



Le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde au Canada

Introduction

Le cannabis est l'une des substances les plus consommées au Canada. En 2024, environ une personne vivant au Canada sur quatre (26 %) avait consommé du cannabis dans la dernière année, et 6 % l'avaient fait tous les jours ou presque (Santé Canada, 2024a).

Des données solides montrent que l'usage fréquent de cannabis peut entraîner un éventail de problèmes de santé, notamment des troubles de santé mentale, des altérations de la fonction cérébrale, un usage problématique de cannabis et un trouble d'usage de cannabis (TUC). Le risque semble beaucoup plus élevé pour les personnes qui consomment des produits à forte teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol (Δ -9-THC), la principale composante psychoactive du cannabis (Colizzi et coll., 2020; Freeman et Winstock, 2015; Murray et Hall, 2020).

Certains constats faits par les National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (Académies nationales des sciences, de l'ingénierie et de la médecine) (2024) et Santé Canada, à la suite de son examen de la *Loi sur le cannabis* (Santé Canada, 2024b) indiquent que les produits à forte teneur en THC sont un problème de santé publique croissant. En effet, ces produits sont de plus en plus accessibles et populaires, ce qui augmente le risque de conséquences négatives.

Les « produits à forte teneur en THC », qu'est-ce que c'est?

Il n'existe aucune définition unique et convenue. Pour certains experts, ce sont des produits contenant 20 % de THC ou plus, alors que pour d'autres, ce sont des produits dont la teneur en THC dépasse les niveaux habituellement trouvés dans les plants de cannabis. Peu importe la définition, les produits à forte teneur en THC sont de plus en plus populaires et doivent faire l'objet d'une attention particulière en raison de leurs possibles répercussions pour la santé et la sécurité publiques.



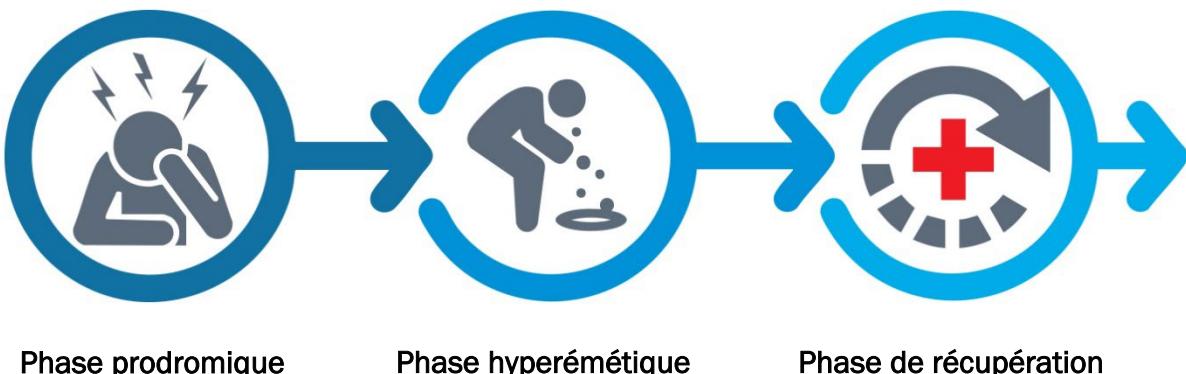
Le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde (SHC) est un problème de santé moins connu associé à l'usage de cannabis à long terme et, peut-être, à l'usage de produits à forte teneur en THC. Le SHC se caractérise par des cycles de graves nausées, vomissements et maux d'estomac. Compte tenu de la hausse observée dans la consommation et l'accès au cannabis et aux produits à forte teneur en THC, il est très important de comprendre le SHC et d'en tenir compte dans les politiques de santé publique et celles sur le cannabis au Canada.

Qu'est-ce que le SHC?

Décrit pour la première fois en 2004, le SHC est une affection méconnue associée à l'usage fréquent de cannabis et, parfois, à celui de produits à forte teneur en THC. Il se caractérise par des épisodes répétés de graves nausées, vomissements et maux d'estomac. Les symptômes sont généralement triphasiques (phases prodromique, hyperémétique et récupération) (Allen et coll., 2004; DeVuono et Parker, 2020; Venkatesan et coll., 2019) :

- **Phase prodromique** : Des nausées persistantes, de l'anxiété et d'autres symptômes (p. ex. transpiration, bouffées de chaleur, plus grande soif) se font sentir. Les symptômes sont souvent plus intenses le matin. Cette phase peut durer plusieurs mois.
- **Phase hyperémétique** : Des graves nausées, des vomissements fréquents et des maux d'estomac intenses sont observés.
- **Phase de récupération** : Après une période prolongée d'abstinence (aucun usage de cannabis), les symptômes s'atténuent graduellement, puis cessent. La récupération peut prendre des semaines, voire des mois. En cas de retour à la consommation, les symptômes peuvent réapparaître, ce qui montre la nature cyclique du SHC.

La figure 1 représente ces trois phases.





Quelle est la prévalence du SHC au Canada?

Il est difficile d'estimer la prévalence du SHC au Canada. Des outils de diagnostic clinique existent (p. ex. critères de Rome IV), mais sont limités. Jusqu'à tout récemment, il n'existeait aucun code CIM-10 pour le SHC. À cause de ces lacunes, les symptômes ne sont peut-être pas signalés, et les professionnels de la santé ignorent parfois l'existence du SHC.

Par le passé, la plupart des systèmes de santé consignaient le SHC à l'aide d'une combinaison de codes pour les nausées et les vomissements, et d'un code pour l'usage de cannabis ou le trouble d'usage de cannabis. Le 1^{er} octobre 2025, les États-Unis ont instauré un nouveau code diagnostique CIM-10-CM pour le SHC (University of Washington, Addictions, Drug & Alcohol Institute, 2025). Comme ce code permet un diagnostic plus clair, il devrait améliorer le suivi, le traitement et la déclaration. De plus, grâce à ce code, il sera plus facile pour les chercheurs de recueillir des données fiables et d'assurer un suivi des questions touchant le cannabis, dans une optique de santé publique.

Jusqu'à présent, les critères de Rome IV ont guidé le diagnostic clinique du SHC, mais ils sont limités (Venkatesan et coll., 2019). L'une des conditions mentionnées dans les critères est la disparition des symptômes après l'arrêt de l'usage de cannabis. Cela dit, les experts ne s'entendent pas sur la durée d'abstinence nécessaire pour conclure à une récupération. Cette incertitude complique l'établissement du diagnostic chez les personnes ayant du mal à cesser de consommer.

Plusieurs définitions et critères pour le SHC sont utilisés dans les études. Celles-ci n'adoptent pas toutes les critères de Rome IV, d'où la difficulté d'estimer la prévalence réelle du SHC. Cette affection ressemble parfois au syndrome des vomissements cycliques, une maladie similaire. Sans les antécédents complets d'une personne et sans une évaluation clinique adéquate, il peut être difficile de les différencier (Beals et coll., 2022; Venkatesan et coll., 2019). Maintenant qu'il existe un code CIM-10-CM pour le SHC, le diagnostic et la collecte de données devraient être plus cohérents et compléter les critères cliniques, notamment ceux de Rome IV.

En raison de ces difficultés, la prévalence réelle du SHC est encore incertaine. Certains experts estiment qu'environ une personne sur 200 qui fait un usage fréquent de cannabis (16 à 44 ans) développera un SHC (Zannese, 2022).

La recherche fait aussi ressortir une hausse des visites aux urgences liées au SHC après la légalisation du cannabis aux États-Unis et au Canada (Andrews et coll., 2022; Beals et coll., 2022; Kim et coll., 2015; Myran et coll., 2022; Yeung et coll., 2020; Yeung et coll., 2021; Wang et coll., 2021). Selon une étude canadienne (Myran et coll., 2022), le taux mensuel de visites aux urgences liées au SHC en Ontario a été multiplié par 13 entre janvier 2014 et juin 2021.

La figure 2 représente graphiquement cette tendance. Le taux mensuel de visites aux urgences liées au SHC pour 100 000 personnes âgées de 15 ans et plus est passé de 0,26



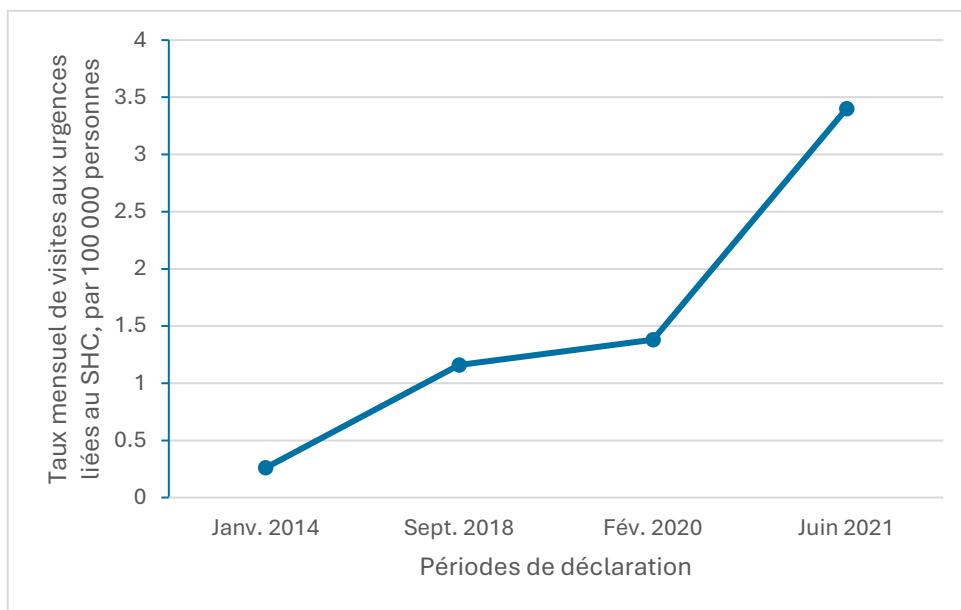
en janvier 2014 à 1,16 en septembre 2018, puis à 1,38 en février 2020 et à 3,40 en juin 2021.

Il est intéressant de noter que la première phase de la légalisation n'a eu qu'une faible incidence sur le taux de visites aux urgences. C'est plus tard qu'est survenue une forte hausse, à la phase de commercialisation, lorsque l'accès s'est élargi et que la disponibilité des produits à forte teneur en THC s'est accrue. C'est chez les femmes et les personnes ayant l'âge légal d'achat que la hausse a été la plus marquée.

Les phases de la légalisation au Canada

Dans les 15 premiers mois suivant la légalisation en octobre 2018, seule la vente de fleurs de cannabis séchées et d'huile de cannabis était autorisée. À compter de janvier 2020, la plupart des provinces ont permis la vente d'une plus grande gamme de produits à forte teneur en THC, y compris les concentrés, les boissons infusées au THC et les comestibles de fabrication commerciale.

Figure 2. Taux mensuel de visites aux urgences liées au SHC (2014–2021) (adaptation de Myran et coll., 2022)



Si cette hausse pourrait être associée en partie à la commercialisation du cannabis (accès élargi dans les magasins de détail et davantage de produits à forte teneur en THC), ces produits ne peuvent expliquer à eux seuls la hausse à court terme des nouveaux cas de



SHC. En effet, l'apparition des symptômes ne survient habituellement qu'après de longs antécédents de consommation.

La sensibilisation a peut-être joué un rôle. Ainsi, des facteurs comme une attention publique accrue, une couverture médiatique étendue et une reconnaissance clinique améliorée pourraient avoir contribué au meilleur taux de diagnostic et de déclaration pendant cette période.

Cette tendance à la hausse des visites aux urgences pour vomissements et usage de cannabis reste marquée et montre un fardeau de plus en plus pesant pour le système de santé.

Andrews et ses collègues (2022) ont utilisé des données de santé de l'Alberta sur les personnes consommant fréquemment du cannabis et ont observé une tendance semblable (visites aux urgences plus nombreuses pour des symptômes de SHC). Ils ont estimé que 0,5 % à 0,6 % des consommateurs fréquents de cannabis âgés de 15 à 44 ans ont dû aller aux urgences pour de tels symptômes après la légalisation (2020-2021).

Quels sont les mécanismes à la base du SHC?

La recherche faite depuis plusieurs décennies montre que le THC peut stimuler l'appétit et atténuer les nausées et les vomissements (Sharkey et coll., 2014; DeVuono et Parker, 2020; Frytak et coll., 1979; Orr et McKernan, 1981). Au Canada et aux États-Unis, le nabilone (une forme synthétique de THC administrée par voie orale) est approuvé dans le traitement des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie lorsque les médicaments habituels ne fonctionnent pas.

Pourtant, des études ont aussi montré que de fortes doses de THC peuvent avoir l'effet contraire et provoquer des nausées et des vomissements, plutôt que de les soulager (Cluny et coll., 2008; DeVuono et coll., 2018; Sharkey et coll., 2014). Ce paradoxe aide à expliquer pourquoi l'usage prolongé de produits à forte teneur en THC semble lié au SHC (Allen et coll., 2004).

De tels effets contraires ne sont pas inattendus. On sait que le THC a des effets biphasiques, c'est-à-dire que des doses faibles et élevées peuvent avoir des résultats contraires. Ce phénomène s'observe aussi dans d'autres processus (p. ex. comportement alimentaire, mouvement, motivation, anxiété) (Hill et coll., 2006; Marco et coll., 2004; Rey et coll., 2012; Zuurman et coll., 2009).

Les mécanismes par lesquels des doses élevées de THC peuvent provoquer des symptômes de SHC sont encore mal compris. Il pourrait y avoir certaines perturbations du système endocannabinoïde. Celui-ci aide à la régulation de nombreuses fonctions abdominales, comme la digestion, l'appétit, l'inflammation et l'envie de vomir. Les chercheurs avancent quelques explications :



- Désensibilisation des récepteurs CB1, qui réagissent normalement au THC;
- Fluctuations des niveaux d'endocannabinoïdes naturels;
- Dysfonction de la réponse au stress;
- Altération de la régulation thermique et de l'activité des canaux TRPV1 (capsaïcine);
- Ralentissement des mouvements de l'estomac (motilité gastrique);
- Déséquilibres de la connexion cerveau-intestin (axe hypothalamo-intestinal).

Ces systèmes interconnectés peuvent fonctionner ensemble pour causer les symptômes observés dans le SHC (plus d'information à ce sujet plus loin) (Hornby et coll., 2004; Perisetti et coll., 2020; DeVuono et Parker, 2020).

Quels sont les facteurs de risque associés au SHC?

Il est difficile de savoir quelles personnes risquent le plus de développer un SHC puisque cette affection n'est pas totalement comprise. L'usage fréquent de cannabis à forte teneur en THC, généralement tous les jours ou plusieurs fois par semaine pendant au moins un an, semble être un grand facteur de risque.

Cependant, cela n'explique pas pourquoi certaines personnes développent un SHC, alors que d'autres, non. Selon des études récentes, l'exposition fréquente à du cannabis à forte teneur en THC ne suffit peut-être pas à causer ce syndrome (Albert et coll., 2019). D'autres facteurs peuvent aussi entrer en jeu (p. ex. prédisposition génétique, âge, genre, troubles de santé mentale ou physique concomitants, influences socio-économiques ou environnementales).

Âge et genre

Des études récentes sur les visites aux urgences liées au SHC en Ontario et en Alberta ont aidé à identifier les personnes les plus touchées par ce syndrome (Myran et coll., 2022; Andrews et coll., 2022).

En Ontario, le plus grand nombre de visites aux urgences liées au SHC a été enregistré chez les jeunes adultes de 19 à 24 ans. Une hausse marquée des cas a aussi été enregistrée chez les femmes, surtout après la phase de commercialisation du cannabis, passant de 47,5 % avant la légalisation à 53,5 % par la suite. La prévalence du SHC était aussi plus importante dans les quartiers à faibles revenus, ce qui soulève des questions quant à l'accès aux soins de santé, à l'exposition aux produits à forte teneur en THC et à d'autres déterminants sociaux de la santé (Myran et coll., 2022).

Des tendances similaires ont été observées en Alberta. C'est chez les jeunes adultes de 16 à 34 ans consommant fréquemment du cannabis que les visites aux urgences liées au SHC étaient les plus fréquentes. La hausse la plus marquée a été enregistrée chez les femmes, passant de 45 % avant la légalisation à 54 % par la suite. Globalement, 85,2 % des patients souffrant de SHC consommaient du cannabis tous les jours ou presque depuis une durée



médiane de 10 ans. Ce constat renforce le lien entre l'usage fréquent et prolongé de cannabis et un risque accru de développer un SHC (Andrews et coll., 2022).

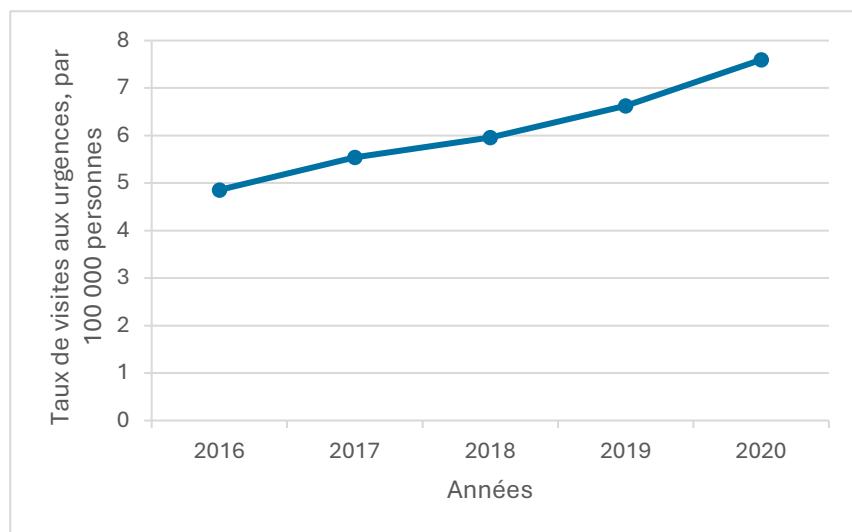
SHC et TUC

L'usage fréquent de cannabis a aussi été associé à un risque accru de trouble d'usage de cannabis (TUC). Ce risque augmente encore davantage chez les personnes qui consomment des produits à forte teneur en THC ou celles dont l'usage fréquent commence en bas âge (Butterworth et coll., 2014; Behrendt et coll., 2009; Freeman et Winstock, 2015; Le Strat et coll., 2015).

Ce risque augmente davantage chez les personnes consommant des produits à forte teneur en THC ou dont l'usage fréquent de cannabis commence à un jeune âge (Butterworth et coll., 2014; Behrendt et coll., 2009; Freeman et Winstock, 2015; Le Strat et coll., 2015).

Comme le montre la figure 3, entre 2016 et 2020, le taux de visites aux urgences pour dépendance au cannabis et sevrage chez les 15 à 34 ans au Canada a presque doublé, passant de 4,8 à 7,6 par 100 000 personnes.

Figure 3. Taux de visites aux urgences pour dépendance au cannabis et sevrage chez les jeunes adultes (15 à 34 ans) au Canada (2016-2020)



Source : Institut canadien d'information sur la santé, code CIM-10 F12.288, qui classe la dépendance au cannabis avec d'autres troubles induits par le cannabis dans la catégorie des troubles mentaux, du comportement et neurodéveloppementaux définie par l'OMS.

Des études récentes montrent un lien étroit entre les symptômes de SHC et le TUC (Ajayi et coll., 2017; Alshaarawy et coll., 2024; Andrews et coll., 2022; Patel et coll., 2020).

Dans l'étude d'Andrews et coll. (2022) sur des consommateurs fréquents de cannabis présentant des symptômes de SHC aux États-Unis et au Canada, 98 % des patients répondent aux critères de dépistage du TUC (score CUDIT-R ≥ 12). La plupart des patients



(80,3 %) avaient inhalé des fleurs de cannabis (fumées ou vaporisées) dont les concentrations en THC étaient supérieures à 20 %.

Il faut aussi s'intéresser à la fréquence des visites aux urgences. Ainsi, environ 78 % des patients s'étaient déjà rendus aux urgences pour des symptômes de SHC, et 61 % l'avaient fait à plusieurs reprises dans la dernière année. Ces constats donnent à penser que la prévention, l'intervention précoce et la sensibilisation sont limitées ou inefficaces, ou ne rejoignent pas les personnes les plus à risque. Des visites à répétition portent aussi à croire que les professionnels de la santé ne savent pas reconnaître, diagnostiquer ou prendre en charge systématiquement le SHC, d'où des symptômes persistants et le recours répété à des soins d'urgence.

Ensemble, ces constats font ressortir le lien possible entre le SHC et le TUC, le fardeau que place le SHC sur le système de santé et la nécessité de renforcer les activités de prévention et de sensibilisation (Andrews et coll., 2022).

Vulnérabilité génétique

Des facteurs génétiques peuvent aider à expliquer pourquoi certains consommateurs fréquents de cannabis développent un SHC et d'autres, non. Par contre, aucune étude d'association pangénomique portant spécifiquement sur le SHC n'a été réalisée. Une petite étude exploratoire a permis de repérer plusieurs polymorphismes mononucléotidiques pouvant augmenter le risque de SHC, mais la taille restreinte de l'échantillon limite les conclusions qui peuvent être tirées (Russo et coll., 2022).

Les marqueurs génétiques mentionnés dans la littérature sont pour la plupart associés au syndrome des vomissements cycliques, et le SHC pourrait en être une forme induite par le cannabis. Ces marqueurs sont notamment des variants géniques liés aux cytochromes P450, aux récepteurs CB1, aux récepteurs opioïdes mu et à la FAAH, qui jouent sur la métabolisation du cannabis (DeVuono et Parker, 2020; Soriano-Co et coll., 2010; Wasilewski et coll., 2017). De telles différences génétiques pourraient indirectement accroître le risque de SHC en influant sur la métabolisation du cannabis ou les habitudes de consommation.

D'autres études seront nécessaires pour comprendre comment ces facteurs génétiques contribuent au SHC et déterminer s'ils aident à identifier les personnes à risque élevé.

Stress et troubles de l'humeur

Selon certaines études, les personnes souffrant d'anxiété, de dépression ou de stress chronique seraient plus susceptibles de développer un SHC (Andrews et coll., 2022; Patel et coll., 2004; Sharkey et Wiley, 2016). Dans une étude, 59 % des patients ayant un SHC souffraient d'anxiété modérée à grave, et 68 %, de dépression modérée à grave (Andrews et coll., 2022).



Des chercheurs ont évoqué plusieurs mécanismes par lesquels le stress et les troubles de l'humeur pourraient augmenter le risque de SHC. L'usage prolongé de cannabis peut perturber l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien, qui régule la réponse au stress. Une telle perturbation peut se produire à la suite d'une régulation négative des récepteurs CB1 (Cheung et coll., 2010; Patel et coll., 2004; Richards et coll., 2017; Sharkey et Wiley, 2016).

Les cannabinoïdes stockés dans la graisse corporelle peuvent aussi entrer dans la circulation sanguine lors d'événements stressants, ce qui aggrave les symptômes (Richards et coll., 2017). Le THC peut avoir des effets directs sur les hormones de stress, dont la corticolibérine, la corticotrophine et les glucocorticoïdes, et ainsi potentiellement ajouter aux symptômes du SHC (Richards et coll., 2017). Selon des études précliniques, l'inhibition des récepteurs de la corticolibérine aide à prévenir les nausées induites par le THC; il existerait donc un lien entre les voies du stress et les symptômes du SHC (DeVuono et coll., 2020).

Il existe aussi un lien étroit entre le stress et les troubles de l'humeur, d'une part, et les maladies gastro-intestinales. Les personnes souffrant de troubles gastro-intestinaux présentent aussi souvent de l'anxiété ou une dépression, ce qui peut amplifier les symptômes et compliquer le diagnostic (Graff et coll., 2023).

Mis ensemble, ces constats font ressortir un lien multifactoriel entre l'usage de cannabis, la régulation du stress, l'humeur et la fonction intestinale qui pourrait aider à expliquer le risque de SHC. Plus d'études sont requises pour définir clairement cette interaction complexe.

Initiation précoce au cannabis

Certaines données tendent à indiquer que l'initiation au cannabis à l'adolescence peut accroître le risque de SHC (Sorensen et coll., 2017). L'usage de cannabis à cette étape du développement cérébral peut perturber la signalisation normale des endocannabinoïdes et accroître la vulnérabilité plus tard dans la vie (Renard et coll., 2014).

Dans l'étude d'Andrews et coll. (2022), l'âge médian de la première consommation de cannabis chez la plupart des patients souffrant de SHC était de 16 ans, et l'usage régulier (hebdomadaire ou plus) a commencé autour de 18 ans. D'autres études seront nécessaires pour définir l'influence de l'exposition précoce sur le développement du SHC et déterminer si l'usage de cannabis à l'adolescence est un facteur de risque à long terme.

Quel est le traitement du SHC?

Un traitement rapide peut prévenir les graves complications du SHC, comme la déshydratation et l'insuffisance rénale, qui sont toutes deux fréquentes et potentiellement mortelles (Habboushe et Sedor, 2013; Nourbakhsh et coll., 2019).

Parmi les médicaments disponibles, les anxiolytiques et les sédatifs, comme les benzodiazépines (p. ex. diazépam) et les antipsychotiques (p. ex. halopéridol) arrivent efficacement à soulager les symptômes (Blumentrath et coll., 2017; Levinthal et coll., 2024;



Richards et coll., 2017). En comparaison, les médicaments habituels contre la nausée, comme les antagonistes des récepteurs 5-HT3, ne semblent pas efficaces dans le traitement des nausées et vomissements induits par le SHC (Richards et coll., 2017).

De nombreux patients souffrant de SHC éprouvent un soulagement temporaire de leurs symptômes après une longue douche ou un long bain chaud. Cet effet pourrait être attribuable aux récepteurs potentiels transitoires vanilloïde 1 (TRPV1), qui aident à réguler la douleur et la température corporelle et sont activés à des températures supérieures à 43 °C (Levinthal et coll., 2024; Perisetti et coll., 2020; Richards et coll., 2017). Le recours à la capsaïcine (un activateur des TRPV1 présent dans les piments chilis) semble prometteur pour le traitement topique du SHC (Wagner et coll., 2020). Selon ces constats, les voies TRPV1 pourraient jouer un rôle dans la prise en charge des symptômes de SHC.

Défis dans le traitement du SHC

Certains médicaments soulagent les symptômes du SHC et d'autres, non, pour des raisons que restent incertaines. D'autres études devront donc être faites. Cela dit, les experts s'accordent généralement pour dire que l'arrêt complet de l'usage de cannabis (c.-à-d. une abstinence continue) est actuellement le seul moyen connu de faire disparaître complètement les symptômes du SHC (Gajendran et coll., 2020; Venkatesan et coll., 2019).

Soulignons toutefois qu'arrêter de consommer sur une longue période n'est pas facile. L'arrêt peut être particulièrement difficile pour les personnes ayant un TUC en raison de l'état de manque, des symptômes de sevrage, d'un accès limité au traitement et de troubles concomitants de santé mentale. Dans certains cas, les gens consomment du cannabis dans un contexte d'automédication, ce qui complique l'abandon.

Le suivi de l'abstinence s'avère parfois difficile pour les cliniciens et les chercheurs, ce qui nuit à la mesure des résultats à long terme. Selon une revue systématique, seulement 16 à 25 % des cas de SHC font l'objet d'un suivi pendant au moins quatre semaines. La question de savoir si l'arrêt à long terme mène systématiquement à un rétablissement complet reste incertaine (Venkatesan et coll., 2019).

Compte tenu de ces difficultés, pour pouvoir arrêter de consommer à long terme, les patients doivent compter sur le soutien complet des professionnels de la santé, un suivi structuré et un meilleur accès au traitement ciblant le cannabis. D'autres études sont aussi nécessaires pour mieux définir les effets à long terme de l'arrêt du cannabis sur les symptômes du SHC et concevoir des interventions pour le SHC et le TUC.

Conclusion et recommandations

Avec un accès plus facile au cannabis et une plus grande offre de produits à forte teneur en THC, le SHC est devenu un problème de santé publique croissant au Canada. Le résoudre passera par l'adoption d'une approche globale faisant notamment appel à la sensibilisation du public, à une meilleure reconnaissance clinique, à un accès élargi à des services de



traitement et d'aide pour l'abandon du cannabis, ainsi qu'à un meilleur encadrement des produits à forte teneur en THC. Ce faisant, on s'assurera que la légalisation continue à tenir compte des priorités en santé publique.

Les visites aux urgences pour des difficultés liées au cannabis, dont le SHC, le TUC et d'autres conséquences négatives, sont à la hausse et ajoutent de la pression sur le système de santé canadien, tant en ce qui concerne la capacité que les coûts. De 2007 à 2020, les coûts des visites aux urgences attribuables au cannabis au Canada ont augmenté de 125 %, passant d'environ 7,1 millions de dollars à 15,9 millions, ce qui représente un fardeau financier plus lourd pour le système de santé (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2023).

Il faut mettre en place des mesures ciblées pour répondre aux répercussions, sur les soins de santé et l'économie, des conséquences négatives du cannabis et favoriser la santé et le bien-être des personnes souffrant de SHC. Les recommandations qui suivent décrivent des stratégies visant à renforcer la prévention, améliorer la reconnaissance et le diagnostic cliniques, poursuivre la recherche et élargir l'accès à des services de traitement et d'aide à l'abandon du cannabis, et ce, en vue d'atténuer les conséquences du SHC sur la santé publique au Canada.

1. Améliorer la sensibilisation du public

- Lancer des campagnes de santé publique ciblées s'adressant aux consommateurs de cannabis, et plus particulièrement les jeunes adultes, les femmes, les personnes vivant dans des communautés vulnérables et les consommateurs fréquents, pour les renseigner sur les risques associés au SHC et le rôle que pourraient jouer les produits à forte teneur en THC.
- Déployer des stratégies de réduction des méfaits pour aider les gens à reconnaître les premiers symptômes du SHC et les inciter à se faire soigner rapidement.

2. Améliorer la reconnaissance et le diagnostic cliniques

- Renseigner les professionnels de la santé sur le SHC par des formations et des programmes éducatifs ciblés.
- Intégrer le dépistage du SHC aux soins de routine, particulièrement en contexte de soins primaires et de soins d'urgence.
- Préparer des directives cliniques normalisées pour aider les professionnels de la santé à reconnaître le SHC, à le distinguer d'autres syndromes des vomissements et à le diagnostiquer plus tôt.

3. Élargir l'accès à des services de traitement et d'aide pour le trouble d'usage de cannabis

- Étendre les programmes d'abandon du cannabis déjà intégrés aux services en dépendance en place et proposer un soutien adapté aux personnes souffrant de TUC et de SHC.



- Renforcer l'accès aux services en santé mentale et en dépendance en tenant compte des liens unissant le SHC, le TUC et les troubles de l'humeur.
- Pour offrir des soins complets, favoriser le recours à des modèles de soins intégrés qui font le pont entre les médecins, les spécialistes en dépendance et les professionnels de la santé mentale.

4. Renforcer la collecte de données et de recherche

- Améliorer le suivi et la collecte de données sur le SHC, y compris sur les antécédents des patients, les comorbidités psychiatriques, les facteurs de prédisposition et la puissance du cannabis (concentration en THC) pour mieux comprendre les causes et les facteurs de risque.
- Améliorer le suivi des visites aux urgences liées au SHC pour dégager des tendances et orienter les politiques.
- Réaliser des études longitudinales pour évaluer les effets à long terme de l'abandon du cannabis sur le rétablissement du SHC.

5. Encadrer les produits à forte teneur en THC

- Établir des seuils précis de teneur en THC et limiter la disponibilité des produits à forte teneur en THC, qui peuvent être associés à un taux accru de SHC et de TUC.
- Exiger que des étiquettes et des avertissements soient apposés sur les emballages de produits de cannabis concernant le risque potentiel de SHC et de TUC.

Bibliographie

- Ajayi, T., A. Adejumo, S. Alliu, K. Adejumo, O. Adegbala et N. Onyeakusi. « Cannabis use increases the odds of irritable bowel syndrome among hospitalized patients: A propensity matched analysis », *American Journal of Gastroenterology*, vol. 112, 2017, p. S237–S238.
https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2017/10001/cannabis_use_increases_the_odd_s_of_irritable_bowel.446.aspx
- Albert, K., M.L.A. Sivilotti, J. Gareri, A. Day, A.J. Ruberto et L.C. Hookey. « Hair cannabinoid concentrations in emergency patients with cannabis hyperemesis syndrome », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, vol. 21, n° 4, 2019, p. 477–481.
<https://doi.org/10.1017/cem.2018.479>
- Allen, J.H., G.M. de Moore, R. Heddle et J.C. Twartz. « Cannabinoid hyperemesis: Cyclical hyperemesis in association with chronic cannabis abuse », *Gut*, vol. 53, n° 11, 2004, p. 1566–1570. <https://doi.org/10.1136/gut.2003.036350>
- Alshaarawy, O., G. Balasubramanian et T. Venkatesan. « Cannabis use in the United States and its impact on gastrointestinal health », *Nutrition in Clinical Practice*, vol. 39, n° 2, 2024, p. 281–292. <https://doi.org/10.1002/ncp.11111>



- Andrews, C.N., R. Rehak, M. Woo, I. Walker, C. Ma, N. Forbes, ... et K.A. Sharkey. « Cannabinoid hyperemesis syndrome in North America: Evaluation of health burden and treatment prevalence », *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, vol. 56, n° 11–12, 2022, p. 1532–1542. <https://doi.org/10.1111/apt.17265>
- Beals, L., S. Sarjinsky, M. Faltyn, R.M. Issenman et A.J. Kam. « Cyclic vomiting syndrome in the emergency department: A 10-year review of clinical presentation and management », *Pediatric Emergency Care*, vol. 38, n° 10, 2022, p. e1578–e1583. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002694>
- Behrendt, S., H.U. Wittchen, M. Höfler, R. Lieb et K. Beesdo. « Transitions from first substance use to substance use disorders in adolescence: Is early onset associated with a rapid escalation? », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 99, n° 1–3, 2009, p. 68–78. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.06.014>
- Blumentrath, C.G., B. Dohrmann et N. Ewald. « Cannabinoid hyperemesis and the cyclic vomiting syndrome in adults: Recognition, diagnosis, acute and long-term treatment », *GMS German Medical Science*, vol. 15, 2017. <https://doi.org/10.3205/000247>
- Butterworth, P., T. Slade et L. Degenhardt. « Factors associated with the timing and onset of cannabis use and cannabis use disorder: Results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Well-Being », *Drug and Alcohol Review*, vol. 33, n° 5, 2014, p. 555–564. <https://doi.org/10.1111/dar.12183>
- Cheung, J.T., R.E. Mann, A. Ialomiteanu, G. Stoduto, V. Chan, K. Ala-Leppilampi et J. Rehm. « Anxiety and mood disorders and cannabis use », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, vol. 36, n° 2, 2010, p. 118–122. <https://doi.org/10.3109/00952991003713784>
- Cluny, N.L., R.J. Naylor, B.A. Whittle et F.A. Javid. « The effects of cannabidiol and tetrahydrocannabinol on motion-induced emesis in *Suncus murinus* », *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, vol. 103, n° 2, 2008, p. 150–156. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7843.2008.00253>
- Colizzi, M., M. Ruggeri et S. Bhattacharyya. « Unraveling the intoxicating and therapeutic effects of cannabis ingredients on psychosis and cognition », *Frontiers in Psychology*, vol. 11, 2020, article 833. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00833>
- DeVuono, M.V., K.M. Hrelja, L. Sabaziotis, A. Rajna, E.M. Rock, C.L. Limebeer, ... et L.A. Parker. « Conditioned gaping produced by high dose Δ9-tetrahydrocannabinol: Dysregulation of the hypothalamic endocannabinoid system », *Neuropharmacology*, vol. 141, 2018, p. 272–282. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2018.08.039>
- DeVuono, M.V. et L.A. Parker. « Cannabinoid hyperemesis syndrome: A review of potential mechanisms », *Cannabis and Cannabinoid Research*, vol. 5, n° 2, 2020, p. 132–144. <https://doi.org/10.1089/can.2019.0059>



DeVuono, M.V., O. La Caprara, M.T. Sullivan, A. Bath, E. Limebeer, E.M. Rock, ... et M.N. Hill.

« Role of the stress response and the endocannabinoid system in Δ9-tetrahydrocannabinol (THC)-induced nausea », *Psychopharmacology*, vol. 237, 2020, p. 2187–2199. <https://doi.org/10.1007/s00213-020-05529-5>

Freeman, T.P. et A.R. Winstock. « Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence », *Psychological Medicine*, vol. 45, n° 15, 2015, p. 3181–3189. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001178>

Frytak, S., C.G. Moertel, J.R. O'Fallon, J. Rubin, E.T. Creagan, M.J. O'Connell, ... et N.W. Schwartau. « Delta-9-tetrahydrocannabinol as an antiemetic for patients receiving cancer chemotherapy: A comparison with prochlorperazine and a placebo », *Annals of Internal Medicine*, vol. 91, n° 6, 1979, p. 825–830. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-91-6-825>

Gajendran, M., J. Sifuentes, M. Bashashati et R. McCallum. « Cannabinoid hyperemesis syndrome: Definition, pathophysiology, clinical spectrum, insights into acute and long-term management », *Journal of Investigative Medicine*, vol. 68, n° 8, 2020, p. 1309–1316. <https://doi.org/10.1136/jim-2020-001564>

Graff, L.A., R. Geist, M.E. Kuenzig, E.I. Benchimol, G.G. Kaplan, J.W. Windsor, ... et C.N. Bernstein. « The 2023 impact of inflammatory bowel disease in Canada: Mental health and inflammatory bowel disease », *Journal of the Canadian Association of Gastroenterology*, vol. 6, suppl. 2, 2023, p. S64–S75. <https://doi.org/10.1093/jcag/gwad012>

Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Outil en ligne de visualisation sur les coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada, version 3.0.2* [outil en ligne], 2023. <https://cemusc.ca/consulter-les-donnees/>

Habboushe, J. et J. Sedor. « Cannabinoid hyperemesis acute renal failure: A common sequela of cannabinoid hyperemesis syndrome », *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 32, n° 6, 2013, p. 690.e1–690e2. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2013.12.013>

Hill, M.N., L.M. Froese, A.C. Morrish, J.C. Sun et S.B. Floresco. « Alterations in behavioral flexibility by cannabinoid CB1 receptor agonists and antagonists », *Psychopharmacology*, vol. 187, 2006, p. 245–259. <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0421-4>

Hornby, P.J. et S.M. Prouty. « Involvement of cannabinoid receptors in gut motility and visceral perception », *British Journal of Pharmacology*, vol. 141, n° 8, 2004, p. 1335–1345. <https://doi.org/10.1038/sj.bjp.0705783>

Institut canadien d'information sur la santé. F12.288 (dépendance au cannabis et autre trouble induit par le cannabis). Dans *Classification statistique internationale des*



- maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e version, Canada (CIM-10-CA), 2001.
- Kim, H.S., J.D. Anderson, O. Saghafi, K.J. Heard et A.A. Monte. « Cyclic vomiting presentations following marijuana liberalization in Colorado », *Academic Emergency Medicine*, vol. 22, n° 6, 2015, p. 694–699. <https://doi.org/10.1111/acem.12655>
- Le Strat, Y., C. Dubertret et B. Le Foll. « Impact of age at onset of cannabis use on cannabis dependence and driving under the influence in the United States », *Accident Analysis & Prevention*, vol. 76, n° 1–5, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.aap.2014.12.015>
- Levinthal, D.J., B. Killian et R.M. Issemann. « Acute care of cyclic vomiting syndrome and cannabinoid hyperemesis in the home and emergency department », *Neurogastroenterology & Motility*, vol. 36, n° S1, 2024, p. e14778. <https://doi.org/10.1111/nmo.14901>
- Marco, E.M., L. Pérez-Alvarez, E. Borcel, M. Rubio, C. Guaza, E. Ambrosio, ... et M.P. Viveros. « Involvement of 5-HT1A receptors in behavioural effects of the cannabinoid receptor agonist CP 55,940 in male rats », *Behavioural Pharmacology*, vol. 15, n° 1, 2004, p. 21–27. <https://doi.org/10.1097/00008877-200402000-00003>
- Murray, R.M. et W. Hall. « Will legalization and commercialization of cannabis use increase the incidence and prevalence of psychosis? », *JAMA Psychiatry*, vol. 77, n° 8, 2020, p. 777–778. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0339>
- Myran, D.T., R. Roberts, M. Pugliese, M. Taljaard, P. Tanuseputro et R.L. Pacula. « Changes in emergency department visits for cannabis hyperemesis syndrome following recreational cannabis legalization and subsequent commercialization in Ontario, Canada », *JAMA Network Open*, vol. 5, n° 9, 2022, p. e2231937. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.31937>
- National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. *Cannabis policy impacts public health and health equity*, Washington (D.C.), National Academies Press, 2024. <https://doi.org/10.17226/27766>
- Nourbakhsh, M., A. Miller, J. Gofton, G. Jones et B. Adeagbo. « Cannabinoid hyperemesis syndrome: Reports of fatal cases », *Journal of Forensic Sciences*, vol. 64, n° 1, 2019, p. 270–274. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13819>
- Orr, L.E. et J.F. McKernan. « Antiemetic effect of Δ9-tetrahydrocannabinol in chemotherapy-associated nausea and emesis as compared to placebo and compazine », *Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 21, n° S1, 1981, p. 76S–80S. <https://doi.org/10.1002/j.1552-4604.1981.tb02578.x>
- Patel, S., C.T. Roelke, D.J. Rademacher, W.E. Cullinan et C.J. Hillard. « Endocannabinoid signaling negatively modulates stress-induced activation of the hypothalamic-pituitary-



- adrenal axis », *Endocrinology*, vol. 145, n° 12, 2004, p. 5431–5438.
<https://doi.org/10.1210/en.2004-0638>
- Patel, R.S., H. Goyal, R. Satodiya et W.E. Tankersley. « Relationship of cannabis use disorder and irritable bowel syndrome (IBS): An analysis of 6.8 million hospitalizations in the United States », *Substance Use & Misuse*, vol. 55, n° 2, 2020, p. 281–290.
<https://doi.org/10.1080/10826084.2019.1664591>
- Perisetti, A., A.H. Rimu, S.A. Khan, P. Bansal et H. Goyal. « Role of cannabis in inflammatory bowel diseases », *Annals of Gastroenterology*, vol. 33, 2020, article 134.
<https://doi.org/10.20524/aog.2020.0452>
- Renard, J., M.O. Krebs, G. Le Pen et T.M. Jay. « Long-term consequences of adolescent cannabinoid exposure in adult psychopathology », *Frontiers in Neuroscience*, vol. 8, 2014, p. 361. <https://doi.org/10.3389/fnins.2014.00361>
- Rey, A.A., M. Purrio, M.P. Viveros et B. Lutz. « Biphasic effects of cannabinoids in anxiety responses: CB1 and GABAB receptors in the balance of GABAergic and glutamatergic neurotransmission », *Neuropsychopharmacology*, vol. 37, 2012, p. 2624–2634.
<https://doi.org/10.1038/npp.2012.123>
- Richards, J.R., B.K. Gordon, A.R. Danielson et A.K. Moulin. « Pharmacologic treatment of cannabinoid hyperemesis syndrome: A systematic review », *Pharmacotherapy*, vol. 37, n° 6, 2017, p. 725–734. <https://doi.org/10.1002/phar.1931>
- Russo, E.B., C. Spooner, L. May, R. Leslie et V.L. Whiteley. « Cannabinoid hyperemesis syndrome survey and genomic investigation », *Cannabis Cannabinoid Research*, vol. 7, n° 3, 2022, p. 336–344. <https://doi.org/10.1089/can.2021.0046>
- Santé Canada. *Enquête canadienne sur le cannabis : Consommation de cannabis à des fins non médicales chez la population canadienne âgée de 16 ans et plus*, Ottawa, chez l'auteur, 2024a.
- Santé Canada. *Examen législatif sur la Loi sur le cannabis : rapport final du Comité d'experts*, Ottawa, chez l'auteur, 2024b. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/drogues-medicaments/examen-legislatif-loi-cannabis-rapport-final-comite-experts.html>
- Sharkey, K.A., N.A. Darmani et L.A. Parker. « Regulation of nausea and vomiting by cannabinoids and the endocannabinoid system », *European Journal of Pharmacology*, vol. 722, 2014, p. 134–146. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2013.09.068>
- Sharkey, K.A. et J.W. Wiley. « The role of the endocannabinoid system in the brain–gut axis », *Gastroenterology*, vol. 151, n° 2, 2016, p. 252–266.
<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.04.015>
- Sorensen, C.J., K. DeSanto, L. Borgelt, K.T. Phillips et A.A. Monte. « Cannabinoid hyperemesis syndrome: Diagnosis, pathophysiology, and treatment – A systematic review », *Journal*



- of Medical Toxicology*, vol. 13, 2017, p. 71–87. <https://doi.org/10.1007/s13181-016-0595-z>
- Soriano-Co, M., M. Batke et M.S. Cappell. « The cannabis hyperemesis syndrome characterized by persistent nausea and vomiting, abdominal pain, and compulsive bathing associated with chronic marijuana use: A report of eight cases in the United States », *Digestive Diseases and Sciences*, vol. 55, 2010, p. 3113–3119.
<https://doi.org/10.1007/s10620-010-1131-7>
- University of Washington, Addictions, Drug & Alcohol Institute. *New ICD-10-CM code for cannabinoid hyperemesis syndrome: R11.16* [communiqué de presse], 17 octobre 2025. <https://adai.uw.edu/icd-10-code-chs/>
- Venkatesan, T., D.J. Levinthal, B.U.K. Li, S.E. Tarbell, K.A. Adams, R.M. Issenman, ... et W.L. Hasler. « Role of chronic cannabis use: Cyclic vomiting syndrome vs cannabinoid hyperemesis syndrome », *Neurogastroenterology & Motility*, vol. 31, suppl. 2, 2019, p. e13606. <https://doi.org/10.1111/nmo.13606>
- Wagner, S., J. Hoppe, M. Zuckerman, K. Schwarz et J. McLaughlin. « Efficacy and safety of topical capsaicin for cannabinoid hyperemesis syndrome in the emergency department », *Clinical Toxicology*, vol. 58, n° 6, 2020, p. 471–475.
<https://doi.org/10.1080/15563650.2019.1660783>
- Wang, G.S., C. Buttorff, A. Wilks, D. Schwam, G. Tung et R.L. Pacula. « Changes in emergency department encounters for vomiting after cannabis legalization in Colorado », *JAMA Network Open*, vol. 4, n° 9, 2021, p. e2125063.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.25063>
- Wasilewski, A., U. Lewandowska, P. Mosinska, C. Watala, M. Storr, J. Fichna et T. Venkatesan. « Cannabinoid receptor type 1 and mu-opioid receptor polymorphisms are associated with cyclic vomiting syndrome », *American Journal of Gastroenterology*, vol. 112, n° 6, 2017, p. 933–939. <https://doi.org/10.1038/ajg.2017.73>
- Yeung, M.E., C.G. Weaver, K. Janz, R. Haines-Saah et E. Lang. « Clearing the air: A study of cannabis-related presentations to urban Alberta emergency departments following legalization », *Journal canadien de la médecine d'urgence*, vol. 22, n° 6, 2020, p. 776–783. <https://doi.org/10.1017/cem.2020.384>
- Yeung, M.E., C.G. Weaver, R. Hartmann, R. Haines-Saah et E. Lang. « Emergency department pediatric visits in Alberta for cannabis after legalization », *Pediatrics*, vol. 148, n° 4, 2021. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-045922>
- Zannese, K. « Clues emerging to mysterious cannabinoid hyperemesis syndrome », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 194, n° 46, 2022, p. E1576–E1577.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.1096027>



Zuurman, L., A.E. Ippel, E. Moin et J.M. van Gerven. « Biomarkers for the effects of cannabis and THC in healthy volunteers », *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 67, n° 1, 2009, p. 5-21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2008.03329.x>

Au sujet du CCDUS

Le CCDUS a été créé par le Parlement afin de fournir un leadership national pour aborder la consommation de substances au Canada. À titre d'organisme de confiance, il offre des conseils aux décideurs partout au pays en tirant parti des recherches, en cultivant les connaissances et en rassemblant divers points de vue.

Les activités et les produits du CCDUS sont réalisés grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCDUS ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

ISBN: 978-1-77871-255-5

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2026