant la période d’allaitement.

Il est systématiquement recommandé aux fournisseurs de soins de santé de conseiller aux femmes de s’abstenir de consommer du cannabis ou d’en réduire leur consommation pendant la grossesse. De plus, l’AAP recommande de donner des conseils aux jeunes femmes au cours de la période précédant la conception au sujet du manque de données probantes et des risques potentiels de l’exposition au cannabis pour le développement du nourrisson et de l’enfant.⁴² En ce qui concerne l’allaitement, il y a un consensus parmi les organismes professionnels sur le fait que l’on doit donner des conseils aux mères qui allaitent au sujet des risques potentiels liés à la consommation de cannabis durant la période d’allaitement et soutenir leurs efforts visant à s’abstenir d’en consommer. Pour les mères qui ont des problèmes liés à la consommation de substances, l’OMS recommande d’encourager l’allaitement « sauf si les risques sont nettement supérieurs aux avantages ».⁴¹ Cette recommandation a été jugée « conditionnelle » en raison de la variation de la réaction à la dose consommée. En effet, les personnes ayant une consommation intensive ou chronique peuvent accumuler des concentrations plus élevées de THC dans le lait maternel et donc présenter des risques plus élevés pour les nourrissons exposés.⁴¹ Ces recommandations sont fondées sur des données probantes de faible qualité.

Tableau 2 : Recommandations et lignes directrices d’autres organismes

Organisme	Recommandation
Pendant la grossesse	
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)	« Les fournisseurs de soins de santé devraient conseiller aux femmes enceintes de s’abstenir de consommer du cannabis ou d’en réduire leur consommation pendant la grossesse afin d’éviter les conséquences négatives à long terme sur le plan cognitif et comportemental liées à l’exposition des enfants.(II-1A) » ³⁹ p.932 [Traduction]
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	« Les fournisseurs de soins de santé devraient, le plus tôt possible, conseiller aux femmes enceintes dépendantes de l’alcool ou de drogues de cesser de consommer de l’alcool ou des drogues et leur offrir ou leur proposer des services de désintoxication sous surveillance médicale, lorsque cela est nécessaire et pertinent. » ⁴¹ [Traduction]
American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG)	« Les femmes enceintes ou qui envisagent une grossesse devraient être encouragées à cesser de consommer de la marijuana. » ⁴³ p.3 [Traduction]
American Academy of Pediatrics (AAP)	« Les femmes qui envisagent une grossesse ou qui sont en âge de procréer devraient être informées de l’absence de recherches définitives et conseillées à l’égard des préoccupations actuelles concernant les effets néfastes potentiels de la consommation de THC sur la femme et sur le développement du fœtus, du nourrisson et de l’enfant. La marijuana peut être incluse dans une discussion sur la

Organisme	Recommandation
	<p>consommation de tabac, d'alcool et d'autres drogues et médicaments pendant la grossesse. »⁴² p.10-11 [Traduction]</p> <p>« Dans le cadre des conseils de prévention habituels, et en plus des conseils en matière de contraception, il est important d'informer les adolescentes et les jeunes femmes que, si elles tombent enceintes, elles ne devraient pas consommer de marijuana pendant la grossesse. »⁴² p.11 [Traduction]</p>
Durant la période d'allaitement	
Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC)	« Les femmes qui consomment des substances actives devraient être encouragées à cesser de consommer de l'alcool ou d'autres drogues durant la période d'allaitement, et les risques et avantages de l'allaitement par rapport à l'exposition du lait maternel aux substances devraient être discutés. (II-2B) » ³⁹ p.933-4 [Traduction]
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	<p>« A. Les mères qui présentent des troubles liés à la consommation de substances devraient être encouragées à allaiter, sauf si les risques sont nettement supérieurs aux avantages.</p> <p>B. Les femmes qui allaitent et qui consomment de l'alcool ou des drogues devraient être conseillées et encouragées à cesser leur consommation d'alcool ou de drogues; toutefois, la consommation de substances ne constitue pas nécessairement une contre-indication à l'allaitement. (Recommandation conditionnelle en raison de la faible qualité des données probantes.) »⁴¹ p.15 [Traduction]</p>
American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG)	« Les femmes qui allaitent devraient être informées que les risques potentiels d'exposition aux métabolites de la marijuana sont inconnus et elles devraient être encouragées à cesser de consommer de la marijuana. » ⁴³ p.3 [Traduction]
American Academy of Pediatrics (AAP)	« Les données actuelles sont insuffisantes pour évaluer les effets de l'exposition des nourrissons à la consommation de marijuana par la mère durant la période d'allaitement. Par conséquent, la consommation de marijuana par la mère durant la période d'allaitement est découragée. Les risques potentiels d'exposition des nouveau-nés aux métabolites de la marijuana étant inconnus, les femmes doivent être informées du risque potentiel d'exposition durant la période d'allaitement et encouragées à s'abstenir de consommer des produits contenant de la marijuana durant la période d'allaitement » ⁴² p.11 [Traduction]
The Academy of Breastfeeding Medicine (ABM)	« Une recommandation de s'abstenir de toute consommation de marijuana est justifiée. Pour l'instant, bien que les données ne soient pas assez solides pour recommander de ne pas allaiter pendant toute consommation de marijuana, nous vous recommandons de faire preuve de prudence. » ⁴⁰ p.139 [Traduction]

*Les caractères gras ont été ajoutés par les auteurs du présent document afin de souligner certains mots.

Discussion

Les données actuelles sur les effets de la consommation de cannabis pendant la grossesse et durant la période d'allaitement comportent trois limitations principales : 1) le nombre relativement peu élevé d'études sur les humains; 2) un piètre prise en compte des expositions concomitantes, y compris l'alcool et le tabac, ainsi que d'autres facteurs de confusion potentiels; et 3) l'absence de mesures cohérentes et précises de l'exposition au cannabis.

Absence d'études épidémiologiques sur les humains

Les études primaires incluses dans les trois analyses systématiques provenaient principalement de trois études de cohorte longitudinales : l'Étude prospective prénatale d'Ottawa (OPPS), réalisée à Ottawa, le Maternal Health Practices and Child Development Project (MHPCD), réalisé à Pittsburgh, et l'étude Generation R, réalisée à Rotterdam, aux Pays-Bas. L'OPPS et le MHPCD ont été lancés dans les années 1980 et ont suivi les enfants jusqu'à l'âge adulte. Toutefois, la puissance du cannabis qui est consommé a considérablement changé. La concentration moyenne en THC est passée de 4 % en 1995 à 12 % en 2014.⁴⁶ Ainsi, les résultats d'études fondées sur une consommation antérieure pourraient ne pas être pertinents par rapport à la consommation actuelle. Ces études reposaient également sur des échantillons relativement petits, des populations particulières et examinaient différents résultats, ce qui accentue l'hétérogénéité des études incluses dans les méta-analyses. Par conséquent, pour comprendre les effets actuels de la consommation de cannabis, de nouvelles études observationnelles de haute qualité sont nécessaires.

Piètre prise en compte des expositions concomitantes et d'autres facteurs de confusion

La consommation de plusieurs substances avec du cannabis est courante. Dans une étude, 5,5 % des femmes ont déclaré avoir consommé simultanément de l'alcool et du cannabis.⁴⁷ Les enfants exposés à l'alcool, au tabac et à d'autres drogues illicites ont obtenu des résultats négatifs sur le plan de la santé. Par conséquent, si les études ne permettent pas de tenir compte de la consommation de diverses substances, cela limitera notre compréhension des effets indépendants du cannabis. Par ailleurs, l'exposition à d'autres produits chimiques dans la communauté et le milieu de travail, qui a été associée à des résultats pertinents, n'a pas été bien prise en compte dans la plupart des études. Conner et al. (2016) et Gunn et al. (2016) ont inclus 31 et 24 études respectivement. Toutefois, seulement huit études ont été signalées dans les deux analyses systématiques et une seule étude a été utilisée dans les deux méta-analyses concernant l'insuffisance de poids à la naissance.^{33,34} Les conclusions de ces deux analyses étaient contradictoires. Conner n'a signalé aucun risque indépendant du cannabis sur les conséquences néonatales, tandis que Gunn a signalé des effets indésirables généraux de la consommation de cannabis pendant la grossesse. La différence entre ces deux méta-analyses réside dans la capacité de tenir compte de la consommation de diverses substances, en particulier le tabac. Conner et al. n'ont inclus que quatre études qui avaient signalé l'usage du tabac et qui pouvaient être ajustées. Gunn et al. ont reconnu que l'incapacité de tenir compte de l'usage du tabac constituait une limitation de leur étude. Douze études étaient incluses dans les méta-analyses.

Mesure de l'exposition au cannabis

La mesure de l'exposition est l'une des principales limitations des études sur l'exposition au cannabis pendant la grossesse et durant la période d'allaitement. L'autodéclaration de la consommation de cannabis est la méthode la plus courante de détermination de l'exposition. Toutefois, tout comme pour l'alcool, une forte désirabilité sociale et des biais de déclaration contribuent vraisemblablement à une sous-estimation de la consommation et, par conséquent, à une sous-estimation des effets.¹⁶ En outre, le fait que le cannabis était auparavant une drogue illégale peut inciter les mères ou tout fournisseur de soins à éviter de signaler la consommation avec exactitude en raison de la crainte de provoquer une intervention des services de protection de l'enfance. Il existe des méthodes de mesure de l'exposition au cannabis à l'aide d'échantillons biologiques, notamment du sérum maternel, de l'urine ou des cheveux, qui permettent de détecter le cannabis de deux à trois jours et même plusieurs semaines après l'exposition, en fonction de la fréquence de consommation. Pour mesurer l'exposition chez le nourrisson, les chercheurs ont utilisé le méconium, la première selle d'un nouveau-né, qui permet de détecter l'exposition antérieure à la marijuana au cours du deuxième ou du troisième trimestre ou les cheveux d'un nouveau-né, qui permettent de détecter l'exposition au troisième trimestre. Malheureusement, ces méthodes d'échantillonnage biologique sont dispendieuses, souvent impraticables à de nombreux endroits et produisent des taux élevés de faux positifs.⁴⁸ Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin de mettre au point des méthodes fiables et précises de mesure de l'exposition au cannabis.

Limitations

Le présent résumé de preuves pertinentes n'est pas sans limitation. Notre examen n'incluait pas de termes de recherche sur l'effet de la consommation de cannabis sur la parentalité, l'attachement parent-enfant ou tout résultat connexe, ce qui pourrait avoir une incidence sur les résultats futurs sur le plan de la santé de l'enfant. Même si la recherche sur le tabac a fourni des données probantes sur la fumée secondaire, le lien indépendant entre la fumée secondaire liée à la consommation de cannabis par les parents et les conséquences chez les nourrissons est inconnu. De futures recherches devraient se pencher sur ce lien. Nous nous sommes concentrés sur la littérature publiée depuis 2006, nous avons insisté sur l'utilisation d'analyses systématiques plutôt que sur des études primaires. Nous n'avons pas inclus les études primaires ni les analyses systématiques mentionnées uniquement dans la littérature grise. De vastes études de cohorte bien menées seraient particulièrement utiles pour étudier l'ampleur des méfaits liés au cannabis. Idéalement, de telles études devraient examiner l'exposition au cannabis en fonction de différentes doses, à différents moments (pendant la grossesse et durant la période d'allaitement) et à divers stades du début de la vie, tout en tenant compte des facteurs de confusion importants.

Conclusion

Il existe des données probantes limitées et incohérentes sur les effets de l'exposition au cannabis pendant la grossesse et durant la période d'allaitement sur la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents. Même si les données probantes sont limitées, les lignes directrices cliniques sur la

consommation de cannabis pendant la grossesse recommandent systématiquement aux femmes enceintes de s'abstenir, mais l'une d'entre elles recommande aux femmes de s'abstenir d'en consommer ou de réduire leur consommation. Par ailleurs, compte tenu des avantages reconnus de l'allaitement, les lignes directrices recommandent d'encourager les femmes à cesser de consommer du cannabis pendant la période d'allaitement. De plus, de nombreuses lignes directrices recommandent d'informer les femmes qui allaitent et qui consomment du cannabis des risques d'exposition potentiels, notamment en ce qui concerne la fréquence de la consommation et la quantité de cannabis qui est consommée. Ainsi, les recommandations concernant l'allaitement par les femmes qui consomment du cannabis peuvent être personnalisées lors d'une discussion avec un fournisseur de soins de santé. Pour obtenir plus de renseignements, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a également publié un aperçu actualisé des données probantes existantes sur la consommation de cannabis pendant la grossesse.¹ Même si cet aperçu ne présente aucune recommandation, les conclusions de l'auteur sont conformes à celles du présent document.

Retombées sur la pratique

Les bureaux locaux de santé publique de l'Ontario ont le mandat de soutenir la croissance et le développement sains des enfants et sont chargés de fournir des conseils pertinents sur la santé au public, aux fournisseurs de soins de santé et aux décideurs.⁴⁹ Par exemple, en collaboration avec le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, les infirmières et infirmiers en santé publique assurent la prestation à l'échelon local du programme *Bébés en santé, enfants en santé*⁵⁰ et fournissent aux nouveaux et futurs parents des conseils fondés sur des données probantes sur la santé de l'enfant. Compte tenu de la légalisation récente de la consommation de cannabis à des fins récréatives au Canada, il sera de plus en plus important que le personnel de la santé publique dispose des moyens nécessaires pour aborder ce sujet avec les clients.

Les données probantes incluses dans le présent document ne confirment pas et n'excluent pas de manière convaincante que l'exposition précoce au cannabis a un effet négatif sur les résultats en matière de santé durant la petite enfance, mais suggère que les risques sont possibles.²⁹ Étant donné les méfaits possibles pour la santé, la société et le développement, une approche prudente est justifiée. Par conséquent, l'abstinence pendant la grossesse et durant la période d'allaitement est l'approche la plus sûre et permet de réduire le risque d'effets néfastes potentiels.

Le personnel de la santé publique peut faire une mise en garde contre la consommation de cannabis par la mère pendant la période précédant la conception, pendant la grossesse et durant la période d'allaitement et fournir une aide concernant les besoins sociaux et de santé qui peuvent contribuer à la consommation de cannabis. Toutefois, il n'y a pas de données probantes relatives à l'efficacité de cette approche ou d'autres interventions particulières.

Une surveillance supplémentaire de la consommation de cannabis et des méfaits liés au cannabis contribuerait également à une prise de décision éclairée fondée sur des données probantes. Le groupe de travail fédéral a recommandé aux gouvernements fédéral et provinciaux de recueillir et de partager des données sur les conséquences sanitaires, sociales et autres de la légalisation du cannabis.⁷

Ces données pourraient être utilisées pour améliorer la qualité des conseils en matière de santé fournis par les responsables de la santé publique.

Bibliographie

1. Porath AJ, Kent P, Konefal S. Dissiper la fumée entourant le cannabis - Effets du cannabis pendant la grossesse - version actualisée. Ottawa, ON: Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances; 2018. Disponible à : <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Maternal-Use-Pregnancy-Report-2018-fr.pdf>
2. Couper FJ, Logan BK. Drugs and human performance fact sheets [Internet]. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration; 2014 [cité le 2 octobre 2018]. Disponible à : <https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.dot.gov/files/809725-drugshumanperformfs.pdf>
3. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Population Health and Public Health Practice. Health effects of marijuana: an evidence review and research agenda [Internet]. Washington, DC: National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; 2017 [mis à jour le 21 septembre 2018; cité le 4 octobre 2018]. Disponible à : <http://nationalacademies.org/hmd/Activities/PublicHealth/MarijuanaHealthEffects.aspx>
4. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2014. Vienna, Austria: United Nations; 2014. Disponible à : http://www.unodc.org/documents/wdr2014/Cannabis_2014_web.pdf
5. Chasnoff IJ. Medical marijuana laws and pregnancy: implications for public health policy. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(1):27-30.
6. *Règlement sur l'accès au cannabis à des fins médicales*, DORS/2016-230. Disponible à : <https://lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2016-230/page-1.html>
7. Santé Canada. Un cadre pour la légalisation et la réglementation du cannabis au Canada : le rapport final du Groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis. Ottawa, ON: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2016. Disponible à : http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/sc-hc/H14-220-2016-fra.pdf
8. Gouvernement du Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015 [Internet]. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada; 2017 [mis à jour le 13 mars 2017; cité le 20 mars 2017]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>
9. Finer LB, Zolna MR. Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001-2008. Am J Public Health. 2014;104 Suppl 1:S43-8. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4011100/>

10. Society, the individual, and medicine. Facts and figures on abortions in Canada [Internet]. Ottawa, ON: University of Ottawa; 2015 [mis à jour le 20 janvier 2015; cité le 13 juillet 2015]. Disponible à : http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Abortion_e.htm
11. Temel S, van Voorst SF, Jack BW, Denktas S, Steegers EA. Evidence-based preconceptional lifestyle interventions. *Epidemiol Rev.* 2014;36:19-30. Disponible à : <https://academic.oup.com/epirev/article/36/1/19/563788>
12. Agence de la santé publique du Canada. Ce que disent les mères : l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité. Ottawa, ON: Sa Majesté la Reine du chef du Canada; 2009. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>
13. Hill M, Reed K. Pregnancy, breast-feeding, and marijuana: a review article. *Obstet Gynecol Surv.* 2013;68(10):710-8.
14. Moore DG, Turner JD, Parrott AC, Goodwin JE, Fulton SE, Min MO, et al. During pregnancy, recreational drug-using women stop taking ecstasy (3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine) and reduce alcohol consumption, but continue to smoke tobacco and cannabis: initial findings from the Development and Infancy Study. *J Psychopharmacol.* 2010;24(9):1403-10. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564500/>
15. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Reports and detailed tables from the 2016 National Survey on Drug Use and Health (NSDUH) [Internet]. Washington, DC: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2017 [cité le 2018 Oct 3]. Disponible à : <https://www.samhsa.gov/data/nsduh/reports-detailed-tables-2016-NSDUH>
16. Brown QL, Sarvet AL, Shmulewitz D, Martins SS, Wall MM, Hasin DS. Trends in marijuana use among pregnant and nonpregnant reproductive-aged women, 2002-2014. *JAMA.* 2017;317(2):207-9. Disponible à : <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2594398>
17. Howell EM, Heiser N, Harrington M. A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. *J Subst Abuse Treat.* 1999;16(3):195-219.
18. Ko JY, Farr SL, Tong VT, Creanga AA, Callaghan WM. Prevalence and patterns of marijuana use among pregnant and nonpregnant women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(2):201.e1,201.e10.
19. Forray A, Foster D. Substance use in the perinatal period. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(11):91,015-0626-5.
20. Crume TL, Juhl AL, Brooks-Russell A, Hall KE, Wymore E, Borgelt LM. Cannabis use during the perinatal period in a state with legalized recreational and medical marijuana: the association between maternal characteristics, breastfeeding patterns, and neonatal outcomes. *J Pediatr.* 2018;197:90-6.
21. Jaques SC, Kingsbury A, Henshcke P, Chomchai C, Clews S, Falconer J, et al. Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths. *J Perinatol.* 2014;34(6):417-24.

22. Westfall RE, Janssen PA, Lucas P, Capler R. Reprint of: survey of medicinal cannabis use among childbearing women: patterns of its use in pregnancy and retroactive self-assessment of its efficacy against 'morning sickness'. *Complement Ther Clin Pract*. 2009;15(4):242-6.
23. Dickson B, Mansfield C, Guiahi M, Allshouse AA, Borgelt LM, Sheeder J, et al. Recommendations from cannabis dispensaries about first-trimester cannabis use. *Obstet Gynecol*. 2018;131(6):1031-8.
24. Colorado Department of Public Health & Environment. Marijuana use trends and health effects [Internet]. Denver, CO: State of Colorado; 2018 [cité le 2018 Oct 3]. Disponible à : <https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/marijuana-health-report>
25. Hutchings DE, Martin BR, Gamagaris Z, Miller N, Fico T. Plasma concentrations of delta-9-tetrahydrocannabinol in dams and fetuses following acute or multiple prenatal dosing in rats. *Life Sci*. 1989;44(11):697-701.
26. Hale TW, Rowe HE. Medications and mother's milk. In: Hale TW, Rowe HE, editors. *Cannabis*. 17th ed. New York, NY: Springer Publishing Co.; 2017. p. 146-8.
27. Perez-Reyes M, Wall ME. Presence of delta9-tetrahydrocannabinol in human milk. *N Engl J Med*. 1982;307(13):819-20.
28. Mourh J, Rowe H. Marijuana and breastfeeding: applicability of the current literature to clinical practice. *Breastfeed Med*. 2017;12(10):582-96.
29. Volkow ND, Compton WM, Wargo EM. The risks of marijuana use during pregnancy. *JAMA*. 2017;317(2):129-30.
30. Grant KS, Petroff R, Isoherranen N, Stella N, Burbacher TM. Cannabis use during pregnancy: pharmacokinetics and effects on child development. *Pharmacol Ther*. 2018;182:133-51.
31. Health Evidence. Quality assessment tool: review articles [Internet]. Hamilton, ON: Health Evidence; 2018 [mis à jour le 28 juin 2018; cité le 2018 Jul 25]. Disponible à : <https://www.healthevidence.org/documents/our-appraisal-tools/quality-assessment-tool-dictionary-en.pdf>
32. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010;182(18):E839-42. Disponible à : <http://www.cmaj.ca/content/182/18/E839.short>
33. Conner SN, Bedell V, Lipsey K, Macones GA, Cahill AG, Tuuli MG. Maternal marijuana use and adverse neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2016;128(4):713-23.
34. Gunn JK, Rosales CB, Center KE, Nunez A, Gibson SJ, Christ C, et al. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2016;6(4):e009986,2015-009986. Disponible à : <https://bmjopen.bmj.com/content/6/4/e009986>

35. Ruisch IH, Dietrich A, Glennon JC, Buitelaar JK, Hoekstra PJ. Maternal substance use during pregnancy and offspring conduct problems: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018;84:325-36.
36. Ordean A. Marijuana exposure during lactation: is it safe? *Pediatrics Research International Journal.* 2014;2014:369374. Disponible à : <https://ibimapublishing.com/articles/PRIJ/2014/369374/369374.pdf>
37. Seabrook JA, Biden CA, Campbell EE. Does the risk of exposure to marijuana outweigh the benefits of breastfeeding? A systematic review. *Canadian Journal of Midwifery Research and Practice.* 2017;16(2):8-16. Disponible à : <http://www.cjmrp.com/files/does-the-risk-of-exposure-to-marijuana-outweigh-the-benefits-of-breastfeeding-a-systematic-review.pdf>
38. Brown RA, Dakkak H, Seabrook JA. Is breast best? Examining the effects of alcohol and cannabis use during lactation. *J Neonatal Perinatal Med.* 2018 [Epub ahead of print].
39. Ordean A, Wong S, Graves L. No. 349-Substance use in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(10):922,937.e2.
40. Reece-Stremtan S, Marinelli KA. ABM clinical protocol #21: guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. *Breastfeed Med.* 2015;10(3):135-41. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4378642/>
41. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponible à : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf
42. Ryan SA, Ammerman SD, O'Connor ME, COMMITTEE ON SUBSTANCE USE AND PREVENTION, SECTION ON BREASTFEEDING. Marijuana use during pregnancy and breastfeeding: implications for neonatal and childhood outcomes. *Pediatrics.* 2018;142(3):20181889.
43. Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 722: Marijuana use during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol.* 2017;130(4):e205-9.
44. Astley SJ, Little RE. Maternal marijuana use during lactation and infant development at one year. *Neurotoxicol Teratol.* 1990;12(2):161-8.
45. American Society of Addiction Medicine. Public policy statement on women, alcohol and other drugs, and pregnancy [Internet]. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine; 2011 [cité le 2018 Oct 3]. Disponible à : https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1womenandpregnancy_7-11.pdf
46. ElSohly MA, Mehmedic Z, Foster S, Gon C, Chandra S, Church JC. Changes in cannabis potency over the last 2 decades (1995-2014): analysis of current data in the United States. *Biol Psychiatry.* 2016;79(7):613-9. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4987131/>
47. Subbaraman MS, Kerr WC. Simultaneous versus concurrent use of alcohol and cannabis in the National Alcohol Survey. *Alcohol Clin Exp Res.* 2015;39(5):872-9. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4399000/>

48. Metz TD, Stickrath EH. Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence. Am J Obstet Gynecol. 2015;213(6):761-78.

49. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [cité le 3 octobre 2018]. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Ontario_Public_Health_Standards_2018_fr.pdf

50. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Protocole du programme « Bébés en santé, enfants en santé », 2018 [Internet]. Toronto, ON: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018 [cité le 3 octobre 2018]. Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/HBHC_Protocol_2018_fr.pdf

Particularités et limites du résumé de preuves pertinentes

Le but de ce résumé de preuves pertinentes est d'analyser l'objet de la recherche en temps opportun afin d'éclairer la prise de décisions. Le résumé de preuves pertinentes présente les principales conclusions découlant d'une recherche systématique tirées des meilleures preuves disponibles au moment de la publication, de même que d'une analyse et d'une extraction de données provenant de ces preuves. Ce rapport n'est pas aussi détaillé qu'un examen systématique. Tous les efforts possibles ont été faits pour inclure les preuves les plus détaillées qui soient sur le sujet. Il est possible que certaines études pertinentes ne soient pas incluses. Toutefois, il est important de déterminer, au moment de la lecture du présent résumé, si ces études auraient pu modifier les conclusions du document.

Auteurs

D^{re} Sarah Carsley, spécialiste en sciences appliquées de la santé publique, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes

D^{re} Pamela Leece, médecin en santé publique, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Collaborateurs

Harkirat Singh, coordonnateur de la recherche, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Chase Simms, adjointe de recherche, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Erin Berenbaum, coordonnatrice de la recherche, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Sue Keller-Olaman, chef, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Susan Massarella, spécialiste de l'information en bibliothéconomie, Services de bibliothèque

Beata Pach, chef, Services de bibliothèque

Réviseurs

D^{re} Heather Manson, directrice, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes

D^r Brent Moloughney, directeur médical, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes

D^r Ray Copes, directeur général, Santé environnementale et santé au travail

Révisseure externe

D^{re} Alice Ordean, Service de santé familiale, Centre de santé St-Joseph, Toronto

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Résumé de preuves pertinentes. Effets sur la santé de l'exposition au cannabis durant la grossesse et la période d'allaitement. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018.

ISBN 978-1-4868-2852-4

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication.

L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque.

Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de SPO.

Renseignements

Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Courriel : hpcdip@oahpp.ca

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une société d'État vouée à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, visitez www.publichealthontario.ca.

Santé publique Ontario remercie le gouvernement de l'Ontario pour son soutien financier.

