

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts HES·SO en travail social

HES·SO//Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

La schizophrénie, une éventuelle conséquence de la consommation de cannabis ?

« Dans quelle mesure la consommation de cannabis chez les adolescents et jeunes adultes de 15 à 25 ans peut-elle avoir une influence sur le développement du cerveau et des conséquences sur l'apparition de maladies psychiques ? »

Réalisé par : Barras Manon, Pichel Alison

Promotion : TS ES 10

Sous la direction de : Colette Sierro Chavaz

Sierre, le 29 juillet 2014

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier les professionnel-le-s que nous avons eu la chance de rencontrer et qui nous ont accordé de leur temps afin de nous partager leur savoir. Leur contribution a été essentielle à notre travail de Bachelor et c'est pour cette raison que nous remercions chaleureusement Madame Delphine Preissman, Madame Tania Vispo, Monsieur Philippe Conus et Monsieur Nicolas Donzé.

Nous remercions également les différentes institutions avec lesquelles nous avons été en relation et avec qui nous avons pu nous entretenir.

Un grand merci à Madame Louise-Anne Sartoretti, présidente de l'association Synapsespoir et à Monsieur Raphaël Debons, président de l'association Pygmalion, pour leur disponibilité, leurs conseils et leur investissement.

Bien évidemment, nous remercions chaleureusement les jeunes qui ont eu le courage de répondre à nos questions et de parler ouvertement de leur vécu. Leur partage est un élément clé de notre travail de recherche.

Pour finir, un grand merci à notre directrice de mémoire, Madame Colette Sierro, pour sa disponibilité, ses conseils et sa confiance durant ces mois de travail.

Langage épicène

Afin de maintenir une égalité des genres, ce document a été rédigé entièrement en langage épicène.

Informations

Nous certifions avoir écrit personnellement ce travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Les documents utiles à l'écriture de ce travail ont tous été référencés selon les normes en vigueur. Les emprunts faits à d'autres auteurs, que ce soit en citant ou en paraphrasant, sont tous indiqués dans le texte.

Au fil de la lecture, des opinions émises par leur auteur peuvent apparaître. Ces dernières n'engagent qu'elles.

Un lexique mis en place par nous-mêmes et regroupant certains termes scientifiques se trouve en annexe afin de faciliter la compréhension du lecteur.

Mots-clés

Adolescence – cerveau – cannabis – schizophrénie – risques – consommation

Sommaire

1. Introduction	7
1.1. Motivations personnelles	9
1.2. Lien avec le travail social	11
1.3. Objectifs	12
1.3.1. Objectifs théoriques	12
1.3.2. Objectifs de terrain.....	12
1.4. Question de recherche	13
2. Cadre théorique	13
2.1. L'adolescence	13
2.1.1. Une approche sociologique	14
2.1.2. Une approche psychologique	14
2.1.3. Adolescent-e à quel âge ?	15
2.1.4. Adolescence et conduites à risques	16
2.1.5. Quelle prise en charge pour ces adolescents à risques ?	18
2.2. Le cerveau adolescent	19
2.2.1. Comprendre le cerveau	20
2.2.2. Les changements du cerveau à l'adolescence.....	20
2.2.3. L'intelligence des adolescents	21
2.2.4. Le cerveau et la drogue	22
2.3. Le cannabis	23
2.3.1. Définition du Cannabis, effets directs et à long terme	23
2.3.2. Modalités d'usage	25
2.3.3. La consommation de cannabis en chiffre	26
2.3.4. Les adolescents et le cannabis.....	28
2.3.5. Les conséquences de la consommation de cannabis	30
2.3.6. Les cannabinoïdes et endocannabinoïdes	32
2.4. Les troubles psychiques.....	33

2.4.1.	La crise psychique	34
2.4.2.	Les troubles psychotiques	35
2.4.3.	L'épisode psychotique	35
2.4.4.	Symptômes.....	36
2.4.5.	La schizophrénie.....	37
3.	Les liens entre ces différents concepts	43
3.1.	Cannabis et adolescence	43
3.1.1.	Facteurs de risques	44
3.1.2.	Les effets du cannabis sur le cerveau adolescent.....	44
3.2.	Cannabis et schizophrénie	45
3.3.	Un danger plus grand pour les adolescents ?.....	49
4.	Politique Suisse actuelle concernant le cannabis	49
4.1.	Lois sur les stupéfiants, état des lieux.....	49
4.2.	Des avis divergents	51
4.2.1.	Dépénaliser pour mieux contrôler.....	51
4.2.2.	Non à la dépénalisation	53
5.	Hypothèses	53
6.	Ce qui existe déjà en terme de prévention, d'action et d'informations	54
6.1.	Le programme TIPP	54
6.2.	Synapsespoir.....	57
6.3.	L'AVEP	58
6.4.	Emera.....	59
6.5.	CAAD	59
6.6.	Foyer les Rive du Rhône.....	60
6.7.	Association Pygmalion	60
7.	Quels liens avons-nous eu avec ces services ?	61
7.1.	Le programme TIPP	61
7.2.	Synapsespoir.....	62

7.3.	L'AVEP	62
7.4.	Emera.....	63
7.5.	Le CAAD	63
7.6.	Le foyer les Rives du Rhône	64
7.7.	L'association Pygmalion.....	64
8.	Résultats de ces différentes prises de contact.....	64
9.	Nos entretiens avec des professionnels.....	65
9.1.	Les professionnel-le-s	66
9.2.	Méthodes d'enquête	68
9.2.1.	Avant l'entretien	68
9.2.2.	Pendant l'entretien.....	68
9.2.3.	Après l'entretien.....	69
9.3.	Risques liés à la démarche	69
10.	Nos entretiens avec la population concernée.....	70
10.1	Les jeunes.....	71
10.2.	Méthodes d'enquête	72
10.2.1.	Les entretiens.....	72
10.2.2.	Transmission de notre grille d'entretien	74
10.3.	Choix des questions.....	74
10.4.	Risques liés à la démarche	75
10.4.1.	Les entretiens.....	75
10.4.2.	Transmission de notre grille d'entretien	76
11.	Analyse des entretiens et résultats	77
11.1.	Hypothèse numéro 1.....	77
11.1.1.	Concepts théoriques	77
11.1.2.	Entretiens avec des professionnels.....	79
11.1.3.	Entretiens avec la population concernée	81
11.1.4.	Vérification de l'hypothèse	82

11.2.	Hypothèse numéro 2.....	83
11.2.1.	Concepts théoriques	83
11.2.2.	Entretiens avec des professionnels.....	85
11.2.3.	Entretiens avec la population concernée	87
11.2.4.	Vérification de l'hypothèse	88
11.3.	Hypothèse numéro 3.....	88
11.3.1.	Concepts théoriques	89
11.3.2.	Entretiens avec des professionnels.....	90
11.3.3.	Entretiens avec la population concernée	92
11.3.4.	Vérification de l'hypothèse	93
12.	Conclusion.....	94
12.1.	Résultats de notre démarche.....	94
12.2.	Apports professionnels et personnels.....	95
12.3.	Synthèse	96
12.4.	Liens avec la société actuelle	96
12.5.	Pistes futures	97
13.	Références.....	98
13.1.	Ouvrages	98
13.2.	Revue.....	99
13.3.	Conférences.....	100
13.4.	Cours HES	100
13.5.	Documents audiovisuels	100
13.6.	Entretiens.....	101
13.7.	Cyberographie	101
13.8.	Images	105
14.	Annexes	106

1.Introduction

Cette question des liens entre le cannabis et la schizophrénie nous a semblé fondamentale et c'est la raison pour laquelle nous avons souhaité y consacrer notre travail de mémoire. Pourquoi fondamentale ? Car nous avons jugé qu'en tant que futures éducatrices sociales diplômées, il était de notre devoir d'être les mieux armées et les mieux informées possible afin de pouvoir exercer notre profession de manière adéquate, dans un esprit d'entraide, de reconnaissance et de revalorisation des personnes en difficulté quelconque.

La problématique que nous avons souhaité traiter dans notre travail de recherche fait partie, de notre point de vue, des sujets problématiques actuels auxquels il faut être tout particulièrement attentif. Nous nous sommes rapidement rendues compte que les informations à ce sujet étaient floues et souvent contradictoires. Consacrer notre mémoire à traiter cette thématique fut pour nous l'occasion de mieux comprendre les jeunes ainsi que leur fonctionnement, tant psychologique que physiologique, et ainsi de mieux appréhender les raisons qui poussent de plus en plus de spécialistes à mettre en avant l'information stipulant que les adolescent-e-s seraient beaucoup plus fragiles et que pour cette population la consommation de cannabis pourrait avoir de désastreuses conséquences.

Toutes ces informations récoltées durant notre travail ont, pour la plupart, été transmises par des professionnel-le-s du domaine scientifique et médical. En effet, ces connaissances sont actuellement « réservées » à ce monde-là, il nous a pourtant semblé essentiel que nous, éducateurs et éducatrices sociales, nous puissions également acquérir ces connaissances car finalement, nous sommes les premiers à être en contacts avec des personnes concernées par une problématique, il est donc de notre devoir de professionnel-le-s de travailler et d'agir en toute connaissance de causes, d'une manière sensée, adéquate et prenant en compte chacune des facettes d'une difficulté sociale.

La question du lien entre le cannabis et l'apparition de la schizophrénie est un sujet d'actualité de plus en plus présent. A l'époque, la société n'évoquait pas ce genre de question, pour la simple et bonne raison que les conséquences de la consommation n'étaient pas autant importantes qu'elles le sont aujourd'hui. Par exemple, de parts différents procédés chimiques, le cannabis contient actuellement une teneur en THC environ dix fois plus importante qu'à l'époque. On en trouve également de plus en plus, et de plus en plus facilement. On en parle à la télé, dans des séries, dans des films, sur internet. Cette plante fait partie de notre vie, de notre société. En plus de sa présence en augmentation, ses effets sont également devenus bien plus forts. Les conséquences sont donc considérablement plus inquiétantes. Une telle banalisation de cette drogue dite « douce » nous a semblé problématique, de par nos expériences personnelles mais surtout professionnelles où il nous est arrivé à toutes les deux d'être en contact avec des consommateurs et des consommatrices et de constater parfois que ces consommations n'étaient pas anodines. L'une de nous deux, ayant pratiqué ses deux formations pratiques dans des milieux liés à la psychiatrie, s'est rapidement rendu compte que ces consommations étaient extrêmement présentes chez ce type de population et étaient toujours liées à des problématiques d'ordre de la santé mentale.

En ayant choisi de travailler sur cette thématique, nous nous sommes rapidement rendues compte qu'il serait difficile de répondre de manière claire à la question du lien cannabis-schizophrénie car, comme mentionné plus haut, c'est un sujet rempli de controverses, d'avis divergents. Il est également important de préciser que les recherches à ce sujet sont récentes, ce qui rend cette question encore quelque peu taboue. Ainsi, nous avons alors fait le choix de ne pas rédiger un travail qui répondrait à une question de départ, mais plutôt de faire un mémoire consacré à un état des lieux des connaissances qu'il y a à ce sujet à l'heure actuelle, afin de pouvoir ensuite les transposer dans le monde du travail social. Les médecins soignent, les scientifiques font de la recherche, les éducateurs sociaux et les éducatrices sociales vivent au quotidien avec des personnes. Mieux connaître le cannabis, le fonctionnement du cerveau, l'adolescence et ses risques, la maladie psychique et ainsi mettre en avant les conséquences possibles que cette drogue peut avoir sur la santé mentale des jeunes.

Nous nous sommes appuyées sur de nombreux ouvrages spécialisés, revues, articles ou encore documentaires. Nous nous sommes également appuyées sur des observations directes telles que des enquêtes de terrain et différents entretiens.

Pour mener à bien les recherches de notre travail de mémoire, nous l'avons séparé en trois parties distinctes qui nous ont ensuite permis, une fois regroupées, de répondre à nos trois hypothèses de départ.

Notre première partie est consacrée aux recherches théoriques liées aux quatre concepts que nous avons souhaité approfondir : l'adolescence, le cerveau, le cannabis et les troubles psychiques. En prenant séparément chacun de ces concepts, nous avons pu mieux les appréhender, pour pouvoir ensuite mieux les comprendre une fois mis ensemble. En effet, chacun de ces concepts fait partie intégrante de notre problématique de départ et il fut essentiel que nous soyons les plus au clair possible avec ces derniers. Cette partie de notre travail nous a permis de faire les premiers liens entre ces différents points et ainsi nous avons pu poser nos hypothèses.

La deuxième partie de notre travail est consacrée aux entretiens avec les différent-e-s professionnel-le-s. En effet, nous avons rencontré un médecin, un toxicologue, une infirmière en psychiatrie et une responsable de recherches. Pour chacun-e de ces professionnel-le-s, nous avons construit une grille d'entretien individualisée en lien avec la spécialisation de la personne et avec nos quatre concepts. Ainsi, nous avons pu compléter notre cadre théorique en obtenant des réponses que nous n'avions pas forcément trouvées dans des ouvrages ou des articles. Cette partie de notre travail nous a également permis d'obtenir des informations totalement nouvelles, amenant une grande richesse à notre travail. Une richesse supplémentaire de ces rencontres a été amenée par le fait d'être en contact direct avec des professionnel-le-s engagé-e-s sur le sujet.

La troisième partie de notre travail de recherche est consacrée à la rencontre de la population concernée. En effet, nous avons contacté plusieurs institutions, fondations ou associations dans le but de trouver des adolescent-e-s qui accepteraient de nous rencontrer et de collaborer à notre travail de mémoire. Nous avons donc eu différents contacts avec un total de quatre jeunes qui ont accepté de collaborer. Nous avons

rédigé une grille d'entretien unique pour ces quatre jeunes. Ces rencontres furent d'une extrême richesse et nous permirent d'avoir concrètement un pied dans notre problématique. Nous avons également pris conscience que ces entretiens nous ont apporté de multiples informations qu'il est impossible de trouver par le biais de différentes lectures.

Pour finir, la dernière partie de notre travail est consacrée à la vérification de nos hypothèses, à l'aide de notre cadre théorique, de nos entretiens avec les professionnel-le-s et de nos entretiens avec la population concernée. Nous avons ainsi pu mettre en lien nos différentes informations acquises au préalable. La vérification de nos hypothèses nous a également permis de faire émerger chez nous de nouvelles hypothèses, de nouveaux questionnements ainsi que des pistes d'actions futures.

1.1. Motivations personnelles

La motivation première qui nous a amené à choisir cette thématique provient de nos propres questionnements personnels. Il est vrai que l'adolescence a souvent été un sujet de réflexion pour nous et cet intérêt s'est développé lors de certains cours que nous avons pu suivre à la HES-SO ainsi qu'à travers de simples situations de la vie quotidienne. Cette période cruciale de la vie est également un passage souvent difficile et mené d'embuches pour certain-e-s. En lien avec cela, nous nous sommes posées de nombreuses questions telles que : À quel âge débute l'adolescence ? À quel âge se termine-t-elle ? Sommes-nous tous égaux face à cette période ? Comment décrire l'adolescence ?

De plus, nous avons choisi de la mettre en lien avec la consommation de cannabis car nous avons pu constater que cette dernière était très présente autour de nous et ceci chez des personnes de plus en plus jeunes. Ayant pour connaissance certain-e-s de ces consommateurs et consommatrices, l'effet réel de cette drogue sur le psychisme de la personne est alors devenu un réel questionnement pour nous. En tant qu'éducatrices sociales, nous avons été et nous serons probablement amenées à côtoyer des personnes consommatrices voire dépendantes de cette substance et nous avons donc jugé intéressant d'en connaître les effets afin de pouvoir agir au mieux en tant que professionnelles. Les questions qui nous ont amenées à mettre en lien les adolescent-e-s et la consommation de cannabis sont les suivantes : Les adolescent-e-s sont-ils vraiment plus vulnérables à la prise de drogue et à ses effets ? Comment expliquer qu'autant de jeunes consomment du cannabis ? Les motifs de consommation varient-ils d'une personne à une autre ? Le groupe de pair a-t-il une grande influence sur ce type de comportement ? Les jeunes consomment-ils dans le but de fuir une réalité trop difficile ?

Puis apparaît la question de l'apparition d'une psychose suite à la consommation de cannabis. L'adolescence est un âge durant lequel le psychisme est plus fragile car il y a souvent un manque d'estime de soi présent, mais également une croissance cognitive encore inachevée.

En effet, il est observable que les psychoses apparaissent de manière générale à l'adolescence ou chez les jeunes adultes, période durant laquelle les personnes sont

justement les plus propices à consommer de la drogue. Nous savons, de part certains documentaires vus à la télévision ou certains articles parus dans les journaux, que la drogue est souvent en lien avec différentes psychoses. Nous entendons par exemple régulièrement parler de l'influence du cannabis sur l'apparition de la schizophrénie et c'est un sujet qui fait de plus en plus débat depuis quelques années seulement.

De par nos premières connaissances de ce sujet, nous avons rapidement pu prendre conscience que c'était une problématique encore tabou amenant beaucoup de controverses. Nous entendons d'un côté que le cannabis est une drogue douce, qu'elle ne serait pas plus dangereuse que l'alcool, des pays votent en faveur d'une légalisation, le cannabis devient alors une drogue banalisée et facile d'accès. D'un autre côté, et ce de plus en plus, de nombreux articles mettent en avant la dangerosité de cette drogue, les effets dévastateurs qu'elle peut avoir sur le psychisme et de ce fait l'importance de ne pas banaliser cette substance. Cela devient alors une question de santé publique. Face à ces nombreux propos contradictoires, il y a de quoi se poser de nombreuses questions. En tant que futures éducatrices sociales diplômées souhaitant travailler dans le domaine de la santé mentale, il va de soi que la question des liens possibles entre le cannabis et la schizophrénie nous concerne.

Nous avons décidé de nous centrer principalement sur les adolescent-e-s pour deux raisons essentielles : en premier lieu car nous savons que c'est une période de vie particulièrement difficile où la recherche d'identité peut mener à des conduites à risques, des envies de découvrir de nouvelles choses et de nouvelles sensations. Dans un deuxième temps, de par les connaissances que nous avons déjà du sujet, nous avons pu constater que les psychoses, la schizophrénie plus particulièrement, apparaît durant cette période de vie charnière qu'est l'adolescence.

Nous avons décidé de nous centrer plus particulièrement sur la schizophrénie, car nous avons rapidement constaté, lors de recherches, que cette maladie était la plus fréquemment mise en lien avec la consommation de cannabis chez les jeunes. Ainsi, le fait de nous centrer sur une pathologie en particulier nous a permis de resserrer nos recherches, nous permettant ainsi d'approfondir notre question de départ. De plus, nous savons que la schizophrénie est une maladie de plus en plus fréquente, tout particulièrement aux débuts de la vie adulte.

Un des buts de ce travail est évidemment qu'il ait une utilité pour nous-mêmes en tant que futures travailleuses sociales mais également pour certaines institutions touchées par cette problématique à qui nous pourrions exposer les résultats de notre travail.

Pour terminer, nous avons pris la décision d'effectuer ce travail à deux car le travail d'équipe, la collaboration ainsi que le partage des tâches fait partie intégrante de notre future profession. Il nous est arrivé d'être en désaccord face à certains points ou encore de ne pas être en accord concernant certaines manières de procéder. Malgré une collaboration parfois difficile due au fait que nous avons un emploi chacune de notre côté et que, de plus, nous vivons loin l'une de l'autre, nous avons pu partager nos impressions, nos doutes et nos désaccords, nous permettant ainsi de réaliser ce travail de recherche de la manière la plus agréable et adéquate

possible. Cette expérience à deux nous a donc permis de travailler nos compétences liées à la collaboration, à l'écoute, au respect de l'autre ainsi qu'à la prise en compte de ses besoins.

1.2. Lien avec le travail social

Le lien avec le travail social nous a paru évident dès le départ. La consommation de cannabis est un problème d'actualité qui concerne de plus en plus de personnes, en particulier les jeunes. Le recours au cannabis s'est banalisé chez cette partie de la population et beaucoup d'entre eux et elles en deviennent dépendant-e-s. C'est à ce moment-là que nous pouvons constater que le rôle des éducateurs et éducatrices sociales devient primordial. Des accompagnements personnalisés, des programmes de prévention, une écoute active ainsi qu'un soutien auprès de la personne mais également de la famille est le rôle de l'équipe éducative. Nous constatons donc un lien étroit entre cette problématique de consommation chez les jeunes et le rôle endossé par le corps éducatif.

C'est alors que nous est apparue la question de la place du travailleur et de la travailleuse social-e face à la maladie psychique. De manière classique, les travailleurs sociaux ont pour mission de donner des réponses concrètes à des questions tout aussi concrètes afin d'y apporter une aide adaptée ; trouver un logement, réguler une situation administrative, apporter une aide alimentaire, etc. Ainsi, comment réagir face à des questions parfois complètement farfelues ? Farfelues car l'état psychique de la personne l'empêche parfois de formuler des demandes claires. (Hubert, 2010). Face à cela, l'équipe éducative peut être amenée à ressentir un important sentiment d'impuissance. En effet, il est important de ne pas oublier que ce type de problématique demande une étroite collaboration entre différentes instances du domaine social et du domaine de la santé.

Pour tenter d'aborder au mieux ces questionnements, il nous a paru essentiel de consacrer toute une partie de notre cadre théorique à l'explication de la schizophrénie, ses causes, ses conséquences, ses différents aspects, etc. Ainsi, grâce à cet aspect théorique mais également à notre partie pratique qui nous a permis de rencontrer plusieurs professionnel-le-s ainsi que des personnes concernées par la maladie, nous pouvons aujourd'hui mieux appréhender la maladie, trouver des réponses plus adaptées et ainsi mieux comprendre la place et le rôle du corps éducatif face à la personne en difficulté psychique.

En tant qu'éducatrices, si nous travaillons avec des jeunes, avec des personnes atteintes de psychoses ou avec des personnes souffrant de dépendances, nous nous devons d'en connaître les origines. Le fait de connaître les effets néfastes de la consommation de cannabis va nous permettre d'adapter notre prise en charge mais également d'endosser un rôle de prévention auprès de la population-cible. Connaître le lien entre les drogues et l'apparition des psychoses nous sera très utile lors de nos professions futures qui tourneront autour de ces axes. Le domaine des troubles psychiques a toujours été un sujet qui nous intéressait particulièrement et le fait de mieux en connaître les causes nous aidera à comprendre d'avantage la population que nous côtoierons. De plus, l'une d'entre nous a déjà eu l'occasion de côtoyer des personnes atteintes de schizophrénies lors de ses formations pratiques.

1.3. Objectifs

Lorsque nous avons débuté notre travail de recherches, notre but était de trouver une réponse claire à un questionnement précis, soit : « le cannabis peut-il être une cause de l'apparition d'une schizophrénie chez l'adolescent-e ? ». Au fil de nos recherches et de nos réflexions, nous nous sommes rapidement rendues compte qu'il n'y avait pas de réponse unique. Ce type de recherches concerne les domaines scientifiques et médicaux qui sont des champs conflictuels constitués de courants de pensées rivaux.

Suite à cette constatation, nous nous sommes resituées afin de reformuler notre problématique et nous avons pris conscience du réel fondement de nos motivations quant à ce travail. Notre mémoire n'a donc plus comme but de répondre à une question, de convaincre ou encore d'éviter une problématique, mais plutôt d'apporter les connaissances nécessaires à une meilleure compréhension du sujet. Ces recherches sont actuellement présentes dans le domaine médical et scientifique, mais très peu dans celui du travail social, où nous pouvons pourtant être confrontés à des populations concernées.

En tant qu'éducatrices sociales, nous observons de plus en plus de maladies psychiques et nous avons donc un réel rôle à tenir dans la prévention auprès de ces personnes. Nous souhaitons donc, par ce travail, transposer des connaissances scientifiques actuelles au domaine du social, tout en étant conscientes que notre but n'est pas d'éviter ou de sanctionner certains comportements, mais plutôt des mieux les comprendre afin de mieux les appréhender.

1.3.1. Objectifs théoriques

- Définir nos différents concepts : l'adolescence, le cerveau adolescent, le cannabis et la schizophrénie
- Faire des liens entre nos différents concepts
- Présenter ce qui existe déjà en termes de prévention, d'action et de sensibilisation
- Faire des liens entre notre théorie et les apports des professionnel-le-s rencontré-e-s
- Lier les résultats de ces entretiens et des apports théoriques avec les hypothèses formulées

1.3.2. Objectifs de terrain

- Rencontrer quatre jeunes entre 15 et 25 ans concernés par la problématique
- Construire une grille d'entretien unique
- Comparer les différentes réponses des jeunes
- Lier les résultats de ces entretiens avec les hypothèses formulées

Suite à ces différentes recherches, nous avons comme objectif final de créer un prospectus informatif que nous pourrions mettre à disposition de certaines institutions concernées et intéressées à mieux comprendre la problématique et les enjeux de cette dernière.

1.4. Question de recherche

« Dans quelle mesure la consommation de cannabis chez les adolescents et jeunes adultes de 15 à 25 ans peut-elle avoir une influence sur le développement du cerveau et des conséquences sur l'apparition de maladies psychiques ? »

2. Cadre théorique

2.1. L'adolescence

Avant d'entrer plus en profondeur dans notre thématique liée à la prise de drogues chez les adolescent-e-s et aux effets que celles-ci peuvent avoir sur le psychisme, il nous paraît primordial de commencer par nous attarder quelque peu sur la question de l'adolescence afin de mieux comprendre cette période de la vie si particulière et si complexe. Nous allons tenter, par nos recherches, de découvrir qui sont ces adolescent-e-s, quelles sont leurs principales caractéristiques, mais également quels sont les enjeux de cette étape cruciale.

« Le terme adolescence renvoie au terme latin adolescens: celui qui est en train de grandir, et apparaît dans la langue française au XIV siècle. Mais cette période de vie est reconnue et acquiert alors un statut social seulement à partir de la deuxième moitié du XIX siècle. Cette reconnaissance sociale a été possible grâce à plusieurs facteurs :

- *Les enfants vont à l'école de plus en plus longtemps, leur entrée en âge adulte en est donc retardée*
- *Avec l'allongement de l'espérance de vie, l'âge de la maturité recule et laisse alors plus de temps à la jeunesse.*
- *L'adolescence devient une période étudiée par les médecins et les pédagogues, voyant dans cette phase une période critique marquée par la rébellion, la violence ou encore l'explosion de la sexualité. »*

(Camous, 2011, Page 34)

L'adolescence est considérée par la plupart des professionnel-le-s s'étant penché-e-s sur la question (psychologues, sociologues, éducateurs et éducatrices) comme étant un passage de l'enfance à l'âge adulte. Cette étape importante de la vie est caractérisée par une certaine distanciation entre la famille et l'école, par les premières manifestations de la puberté et donc par une certaine forme de responsabilisation. Aujourd'hui, la plupart des professionnel-le-s utilisent plus facilement le terme de jeunesse plutôt que celui d'adolescence, car cette période d'indétermination s'étend bien au-delà de la scolarité.

Aujourd'hui encore, l'adolescence est une catégorie floue et indécise. Il est d'ailleurs quasiment impossible d'y inclure une tranche d'âge précise. A partir de là, là où le jeune devient acteur à part entière de sa vie. C'est une forme de seconde naissance.

« Il doit entrer dans sa vie, naître en tant qu'acteur et partenaire dans le monde des autres, et le faire avec une identité sexuée, trouver hors de sa famille des objets d'attachements qui lui donnent le désir de voler de ses propres ailes. Parfois il peine encore à se situer devant les autres, il doute de lui-même ou bien il est dans une expérimentation passionnée de son pouvoir d'action sur le monde. » (Camous, 2011, Page 40)

2.1.1. Une approche sociologique

Dans son ouvrage, Raphaëlle Camous a pris le temps d'analyser l'adolescence sous deux angles différents, celui de la sociologie ainsi que celui de la psychologie, afin de mieux cerner les enjeux de cette période transitoire de la vie.

Concernant l'aspect sociologique, l'adolescence constitue une période d'insertion dans la vie sociale. Ils arrivent à un stade où ils doivent se construire leur propre identité afin de pouvoir arriver au stade d'adulte. C'est cette recherche d'identité qui constitue pour eux une réelle difficulté, mais également une pression imposée par notre société actuelle. (Camous, 2011)

Les marqueurs de l'entrée dans la vie adulte sont aujourd'hui bien moins évidents. Est-on adulte parce qu'on travaille ? Est-on adulte si on a un enfant ? Est-on adulte car on est un membre actif de la société ? Qu'est-ce qui fait aujourd'hui que nous pouvons identifier telle personne d'adulte ou alors d'adolescente ? Les frontières sont bien trop floues pour pouvoir répondre à ces questions de manière exacte. Les sociologues ont également observé à l'heure actuelle une disparition progressive des rites de passages de l'adolescence à l'âge adulte. Ceux-ci leur permettaient justement de s'identifier et d'être reconnu-e-s en tant que tel-le-s par la société. Les rites actuels tels que l'obtention de son diplôme de fin d'études ne marquent plus forcément un changement réel de statut. À l'époque, au début du XXème siècle, l'arrivée à la majorité marquait une ouverture vers une certaine liberté, mais actuellement, les jeunes encore au collège jouissent déjà d'une grande liberté. Pour se construire au mieux, l'adolescent-e a besoin d'un cadre et de repères bien clairs. Les contours de plus en plus flous caractérisant cette période transitoire sont donc un aspect difficile à vivre pour cette population. (Camous, 2011)

2.1.2. Une approche psychologique

Concernant l'aspect psychologique, Raphaëlle Camous a mis en avant le fait que l'adolescence constitue une période de divers changements à la fois physiologiques mais également psychologiques qui seront la principale cause de nombreux bouleversements.

Il y a tout d'abord les changements corporels que l'adolescent-e subit. Ils étaient des enfants pensant maîtriser totalement leur corps, et ils prennent conscience que finalement ce n'est pas le cas. Ces changements sont souvent très déstabilisants ; ils grandissent trop vite ou pas assez, leur visage devient disgracieux. Ils doivent alors apprendre à se réapproprier ce nouveau corps. Comme le souligne P. Jeammet, pédopsychiatre française ; *« ce corps qui (...) protégeait jusqu'alors, devient, par la puberté et sa sexualisation massive, un lieu de trahison. En effet ce corps, au lieu*

d'être le rempart derrière lequel l'adolescent pouvait se cacher devient le révélateur d'émotions contenues. » (Camous, 2011, Page 40)

Un autre changement important et caractéristique de cette période de vie est la fragilité psychique. Les jeunes se sentent facilement submergés par leurs émotions, parfois nouvelles. Ces émotions les envahissent et ils ne savent parfois plus comment les gérer. La manière de penser change également. Ils acquièrent à ce stade ce que l'on appelle la pensée abstraite, ils sont alors capable de se remettre en question, de penser à leur futur, d'imaginer des projets d'avenir. Tous ces éléments provoquent en eux des doutes et des incertitudes, contrairement à l'enfance où des certitudes rassurantes avaient été acquises.

2.1.3. Adolescent-e à quel âge ?

À l'heure actuelle, il est vraiment difficile de déterminer une tranche d'âge qui correspondrait à la période de l'adolescence. Il n'y a en fait pas de limite d'âge clairement définie lorsque l'on parle de début ou de fin de l'adolescence. Autrefois, le terme adolescence n'existait pas, pour la simple et bonne raison qu'on pensait que l'enfant passait au stade d'adulte sans aucune transition. Aujourd'hui, cette fameuse période transitoire commencerait de plus en plus tôt, soit aux alentours de 9-10 ans déjà, et elle se terminerait également plus tard, aux environs de 25 ans. Nous constatons alors que cette période auparavant inexistante aux yeux de la société prend à ce jour une proportion plus importante, allant jusqu'à durer une quinzaine d'années. On entend parfois parler d'adolescence, lorsque ce stade s'étend plus longuement. Certain-e-s professionnel-le-s du domaine nomment alors cette période « la jeunesse » :

« La période d'indétermination associée à l'adolescence s'étend aujourd'hui au-delà de la scolarité avec notamment l'instabilité de l'entrée dans la vie professionnelle et la précarité des premiers emplois. C'est cet allongement dans l'indécision que l'on dénomme la jeunesse. » (Le Garrec, 2002, Page 26)

L'ouvrage de Raphaëlle Camous à ce sujet met en avant des théories de plusieurs professionnel-le-s s'étant penché-e-s sur la question complexe qu'est l'adolescence, tel que Michel Fize, sociologue, le pédopsychiatre Marcel Rufo ainsi que l'encyclopédie médicale *Vulgaris-Médical*. Lorsque la question de l'âge se pose, les avis divergent.

Pour Michel Fize, l'adolescence débute avant l'apparition de caractères sexuels secondaires, c'est-à-dire avant l'apparition de la poitrine chez la femme, et des poils au pubis et sous les aisselles chez les deux sexes. Marcel Rufo met en avant le fait que l'adolescence débiterait en même temps que la puberté, soit 11 ans pour les filles et 13 ans pour les garçons. Et enfin, d'après l'encyclopédie médicale citée plus haut, l'entrée à l'adolescence correspondrait également à l'apparition des modifications et transformations sur le plan biologique, social, psychologique et intellectuel. En revanche, les trois s'accordent sur la difficulté à délimiter la fin de cette période transitoire. (Camous, 2011)

« L'adolescence constitue donc une période relative qui, si elle n'est pas caractérisée par une tranche d'âge clairement définie, correspond à une étape de transition entre le monde de l'enfance et celui de l'âge adulte : cet état dépendra de l'évolution physiologique de chacun mais aussi de la société au sein de laquelle elle évolue. » (Camous, 2011, Page 28)

« L'adolescence est véritablement une période de crise identitaire. C'est un passage du monde de l'enfance à celui de l'adulte avec de nombreuses transformations notamment sur le plan physique, rapprochant ainsi l'enfant de l'homme ou de la femme. En revanche, les conventions sociales le maintiennent dans son statut antérieur. Il s'ensuit alors un état de déséquilibre que l'on appelle souvent la crise de l'adolescence. » (Coslin, 2003, page 7)

2.1.4. Adolescence et conduites à risques

Nous allons à présent nous arrêter sur une caractéristique importante liée à l'adolescence ; la mise en danger et les comportements à risque. C'est une chose dont nous entendons beaucoup parler à l'heure actuelle, et qui serait une théorie essentiellement applicable à cette période de vie. Les adolescent-e-s seraient plus enclins à se mettre dans des situations parfois délicates voire risquées, ce qui contribuerait à la construction de leur personnalité ainsi que de leur identité. Ils ressentiraient en fait ce besoin de prendre des risques afin de tester les limites existantes, celles de leur enfance n'étant plus présentes. Ce serait une manière de se créer un nouveau cadre, une nouvelle structure identitaire, mais également une façon d'expérimenter ce nouveau pouvoir que l'adolescent-e a sur le monde, en tant que membre de la société à part entière. Ce chapitre nous a paru essentiel afin de pouvoir mieux comprendre les comportements de certain-e-s adolescent-e-s et les dangers liés à ceux-ci.

« Vivre, tout simplement, c'est prendre le risque de mourir. Le risque, dans une certaine mesure, fait donc partie de la normalité, il est même valorisé et encouragé par la société, comme le témoignent certaines expressions populaires : " qui ne risque rien n'a rien, risquer le tout pour le tout". Le risque est fortement corrélé à la valeur de courage, de défi. » (Pompignac-Allanic, 2009, page 89)

En revanche, lorsque l'on parle de conduites risquées chez les adolescent-e-s, la notion de « risque » prend alors une autre dimension, une importance considérable. Les jeunes ont besoin de prendre des risques pour se construire et également pour prouver à leur entourage et également à eux-mêmes qu'ils sont capables d'autonomie. Fumer un joint ou boire de l'alcool alors que l'âge légal n'est pas respecté sont alors des actes qui permettent à l'adolescent-e de transgresser des règles prônées par les parents et la société, lui permettant ainsi d'acquérir une forme de pouvoir de décision et d'action sur sa vie.

Comme l'expliquent Pompignac-Poisson M. et Allanic C. dans leur ouvrage « *Comprendre l'adolescence, conduites de dépendances et conduites à risques* », ce qui est nouveau à l'adolescence, c'est la position subjective qu'ils acquièrent lors de leurs expériences personnelles. Grâce à cette capacité nouvelle de subjectivation,

les adolescent-e-s deviennent alors sujets mais également observateurs d'eux-mêmes et de leur environnement. Ils peuvent alors se considérer comme objet et s'investir en tant que tel. Ils prennent donc conscience des possibilités de leur corps et de leur psychisme : ils cherchent à découvrir les potentialités et les limites possibles. Du fait de cette subjectivation, le corps mais aussi le psychisme de l'adolescent-e deviennent objets « d'expérimentation ». Ils testent, ils essaient, ils expérimentent. Les prises de risques à ce moment de la vie de l'adolescent-e sont d'une certaine manière nécessaires car elles lui permettent de se découvrir, de se connaître. On parle plutôt de conduites d'essais ou d'explorations. (Pompignac-Allanic, 2009)

D'un point de vue psychopathologique, la notion de conduites à risques est énoncée lorsque l'adolescent-e se met en danger (lui-elle ou les autres) d'un point de vue psychique, physique ou social. Ces conduites à risques existent rarement seules, elles sont généralement liées à d'autres troubles chez l'adolescent-e comme ceux de l'humeur, à des troubles alimentaires ou addictifs, etc. La majorité des adolescent-e-s s'exposent à des pratiques à risques, mais à des degrés différents et de manière différente. On parle d'un comportement pathologique lorsque celui-ci fait partie d'un continuum et que les prises de risques s'intensifient, se répètent et deviennent inadaptées, par exemple une consommation répétée de cannabis qui finirait par amener à des conduites de dépendances. On parlerait alors plutôt de conduites d'excès ou de dépassements des limites, car l'adolescent-e ne chercherait pas seulement à faire une expérience, mais plutôt à aller jusqu'à l'extrême.

En somme, il est possible de séparer le terme générique « conduites à risques » en deux sous-catégories :

- *« Les conduites d'essais et d'exploration chez les adolescents dits « normaux » qui cherchent simplement à se découvrir. Il y a certes une exploration des limites, mais celles-ci sont intégrées et il y a une connaissance et un respect des règles, de la loi.*
- *Les conduites d'excès où la destructivité est au premier plan et où il n'y souvent pas la conscience du danger. »*

(Pompignac-Allanic, 2009, page 94)

« S'opposant régulièrement aux normes et transgressant les règles, les conduites à risques permettent, grâce au dépassement de soi, d'apprécier la signification réelle des conduites sociales et individuelles. Ces actes manifestent pour ces jeunes une réelle volonté de contrôler leur environnement mais également leur propre comportement, ils sont en ce sens appréhendés comme étant des étapes cruciales à l'autonomisation. » (Coslin, 2003, page 2)

Winnicott, pédiatre et psychanaliste britannique a mis en avant le fait que ces prises de risques chez les adolescent-e-s peuvent être liés au besoin de combler un certain manque, une forme de vide ;

« Les délits, les violences ou les vols sont du domaine de l'agir et du comportemental. C'est en fait un besoin d'appropriation. Prises de drogues ou consommations abusives d'alcool prennent place dans un autre registre : celui du corps. Le rapport à l'objet est ici du domaine de l'intériorisation, du ressenti et de l'éprouvé. L'objet n'est plus convoité pour son appropriation ou sa maîtrise, mais pour s'en sentir habité. C'est une recherche de plaisir. » (Coslin, 2003, page 5)

Lorsque l'on aborde la problématique des conduites à risques chez les jeunes, il est essentiel de ne pas oublier d'évoquer le contexte environnemental dans lequel l'adolescent-e se développe ; s'ils grandissent dans un environnement stable, sécurisant et confortable, les conduites à risques liées à cette période de la vie n'auront que peu de chance de prendre une importance démesurée et considérable. En revanche si les jeunes grandissent et se développent dans un milieu où ils ne sont pas soutenu-e-s, entendu-e-s et écouté-e-s par leur environnement, il y a de fortes probabilités qu'ils trouvent le réconfort nécessaire dans certains actes dangereux et nocifs pour eux-mêmes et leur entourage (exemple la consommation de stupéfiants). La vulnérabilité de cette période de vie est donc à prendre en compte et à lier à certains comportements nocifs pour le jeune ou son entourage. On entend régulièrement le terme d'adolescent difficile, mais il est essentiel de ne pas oublier que cette période de vie particulièrement difficile place les jeunes en position de grande vulnérabilité, et que certaines violences pouvant être subies prendront des proportions bien plus importantes. Les traumatismes vécus durant cette période de fragilité laissent de réelles traces psychiques, et même physiques.

2.1.5. Quelle prise en charge pour ces adolescents à risques ?

Dans une interview du GREA (Groupement Romand d'Etudes des Addictions), le psychothérapeute Roland Coenen nous donne son point de vue concernant la prise en charge de ces adolescent-e-s dit-e-s « difficiles » ;

Il met en avant la difficulté de répondre à la question de savoir ce qu'est un-e adolescent-e difficile car il arrive vite que l'on tombe dans des définitions, des étiquetages pouvant être dangereux. D'après lui, un-e adolescent-e difficile est avant tout un-e adolescent-e difficile à aider. Le problème n'est donc pas le jeune lui-même, mais plutôt que l'entourage ou les professionnel-le-s n'arrivent pas à l'aider. Ils sont alors perçus comme étant opposant-e-s ou encore violent-e-s. En fait, il faut savoir que la grande majorité de ces adolescent-e-s dit-e-s difficiles sont des jeunes qui ont vécu énormément de situations traumatiques dans leur vie et qui ont vécu des stress extrêmement violents de manière précoce. Ces jeunes sont en fait abîmé-e-s. (Coenen, 2012)

Roland Coenen parle également des punitions et des restrictions que l'on impose à ces jeunes difficiles, en oubliant que ces adolescent-e-s sont en fait les adultes et les

parents de demain. Roland Coenen explique avoir pu constater, en visitant un grand nombre d'institutions, que plus du 50% des jeunes en institution ont au moins un parent ayant également vécu le placement étant jeune. Il parle alors de transmission générationnelle des traumatismes et de transmission générationnelle du phénomène de placement. (Coenen, 2012)

Roland Coenen met en avant l'importance de ne pas oublier que ces stress précoces vécus par les jeunes lorsqu'ils étaient enfants, laissent une réelle empreinte génétique, les traumatismes créent une mémoire traumatique dans les systèmes de la peur par exemple. Nous savons aujourd'hui avec les neurosciences que ces empreintes se font sur le cerveau et également sur des endroits du corps. Il faut alors admettre que les enfants actuellement placé-e-s en foyers ou en institutions sont les enfants qui ont été les plus stressé-e-s, les plus martyrisé-e-s et les plus bouleversé-e-s par les violences et les menaces. Tous les systèmes éducatifs qui utilisent le chantage au renvoi, la menace de punition, la menace d'enfermement ou encore la menace de frustration, sont, pour le psychologue Roland Coenen, des systèmes qui font erreur. Il pense qu'il faut oublier de fonctionner dans un sens de respect des règles, de rappel à la loi, mais plutôt aller dans un sens de fabriquer un sens moral chez les jeunes. Si ce jeune ne vole pas ou ne tue pas, ce n'est pas parce qu'il y a des lois pour l'en interdire, mais parce qu'il y a des choses construites dans son cerveau qui l'empêchent d'agir de certaines manières. Ces choses sont en fait des émotions sociales. Ces émotions sont développées de façon affective et relationnelle. Afin de développer ce sens moral et ces émotions sociales, il faut avoir fait l'expérience d'un lien social positif. C'est en ce sens-là que Roland Coenen met en avant l'importance de la création d'un lien positif développemental pour approcher au mieux les adolescent-e-s les plus abîmé-e-s. Ainsi, ces jeunes vivent une expérience de sécurité et deviennent alors moins violent-e-s. (Coenen, 2012)

Ce type de prise en charge est bien évidemment une parmi beaucoup d'autres, mais nous avons souhaité en parler car c'est une méthode qui nous a semblé tout particulièrement sensée et en accord avec nos valeurs d'éducatrices sociales, de par une valorisation et une reconnaissance entière des souffrances et des violences vécues par ces jeunes. Dans notre travail, nous aborderons justement l'importance des événements difficiles ayant été vécus par les adolescent-e-s, ainsi que le rôle que ceux-ci peuvent avoir sur le développement de ces jeunes.

2.2 Le cerveau adolescent

À l'adolescence, le cerveau n'est pas totalement terminé, tout comme le corps qui subit de nombreux changements. Jean Piaget, psychologue Suisse, avait mis en avant le fait que le cerveau arrivait à maturation à l'âge de 12 ans, mais cette théorie a rapidement été remise en question car elle ne permettait pas d'expliquer les comportements à risques. Ce n'est que dans les années 90 grâce à l'IRM (imagerie par résonance magnétique) qu'il a été prouvé que le cerveau arrive au bout de son développement aux alentours des 20-25 ans. Dès la puberté et jusqu'à l'âge adulte la densité de matière grise varie énormément. Le fait que le cerveau de l'adolescent-e ne soit pas encore à maturation expliquerait donc les comportements à risque mais également sa vulnérabilité à la prise de produits illicites. Il a également été prouvé

qu'un-e adolescent-e n'utilise pas son cerveau de la même manière qu'un-e adulte et donc les émotions ne sont pas gérées de la même manière. (Houdé et Leroux, 2009)

2.2.1. Comprendre le cerveau

Afin de mieux comprendre le cerveau humain et ainsi pouvoir faire des liens avec notre thématique, il nous a semblé bénéfique de commencer par rassembler certains savoirs sur cet organe qui ne pèse que 2% du poids de notre corps mais qui mobilise tout de même 20% du sang et de l'oxygène de notre organisme. (lecerveau.mcgill, 2014)

Hémisphère droit / hémisphère gauche

L'hémisphère droit de notre cerveau analyse de manière globale, c'est pourquoi toutes les informations nouvelles passent par ce côté-là de notre cerveau. Il régit tout ce qui concerne la créativité, l'intuition, le côté artistique, les émotions. Trop souvent, l'hémisphère droit est négligé alors que le gauche est mis en avant. Ceci découle de notre société qui reste fermée à la créativité, comme le confirme le journaliste Luc de Bradandere, auteur de « Pensée magique, Pensée logique » :

«Une pensée linéaire et rationnelle marche bien dans un monde certain, dans lequel nous pouvons planifier notre avenir; mais dans un monde incertain, complexe et en mouvement comme le nôtre, c'est fini. Ce qui fait la différence, désormais, c'est l'audace de s'ouvrir à la nouveauté, à l'imagination, à la capacité à sortir du cadre de ses compétences, avant d'y retourner et d'y appliquer raisonnablement ses nouvelles idées »
(Gannac, 2008)

Ceci est un exemple type de notre société qui privilégie donc un traitement logique du savoir comme nous pouvons le remarquer à travers les cours proposés dans nos écoles dès notre plus jeune âge. Les jeunes créatifs, créatives et extraverti-e-s ayant de mauvais résultats en classe seront donc défavorisé-e-s. Cette partie de la population pourrait être des jeunes ayant recours au cannabis mais ceci ne reste qu'une hypothèse pour le moment.

Quant à l'hémisphère gauche, il sert au stockage ainsi qu'à l'organisation des informations. Il analyse donc de manière plus précise que l'hémisphère droite. Il gère le temps, le langage, les calculs, la planification. En bref, l'intelligence. Il est donc, selon la société actuelle, la partie qui nous définit en tant qu'être humain et nous différencie de l'animal. Cet hémisphère est celui qui est le plus utilisé par la majorité d'entre nous. Nous pouvons donc conclure que les deux parties de notre cerveau raisonnent de manière différente mais que tous deux sont indispensables et intelligents. (Dubuc, 2002)

2.2.2. Les changements du cerveau à l'adolescence

Les changements du cerveau à l'adolescence débutent dans la partie du cerveau qui traite les fonctions de base telle que la coordination, le sommeil et l'éveil. Comme nous avons sûrement pu le remarquer, un-e adolescent-e aura tendance à se coucher tard le soir et le lever s'avèrera être un moment difficile. La partie du cerveau qui gère les émotions subira également des changements et l'adolescent-e sera

donc beaucoup plus sensible qu'un adulte. La très grande quantité d'hormones dans le cerveau va influencer la production de sérotonine (neurotransmetteur régulant l'humeur), ce qui pourrait expliquer que l'intensité des émotions soit beaucoup plus forte, amenant ainsi les fréquents changements d'humeur. De plus, lors de prises de stupéfiants, la substance ingérée par l'adolescent-e est détectée par des récepteurs chimiques qui se trouvent dans une partie du cerveau qui gère l'apprentissage, la motivation, la récompense, l'acquisition d'habitudes. Les effets de la consommation de cannabis aura donc un impact sur ces aspects-là. Cependant, tous les jeunes ne réagiront pas de la même manière à la prise de drogue. (Michel, 2012)

Au début de l'adolescence, le cortex préfrontal diminue. Selon Jay Giedd (psychiatre américain spécialisé dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent), le cerveau produit énormément de cellules et de connexions et cette surproduction entraînerait une disparition de 40% de la matière grise. Ce phénomène serait appelé « Use it or lose it » toujours selon Jay Giedd. Ce qui voudrait dire que l'on perd tout ce que nous n'utilisons pas. (Michel, 2012)

De plus, nous avons pris connaissance, lors de notre rencontre avec Mme Preissmann, chargée de recherches à l'UNIL, que chez un-e adolescent-e le système limbique, soit la partie qui gère les émotions, est mature avant le cortex préfrontal qui gère la raison. Selon elle, ceci pourrait expliquer en partie les conduites à risques des jeunes. Afin de simplifier cela, nous pourrions dire qu'un-e adolescent-e agit sous le coup des émotions et que sa raison n'est pas totalement présente afin de lui faire prendre conscience du danger. (Preissmann, 2013)

Il est donc compréhensible de dire que l'adolescence est une période qui peut être angoissante et stressante si l'on prend en compte les différents bouleversements hormonaux accompagnés des différentes tentations comme le cannabis et tout ceci additionné à l'immaturation du cerveau et à une vision du monde différente. (Livretsante, 2013)

2.2.3. L'intelligence des adolescents

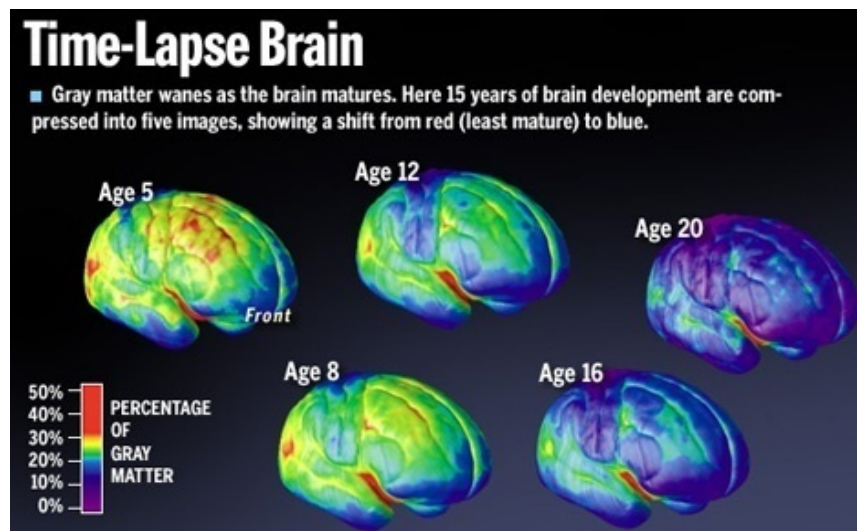
Selon l'ouvrage de Maurice Debesse, le savoir augmente considérablement entre 12 et 20 ans de par les apprentissages et les examens effectués par l'adolescent-e. Mais la question que se pose Maurice Debesse est de savoir si l'intelligence grandit tout comme le squelette à l'adolescence ou se met-elle en place durant l'enfance. Les résultats en psychologie ainsi que de diverses observations menées depuis des années donnent des résultats mitigés. (Debesse, 1997)

Selon Piaget, les années décisives en termes de développement mental se situent entre 9 et 12 ans. C'est effectivement durant cette période que l'enfant se débarrasse de sa pensée égocentrique et le raisonnement logique fait son apparition. (Debesse, 1997)

« Concevoir la notion de cause naturelle entre les phénomènes et raisonner d'une façon logique. On parvient ainsi au stade de la pensée opératoire et conceptuelle, socialisée et critique. [...] Le moment ou le développement mental mesuré par les tests va se ralentir, semble apporter un nouvel argument à la thèse suivant laquelle il n'y aurait plus

de véritables progrès intellectuels après l'enfance.» (Debesse, 1997, page 93)

Parler de régression ne serait donc pas le terme exact mais nous pouvons dire, après de nombreuses lectures, que les intérêts intellectuels cèdent aux intérêts émotifs. Ce qui explique donc, entre autres, l'apparition des comportements à risques durant l'adolescence.



<http://www.francoisquite.com/wp-content/uploads/archives/TimeLapseBrain.jpg>

Nous pouvons observer sur cette image le pourcentage de matière grise en rouge contenue dans le cerveau selon l'âge.

2.2.4. Le cerveau et la drogue

Selon la revue de Monsieur Donzé « cerveau et addictions », pour éviter de reproduire les mêmes erreurs, le cerveau nous a donné la mémoire et pour pouvoir construire cette dernière, il a fallu permettre au cerveau d'associer les comportements à mémoriser avec le plaisir. Ainsi, lorsqu'un comportement est bon, agréable, on s'en souviendra automatiquement. Pour se faire, c'est tout un processus qui se passe dans le cerveau. Un neurotransmetteur est sécrété et confortera notre mémoire à ne pas oublier. Ce neurotransmetteur, c'est la dopamine. La sécrétion de la dopamine favorise en fait la sensation de plaisir, ainsi nous avons envie de répéter le comportement. (Donzé, 2008)

Toutes les drogues, qu'elles soient considérées comme dures ou douces, agissent sur le système de réponse, soit la dopamine. De ce fait, lorsque l'on consomme une drogue, le cerveau est trompé par un plaisir artificiel, car plus important qu'un plaisir naturel. Le cerveau va alors garder en mémoire qu'il faudra continuer à consommer de la drogue. (Donzé, 2008)

« Or, le cerveau n'est pas programmé pour tant de plaisir et n'apprécie pas la consommation de ces substances. Il va donc construire un mécanisme de défense : la tolérance. La tolérance implique que le cerveau va diminuer l'effet que la drogue produit sur lui pour se protéger.

La conséquence est qu'il faut plus de substance pour le même effet. Alors commence un cercle infernal. D'une part, il a reçu l'information qu'il est bon de consommer, mais comme l'effet diminue, il en demande plus. »
(Donzé, 2008, page 2)

La prise de drogue induit des changements importants au niveau du cerveau, particulièrement au niveau des circuits neuronaux. À long terme, les conséquences peuvent être importantes et irréversibles. Il y a un autre neurotransmetteur que l'on appelle le glutamate et qui influence le système de récompense. Notre capacité à apprendre est fortement perturbée par ce type de consommation. À long terme, notre cerveau construit une mémoire « non-consciente ». L'envie de consommer est toujours présente dans la mémoire, mais l'envie devient de plus en plus incontrôlée. (Donzé, 2008)

En bref :

« La vie s'anime de manière mystérieuse par des envies, des passions qui nous guident et qui expriment des talents différents chez chacun. L'envie de faire quelque chose (un travail, un tableau, une rencontre, etc) stimule en nous un plaisir. Ce plaisir, par la sécrétion de dopamine qu'il génère, favorise la vie et la croissance de nos souvenirs qui vont se ranger dans cette bibliothèque fabuleuse qu'est notre mémoire. Ainsi, le souvenir d'une envie que l'on a eu stimule à nouveau cette envie et ainsi de suite. Nous sommes ainsi le générateur de nos envies. Les drogues vont stimuler de manière extrêmement importante notre plaisir et donc notre dopamine. Ainsi un nouveau souvenir va remplir notre mémoire qui nous stimulera à recommencer la prise d'une substance. L'envie qui conduira à commencer à nouveau ne sera pas forcément née de notre volonté, mais d'un plaisir artificiel, qui ne restera d'ailleurs qu'un vieux souvenir que nous ne pourrons pas revivre. » (Donzé, 2008, page 3)

2.3 Le cannabis

2.3.1. Définition du Cannabis, effets directs et à long terme

Afin de débiter cette partie sur le cannabis, nous trouvons essentiel d'en connaître la définition exacte ainsi que les effets directs mais également à long terme de cette substance. Pour cela, nous nous sommes basées sur trois ouvrages ainsi que sur quelques articles qui nous ont été conseillés par notre directrice de travail de mémoire.

Le cannabis fait partie des drogues illicites les plus consommées par les adolescent-e-s et cette consommation est en augmentation depuis plus d'une dizaine d'années dans l'ensemble des pays occidentaux. Il fut longtemps associé à l'image des hippies et à une philosophie festive. Il fait aujourd'hui office de modalités d'usage, ce qui le rend préoccupant en termes de santé publique.

Le cannabis est le nom botanique du chanvre qui est originaire de l'Himalaya. Il contient environ 400 composants dont 60 cannabinoïdes.

« Les cannabinoïdes sont des substances qui agissent sur le système nerveux central, le système nerveux périphérique et dans le système immunitaire, et plus particulièrement sur les récepteurs cannabinoïdes. Ils peuvent être d'origine végétale, comme le cannabis, d'origine humaine ou animale, avec une action sur la fertilité, ou d'origine synthétique, utilisés comme psychotropes pour soulager des douleurs chroniques. » (Horde, 2013)

Le principal composant psychoactif est le delta-9 tétrahydrocannabinol (THC). (Besson, page 28). Le THC est la substance active que contient le cannabis et qui agit sur le cerveau mais également sur le cervelet, sur la rate et l'intestin. Le cannabis contenant plus de 1% de THC fait partie des stupéfiants dont la consommation, le commerce et la culture sont interdits. Cette substance est utilisée à deux usages : la production de fibre ainsi que la production de substances stupéfiantes. (Streel et Verbanck, 2007)

Les quantités de THC délivrées par le cannabis produisent un effet rapide, violent et bref. Les effets sont observés après quelques minutes et s'atténuent après deux heures minimum. Cependant, l'élimination de la dose se fera très lentement et certaines personnes peuvent avoir une urine encore positive après une quinzaine de jours. Les effets immédiats du cannabis consistent en un état de détente et de bien-être ainsi qu'une modification des perceptions. Au niveau des effets physiques et physiologiques nous pouvons observer une augmentation du rythme cardiaque (les personnes souffrant de problèmes cardiovasculaires encourent donc des risques particuliers), un ralentissement des réflexes, une sensation de bouche sèche, des yeux rouges, une soudaine envie de rire et une stimulation de l'appétit qui peut parfois être accompagnée de nausées. Cependant, des doses trop importantes peuvent entraîner des difficultés à accomplir certaines tâches et ont un effet négatif sur la perception visuelle ainsi que la perception du temps. La mémoire immédiate peut également être touchée. C'est pourquoi il est évidemment dangereux dans ces cas-là de conduire une voiture ou d'utiliser certaines autres machines. (Pro juventute, 2014)

Les effets à long termes sont les suivants :

- *« Dépendance psychique*
- *Problèmes de mémoire et de motivation*
- *Aggravations des troubles psychiques : anxiété et bouffées délirantes*
- *Selon de nombreuses études, les consommateurs de cannabis auraient 41% de risques en plus de développer une psychose.*
- *Plus la consommation de cannabis est importante, plus certaines régions du cerveau seraient réduites, notamment celles impliquées dans la mémoire, les émotions, la peur l'agressivité*
- *Diminution des performances cognitives et psychomotrices.*
- *Troubles urinaires »*

(Horde, 2012)

Si nous nous basons sur les risques psychologiques et à long terme, nous pouvons constater que ces derniers ne sont guère négligeables :

- *« Via la stimulation des récepteurs cannabinoïdes, la consommation régulière de joints perturbe considérablement le système lié à la dopamine, une substance chimique présente dans le cerveau qui influence nos émotions. Ces perturbations se répercutent négativement sur les performances cognitives.*
- *Les perturbations cognitives induites par le cannabis ne se normalisent pas immédiatement après l'interruption de la consommation. La récupération varie d'un individu à un autre.*
- *Une consommation hebdomadaire de cannabis chez les adolescents est associée à un risque significatif de progresser vers la dépendance.*
- *Il existe une association entre consommation de cannabis et divers types de violences interpersonnelles.*
- *Bien que l'existence d'une « psychose cannabique » soit largement critiquée, une littérature scientifique abondante et récente indique que la consommation de cannabis est un facteur de risque de schizophrénie. Ce risque est dépendant de la dose, de l'âge, et d'une interaction avec certains facteurs génétiques».*

(Streel et Verbanck, 2007, page18-19)

Dans certains cas, la consommation peut également entraîner des hallucinations, des sentiments de persécution et d'isolement social ainsi que des difficultés scolaires chez les personnes les plus fragiles. Fumer du cannabis porte évidemment atteinte aux voies respiratoires et peut donc provoquer, à long terme, un cancer ou une bronchite. Cependant, les effets de la substance dépendent de plusieurs critères comme la quantité, la teneur en THC, les mélanges et l'état psychique du consommateur, de la consommatrice. (Richard, 2009)

Il est cependant important de faire la différence entre « Cannabis-médicament » et « Cannabis-drogue ». Par exemple, l'injection d'héroïne par intraveineuse peut rendre fortement dépendant alors que l'utilisation d'une pompe à morphine est mise en place afin de calmer les douleurs d'une personne et n'induit pas de dépendance. Il est donc important de faire une distinction entre une personne malade qui est intégrée dans un processus de THC mais qui bien évidemment ne fume pas de joints et un-e adolescent-e qui fume pour les simples effets gratifiants de la drogue. (Streel et Verbanck, 2007)

2.3.2. Modalités d'usage

Le cannabis peut être consommé de diverses façons qui n'exposent pas de la même manière la toxicité du THC sur le système nerveux central. Par exemple, nous ne pouvons pas comparer un-e adolescent-e qui fume un joint à des fins festives à un-e adulte qui consomme du cannabis à des fins curatives (ex : pour traiter l'anorexie ou le sida) car selon nos recherches, le THC contenu dans le cannabis contribuerait à détruire les cellules cancéreuses.

La première manière de consommer du cannabis que nous allons décrire est l'ingestion. En effet, il est souvent consommé sous forme de gâteau (space-cake) ou alors de tisanes, car les cannabinoïdes restent stables à la chaleur. Les effets seront moins violents que lors d'une inhalation mais malgré tout des réactions aiguës d'allures psychotiques ont pu être observées. En Orient, le cannabis est fréquemment travaillé avec du beurre, du sucre et du miel. (Richard, 2009)

La deuxième modalité d'usage la plus fréquente chez les adolescent-e-s est l'inhalation. Les effets psychoactifs sont plus violents que lors de l'ingestion. Diverses méthodes sont utilisées :

- La cigarette (communément appelé joints ou pétards) : Il s'agit de la méthode la plus utilisée par les adolescent-e-s en Europe. Le cannabis est mélangé à du tabac et le tout est ensuite roulé dans un papier à cigarette.
- La pipe (ou pipe à eau) : malgré que cette technique soit moins utilisée en Occident, il est désormais possible de fumer du cannabis avec une pipe classique maintenue allumée de manière prolongée avec des inspirations régulières.
- Le vaporisateur : Cette technique est plutôt utilisée à des fins thérapeutiques. Il s'agit d'un vaporisateur spécial dans lequel le cannabis est broyé et chauffé.

(Richard, 2009, page 15)

Il en existe d'autres mais qui restent, cependant, moins connues et moins utilisées que ces dernières.

2.3.3. La consommation de cannabis en chiffre

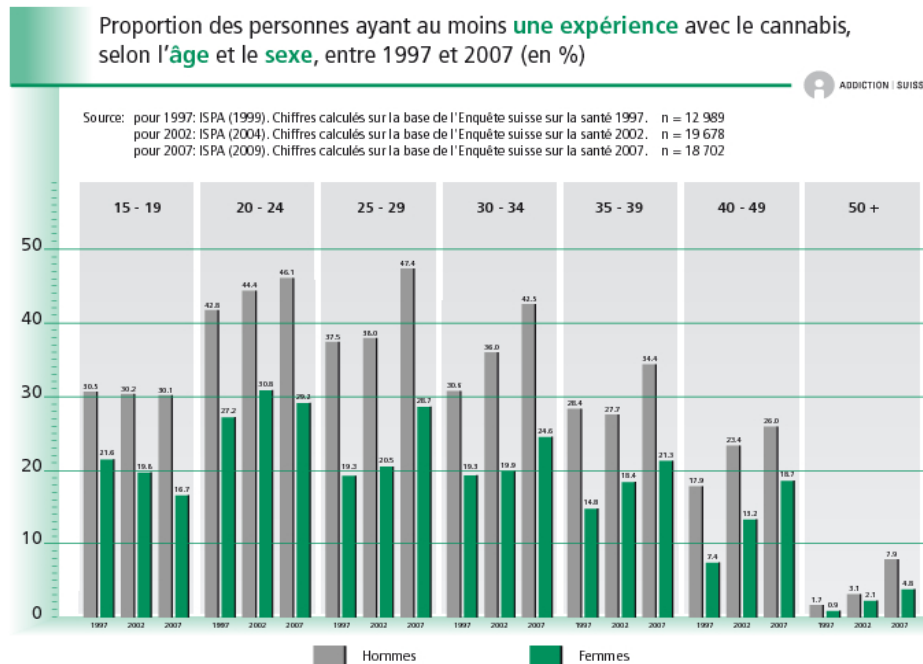
« En 2007, environ un cinquième de la population suisse âgée de 15 ans et plus a consommé au moins une fois du cannabis au cours de sa vie (prévalence à vie). En ce qui concerne les jeunes de 15 à 19 ans, 30.1% des jeunes hommes et 16.7% des jeunes femmes disent avoir au moins une fois dans leur vie consommé du haschisch ou de la marijuana. Dans cette tranche d'âge, la proportion des personnes ayant au moins une expérience avec le cannabis était en légère diminution ces derniers dix ans ». (Addictionsuisse, 2013)

Chaque année en suisse, un monitoring des addictions est effectué afin de récolter des données représentatives concernant la consommation et l'addiction aux substances psychoactives. Pour ceci, 11'000 personnes à partir de 15 ans sont interrogées sur leur consommation à travers le test CUDIT (Cannabis use disorders identification Test). Ce test a été mis en place par Adamson et Sellman et contient 10 questions auxquelles la personne doit répondre en s'évaluant sur une échelle de 0 à 4. Ce test évalue entre autre la fréquence de la consommation, la durée de l'effet, la peur de perte de contrôle, la consommation matinale. Ceci a pour but de repérer les personnes ayant une consommation problématique. Si la personne participant au test atteint les 8 points ou plus le rapport parle de consommation à problème. Ce qui ne veut pas dire qu'une personne ayant moins de 8 points ne présente en aucun cas une consommation problématique. (Office fédéral de la santé publique, 2012)

Les résultats de cette enquête en 2012 ont tout d'abord démontré que la consommation diminue avec l'âge. En tout, 1,2% des personnes avouent avoir une consommation problématique, ce qui englobe 2,3% d'hommes et 0,2% de femmes. De plus, il en est ressorti que la consommation de cannabis pose plus de problèmes chez les jeunes entre 15-34 ans. Ce qui représente 3,2% chez les 15-19 ans, 4,7% chez les 20-24 ans et 2,9% chez les 25-34 ans. (Office fédéral de la santé publique, 2012)

Au niveau Européen, il a été constaté que la consommation a considérablement augmenté au cours des années 1990 et au début des années 2000. La consommation concerne principalement les jeunes adultes entre 15 et 24 ans et de sexe masculin. Selon l'OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies), environ 4 millions d'européens consomment du cannabis quotidiennement, dont 3 millions dans la tranche d'âge des 15-24 ans. Ce qui prouve que le cannabis reste pour la majeure partie consommé par des adolescent-e-s ainsi que des jeunes adultes. Il a aussi été prouvé par une enquête menée par HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children) en 2006 que la consommation des jeunes entre 11-15 ans est en hausse. Près de la moitié des jeunes de 17 ans ont déjà consommé du Cannabis. (Richard, 2009)

Au niveau mondial, le marché du cannabis est estimé à environ 166 millions d'utilisateurs, ce qui revient à dire que 4% de la population âgée de 15 à 65 ans consomme du cannabis. Selon l'UNODC (United nation office on drugs and crime), la consommation est de 14,5% en Océanie, de 10,5% aux États-Unis, de 8% en Afrique, de 7% en Europe et de seulement 2% en Asie. (Richard, 2009)



<http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/cannabis/consommation/>

Proportion des personnes de 15 ans et plus ayant une expérience avec des drogues illégales (comparaisons entre 1997, 2002 et 2007) en %.

2.3.4. Les adolescents et le cannabis

Les adolescent-e-s ont recours au cannabis pour la sensation de détente qu'il procure et cette consommation est de plus en plus banalisée. Que ce soit une consommation régulière ou une consommation occasionnelle, par exemple dans le cadre d'une soirée, peu de jeunes ne connaissent les risques réels de cette drogue.

Selon nos recherches, il existe plusieurs types de consommation chez les adolescent-e-s. Tout d'abord, certain-e-s, avouent avoir essayé par curiosité, « juste pour essayer » ou alors par pression du groupe d'amis. Ensuite, il y a les jeunes qui consomment occasionnellement, par exemple lors de soirées, afin de ressentir un certain bien-être, une ivresse. Viennent ensuite les jeunes qui consomment souvent du cannabis. Dans ces cas-là, le jeune recherche plutôt une sorte de soulagement, une manière de fuir la réalité et le stress. Souvent, des problèmes familiaux ou scolaires, des tendances dépressives, un manque d'affection peuvent pousser un jeune à se réfugier dans la drogue afin d'oublier la réalité. Nous pouvons appeler cela une dépendance à partir du moment où la personne ne contrôle plus sa consommation. L'envie de retrouver des états d'ivresse est de plus en plus prononcée, ce qui pousse l'adolescent-e à consommer de manière régulière.

Nous pouvons donc aisément supposer que le contexte dans lequel évolue l'adolescent-e joue un rôle important. Par exemple, pour un-e adolescent-e de 16 ans qui se sent bien dans sa peau, qui est bien intégré-e socialement, qui a une bonne situation familiale et qui consomme de temps à autre du cannabis, cette consommation n'aura pas le même impact qu'un jeune du même âge qui rencontre des difficultés ou qui se sent mal et qui en consommera pour fuir sa réalité et se sentir mieux. Dans ce deuxième cas, les difficultés risquent d'être amplifiées par la consommation.

Nous pouvons alors émettre l'hypothèse qu'une consommation régulière de cannabis chez un-e adolescent-e peut être liée à des problèmes non résolus, à une manière d'échapper au stress. Dans ces cas-là, le risque de consommer de plus en plus souvent et en quantité élevée est important. La consommation de cannabis régulière peut avoir des effets néfastes sur l'existence de l'adolescence. Effectivement, des difficultés scolaires ou de concentration peuvent en découler, une préoccupation uniquement basée sur le produit, une perte de motivation et d'ambition, un renfermement et même parfois une forte anxiété peut se créer.

Les habitudes sont beaucoup plus difficiles à modifier à cet âge là, ce qui peut devenir un réel problème et se transformer en addiction. (Reynaud et Benyamina, 2009). Comme le confirme le psychiatre Raphael Carron dans l'un de ces articles paru dans le Nouvelliste: « *Le cannabis consommé jeune entraîne un effet d'indifférence, facteur de désinsertion sociale et d'échec scolaire.* ». (Carron, 2009)

En plus de cela, un des facteurs qui reste préoccupant en Suisse est l'accessibilité à ces produits. En effet, comme le décrit le docteur Jacques Besson dans un article intitulé « *Le Cannabis, un dangereux "calmant", les drogues dites "douces" et les psychoses* » : « *Actuellement, à Lausanne, plus de vingt nationalités différentes font du deal de différentes substances dans les rues, sans compter internet.* » (Besson, 2002, page 28)

Bien que le nombre d'adolescent-e-s ayant déjà consommé du cannabis soit élevé, il reste tout de même une grande partie n'y ayant jamais goûté. Selon l'ESPAD (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) en 2010 : « *En Suisse, environ 71% des jeunes de 15 ans n'ont jamais consommé de cannabis.* » (Addiction info Suisse, 2012, page 4)

2.3.4.1. Motifs de consommation chez les adolescents

Après diverses recherches, nous nous sommes aperçues que de nombreux facteurs peuvent amener un-e adolescent-e à consommer du cannabis. Une grande partie d'entre eux affirment en consommer par simple amusement ou alors car ceci est plus divertissant lorsqu'ils se retrouvent en groupe.

La plupart des écolières et écoliers de 15 ans qui ont consommé du cannabis au moins une fois durant les 12 derniers mois l'ont fait pour des raisons sociales et de renforcement. Parmi les motifs, les jeunes disent notamment consommer du cannabis parce que cela les divertit. En comparaison, les élèves qui consomment du cannabis pour se remonter le moral, pour oublier des problèmes ou pour se reconforter lorsqu'ils sont de mauvaise humeur, sont proportionnellement moins nombreux. Ce type de motifs est plus souvent cité par les filles que par les garçons. Ci-dessous un tableau qui nous a permis de mieux comprendre les motifs de consommation selon une étude d'Addiction Suisse :

Motifs de consommer du cannabis, invoquées par les écolières et écoliers de 15 ans en 2010

Source: Windlin, B., Delgrande Jordan, M., Kuntsche, E. (2011). *Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz – Zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand*. Lausanne: Addiction Info Suisse.

ADDICTION | SUISSE

	Garçons n(min.)= 218 n(max.)= 227 (%)	Filles n(min.)= 169 n(max.)= 174 (%)
... simplement parce que cela m'amuse	87	87
... pour devenir "stoned"	86	82
... parce que c'est plus drôle lorsque je suis avec les autres	81	80
... pour que les fêtes soient plus réussies	57	55
... pour me reconforter lorsque je suis de mauvaise humeur	44	53
... pour oublier mes problèmes	28	43
... pour ne pas me sentir exclu-e	10	11
... parce que j'aimerais faire partie d'un certain groupe	7	6

Remarque: Plusieurs réponses étaient possibles. Seuls sont pris en considération les jeunes de 15 ans qui ont consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'enquête.

<http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/cannabis/jeunes/motifs-pour-la-consommation/>

Afin d'approfondir les motifs, voici quatre fonctions mises en avant par Richard D. dans son ouvrage « *Le cannabis et sa consommation* » qui expliqueraient l'usage de cannabis :

- **Fonction relationnelle** : Il s'agit d'une fonction qui concerne particulièrement les adolescent-e-s car il s'agit, de par la consommation, de s'insérer dans un groupe. Le partage de ce savoir permet une appartenance au groupe, une reconnaissance. Dans ce cas-là, les effets de la drogue ne sont pas la fonction première de la consommation mais l'image véhiculée en est la principale raison. Ils adhèrent donc à ce qu'ils considèrent comme un modèle. En sachant qu'à l'adolescence le regard des pairs est primordial, cela expliquerait cette expérience de la consommation. (Richard, 2009)
- **Fonction sociale et hédonique** : La maîtrise des affects que prône notre société ne permet pas de débordements émotionnels, qu'ils soient collectifs ou personnels. C'est pourquoi l'individu, tout particulièrement l'adolescent-e, doit pouvoir créer un espace dans lequel il, elle puisse exprimer ses émotions les plus fortes. Justement, la consommation de produits illicites tels que les drogues ou l'alcool favorise une libération émotionnelle et facilite la communication sociale. C'est pourquoi ils sont utilisés dans les milieux festifs mais également de manière solitaire pour la sensation de détente et de plaisir qu'ils procurent. (Richard, 2009)
- **Usage adaptatif** : Comme nous l'avons déjà évoqué plus haut, le cannabis a des propriétés pharmacologiques, ce qui explique la consommation de certaines personnes. Il n'exclut pas le risque de développement d'une dépendance. (Richard, 2009)
- **Quête de « défonce »** : Le cannabis est souvent utilisé à des fins d'ivresse. Le fait de fuir la réalité, de perdre le contrôle sont des facteurs qui poussent à la consommation. Souvent, les préparations sont fortes en THC de manière à ressentir des effets d'autant plus violents. (Richard, 2009)

Il est intéressant de constater que l'usage de cannabis dure moins longtemps chez les jeunes dont le motif est social que chez ceux dont le but est la modulation des humeurs.

2.3.5. Les conséquences de la consommation de cannabis

La consommation de cannabis peut entraîner plusieurs conséquences tant sur le plan physique que sur le plan mental qui peuvent être classées en deux catégories qui sont les suivantes : (Obradovic, 2013)

2.3.5.1. Risques cognitifs et risques d'intoxication

De manière immédiate et généralement à court terme, la consommation de cannabis peut altérer certaines facultés psychomotrices et cognitives. Lorsque la consommation est moindre, peuvent alors apparaître des états de somnolences, des troubles de la mémoire à court terme et également des difficultés de concentration. A dose plus importante peuvent apparaître des troubles cognitifs plus importants, des troubles du langage et des troubles de l'activité motrice. (Obradovic, 2013)

Des risques d'intoxications sont évoqués lorsque la personne, suite à une consommation plus ou moins importante, se retrouve victime de troubles anxieux (attaques de paniques, bad trip). Lorsque ces signes sont plus importants, on parle de psychose cannabique. Des signes physiques tels que les yeux rouges ou encore la bouche sèche accompagnent ces différentes conséquences. Ces perturbations sont toutefois généralement réversibles lorsque la consommation n'est pas trop importante. (Obradovic, 2013)

En revanche, lorsque la consommation de cannabis devient plus régulière, des perturbations durables peuvent alors apparaître, ces perturbations sont appelées signes d'intoxication chronique. Sur le plan psychique, un usage chronique de cannabis peut entraîner des perturbations comme des troubles de mémoire, des troubles de la concentration et une altération des capacités d'apprentissage. Une perte de motivation dans les tâches quotidiennes est également observée. Si le consommateur ou la consommatrice est abstinente-e durant plusieurs semaines, ces différents troubles peuvent s'estomper et même disparaître. En revanche, un usage régulier du cannabis peut altérer les performances intellectuelles à l'âge adulte. Un usage régulier du cannabis peut également avoir des conséquences sur la santé mentale des consommateurs et des consommatrices, en provoquant des troubles anxieux et dépressifs, plus rarement des troubles psychotiques de type schizophrénie, et c'est sur quoi nous nous pencherons tout particulièrement lors de notre travail de recherches. (Obradovic, 2013)

En ce qui concerne les effets sur les neurones, il a été démontré à travers une étude menée sur des rats qu'il y a une perturbation au niveau des cellules nerveuses situées dans l'hippocampe, qui joue un rôle primordial dans la mémoire. En plus de cela, il a été observé qu'une exposition de plus de trois mois au cannabis a mené à la diminution du volume des neurones chez le rat. Donc, à partir d'une certaine concentration en THC, cela présente une toxicité plus grave pour les cellules et le nombre de cellules mortes est en hausse au fur et à mesure que la dose de cannabis ingérée augmente. (Obradovic, 2013)

Une autre étude publiée dans la littérature scientifique et citée dans le livre de Monsieur Donzé, « *Cannabis, Haschich et Cie* » a comparé deux groupes d'étudiant-e-s : ceux et celles qui consomment de manière quotidienne et les autres qui consomment de manière occasionnelle. L'étude a commencé par 19 jours d'abstinence pour les deux groupes d'étudiant-e-s. Il en est ressorti que les jeunes ayant recours au cannabis quotidiennement ont rencontré plus de problèmes de mémorisation, d'attention et des difficultés dans des tâches diverses. (Donzé et Augsburg, 2008)

2.3.5.2. Risques pour la santé

Sur le plan physique, la consommation chronique de cannabis accentue le risque de cancer des poumons, des voies aérodigestives et également de la vessie. Tout comme le tabac, la fumée qui en est dégagée est extrêmement toxique pour les voies respiratoires. En effet, la fumée de cannabis contient quatre fois plus de goudron que la fumée d'une simple cigarette. (drogues-infos-service, 2014)

La consommation de cannabis accroît également les risques de développer des pathologies vasculaires et des maladies respiratoires chroniques. Actuellement, d'autres risques ont été mis en avant, tels que des altérations au niveau de la reproduction dues à une perte de fertilité, ou encore des malformations du fœtus ou des naissances prématurées. (drogues-infos-service, 2014)

Au niveau du sommeil, il a été observé que la consommation de cannabis pouvait avoir une réelle influence sur l'endormissement. En effet, celle-ci provoque des états de somnolences et des sensations telle que celle de planer, facilitant ainsi l'endormissement. En revanche, il a été constaté que le cannabis favorisait le sommeil profond et réduisait le sommeil paradoxal. (drogues-infos-service, 2014)

Au niveau de l'appétit, il ne fait aucun doute que la consommation de cannabis altère de manière rapide les sensations d'appétit. En effet, lorsqu'une personne consomme, une stimulation de l'appétit se fera rapidement. C'est la raison pour laquelle les consommateurs et consommatrices de cannabis ont régulièrement un poids corporel plus élevé. C'est pour cette raison que le cannabis est parfois prescrit de manière médicale à des patient-e-s souffrant d'anorexie, de cancer ou du sida. (drogues-infos-services, 2014)

2.3.6. Les cannabinoïdes et endocannabinoïdes

« Si le cannabis influence autant l'activité mentale c'est qu'il interfère directement avec des molécules produites au besoin par l'organisme et qui constituent le système endocannabinoïde. Découvert depuis seulement une trentaine d'années, on sait aujourd'hui que ce système entre en jeu dans la régulation d'une multitude de fonctions cérébrales qui vont de la mémoire et l'apprentissage jusqu'au contrôle de la motricité, en passant par la perception de l'anxiété et de la peur. » (Rosso, 2014)

C'est lors de la découverte de ces récepteurs cannabinoïdes que de réels progrès au niveau des connaissances de cette drogue ont pu être faits. Les endocannabinoïdes, ainsi que les récepteurs aux cannabinoïdes participent à un système de régulation qui permet la communication entre les cellules nerveuses. En 1990, il a été prouvé que les cannabinoïdes *« étaient capables de stimuler des récepteurs situés dans la membrane cellulaire des cellules nerveuses, et niveau de la région de contact entre deux neurones, les synapses. »* (Donzé et Augsburger, 2008, page 46)

Il existe deux types de récepteurs endocannabinoïdes:

- Les récepteurs CB1 qui sont situés principalement dans le cerveau.
- Les récepteurs CB2 qui se situent dans le système immunitaire et qui ont été découverts en 1993.

Les récepteurs CB1 ne sont pas présents de manière régulière dans les différentes régions du cerveau. Ils sont plus particulièrement présents dans l'hippocampe qui joue un rôle important dans la mémorisation, dans le cervelet qui participe à l'équilibre affectif et physique, mais joue également un rôle dans les fonctions cognitives, la motricité, l'apprentissage, la mémoire et les émotions. En ce qui concerne les récepteurs CB2, ils sont présents en faibles quantités dans les parties

du cerveau qui gèrent les fonctions cardiovasculaires et respiratoires. (Donzé et Augsburg, 2008)

Ces découvertes ont permis de mieux comprendre l'utilité de ces récepteurs dans le fonctionnement du système nerveux central. En effet, comme le THC n'est pas présent dans l'organisme humain, il doit bien en exister une sorte de substitut à l'intérieur de l'organisme qui permette de stimuler ou d'inhiber les récepteurs à cannabinoïdes. Et c'est donc cette substance endogène qui a été découverte en 1992 et qui s'avère être la substance capable de stimuler les récepteurs aux cannabinoïdes. Cette molécule a été baptisée anandamide et par la suite d'autres substances apparentées à celle-ci ont été découvertes. Ces molécules, qui sont naturellement présentes dans le corps ont été nommées endocannabinoïdes malgré que leur structure ne soit pas la même que les cannabinoïdes présents dans la plante. (Donzé et Augsburg, 2008)

Il faut savoir que le système endocannabinoïde joue un rôle important dans la régulation de la prise d'aliments ainsi que son stockage. Il favorise par exemple notre sensation de faim, c'est pour cette raison qu'il est souvent observé chez les personnes atteintes d'obésité un lien avec le taux d'endocannabinoïdes. En effet, chez une personne dont le système endocannabinoïde fonctionne de manière normale, les concentrations de cannabinoïdes augmentent lorsque que nous avons faim et baissent après les repas. (Donzé et Augsburg, 2008)

De nombreuses études ont démontré que si nous pouvions réguler le système endocannabinoïde par des médicaments, ceci permettrait le traitement de nombreuses dépendances aux drogues. (Donzé et Augsburg, 2008)

2.4. Les troubles psychiques

Donner une définition à la maladie psychique est bien complexe, car celle-ci relève de nombreuses sphères et dimensions. La caractéristique que l'on connaît le mieux est que la maladie psychique est quelque chose qui fait problème chez un individu, une difficulté liée à son fonctionnement psychique. Sa nature est également délicate à définir car elle constitue un équilibre fragile et parfois éphémère. (Graap-Fondation, 2010)

Les troubles psychiques peuvent se manifester de différentes manières et à des âges différents. Mais dans la majorité des cas, c'est à l'adolescence, entre 15 et 25 ans, que ceux-ci se manifestent de la façon la plus aigüe. L'apparition de ces troubles est parfois progressive et se manifeste par des changements d'attitudes marqués tel que le repli sur soi, la perte d'intérêts pour des activités habituelles, l'éloignement des ami-e-s, etc. Souvent les personnes concernées banalisent ces changements de comportements et les mettent en lien avec la crise d'adolescence, un chagrin amoureux, un échec scolaire ou autre. L'apparition d'un trouble psychique peut également survenir de manière brutale et se manifester par une tentative de suicide par exemple, entraînant un risque majeur pour la personne ainsi que son entourage.

2.4.1. La crise psychique

Les symptômes et les signes d'une crise psychique peuvent être les suivants : Tristesse, repli sur soi, stress, impression de jouer un rôle, sensation de vide intérieur, sensibilité accrue, panique, épuisement, nervosité, larmes, sentiments de culpabilité, perte de confiance en soi, ambivalence des sentiments, sentiment de solitude, désintérêt généralisé, dévalorisation de soi, sentiment d'impuissance, faiblesse, angoisses, pensées obsédantes, douleurs physiques : céphalées, douleurs abdominales et dorsales, etc. (Graap-Fondation, 2010)

Les crises psychiques peuvent se manifester sous diverses formes, et elles sont vécues et perçues différemment suivant l'individu. Ces crises psychiques ne sont ni un échec ni même un caprice personnel, mais elles sont souvent les conséquences d'évènements difficiles dans la vie d'une personne. Une souffrance psychique peut également survenir de manière soudaine et inopinée.

Les facteurs déclencheurs d'une crise psychique sont variés et ont une influence plus ou moins importante suivant les individus :

- *« Exigences professionnelles élevées – pression liée à la performance ou aux délais, conditions éprouvantes sur le plan physique ou psychique*
- *Sollicitations multiples (professionnel, domestique, éducatif)*
- *Soucis financiers, revenus modiques ou peur de perdre son emploi*
- *Périodes particulières de la vie qui, comme l'enfance, l'adolescence, le départ à la retraite ou le grand âge, exposent davantage à une crise ou une maladie psychique*
- *Chez la femme, grossesse et post-partum en tant que périodes de vulnérabilité émotionnelle et physiologique.*
- *Tiraillement, à l'adolescence, entre des exigences multiples : peur de ne pas répondre aux attentes de l'école ni à celles des pairs – la privation de reconnaissances par ces derniers pouvant aller jusqu'au harcèlement*
- *Conflits persistants au sein du couple ou de la famille*
- *Deuils en tant que coupures profondes dans le cours d'une vie*
- *Expériences migratoires en tant que sources de stress durable*
- *Tout vécu traumatique ou stress psychique sévère, même très ancien. »*

(Guide Pro Mente Sana, 2010, page 5)

Les troubles psychiques se décomposent en trois catégories de troubles :

- Les personnalités Etats-limites (Borderline)
- Les troubles psychotiques (les schizophrénies et les troubles bipolaires)
- Les troubles névrotiques (TOCS)

(Solioz, 2013)

2.4.2. Les troubles psychotiques

Les troubles psychotiques sont caractérisés par une importante perte de contact avec la réalité. La personne a une perception des choses qui est complètement altérée et sa conviction en sa propre réalité est inébranlable. S'ensuit alors une forte désorganisation au niveau des émotions, des ressentis et des relations aux autres. La souffrance engendrée par ces modifications des perceptions empêche la personne malade de continuer à vivre normalement ses fonctions professionnelles, familiales et sociales.

L'origine de ces troubles psychotiques est actuellement encore inconnue. En revanche il a pu être prouvé par plusieurs spécialistes que certains neurotransmetteurs présents dans le cerveau et responsables de la gestion des émotions, des mouvements, des pensées et des fonctions cognitives, sont perturbés. L'apparition d'un trouble psychotique n'est pas le résultat d'un seul facteur, mais de plusieurs éléments regroupés ; une vulnérabilité biologique ou héréditaire, l'abus ou parfois la simple consommation de certaines drogues, les facteurs de stress dans la vie de la personne. (Bonsak, 2003)

« La psychose se présente sous de multiples formes cliniques. Des facteurs biologiques et environnementaux sont à l'origine d'une vulnérabilité au développement de symptômes psychotiques. Cette vulnérabilité fait que certains facteurs provoquent l'apparition de symptômes psychotiques. L'évolution et le pronostic d'un épisode psychotique varient d'une personne à l'autre. » (Bonsak, 2003, page 14)

La psychose survient le plus souvent chez les jeunes ;

« Sur 100 jeunes adultes, 3 feront l'expérience d'un épisode psychotique au cours de leur vie, la plupart cependant se remettent de cette expérience. Un épisode psychotique peut survenir chez tout un chacun et, comme de nombreuses autres maladies, il peut être traité. » (Bonsak, 2003, page 7)

2.4.3. L'épisode psychotique

Un épisode psychotique décrit la période dans laquelle la personne est malade. Un premier épisode psychotique décrit la période où, pour la première fois, une personne présente des symptômes psychotiques. Souvent, les personnes vivant un premier épisode psychotique ne comprennent pas ce qui leur arrive, elles sont effrayées. Les symptômes peuvent être totalement étranges et dérangement, laissant les personnes victimes dans une détresse et une grande confusion. L'épisode psychotique se déroule en trois phases de longueur et de durée variable. (Guide du CHUV, 2003)

La phase 1 : prodromique

Les premiers signes sont généralement difficiles à observer. Il s'agit généralement de modifications dans la manière dont la personne pense, se perçoit et perçoit son environnement. (Guide du CHUV, 2003)

La phase 2 : Aigüe

Des symptômes psychotiques précis sont présents, comme des hallucinations, des délires ou des pensées confuses. (Guide du CHUV, 2003)

La phase 3 : rétablissement

La psychose est traitable et une majorité des personnes atteintes peuvent se rétablir, mais de manière variable. Certaines pourront ne plus jamais vivre d'épisodes psychotiques alors que d'autres pourront vivre des périodes de rémissions coupées d'autres épisodes psychotiques. (Guide du CHUV, 2003)

2.4.4. Symptômes

Lors de la phase aigüe, des symptômes forts sont présents et amènent à une perte de contact avec la réalité. Il peut y avoir des altérations déconcertantes de l'humeur, de la pensée et du comportement. Afin de tenter de comprendre au mieux ce que vit la personne, il est nécessaire de pouvoir décrire les symptômes principaux et caractéristiques d'un épisode psychotique qui sont les suivants :

Les fausses croyances :

Il arrive régulièrement qu'une personne vivant un épisode psychotique soit encline à avoir de fausses croyances, communément appelées délires. La personne est si convaincue de ses croyances que même les arguments les plus logiques et pertinents ne lui feront pas changer d'opinion. (Guide du CHUV, 2003)



http://www.info-schizophrenie.ch/?page_id=30

Le schéma ci-dessus illustre les différents degrés de fausses croyances dont peuvent être victimes les personnes en proie à un épisode psychotique.

Les pensées confuses :

Les pensées deviennent confuses et n'ont plus forcément de liens entre elles. Les phrases énoncées sont peu claires et n'ont plus vraiment de sens. La personne peut avoir des difficultés à se concentrer et à suivre une conversation. Le flux de ses pensées peut être accéléré ou au contraire, ralenti. (Guide du CHUV, 2003)

Les hallucinations :

Lors d'un épisode psychotique il n'est pas rare que la personne soit sujette à des hallucinations visuelles, auditives ou olfactives. Elle peut voir, entendre ou sentir des choses qui pourtant n'existent pas et que personne d'autre ne peut percevoir. (Guide du CHUV, 2003)

Les modifications des émotions :

La personne peut se percevoir différemment, sans raison apparente. Elle peut se sentir étrange ou complètement coupée du reste du monde. Elle peut avoir le sentiment que le rythme de sa vie n'est plus du tout adapté au rythme de son environnement. Il y a également des modifications au niveau de l'humeur et des ressentis, ses émotions peuvent être exacerbées ou au contraire, étouffées. (Guide du CHUV, 2003)

Les modifications du comportement :

La personne en proie à un épisode psychotique sera sujette à des modifications au niveau comportemental. Elle sera peut-être beaucoup plus active, ou au contraire beaucoup plus passive et léthargique. Il peut y avoir des fous rires inappropriés à la situation et des colères sans aucune raison apparente. Souvent ces modifications comportementales sont liées aux fausses croyances citées ci-dessus, par exemple une personne délirante se croyant en danger de mort appellera la police en panique. (Guide du CHUV, 2003)

« Lors d'un épisode psychotique, les symptômes peuvent affecter la pensée, les émotions, les perceptions et le comportement. Ces symptômes peuvent varier de personne à personne et se modifient habituellement au cours du temps. » (Bonsak, 2003, page 9)

2.4.5. La schizophrénie

2.4.5.1. Un peu d'histoire

« De tous temps, l'étrangeté des comportements n'a jamais laissé la société indifférente et pendant longtemps on y a réagi avec excès, dans une idéalisation ou une crainte exagérée. Pendant des siècles, on excluait ou criait au génie, comme en atteste la littérature ou la peinture.

La médecine s'interroge depuis longtemps sur la manière d'aider et de soulager les personnes atteintes. Dans l'Antiquité grecque, Aristote observait déjà leur situation, dans une société qui ne prétendait pas que la médecine avait réponse à tout. C'est à un médecin zurichois, Eugen

Bleuler, que l'on doit le terme schizophrénie. En 1908, il est le premier à avoir utilisé ce mot pour décrire ses observations. Mais on lui doit surtout un regard nouveau sur les troubles psychotiques, induit par son expérience de vie puisqu'il avait grandi aux côtés d'une sœur schizophrène. Cette proximité donnait à ce fils de paysan une vision des malades «de l'intérieur», la connaissance de leur quotidien et de celui de leurs proches. Il est aujourd'hui encore une référence dans le monde entier.

*Ce n'est qu'au 20e siècle qu'on a considéré avant tout la souffrance des personnes atteintes, soulignant leur détresse et leur solitude, une situation bien exprimée par Munch dans son célèbre tableau *Le cri*. » (Klein, 2013, page 2)*

« Le mot schizophrénie vient du grec et signifie esprit fendu. C'est un psychiatre zurichois, Eugen Bleuler, qui a inventé ce nom au début du XXème siècle. » (Synapsespoir, 2014)

2.4.5.2. Qu'est-ce que c'est ?

La schizophrénie est une forme de trouble psychotique. Sa caractéristique principale est la perte de contact avec la réalité. C'est une maladie que l'on trouve dans toutes les nations et dans toutes les cultures du monde, elle touche environ une personne sur cent, en effet elle n'est pas si rare. Lorsque l'on parle de schizophrénie, on parle plutôt de syndrome que de maladie, en effet un certain nombre de symptômes doivent être présents pour que le diagnostic puisse être établi. Ces symptômes ne seront jamais les mêmes d'un individu à un autre, c'est la raison pour laquelle il existe un nombre incalculable de schizophrénies.

« Ce n'est que depuis les dernières années du XIX ème siècle qu'elle est reconnue scientifiquement comme étant une maladie bien délimitée, et que des travaux sur son origine et son traitement ont été entrepris. » (Guide CHUV, 2010, page 6)

« La schizophrénie est une maladie qui affecte la façon tout entière dont une personne vit dans le monde, elle est aussi un "mode d'être particulier" ; ces particularités sont difficilement exprimables par des mots, car elles touchent les fondements même des interactions quotidiennes qu'a chaque être humain avec ses semblables et avec les objets usuels qui nous entourent. Ces interactions, " évidentes" pour la plupart des gens (par exemple : partager une pause-café au travail) peuvent précisément perdre ce caractère d'évidence et de simplicité pour les patients atteints de schizophrénie, pour qui toutes sortes de situations apparemment banales deviendront dès lors sources de tensions. Il faut relever que ce "trouble de l'évidence naturelle" peut être aussi source de créativité, artistique ou scientifique, parce qu'il peut favoriser une vision non conventionnelle des choses. » (Guide CHUV, 2010, page 9)

Contrairement aux idées reçues, la schizophrénie n'est pas un « dédoublement de la personnalité ». Elle touche la cohérence des pensées, des agissements, des émotions, mais la personne reste un seul individu. Cette maladie n'amène pas à une détérioration progressive, certes, certaines difficultés relationnelles ou professionnelles peuvent se chroniciser, mais les traitements actuels permettent, si le suivi est adéquat, une diminution importante de la fréquence des symptômes.

2.4.5.3. Le diagnostic

Poser un diagnostic de schizophrénie se révèle être particulièrement complexe, car les spécialistes ne peuvent pas se fier à des symptômes objectifs, mais plutôt à ce qu'en dit le malade et aux observations faites par la famille et les proches.

« La maladie peut débuter d'une manière tellement insidieuse qu'il se peut que pendant plusieurs mois, personne ne remarque rien de particulier chez la personne schizophrène, jusqu'à ce que celui-ci s'effondre complètement ou que les symptômes deviennent tels que personne ne puisse plus ignorer que les limites acceptables ont été dépassées. »
(Geiser, 1995, page 1)

La difficulté relève également du fait que, comme la schizophrénie est une psychose qui chamboule la perception de la réalité et de soi-même, la personne concernée refuse d'accepter qu'elle souffre d'une maladie psychique, car elle ne se sent simplement pas malade. Ce n'est que lorsque celle-ci accepte qu'elle est en proie à des changements sur le plan psychique qu'elle pourra alors éventuellement accepter de se rendre chez un-e psychiatre pour une consultation plus approfondie. La grande variabilité des symptômes est telle qu'un diagnostic prend parfois plusieurs années avant d'être posé.

2.4.5.4. Les causes

Les causes de la schizophrénie ne sont pas encore très bien connues. Nous savons aujourd'hui qu'un grand nombre de facteurs sont en cause et amènent une forme de vulnérabilité ; des causes biologiques sur lesquelles le sujet et l'entourage n'ont pas de prises, des causes environnementales comprenant le réseau familial, professionnel et social, et enfin la consommation de drogues qui peuvent amener à l'éclosion d'un premier épisode aigu ainsi que des rechutes. Nous savons également que le fonctionnement de certains neurotransmetteurs est perturbé. Cependant, le mécanisme de la schizophrénie n'est pas encore totalement compris.

2.4.5.5. Les symptômes

Les symptômes de la schizophrénie sont divers et variés et ont été classés dans deux catégories, soit les symptômes positifs et les symptômes négatifs. Dans les positifs nous retrouvons les délires ainsi que les hallucinations visuelles ou auditives, et dans les négatifs il y a le repli sur soi, la perte de motivation, le manque d'initiative, les troubles de la mémoire et les troubles du langage. Avant ces symptômes que l'on appelle positifs ou négatifs (positifs car ils amènent un comportement et négatifs car ils en altèrent un), toute une série de symptômes précédant la maladie sont également à prendre en compte, en voici quelques un :

- *« Modification subite du comportement*
- *Négligence dans l'hygiène et les soins corporels, la nourriture et l'habillement*
- *Dépressions graves de longue durée*
- *Insomnies et activités nocturnes répétées*
- *Accès de fureur, rage destructrice*
- *Abandon des contacts, ou au contraire, recherche de contacts étroits*
- *Religiosité extrême ou propension aux sciences occultes*
- *Diminution du rendement à l'école*
- *Consommation de drogues et d'alcool*
- *Affairement spectaculaire, sans rien achever*
- *Propension à l'achat et gaspillage frappants*
- *Perte spectaculaire de poids en peu de temps*
- *Fugues*
- *Rires niais et exagérés*
- *Argumentations irrationnelles*
- *Mutilations volontaires*
- *Regard fixe, sans expression »*

(Geiser, 1995, page 7)

2.4.5.6. Symptômes positifs

Les délires :

Le raisonnement de la personne s'en trouve altéré et devient peu clair. La personne a des idées très fixes qu'aucune argumentation logique et raisonnable de la part d'une personne extérieure ne pourra la faire changer d'avis. Ses pensées sont confuses, plus lentes ou parfois plus rapides. Des comportements inappropriés peuvent apparaître, comme par exemple des fous rires lors de situations tragiques. Un symptôme courant chez les personnes schizophrènes est le sentiment d'être persécuté, qu'on leur veut du mal, qu'elles sont victimes d'un complot. La personne perd alors toute confiance en son entourage et se méfie de tout le monde. (Solioz, 2013)

Hallucinations :

« Dans la phase aigüe de la maladie, les irritations sensorielles des yeux, oreilles, nez, peau et langue provoquent une confusion dans le cerveau, à la suite de quoi le patient entend, voit, sent et éprouve des choses qui n'existent pas en réalité. »
(Geiser, 1995, page 5.)

Tous ces dérèglements des perceptions sensorielles provoquent alors chez la personne schizophrène diverses hallucinations comme par exemple voir sa peau prendre feu, entendre une voix lui donner des ordres, etc. Ces hallucinations sont extrêmement perturbantes pour la personne et provoquent alors de fortes angoisses qui la mettent dans de violents états de crises. La problématique principale de cette maladie se trouve dans le fait que toutes ces hallucinations sont généralement

perçues par la personne comme étant réelles et véridiques, l'amenant alors à adopter des comportements étranges, voir bizarres. (Solioz, 2013)

2.4.5.7. Symptômes négatifs

Repli sur soi et perte de motivation :

La personne schizophrène perd toute motivation pour des choses de la vie quotidienne qu'elle avait l'habitude d'effectuer auparavant. Il y a également une perte de plaisir générale qui s'installe, on parle alors d'anhédonie. On peut régulièrement observer une perte de motivation importante, un retrait sur soi, une dégradation dans l'hygiène de vie, un manque de spontanéité dans les réactions et la gestuelle. Ces comportements ne sont pas dus à un refus ou à un manque de volonté de la part de la personne schizophrène, mais plutôt à une perte des capacités sociales et relationnelles. Ces symptômes reflètent un déclin des fonctions cognitives. (Solioz, 2013)

On parle également d'émoussement affectif, c'est-à-dire que la personne est en proie à une diminution des expressions et des émotions, son visage devient inexpressif. Dans cette catégorie de symptômes les spécialistes mettent en avant une forte apathie, souvent perçue comme un manque de motivation et un laisser-aller de la part de la personne malade. (Solioz, 2013)

2.4.5.8. Traitements de la schizophrénie

Le plus souvent, la schizophrénie est traitée avec des neuroleptiques qui sont des médicaments agissant sur les récepteurs de la dopamine.

Les neuroleptiques sont des médicaments antipsychotiques, ce qui signifie qu'ils réduisent les délires, les hallucinations, les incohérences du langage et l'agitation. Ils ont un bon effet sur les symptômes positifs comme les délires et les hallucinations, mais peu d'effets sur les symptômes négatifs comme par exemple le manque d'initiative ou encore le repli sur soi. Donc, ces médicaments ne guérissent pas la maladie mais diminuent les symptômes.

La prise en charge de ces personnes se fait également à travers la psychothérapie et la réinsertion sociale et professionnelle mais dans les cas les plus sévères une hospitalisation des patient-e-s est nécessaire et ceci d'autant plus si la personne représente un danger pour elle-même ou pour son entourage.

2.4.5.9. La schizophrénie d'un point de vue neurobiologique

Actuellement, les spécialistes dirigent d'avantage leurs recherches sur le fonctionnement du cerveau. En effet, il a été prouvé depuis une dizaine d'années que la schizophrénie est bien une maladie du cerveau, et pas uniquement une conséquence de divers événements de la vie, ou encore un phénomène inexplicable.

« Il y a eu, au cours de la dernière décennie, une évolution de la recherche psychiatrique dans la direction neurobiologique. Quant à l'électro-encéphalogramme, il donne pour beaucoup de malades schizophrènes un résultat anormal. Une majorité ont trop et quelques-uns pas assez d'un certain genre de neurotransmetteurs. Un dérangement dans la circulation du sang et dans la consommation du sucre a été observé dans le cerveau frontal de plusieurs patients. » (Geiser, 1999, page 22)

À l'heure actuelle, les spécialistes mettent en avant que chez les personnes souffrant de troubles schizophréniques un dysfonctionnement important du système endocannabinoïde. Le système endocannabinoïde comprend deux récepteurs à cannabis, le CB1 qui est situé dans le cerveau, et le CB2 qui est situé dans le système immunitaire. (Donzé, 2012)

Les récepteurs cannabinoïdes de type 1 (CB1) sont particulièrement nombreux dans plusieurs régions du cerveau chez des patient-e-s schizophrènes. Ces récepteurs sont présents principalement dans les régions suivantes :

- *« Le cortex préfrontal dorsolatéral*
- *Le cortex cingulaire antérieur*
- *Le cortex cingulaire postérieur*
- *Les ganglions de base*
- *L'hippocampe*
- *L'aire tegmentale ventrale »*

(Donzé, 2014, page 23)

Il a également été mis en avant que la dopamine jouerait un rôle essentiel dans l'émergence de troubles schizophréniques, en effet, les personnes victimes de cette maladie auraient un taux de production de dopamine trop élevé. Cette production plus élevée de dopamine serait une conséquence directe d'une altération du CB1 (récepteur cannabinoïde de type 1), qui serait beaucoup plus actif. (Donzé, 2014)

« Leweke et coll. ont observé une augmentation du taux de l'anandamide (endocannabinoïde) dans le liquide céphalorachidien d'un petit groupe de schizophrènes, traités ou non. Giuffrida et coll. ont montré que ce taux est fortement élevé chez des schizophrènes paranoïdes non traités et qu'il est inversement proportionnel à l'importance de leurs troubles. Aussi peut-on penser que la libération de l'anandamide exerce un rétrocontrôle inhibiteur sur "l'hyperdopaminergie" de la schizophrénie aiguë. Cette hypothèse est renforcée par le fait que le taux de l'anandamide est revenu à la normale chez les patients traités par des antipsychotiques "classiques" (antagonistes D2 [D2 : récepteur dopaminergique]) et donc on peut penser que ces antipsychotiques normalisent les taux de l'anandamide via l'inhibition des récepteurs D2. En revanche, le taux de l'anandamide est resté élevé chez les patients traités par des antipsychotiques "atypiques", qui agissent plutôt sur d'autres récepteurs. » (Donzé, 2014, page 24)

3. Les liens entre ces différents concepts

À l'aide de nos premières recherches dans le cadre de la réalisation de notre partie théorique, nous avons souhaité mettre déjà en lien ces différents éléments que nous pourrions ainsi comparer par la suite avec les informations apportées par les différents professionnel-le-s et également par la population concernée.

3.1. Cannabis et adolescence

Il est important de mentionner que l'usage du cannabis chez les adolescent-e-s n'amène pas de manière constante à des problèmes au niveau social et sanitaire. L'usage fréquent du cannabis n'indique donc pas nécessairement un usage problématique. Il a été démontré par l'enquête épidémiologique du Canadian Addiction Survey que les deux tiers des consommateurs et consommatrices consommant de manière journalière du cannabis ne rencontrent aucun problème particulier dans les domaines de la vie suivants : vie sociale, santé physique, vie personnelle et relationnelle, situation financière, situation professionnelle-scolaire. Il a également été démontré que pour la majorité de ces consommateurs et consommatrices, l'usage du cannabis est généralement abandonné lors du passage à l'âge adulte. (Obradovic, 2013)

Une consommation régulière et à long terme peut, en revanche, amener à ce que l'on appelle « des intoxications chroniques ». Si la consommation perdure, une altération des capacités intellectuelles peut se manifester et amener à des troubles cognitifs irréversibles à l'âge adulte.

Les signes d'intoxications au cannabis ont été classés en trois catégories en fonction de leur importance et de leur gravité, qui sont les suivantes :

« **Ivresse cannabique**

- *Euphorie, bien-être, détente puis apathie et somnolence*
- *Perturbations de la mémoire, de l'attention*
- *Distorsions du temps et de l'espace*

Formes particulières d'intoxication

- *Hallucinations*
- *Bad trip: crise d'angoisse, idées paranoïaques ou délirantes*
- *Psychose cannabique aiguë = bouffée délirante aiguë*

Intoxication chronique

- *Troubles cognitifs (mémoire, attention)*
- *Syndrome amotivationnel (indifférence affective et sociale)*
- *Lien avec pathologies psychiatriques* »

(Obradovic, 2013, page 18)

3.1.1. Facteurs de risques

Nous ne pouvons aborder la problématique du cannabis chez les adolescent-e-s sans parler tout d'abord des différents facteurs de vulnérabilités individuels, sociaux et environnementaux. Ces nombreux facteurs de risques sont d'autant plus importants lorsqu'ils sont cumulés à la période de vulnérabilité neuronale qu'est l'adolescence, où le développement cérébral n'est pas encore arrivé à maturation. Les facteurs de risques les plus importants ont été recensés de cette manière :

« **Facteurs liés au produit et à sa consommation**

- *consommations précoces*
- *association systématique de cannabis à d'autres produits*
- *fréquence de consommation en augmentation*
- *usage "auto-thérapeutique"*

Facteurs de vulnérabilité individuels

- *difficultés relationnelles et familiales*
- *troubles psychiques*
- *antécédents de conduites à risque : tentatives de suicide, troubles alimentaires ou psychotiques*

Facteurs environnementaux, sociaux

- *événements de vie traumatiques*
- *désocialisation*
- *échec scolaire / difficultés professionnelles*
- *délinquance*
- *consommation parentale*
- *difficultés relationnelles intra-familiales*
- *fréquentation d'autres consommateurs »*

(Obradovic, 2013, page 19)

3.1.2. Les effets du cannabis sur le cerveau adolescent

L'influence néfaste du cannabis sur le cerveau adolescent s'expliquerait notamment par le changement constant auquel il est soumis. Il a d'ailleurs été prouvé lors d'une étude menée par une revue scientifique américaine qu'une consommation répétée de cette substance à l'adolescence contribuerait à une allitération des performances intellectuelles. Les adolescent-e-s consommant du cannabis sont donc plus susceptibles de subir des perturbations au niveau du développement du cerveau. Durant cette période de leur vie, le cerveau se développe encore, notamment les régions qui concernent la mémoire, l'attention, la prise de décision, les facultés motrices et le langage. Une consommation de cannabis crée donc des dommages à ce niveau-là chez les jeunes consommateurs. Des scanners ont été effectués et les résultats ont démontré un arrêt du développement de la myéline chez les personnes ayant un passé avec le cannabis. L'absence de myéline crée une allitération au niveau du développement de la matière blanche, ce qui engendre un ralentissement au niveau du transfert d'informations. (Perrin, 2009)

De plus, le fait de fumer du cannabis peut marquer la vie adulte. Effectivement, il sera beaucoup plus difficile d'arrêter de fumer si on a commencé à 14 ans plutôt qu'à 20 ans car à cet âge là le développement du cerveau est terminé et la matière grise ne sera pas marquée par la consommation. (Michel, 2012)

En plus de cela, les séquelles seront plus importantes chez un-e jeune qui a commencé à consommer tôt et même si la personne parvient à stopper la prise de drogue, la restauration des fonctions neuropsychologiques ne sera pas complète. Par exemple, la zone qui joue un rôle dans la prise de décision et la planification sera d'autant plus touchée chez les jeunes consommateurs et consommatrices. (Mascret, 2012)

3.2. Cannabis et schizophrénie

Nos nombreuses recherches nous ont démontré que la question des relations entre la consommation de cannabis et la schizophrénie fait aujourd'hui encore l'objet de nombreux débats. En effet, il existe des liens, mais il n'y a pas de causalité directe. La consommation de cannabis est très régulièrement présente chez les patient-e-s schizophrènes, elle ne constitue pas pour autant un élément déclencheur.

« Cependant, chez des sujets ayant des antécédents familiaux et une prédisposition génétique à la maladie, le cannabis peut précipiter la maladie schizophrénique et en aggraver le cours : 8 à 13 % des patients schizophrènes ne le seraient pas devenus sans exposition au cannabis. Le risque de survenue de la maladie est multiplié par 4 lorsque l'usage a lieu avant 15 ans (Laqueille et al., 2012). D'une façon générale, comme toute substance psychoactive, le cannabis est un facteur d'aggravation des pathologies psychiatriques, et vice-versa. ». (Obradovic, 2013, page 18)

Les effets du cannabis sont variables en fonction des personnes et des modalités d'usage. En effet, chez les personnes plus vulnérables, la consommation de cannabis peut être révélatrice d'une schizophrénie. À noter que, plus de 40% de jeunes patient-e-s schizophrènes consomment du cannabis.

L'Association « Les journées de la schizophrénie » met en avant le fait que la consommation de cannabis peut être un facteur de risque de psychose. En effet, certaines recherches récentes ont montré que fumer régulièrement du cannabis à l'adolescence multiplie par 3 le risque de développer une schizophrénie quelques années plus tard. Les spécialistes estiment que ce risque n'est pas le même pour tous: il dépend du patrimoine génétique. Cela explique que certain-e-s grand-e-s consommateurs et consommatrices de cannabis n'ont jamais développé de schizophrénie.

« En cas de schizophrénie, la consommation de cannabis peut aggraver le cours de la maladie ou provoquer une rechute. Il est également probable que la consommation de cannabis déclenche cette maladie de manière prématurée. Il y a des rapports entre l'usage de cannabis et d'autres problèmes psychiques (dépressions, angoisses) mais les liens de causes à effets ne sont pas encore très clairs. » (Addictions Suisse, 2012, page 3)

Malgré les nombreuses recherches menées, il est encore difficile de dire si le cannabis provoque des psychoses uniquement chez des personnes présentant déjà une certaine vulnérabilité sur le plan psychique ou s'il peut également en déclencher chez des sujets sains. Il est possible cependant de distinguer deux types de troubles psychotiques liés à la consommation :

- *« La psychose fonctionnelle : Cette psychose semble se déclencher chez des personnes présentant des traits schizophréniques. Elle se manifeste par des délires, des hallucinations, une désorganisation de la pensée. Ces symptômes ne persistent, en général, pas plus de deux semaines.*
- *La psychose toxique : Contrairement à la psychose fonctionnelle, la psychose toxique se présente chez des personnes n'ayant pas de vulnérabilité aux psychoses. Elle peut survenir lors de consommation à grande dose avec pour premier symptôme une confusion et une désorientation. Ces symptômes ne durent que quelques jours. »*

(Reynaud et Benyamina, 2009, page 60)

De nombreuses études ont été menées afin de démontrer un lien entre la psychose et la consommation de cannabis. La plus citée est l'étude Suédoise d'Andreasson et al. Cette dernière a été menée de 1969 à 1970 sur 45'570 sujets. Parmi eux se trouvait 9,4% ayant déjà consommé du cannabis et 1.7% ayant déjà consommé plus de 50 fois du cannabis. Les résultats furent très intéressants étant donné qu'ils ont démontré qu'il existe un risque 2,9 fois plus élevé de développer une psychose chez les sujets ayant une forte consommation. D'autres études ont été menées par la suite et les résultats furent pratiquement similaires. (Reynaud et Benyamina, 2009)

Une étude menée par Van Os et son équipe a démontré qu'une consommation de cannabis augmentait légèrement le risque de développer une psychose chez des sujets sains mais de manière considérable le risque chez les sujets présentant une vulnérabilité psychotique. (Reynaud et Benyamina, 2009)

Une troisième étude menée par Henquet sur des sujets entre 14 et 24 ans a démontré que l'usage de cannabis à l'adolescence augmentait modérément le risque de développer une psychose. *« Chez les sujets non-consommateurs et présentant une subtilité à la psychose le risque d'en développer une est de 25% alors que chez les sujets présentant une vulnérabilité en consommant du cannabis, le risque d'en développer une est de 50%. »* (Reynaud, Benyamina, 2009, page 61)

Nous pouvons donc conclure que le cannabis aurait une réelle influence négative sur notre psychisme. Comme le confirmait le psychiatre Raphaël Carron :

« L'effet de la substance varie certainement d'un consommateur à un autre, mais il est fait mention parmi les risques engendrés par cette drogue d'une aggravation des psychoses, de délires hallucinatoires et même de schizophrénies. Il est possible d'affirmer que des consommations supérieures à trois joints par jour, dès le début de l'adolescence, nuisent gravement à la santé mentale. » (Manfrino, 2014, page 1)

Nous savons également, de par nos nombreuses recherches, que le cannabis est une substance très souvent consommée par les personnes souffrant de schizophrénie, lorsque la maladie est déjà installée. Dans certains cas, cette consommation permet aux personnes malades d'atténuer certains symptômes désagréables liés à la maladie, comme les angoisses, ou les troubles du sommeil par exemple. C'est en fait une forme d'auto-médication pour ces personnes, qui peuvent ainsi vivre leur quotidien de manière plus confortable. En revanche, à long terme, la consommation de cannabis diminue les chances de réhabilitation voire de guérison et augmente le taux de rechutes.

En bref, ce que l'on dit actuellement au sujet du couple cannabis-schizophrénie :

- *« La consommation de cannabis ferait le lit de la schizophrénie et de la dépression.*
- *La consommation de cannabis permettrait de soulager les symptômes anxieux d'une schizophrénie débutante. »*

(Donzé, 2012, page 3)

Plusieurs observations laissent à penser que le cannabis induirait des troubles psychotiques surtout chez les personnes prédisposées à être sujettes à ce type de troubles :

- *« La plupart des adolescents qui consomment du cannabis ne développeront pas de psychoses*
- *La consommation de cannabis a augmenté fortement pendant les vingt dernières années, mais l'incidence de troubles psychotiques n'a pas augmenté proportionnellement*
- *Le début de troubles schizophréniformes est souvent plus précoce chez les consommateurs de cannabis. »*

(Donzé, 2012, page 20)

Selon le livre *Cannabis, haschich et Cie* écrit par Nicolas Donzé et Marc Augsburger, il est généralement admis que :

« Suite à la première consommation de cannabis ou suite à la consommation d'une dose importante, il existe un risque de développement d'effets d'anxiété sévères ou d'effets psychotiques.

Cependant, ces effets sont réversibles dès l'arrêt de la consommation. La littérature scientifique est riche de discussions concernant la relation entre la consommation de cannabis et la survenue de problèmes psychiatriques, comme la schizophrénie ou la dépression nerveuse ». (Donzé et Augsburger, 2008, page 101-102)

Depuis plus de vingt ans, de nombreuses études sont menées mais cependant la relation entre le cannabis et l'apparition d'une psychose reste complexe. Cependant, les études les plus récentes ont démontré que le cannabis n'est pas une cause suffisante à l'apparition ou le développement d'une psychose mais qu'il y joue un rôle. Certaines études disent que la consommation de cannabis pourrait augmenter de 8 à 10% le risque d'apparition de psychose. Une autre étude, également citée dans le livre de Monsieur Donzé, a suivi 532 jeunes qui avaient eu recours au cannabis et a démontré que cette consommation jouerait un rôle, chez des personnes présentant des terrains favorables, dans l'apparition de troubles psychiques. (Donzé et Augsburger, 2008)

« Un travail de recherche regroupant plus de 35 études scientifiques et plus de 4800 références bibliographiques parues jusqu'en 2006, a mis en évidence que la probabilité de développer une psychose est plus importante chez des personnes ayant consommé du cannabis que chez celles n'en ayant jamais consommé. D'autre part, il ressort de cette revue de la littérature que le risque augmente avec la quantité de cannabis consommé. » (Donzé et Augsburger, 2008, page 103)

Une étude a été réalisée durant quatre ans avec une cohorte de 2437 jeunes âgés d'environ 18 ans : les risques de symptômes psychotiques étaient élevés à 24% chez les sujets prédisposés, contre 6 % chez les sujets non prédisposés. (Donzé, 2012)

« L'idée selon laquelle l'anandamide (neurotransmetteur cannabinoïde endogène) a une fonction adaptatrice lors d'un épisode psychotique contraste avec le fait que le cannabis peut induire des troubles psychotiques. Une explication possible vient d'une étude récente, menée par Leweke et coll. Le taux de l'anandamide dans le liquide céphalo rachidien de schizophrènes présentant un premier épisode psychotique et non traité, ainsi que dans le liquide céphalo rachidien de sujets contrôles :

Ces deux groupes ont été subdivisés en fonction de l'usage du cannabis : de faible fréquence (0 à 5 fois) et de forte fréquence (plus de 20 fois).

Résultat : le taux de l'anandamide est 10 fois plus important chez les patients forte fréquence que chez les schizophrènes faible fréquence et les sujets contrôles. Autrement dit si l'usage du cannabis dépasse un certain seuil, il peut induire une "down regulation" de la signalisation anandamide dans le système nerveux central, via une diminution de la synthèse de l'anandamide et / ou une augmentation de sa dégradation. » (Donzé, 2012, page 25)

3.3. Un danger plus grand pour les adolescents ?

Quelle que soit la manière dont le sujet exprime la désorganisation qui s'instaure, il s'engage toujours dans un mouvement de retrait d'investissement de l'environnement extérieur, du monde des objets comme du monde interne, de soi-même. Ce repli sur soi n'est pas toujours révélateur d'une forme de trouble psychotique, mais est parfois simplement lié à l'adolescence et à ses caractéristiques bien particulières. D'après Braconnier et Forget (1985), l'évolution vers la psychose chronique est nettement plus favorisée dès lors que des épisodes délirants aigus apparaissent avant l'âge de 15 ans, car avant cet âge-là, la fragilité du moi ne permettrait pas une cohérence suffisante pour répondre aux premières poussées pulsionnelles de la préadolescence. Il se trouve en effet que l'adolescence soit une période de la vie propice à l'émergence d'épisodes psychotiques en raison des importants changements internes. Il n'est pas évident de différencier certains comportements liés à l'adolescence et d'autres qui pourraient être de formes psychotiques, ce qui implique des examens rigoureux et des temps d'observations suffisamment longs avant qu'un diagnostic ne soit posé. En constatant le taux de surdiagnostic de schizophrénie chez les adolescent-e-s, les spécialistes appellent aujourd'hui à la prudence. (Camous, 2011)

4. Politique Suisse actuelle concernant le cannabis

4.1. Lois sur les stupéfiants, état des lieux

« La loi fédérale de 1951 sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup), révisée en 1974, puis en 2011, règle la fabrication, la distribution, l'acquisition et l'utilisation des stupéfiants et des substances psychotropes soumis au contrôle de l'Etat.

Sont notamment des stupéfiants au sens de cette loi, les substances et les préparations ayant des effets du type cannabique (art. 2a., LStup). Dans ce même article cite l'exemple du chanvre, qui fait partie des stupéfiants au titre de matière première.

Selon l'article (art) 8, alinéa (al.) 1 LStup, le chanvre ne peut être en principe ni cultivé en vue d'en extraire des stupéfiants et du haschisch, ni importé, ni fabriqué ou mis dans le commerce. Selon l'art. 19, ch. 1, al. 1, LStup, la culture, sans autorisation, du chanvre est punissable lorsqu'elle est pratiquée dans le but d'en tirer des stupéfiants.

Le Tribunal fédéral a statué, le 29 août 1991, qu'en l'état actuel des connaissances, le cannabis ne pouvait, même en grande quantité, mettre en danger la santé de nombreuses personnes au sens de l'art. 19, ch. 2, let. a, LStup. Dès lors, en cas d'infractions selon l'art. 19, ch. 1, al. 1, LStup en relation avec cette drogue, il est exclu d'admettre l'existence d'un cas grave au sens de l'art. 19, ch. 2, let. a, LStup. Il en résulte que le trafic de produits du cannabis, contrairement au trafic d'autres drogues telles

que le LSD, l'héroïne ou la cocaïne, ne constitue pas un "cas grave" (peine minimale d'un an de privation de liberté) que lorsqu'il est pratiqué par une bande ou lorsqu'il s'agit d'un trafic par métier. » (Stop-cannabis, 2014)

« Le 1er juillet 2011 le Conseil fédéral a mis en vigueur la Loi sur les stupéfiants révisée (LStup). Cette révision de la loi a été approuvée par le peuple suisse avec 68% lors de la votation populaire du 30 novembre 2008. La révision de cette peine prévoit un durcissement des peines prévues afin de protéger la jeunesse. La Confédération aura davantage de poids dans les tâches de coordination avec les cantons et la prévention et la protection de la jeunesse sont renforcées. C'est pourquoi la vente de drogue à des personnes de moins de 18 ans ainsi que dans les écoles est plus sévèrement punies. La culture et le commerce du chanvre, quel que soit son usage, demeurent rigoureusement interdits. Néanmoins la nouvelle loi introduit une réglementation nuancée pour une application médicale limitée ou dans le domaine de la recherche. La culture, le commerce et la remise ainsi que la prescription de cannabis est exceptionnellement possible dans des cas motivés notamment quand il s'agit des maladies graves. » (bag.admin, 2014)

« La législation suisse est claire: la culture, la consommation et le commerce de cannabis sont interdits. Pourtant, la Loi fédérale sur les stupéfiants de 1951 laisse une certaine marge de tolérance. Ainsi, par exemple, «celui qui se borne à préparer des stupéfiants en quantités minimales», pour lui ou pour des tiers, n'est pas punissable. Une ambiguïté à laquelle s'ajoutent les différentes pratiques d'un pays fédéraliste. L'application de la législation revient en effet aux cantons et la dureté des interdictions et des sanctions peut varier beaucoup de l'un à l'autre. » (Jorio, 2012)

Depuis la révision de la loi sur les stupéfiants entrée en vigueur en 2011, les Chambres du Parlement se sont mises d'accord pour ne plus poursuivre de manière pénale les consommateurs ou consommatrices majeur-e-s de cannabis, mais plutôt de leur infliger des amendes. En effet, si la quantité de cannabis pouvant être retrouvée sur une personne d'au moins 18 ans ne dépasse pas les 10 grammes, l'amende variera entre 100 et 200.-. Cette application permet en quelque sorte une certaine homogénéité entre les cantons et ainsi d'avoir un discours plus cohérent en matière de prévention. Malgré cela, l'interdiction demeure, mais les conservateurs de l'Union Démocratique du Centre voient dans cette réforme un premier pas vers la légalisation. (Jorio, 2012)

« Quoi qu'il en soit, le peuple suisse ne veut pas de dépénalisation, comme il l'a signifié en 2008 en refusant à 63% une initiative populaire dans ce sens. L'association faïtière Abstinence des drogues n'a pas manqué de le rappeler dans un communiqué, déplorant que "pour la énième fois, on a sous-estimé les dangers de la consommation de cannabis, qui peut souvent être un facteur déclenchant des crises existentielles chez les jeunes" ». (Jorio, 2012)

Durant les quinze dernières années, les débats concernant la répression et les sanctions pénales à infliger aux consommateurs et consommatrices de cannabis ne cessent de se poursuivre. Pourtant d'après Jean-Félix Savary, secrétaire général du Groupe Romand d'Études des Addictions (GREAA) : « *toutes les études montrent que la répression est un échec.* » (Jorio, 2012)

4.2. Des avis divergents

4.2.1. Dépénaliser pour mieux contrôler

Le cannabis est la drogue illégale la plus consommée dans le monde, c'est pourquoi de nombreux experts s'accordent à dire qu'une réglementation est nécessaire afin de viser une régulation légale. De nombreux arguments allant dans ce sens sont mis en avant :

Réduire la taille du marché illégal : en réglementant et en réduisant ce marché, qui, il faut le savoir, est le marché de drogue le plus important en Suisse, les moyens de contrôle seront plus efficaces. (Grea, 2014)

Encadrer les problèmes liés au cannabis : pour diminuer efficacement les nombreuses conséquences que le cannabis peut voir sur les jeunes (problèmes psychiques, difficultés d'apprentissages etc.) de nombreuses méthodes d'interventions précoces se sont déjà montrées efficaces. (Grea, 2014)

Protéger la jeunesse : en réglementant le marché du cannabis, des mesures de restrictions pour les jeunes pourraient être mises en place, comme il y en a pour l'alcool actuellement, par exemple. (Grea, 2014)

Séparer les différents marchés de la drogue : une répression trop importante a conduit le marché du cannabis à se lier au marché de la cocaïne et de l'héroïne. Les consommateurs et consommatrices de cannabis sont donc plus facilement tentés à essayer d'autres drogues. Une réglementation du marché du cannabis permettrait une distinction avec les autres marchés de drogues illégales. (Grea, 2014)

Diminuer le marché noir : la réglementation permettrait une diminution du marché noir et de ce fait une diminution d'un important réseau mafieux. (Grea, 2014)

Diminuer la visibilité du trafic : la réglementation du commerce de cannabis diminuerait les nombreux deals dans les espaces publics. C'est le point jugé actuellement prioritaire par la population. (Grea, 2014)

Le secrétaire du Grea espère que la Suisse continuera à «laisser une certaine marge de manœuvre aux cantons et aux communes pour expérimenter des solutions pour gérer le problème. Pour lui, il serait bon de recycler quelques-uns des principes de l'ancienne stratégie du gouvernement suisse pour la réglementation du marché du cannabis. Le projet de 2001 - finalement abandonné par le Parlement - prévoyait non seulement de dépénaliser la consommation, mais aussi de tolérer un certain nombre de points de vente, tout en insistant sur la prévention auprès des jeunes. "Il ne s'agit pas d'ouvrir des coffee shops, mais bien d'établir un certain nombre de règles pour ceux

qui veulent consommer du cannabis", explique Jean-Félix Savary. » (Jorio, 2012)

« Pour Addiction Suisse (anciennement ISPA), la réglementation du marché serait également la meilleure solution. "Cela permettrait aux consommateurs de chanvre d'en acheter légalement et de le dissocier d'autres substances, comme la cocaïne", explique Ségolène Samouiller, porte-parole de l'institut. En outre, si le cannabis est vendu sous contrôle de l'Etat, cela permettrait de surveiller la qualité du produit, notamment ses teneurs en THC [delta-9-tétrahydro-cannabinol, le principal principe actif] et en pesticides, "une vraie approche de santé publique, visant à réduire les risques pour les consommateurs" ». (Jorio, 2012)

Stéphane Rossini, Conseiller National Valaisan au parti Socialiste Suisse met en avant plusieurs arguments allant dans le sens d'une dépénalisation et ainsi de la fin de la répression. En effet, le parti Socialiste tente de promouvoir les objectifs visés par l'initiative demandant une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse, à savoir :

- *« dépénaliser la consommation, la détention et la culture de cannabis ainsi que l'achat de cette substance en vue d'un usage personnel.*
- *réglementer la production, la fabrication, l'importation et l'exportation de même que le commerce de substances psycho actives extraites du chanvre.*
- *prendre des mesures appropriées de protection de la jeunesse et promulguer l'interdiction de la publicité ».*

(Rossini, 2008)

« Il est certes facile de « mettre un couvercle sur la marmite » et de fermer les yeux. Mais, si l'on ne coupe pas le courant, tôt au tard, ce sera l'explosion. Dire « non » avec intransigeance est vite fait, politiquement proteur [sic] peut-être au café du commerce. Du point de vue d'une politique publique cohérente et rigoureuse, pour apporter des solutions concrètes et effectives aux problèmes posés à la population par la question de la consommation de cannabis, c'est insuffisant, insatisfaisant, voire irresponsable. C'est la raison pour laquelle nous soutenons cette initiative populaire, non pas par principe, mais par son potentiel d'ouverture positive à l'action. » (Rossini, 2008)

Pour le PS, il s'agit de se positionner afin d'apporter des réponses sensées et des solutions crédibles à un problème réel. Les solutions ne sont ni simples, ni catégoriques. Il est essentiel de pouvoir répondre avec pertinence mais aussi avec respect aux difficultés des personnes directement concernées. (Rossini, 2008)

4.2.2. Non à la dépénalisation

Pour l'Union Démocratique du Centre (UDC), le Parti Socialiste tend à une forme de terrorisme libéral. En effet, le parti de droite met en avant qu'une dépénalisation du cannabis ne ferait qu'empirer les problèmes sociaux déjà trop présents en Suisse.

« L'UDC veut affronter la réalité de la drogue droit dans les yeux et la combattre de front sans hypocrisie de façade ou sentimentalisme timoré. On ne pactise pas avec la drogue, on la détruit ou bien elle vous détruit. La politique de la gauche tend, quant à elle, à une forme particulièrement subtile de terrorisme libéral, instrumentalisant sciemment la faiblesse et la détresse humaines au profit d'une soif malsaine d'un pouvoir toujours plus total, pour ne pas dire totalitaire. On se met à leur place, une population de junkies sera toujours bien plus facile à gouverner par un Etat dealer qu'un peuple souverain et libre jouissant du plein exercice de sa raison et de droits démocratiques qui l'ont, jusqu'ici, préservé du mirage stupéfiant des paradis socialistes ». (Riedmatten, 2007)

Pour les jeunes UDC du Valais Romand, la dépénalisation du cannabis reviendrait à totalement banaliser cette drogue ainsi que ses dangers. Selon le parti, la toxicité de cette substance n'est plus à prouver à l'heure actuelle. De plus, cette dépénalisation compliquerait d'avantage la tâche des parents et des enseignant-e-s, qui risqueraient de se retrouver face à des adolescent-e-s prônant le fait que c'est légal. (Logean, 2006)

« Moralement, est-il admissible qu'un gouvernement sensé se préoccuper du bien de ses administrés dépénalise, voire promeuve une substance abrutissant, détruisant la personnalité des citoyens les plus faibles? Ne serait-il pas préférable d'encourager une jeunesse saine et responsable qui fasse courageusement front aux turpitudes de notre civilisation en manque de valeurs claires? » (Logean, 2006)

5. Hypothèses

Pour construire nos hypothèses, nous avons pris la décision de regrouper trois paramètres qui nous paraissaient essentiels car ceux-ci ressortaient régulièrement lors de nos recherches théoriques, ou encore de nos entretiens avec les professionnel-le-s et également avec la population concernée.

Le premier paramètre important était celui de l'âge, car nous nous sommes rapidement rendus compte que, en fonction de celui-ci, les conséquences étaient plus ou moins importantes. Pour notre deuxième hypothèse, nous avons décidé de nous centrer plus spécifiquement sur les éléments qui peuvent amener à une certaine fragilité chez les adolescent-e-s, comme des traumatismes vécus durant l'enfance, par exemple. En effet, il ressort régulièrement que des terrains fragiles seraient favorables à l'émergence d'éventuels troubles psychotiques. Pour finir, nous avons centré notre dernière hypothèse sur les raisons qui poussent un grand nombre de personnes atteintes de schizophrénie à continuer à consommer du cannabis. Ainsi, nous avons souhaité de par ces trois hypothèses, mieux comprendre l'avant,

et également l'après de la maladie, toujours en lien avec la consommation de cannabis.

- « Consommer du cannabis soulage les symptômes de la schizophrénie »
- « L'âge du consommateur ou de la consommatrice de cannabis joue un rôle important dans l'émergence d'une schizophrénie »
- « Les événements stressant (échecs, violences, abus) ont une réelle influence sur la consommation de cannabis et l'éventuelle émergence d'une schizophrénie »

6. Ce qui existe déjà en terme de prévention, d'action et d'informations

Ce point de notre travail regroupe diverses mesures et associations en lien avec la consommation de cannabis et la schizophrénie avec lesquelles nous avons eu l'occasion d'être en lien durant nos recherches. Il nous permet ainsi de mettre en avant certaines mesures existantes actuellement en Suisse.

6.1. Le programme TIPP

Le programme TIPP (Traitement et Intervention Précoce des troubles Psychotiques) a été développé dans le canton de Vaud dans le but de répondre aux jeunes présentant des signes de premiers épisodes psychotiques. Il est entre autre utilisé comme outil d'intervention à l'hôpital psychiatrique de Cery, à Lausanne.

Le but premier de ce programme est donc l'identification des premiers signes de types psychotiques permettant de ce fait un accès facilité et plus rapide aux soins, l'établissement d'un traitement adapté et adéquat, la facilitation de l'engagement des patient-e-s dans les soins, la limitation de l'impact psychosocial. Le traitement proposé par le programme TIPP se fait sur une durée de trois ans.

Les valeurs défendues par ce programme sont de garder une vision réaliste mais optimistes des troubles psychotiques, tout en visant une réhabilitation voire une guérison totale.

Les critères d'admission pour pouvoir participer à ce programme sont les suivants :

- « Être âgé entre 18 et 35 ans et vivre dans la région Lausannoise
- Présence d'hallucinations, d'idées délirantes et de désorganisation de la pensée
- Avoir moins de six mois de traitement neuroleptique »

(Conus, Crespi, Macheret-Christe, Fauste, 2007, page 16)

« Le programme TIPP travaille en collaboration avec le Centre de Neurosciences Psychiatriques (CNP), pour éclaircir certains aspects biologiques, cognitifs et thérapeutiques de la psychose. La personne sera approchée pour demander son accord pour la participation à différents projets de recherches. Participer est une décision qui appartient à la jeune personne. Quelque soit son choix, ceci n'interférera pas avec la prise en

charge proposée et l'accord de participation peut être retiré à tout moment, sans que le traitement ne soit remis en question. » (Conus, Crespi, Macheret-Christe, Fauste, 2007, page 16)

L'intervention motivationnelle

L'intervention motivationnelle est la principale méthode de prise en charge utilisée dans le cadre du programme TIPP pour les jeunes consommateurs et consommatrices de cannabis souffrant de troubles psychotiques.

Il est important de mentionner que plus de 45% des patient-e-s psychotiques sont également de grand-e-s consommateurs et consommatrices de cannabis. Plusieurs éléments comme par exemple la forte banalisation de cette substance dite « douce », la fréquence des consommations ainsi que sa nocivité particulière pour les personnes souffrant de psychoses, ont poussé les médecins et les psychiatres à mettre en place une méthode d'intervention et des approches spécifiques à cette population. L'entretien motivationnel (EM) est basé sur la collaboration et est centré sur la personne, avec pour objectif d'engendrer et de renforcer la motivation à changer. Cette technique s'est inspirée de l'approche centrée sur la personne de Carl Rogers. (Conus, Bonsack, Montagrin, Favrod, Gibellini, 2007). Les principes d'une intervention motivationnelle adaptée aux patient-e-s psychotiques consommant du cannabis sont :

- *« L'abord simultané des questions liées à la psychose et au cannabis et de leur interaction*
- *La prise en compte des troubles cognitifs liés à la maladie et au traitement*
- *L'adaptation des techniques d'écoute réflexive*
- *La structuration des entretiens, notamment à l'aide de la grille de balance décisionnelle »*

(Conus, Bonsack, Montagrin, Favrod, Gibellini, 2007, page 1)

Les quatre premières séances comportent :

1. *« La création d'une alliance et évaluation de la consommation de substances*
2. *Le développement de la motivation au changement en augmentant les contradictions dans le discours du patient*
3. *La définition des objectifs en fonction du stade de motivation au changement*
4. *L'adaptation de l'intervention au stade de motivation au changement »*

(Conus, Bonsack, Montagrin, Favrod, Gibellini, 2007, page 1)

La plupart des patient-e-s consommant du cannabis ne souhaitent pas arrêter d'en consommer car cette substance est utilisée comme facteur de sociabilité, le cannabis a un aspect convivial. Contrairement à la plupart des approches qui visent plutôt à souligner les dangers du cannabis, celle-ci place le thérapeute dans une posture de

compréhension et d'empathie face aux patient-e-s. (Conus, Bonsack, Montagrin, Favrod, Gibellini, 2007)

En dévoilant la relation créée avec le cannabis, les patient-e-s prennent alors doucement conscience, par eux-mêmes, des aspects nocifs et des liens possibles entre les troubles et la consommation. Dans la plupart des autres formes thérapeutique où la demande du, de la patient-e est nécessaire, en revanche dans l'intervention motivationnelle, cet aspect n'est pas nécessaire. Cette méthode donne justement aux clinicien-ne-s les outils pour s'adapter aux différents degrés de motivation. (Conus, Bonsack, Montagrin, Favrod, Gibellini, 2007)

« Le but de cette intervention vise à développer la perception des conséquences de la consommation, à renforcer la motivation du patient et son adhésion au changement, ainsi qu'à augmenter son sentiment d'efficacité personnelle, tout en limitant la réactance. La réactance est un phénomène de résistance qui se développe lorsqu'une personne se sent limitée dans ses choix et sa liberté individuelle et qui augmente l'envie de réaliser le comportement menacé d'être limité. » (Conus, Bonsack, Montagrin, Favrod, Gibellini, 2007, page 1)

L'intervention motivationnelle évite tout comportement de sanction ou d'interdiction, il n'y a pas d'attitude moralisatrice. Les patient-e-s doivent prendre conscience de la liberté qu'ils ont de faire des choix. Ainsi, il y a augmentation de leur sentiment de responsabilisation et d'autonomisation. Les patient-e-s se sentent alors plus en confiance et plus à même de faire des choix qui pourraient modifier certains de leurs comportements. Avec une approche de ce type, les patient-e-s s'ouvrent d'avantage et ont plus de facilité à parler de cette problématique qui est, pour la plupart du temps, abordée avec réticence lors d'entretiens psychiatriques classiques. En s'exprimant, les patient-e-s prennent conscience des aspects positifs et négatifs de leur consommation, et surtout de l'influence que celle-ci a sur leur maladie. De cette manière ils peuvent trouver de nouvelles motivations internes et externes pour modifier certaines de leurs habitudes. (Conus, Bonsack, Montagrin, Favrod, Gibellini, 2007)

L'intervention motivationnelle fait partie du programme TIPP (Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques) amené entre autre par le Professeur Philippe Conus au sein du Département psychiatrique du CHUV. Le programme TIPP base son intervention sur une prise en charge et une détection précoce dans l'émergence de troubles psychotiques chez les jeunes. Afin d'être le plus efficace possible, ce programme a dû s'adapter à une population caractéristique cible, soit des adolescent-e-s et des jeunes adultes. Nous nous sommes arrêtées sur deux outils mis en place dans le cadre de ce programme qui nous ont semblé particulièrement intéressants dans la manière d'entrer en communication avec ces jeunes.

L'application TIPP, qui dit tout sur la psychose

En collaboration avec les journées de la schizophrénie, le programme TIPP a mis en place une application pour téléphone portable adaptée aux jeunes et aux questionnements que ceux-ci peuvent avoir en ce qui concerne les maladies

psychiques. Un graphisme ludique et un format technologique, attirant ainsi plus facilement le regard et l'envie de s'y intéresser. Cette application répond à toutes les questions que les jeunes peuvent se poser comme par exemple : qu'est-ce qu'une psychose ? Peut-on en guérir ? Est-ce héréditaire ? Les réponses données sont claires, simplifiées, imagées et de ce fait très accessibles.

Une brochure informative ; cannabis et psychose

Une brochure a été créée permettant de mettre en avant certains effets du cannabis mais également certaines fausses croyances : « *après avoir fumé de la beuh, j'ai l'impression que tout le monde me critique ou parle de moi. Parfois j'entends des voix ou j'ai des visions. Grâce au cannabis, je suis plus concentré et beaucoup plus créatif.* » (Villarejo, Solida, Altermat, Baud, Conus, 2006, page 4-6)

Par ces textes sous forme de témoignages, d'idées reçues concernant la schizophrénie que l'on entend fréquemment et de bandes dessinées avec bien sûr des explications simplifiées, cette brochure est tout particulièrement adaptée aux jeunes en mettant en avant les nombreuses réflexions qu'ils peuvent se faire sur le cannabis et sur l'influence que cette drogue peut avoir sur la schizophrénie.

6.2. Synapsespoir

Synapsespoir est une association Valaisanne de proches de personnes souffrant de schizophrénie créée en 2009. L'association compte aujourd'hui environ 100 personnes comprenant des membres de la famille, des ami-e-s, des conjoint-e-s.

Synapsespoir travaille durement pour apporter un soutien à ces proches que l'on oublie trop souvent et qui, pourtant, ont un rôle essentiel à jouer dans la réhabilitation de la personne malade. Pourquoi cette aide aux proches ?

- « *S'entraider en partageant avec d'autres*
 - *Sortir de l'isolement et réaliser que l'on n'est pas seul*
 - *Être écouté sans être jugé*
 - *Prendre des décisions éclairées grâce aux expériences des autres*
 - *Lutter contre la stigmatisation*
- *Préparer l'avenir*
- *Rester informés des progrès concernant la maladie*
- *Maintenir une pression collective pour développer la recherche sur les schizophrénies afin de pouvoir mieux les traiter »*

(Synapsespoir, 2014)

Une des activités principale mise en place par Synapsespoir est la rencontre des proches qui a lieu de manière hebdomadaire. Ces rencontres ont pour but de donner la parole aux proches de personnes souffrant de troubles psychiques. L'accompagnement de ces personnes en souffrance est souvent mené d'embuches, de découragements mais aussi de joies. Ces proches ont donc souvent le besoin de partager ce qu'ils vivent et d'échanger avec d'autres personnes concernées afin de trouver un bon équilibre. Lors de ces rencontres, l'association propose également

des formations, des informations sur les troubles schizophréniques, les traitements et les moyens thérapeutiques qui existent à l'heure actuelle. Ainsi, les proches sont informés au mieux. (Synapsespoir, 2014)

6.3. L'AVEP

L'Association Valaisanne d'Entraide Psychiatrique (AVEP) est une association qui a été créée en 2005. Elle réunit plusieurs personnes souffrant de troubles psychiques ainsi que des proches de tout le Valais Romand et alentours. Ces personnes se réunissent dans un esprit d'entraide et de solidarité, reconnaissant la souffrance des personnes souffrant de troubles psychiques ainsi que les difficultés pour les proches. L'AVEP met en place divers projets permettant une ouverture vers l'extérieur, une meilleure compréhension de la maladie, une déstigmatisation, permettant ainsi à ces personnes en souffrance de faire partie inhérente de la société, d'un point de vue social et culturel. (AVEP-vs, 2014)

L'AVEP met en place diverses activités telles que des espaces de vie collectives impliquant de vivre, de partager, de créer et de développer des projets communs. La notion de groupe est essentielle, elle permet les échanges, la pratique collective, le respect, l'écoute ainsi que la solidarité. D'un point de vue rétrospectif, voici les missions accomplies par l'AVEP au cours de l'année 2013 :

Renforcer l'action en direction des proches

- Élaboration de la charte des proches
- Présentation de l'action auprès des proches et des équipes soignantes de l'hôpital de Malévoz à Monthey (VS)
- Conférence à la Fondation Domus sur « Le rôle et la place des proches »
- Participation des proches à deux émissions de radio sur le thème de la maladie et de la place des proches
- Accueil de professionnel-le-s de Malévoz au sein des groupes de proches

(Assemblée générale AVEP, 2014)

Intensifier l'information auprès des services psychiatriques ambulatoires et des acteurs psychosociaux

- Participation au département de psychiatrie et psychothérapie
- Séances de réflexion autour du projet de rénovation de l'hôpital de Malévoz
- Rencontre auprès des équipes soignantes, des patient-e-s et des proches

(Assemblée générale AVEP, 2014)

Promotion de la santé

- Organisation de soirées thématiques « et si on parlait psy » regroupant 85 personnes comprenant des proches, des professionnel-le-s et des personnes en souffrance psychique

(Assemblée générale AVEP, 2014)

6.4. Emera

La fondation Emera se donne pour mission de permettre à des personnes en situation de handicap et atteintes dans leur intégrité physique, psychique et sociale, de retrouver une autonomie et de favoriser leur participation à la vie en société. La fondation collabore avec diverses institutions et associations travaillant dans le même sens.

« Il y a situation de handicap lorsque des facteurs personnels et/ou environnementaux empêchent un individu de réaliser ses habitudes de vie. Ensemble avec la personne concernée, nous analysons la situation et tentons de réduire au maximum les obstacles rencontrés. Ces principes fondamentaux découlent de modèles systémiques comme la Classification internationale des fonctionnements, du handicap et de la santé (CIF) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ou le Processus de Production du Handicap (PPH). » (Emera, 2014)

Emera a mis en place un Service Social Handicap (SSH) qui permet de mettre en place des soutiens de manière individuelle ou collective, sur une durée plus ou moins longue, en fonction des besoins. La Fondation Emera propose également un service Hébergement destiné aux personnes souffrant de troubles psychiques. L'objectif est donc d'accompagner ces personnes afin de leur permettre de retrouver la plus grande autonomie possible, par le biais d'un soutien socio-éducatif, d'un soutien psychoaffectif, de soutien dans la santé et les soins personnels, d'une participation sociale, tout en garantissant la qualité et la sécurité du lieu de vie. (Emera, 2014)

6.5. CAAD

Le CAAD (Centre d'Accueil pour Adultes en Difficultés), situé à Saxon (VS), accueille des personnes en situation de handicap psychique et a pour mission d'offrir une prise en charge bio-psycho-sociale de longue durée. Il s'agit de la seule institution en Valais à accepter des personnes en situation de placement pénal. Ce centre travaille en collaboration avec :

«Les institutions sociales, sanitaires et pénales des cantons romands. Il travaille également avec les médecins référents, les professionnels des services sociaux, ainsi qu'avec les responsables des services, notamment du Service de l'Action Sociale du canton du Valais, auquel il est lié par une convention et des mandats de prestations ». (CAAD, 2014)

Les personnes accueillies sont des hommes et des femmes à partir de 18 ans et souffrant de troubles psychiatriques, somatiques, sociaux ou découlant d'une addiction. Ce sont souvent des personnes n'ayant plus d'autres possibilités de soutien. (CAAD, 2014)

6.6. Foyer les Rive du Rhône

Le Foyer des Rives du Rhône compte deux sites, un à Sion et l'autre à Salvan. Ce foyer accueille des adultes et des adolescent-e-s, femmes et hommes, vivant de lourdes difficultés sociales et environnementales. La mission principale des Rives du Rhône est d'aider ces personnes en difficultés personnelles liées à des dépendances.

La problématique de la dépendance touche de plus en plus les adolescent-e-s, c'est pour cette raison que ce foyer a adapté la prise en charge afin qu'elle soit la plus adéquate possible. L'objectif final est la guérison de la dépendance, quelle qu'elle soit.

Les Rives du Rhône ont une philosophie particulière qui prône une meilleure connaissance de soi :

« Se connaître vise à devenir le plus conscient possible de ses pensées, de ses représentations, de ses émotions et de ses actes pour les mettre au service d'un sens et d'un projet de vie. Se connaître vise également à devenir acteur à part entière dans les situations variées qui se présentent au cours d'une vie. » (rivesdurhone, 2014)

La cure proposée par le foyer se déroule en trois phases distinctes et le contenu thérapeutique est adapté suivant chaque individu. Une fois cette cure terminée, la vie communautaire prend également fin. Une association a été créée afin de permettre aux ancien-ne-s résident-e-s de garder contact et également de garder un pied dans le foyer. L'association s'appelle « les amis et les anciens des Rives du Rhône ». L'association peut également apporter de l'aide à des personnes anciennement dépendantes, en cas de besoin. (rivesdurhone, 2014)

6.7. Association Pygmalion

L'association pygmalion a pour but d'amener des personnes déficientes ou démunies à une réinsertion sociale et /ou professionnelle valorisante. Pour ceci, elle :

- *« Encadre les personnes en difficulté (au niveau mental, physique, cognitif, psychologique, neurologique, social, professionnel, scolaire, de dépendance, etc.) par un coaching socio pédagogique adapté.*
- *aide les personnes encadrées à développer et à réaliser des projets individuels d'insertion sociale ou professionnelle (recherche de moyens auxiliaires, recherche de fonds pour financer une formation, recherche de logement, etc.) ».*

(Pygmalion, 2014)

Les professionnel-le-s qui accompagnent ces personnes sont des socio pédagogues, des enseignant-e-s spécialisé-e-s, des coachs, des pédagogues curatifs ainsi que des intervenant-e-s en dépendances. Ces différent-e-s professionnel-le-s réunissent

leurs compétences afin de répondre aux problématiques sociales rencontrées par différents types de population :

- *« Les personnes en difficultés d'intégration sociales et professionnelles au niveau socio-économique faible (y compris les personnes sans emploi).*
- *Les personnes handicapées et rentières AI qui cherchent une reconversion professionnelle ou un projet de vie valorisant.*
- *Les personnes dépendantes en voie de rétablissement qui cherchent une réinsertion sociale et/ou professionnelle.*
- *Toutes les personnes qui traversent une période difficile dans leur vie. »*

(Pygmalion, 2014)

Les prestations de l'association répondent également aux personnes se retrouvant dans une période de crise passagère ayant besoin d'un accompagnement spécialisé afin de retrouver un certain niveau de bien-être.

La méthode de travail utilisée au sein de l'association est le coaching pédagogique. Cette méthode consiste en la construction d'objectifs concrets au niveau social, personnel ou professionnel et ceci en collaboration avec la personne en difficulté. Les mesures mises en place sont évidemment adaptées aux besoins ainsi qu'à la demande de la personne. Le coaching vise à un développement affectif (ex : confiance en soi), un développement social (ex : construction d'une identité professionnelle) ainsi qu'un développement cognitif (ex : acquisition de nouvelles représentations). Les prises en charge sont individuelles et se déroulent sur une dizaine de séances minimum. (Pygmalion, 2014)

7. Quels liens avons-nous eu avec ces services ?

7.1. Le programme TIPP

Le programme TIPP est une méthode d'intervention dont nous a parlé le Professeur Philippe Conus lors de notre rencontre au site hospitalier de Cery. Le programme TIPP a été mis sur pied par ce dernier dans le but de détecter de manière précoce les troubles psychotiques émergents chez les jeunes. Ce modèle d'intervention est actuellement utilisé en psychiatrie publique dans le canton de Vaud et fait partie intégrante du Département Psychiatrique du CHUV. Il a permis une nette amélioration de la prise en charge des personnes à risques. Le Professeur Conus nous a transmis plusieurs documents explicitant les fondements, les buts ainsi que le fonctionnement de ce programme.

7.2. Synapsespoir

Durant notre travail, nous avons eu l'occasion de rencontrer Madame Louise-Anne Sartoretti qui est la présidente de cette association. C'est auprès d'elle que nous nous sommes adressées concernant notre besoin de rencontrer quelques jeunes touché-e-s par la schizophrénie et la consommation de cannabis. Celle-ci nous a mis en contact avec deux jeunes qu'elle a pu trouver par le biais de l'association, qui ont accepté de nous recevoir afin de répondre à quelques questions. Elle nous a orientées et guidées dans le choix de nos questions, et nous a aiguillées quant à la meilleure façon de préparer nos entretiens. En effet, rencontrer une personne souffrant de schizophrénie demande de bien connaître la maladie et les complications qui peuvent être liées, comme la manière d'entrer en contact ou encore la façon de poser nos questions. Madame Sartoretti a également eu la gentillesse de nous orienter vers divers services œuvrant dans le milieu de la psychiatrie et susceptibles de répondre à notre besoin de rencontrer quelques jeunes.

7.3. L'AVEP

Après avoir rencontré la présidente de Synapsespoir, celle-ci nous a suggéré de prendre également contact avec l'Association Valaisanne d'Entraide Psychiatrique afin de leur exposer notre besoin de rencontrer quelques jeunes concerné-e-s par la consommation de cannabis et la schizophrénie. Nous avons eu un premier contact par e-mail, puis par téléphone. Nous avons alors pu discuter avec une responsable qui nous a expliqué qu'ils recevaient régulièrement des étudiant-e-s au sein de leurs locaux et que cela pouvait donc se faire sans difficulté. Elle nous a alors proposé de participer à une après-midi d'atelier dans le but de rencontrer quelques personnes, faire leur connaissance dans un environnement connu pour elles et profiter de ces moments pour leur parler de notre projet et de notre besoin de questionner quelques personnes concernées par la problématique de notre travail de recherche.

Nous nous sommes donc rendues le mercredi 23 avril 2014 dans l'après-midi aux locaux de l'AVEP qui se trouvent à Monthey. Dès notre arrivée, nous nous sommes senties bien accueillies tant par les professionnel-le-s que par les membres de l'AVEP présent-e-s. Nous avons commencé par nous installer dans la salle où un groupe d'une dizaine de femmes faisaient du bricolage et nous nous sommes présentées. Nous avons pris le temps de leur expliquer la formation que nous suivions à la HES SO de Sierre, et ce qui nous avait motivées à nous engager dans une formation d'éducatrices sociales. Nous leur avons ensuite parlé de notre travail de recherche ainsi que des objectifs que nous visions à travers celui-ci, tout particulièrement par rapport à notre souhait de rencontrer des personnes directement concernées par la consommation de cannabis et la schizophrénie.

Nous avons également mis en avant l'importance du respect de la confidentialité. En effet, pour garder le plus de confidentialité possible, il a été décidé avec la coordinatrice de l'AVEP que celle-ci dispose de nos numéros de téléphones et adresses e-mails, et que si un membre de l'AVEP prenait par la suite la décision de participer à notre entretien et de collaborer avec nous, il irait directement vers elle prendre nos coordonnées afin de nous contacter.

Bien que nous n'ayons obtenu aucunes nouvelles de la part de bénéficiaires de l'AVEP, cette manière de procéder fut tout à fait enrichissante car elle nous permit de découvrir cette association et d'être en contact directement avec des personnes et de leur présenter notre projet de vive voix. Nous avons ainsi pu mettre en avant l'importance pour nous de laisser à ces personnes la possibilité de s'exprimer sur un sujet délicat.

Nous avons également eu la chance d'être conviées à l'assemblée générale de l'AVEP qui a eu lieu le 10 avril 2014 à Monthey. Grâce à cette assemblée générale, nous avons pu en apprendre d'avantage sur cette association et son rôle au sein du canton du Valais.

7.4. Emera

Suite au conseil de Madame Sartoretti, la présidente de l'association Synapsespoir, nous avons également pris contact avec la fondation Emera afin de savoir s'il était possible de rencontrer des personnes de leur fondation directement concernées par la problématique du cannabis et de la schizophrénie. Nous avons commencé par leur écrire un e-mail où nous expliquions de manière précise le but de notre travail de recherches et les raisons qui nous poussaient à vouloir rencontrer quelques jeunes. Sans réponse de leur part, nous avons pris la décision de contacter la fondation directement par téléphone afin de vérifier si notre mail avait bien été reçu. Un éducateur responsable a pris le temps de nous répondre et d'écouter notre besoin. Il nous proposa de nous recontacter quelques jours plus tard, une fois qu'il aurait fait part de notre demande aux différentes équipes éducatives de la fondation. Une semaine plus tard il nous envoya un e-mail nous expliquant que malheureusement ils n'étaient pas en mesure de pouvoir nous recevoir.

7.5. Le CAAD

Nous avons également contacté le CAAD (Centre d'Accueil pour Adultes en Difficulté) par e-mail afin de savoir s'il y avait une possibilité que nous rencontrions des résident-e-s de cette institution afin de leur soumettre notre grille d'entretien. Nous avons rapidement obtenu une réponse d'un professionnel nous expliquant qu'il soumettrait notre souhait à la direction.

Environ trois semaines plus tard, n'ayant toujours pas obtenu de réponse, nous nous sommes permises de renvoyer un e-mail afin de savoir où en était notre demande, nous avons alors été plus précises quant à notre délai maximal pour rencontrer ces jeunes. La même personne nous répondit qu'elle nous tiendrait au courant rapidement. N'ayant finalement obtenu aucune nouvelle, nous avons fait le choix de ne pas insister d'avantage, et de nous contenter des jeunes que nous avons déjà rencontrés, afin de ne pas prendre le risque de dépasser le délai que nous nous étions fixées pour terminer les analyses de ces entretiens.

7.6. Le foyer les Rives du Rhône

Nous avons contacté le foyer par e-mail en expliquant précisément notre démarche et avons reçu une réponse rapidement. La personne contactée nous proposa de rencontrer des jeunes consommateurs et consommatrices de cannabis mais n'étant cependant pas atteints de schizophrénie. Cette perspective, bien que très intéressante, ne répondait malheureusement pas à nos critères et risquait de nous éloigner de notre sujet de départ. Nous avons donc décliné la proposition du foyer tout en les remerciant de leur proposition ainsi que de leur disponibilité.

7.7. L'association Pygmalion

C'est en consultant une brochure recensant différentes structures sociales Valaisannes que nous avons pris connaissance de l'association Pygmalion qui se situe à Sion. Nous avons donc pris l'initiative d'envoyer un e-mail en expliquant le but de notre travail et notre désir de rencontrer des jeunes concerné-e-s par la problématique du cannabis et de la schizophrénie. Nous avons rapidement reçu une réponse de la part de Monsieur Raphaël Debons, président de l'association, qui nous proposa de rencontrer lui-même les jeunes et de leur soumettre nos questions. Il nous expliqua qu'il aurait été trop délicat de rencontrer ces personnes directement afin de parler de leur problématique tout en sachant que nous étions des inconnues pour eux.

Nous avons alors contacté notre directrice de travail de Bachelor afin de lui demander si cette manière de faire pouvait être adéquate. Suite à la réponse de cette dernière, nous avons donc modifié notre méthode et avons alors envoyé notre questionnaire ainsi qu'une lettre adressée aux jeunes afin de leur expliquer le but de notre démarche et les remercier de leur participation. Nous avons également précisé que nous étions disponibles si une personne souhaitait éventuellement nous rencontrer et que nous pourrions leur envoyer notre travail une fois terminé, si cela les intéressait. Ce changement de méthode s'est avéré être tout aussi efficace et cette manière de procéder nous permis tout de même d'obtenir des réponses claires à notre grille d'entretien.

8. Résultats de ces différentes prises de contact

Cette partie de recherche de notre travail de mémoire nous a permis de prendre d'avantage connaissance des différentes structures Valaisannes et Vaudoises travaillant pour le mieux-être des personnes souffrants de troubles psychiques. Il a fallu que nous contactions bon nombre d'entre-elles, ce qui nous permit de collaborer activement avec ces différents réseaux d'entraide. La collaboration avec les différentes instances sociales fait partie intégrante du travail social et nous avons ainsi pu entraîner et améliorer cette compétence. Ainsi, nous sommes aujourd'hui plus au clair au sujet de ce qui existe dans les cantons romands et nous avons pu avoir différents contacts avec un réseau de professionnel-le-s qui nous sera utile également pour la suite de notre parcours professionnel.

Il a été essentiel que, lorsque nous prenions contact (généralement par e-mail pour commencer), nous soyons claires et concises dans notre demande. En effet, nous avons mis en place rapidement un modèle d'e-mail avec un texte type comprenant :

- Une présentation de notre parcours
- Une brève présentation de notre travail de bachelor
- Notre souhait de rencontrer des jeunes
- Les objectifs visés à travers notre demande
- Nos délais
- Nos disponibilités et la possibilité de partager notre travail une fois celui-ci terminé

Comme expliqué plus haut, nous avons obtenu des réponses positives, des réponses négatives, ou encore des propositions ne répondant pas nécessairement à notre demande. Nous savions dès le départ que notre demande était délicate car nos recherches se basaient sur des questionnements actuellement encore intimes, ou alors sans réponses claires. Étant conscientes de cela dès le départ, c'est la raison qui nous a poussées à contacter un grand nombre d'institutions ou d'associations, afin de mettre toutes les chances de notre côté.

Nous avons ainsi pu rencontrer au total quatre jeunes, deux par le biais de l'association Synapsespoir, et deux autres grâce à l'association Pygmalion. Nous avons pris la décision de nous arrêter à ces quatre jeunes car, d'une part, nos délais arrivaient à leur terme et nous craignions de manquer de temps pour la rédaction de nos analyses, et d'autre part car les réponses obtenues par ces quatre jeunes comprenaient suffisamment d'éléments nous permettant de répondre à nos hypothèses.

9. Nos entretiens avec des professionnels

Nous avons souhaité débiter nos entretiens en rencontrant divers professionnel-le-s susceptibles de répondre à nos questions liées à notre problématique de recherche. Nous nous sommes rapidement rendues compte que le sujet que nous avons choisi demandait d'acquérir un panel de connaissances médicales et scientifiques, il fut par exemple fondamental que nous écrivions une partie de notre travail sur le fonctionnement du cerveau. Les livres, les ouvrages ou encore les articles internet étaient pour nous très complexes et nous nous sommes régulièrement senties perdues et démunies parmi tous ces termes scientifiques. Les rencontres avec des professionnel-le-s du domaine ont donc été pour nous la possibilité de faire part de nos questionnements et de mieux appréhender le sujet.

Rencontrer des médecins, psychiatres et toxicologues fut nécessaire pour le type de travail que nous envisagions de mener. Rapidement, cela devint même un des objectifs de notre travail de bachelor, c'est-à-dire de transposer des connaissances médicales et scientifiques au domaine du travail social.

9.1. Les professionnel-le-s

Voici les descriptifs de chacun de nos entretiens avec des professionnel-le-s. Les grilles d'entretiens ainsi que les retranscriptions complètes se trouvent en annexe.

Entretien exploratoire N°1 :

Madame Delphine Preissman, chargée de cours et responsable de recherches à la Faculté des sciences sociales et politique de l'UNIL à Lausanne. Recherches fondamentales sur la schizophrénie : « comment transposer des signes de base dans un modèle théorique commun à d'autres espèces ? ».

Au tout début de notre travail de recherche, nous avons débuté par un premier contact avec Monsieur Vincent Barras, responsable de l'Institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne et directeur-adjoint de l'Institut romand. Étant une personne que l'une de nous deux connaissait personnellement, nous l'avons rencontré dans le but que celui-ci puisse nous guider et nous orienter vers différent-e-s professionnel-le-s susceptibles de nous aider pour la suite de nos recherches. Celui-ci nous a alors mis en lien avec Madame Delphine Preissmann qui est une de ses doctorantes et qui s'est spécialisée sur les recherches au niveau du cerveau. Celle-ci a pu nous apporter divers éléments de base nous permettant de mieux cerner le fonctionnement du cerveau lorsqu'une psychose est présente.

Entretien exploratoire N°2 :

Madame Tania Vispo, infirmière généraliste à l'unité des jeunes psychotiques de l'hôpital de Cery. Elle a également une formation de praticienne formatrice.

Au départ, il était prévu que nous rencontrions Madame Catherine Wolfer Raymond, infirmière à l'hôpital psychiatrique de Cery et également coordinatrice du programme « Les journées de la schizophrénie ». En effet, l'une de nous deux avait eu l'occasion de la rencontrer durant son stage au Graap-Fondation, et avait donc pu lui parler de la problématique de notre travail de Bachelor. Pour des raisons d'organisation et d'emploi du temps, Madame Catherine Wolfer Raymond ne put nous recevoir et nous dirigea donc vers une de ses collègues infirmière dans l'unité des jeunes psychotiques, Madame Tania Vispo. Ayant très peu d'informations sur Madame Tania Vispo, nous avons décidé de mettre en place une grille d'entretien comprenant peu de questions, mais des questions générales nous permettant d'une part de vérifier les informations que nous avons déjà, et également d'obtenir quelques compléments. Cet entretien fut également l'occasion pour nous de découvrir l'organisation de l'unité des jeunes psychotiques et la manière dont les professionnel-le-s y travaillent.

Entretien méthodologique N°1 :

Monsieur Philippe Conus, médecin interniste et psychiatre, spécialiste des études de cohorte et de l'intervention précoce dans les troubles psychotiques. Responsable de programme TIPP (Traitements et Interventions Précoces dans les troubles Psychotiques).

Dans le cadre des entretiens méthodologiques que nous avons à mener, nous avons souhaité rencontrer des professionnel-le-s reconnu-e-s dans le domaine du cannabis et des troubles psychotiques, plus particulièrement de la schizophrénie. Pour ce faire, nous avons commencé par prendre contact avec Monsieur Philippe Conus, chef du service de psychiatrie générale du CHUV, et qui a mené et mène encore de nombreuses études concernant l'intervention précoce des troubles psychiques. Nous avons souhaité rencontrer ce professionnel tout particulièrement car nous nous sommes rapidement rendus compte que lorsque nous trouvions des articles traitant de notre sujet, son nom était très régulièrement cité. Nous avons alors pris conscience que cette personne pouvait être une réelle référence et nous apporter beaucoup pour nos recherches. En effet, celui-ci s'est montré très disponible et a pu nous recevoir très rapidement. Nous avons alors scrupuleusement rédigé un questionnaire mettant en lien nos interrogations et les connaissances que nous avons déjà pu acquérir de par nos recherches faites pour la rédaction de notre cadre théorique. Nous avons évidemment pris le temps de beaucoup nous documenter quant à ses domaines d'études et aux recherches qu'il menait.

Entretien méthodologique N°2 :

Monsieur Nicolas Donzé, responsable de la toxicologie forensique et médicale à l'Institut central de l'Hôpital du Valais (ICHV) et collaborateur scientifique au Centre universitaire romand de médecine légale (CURML).

Suite à notre rencontre avec Monsieur Philippe Conus, nous avons souhaité rencontrer un autre professionnel du domaine mais cette fois-ci spécialisé plus particulièrement sur le cannabis. Nous avons donc pu entrer en contact avec Monsieur Nicolas Donzé qui est un spécialiste du domaine de la toxicologie et qui a accepté de nous recevoir dans son cabinet à l'hôpital de Sion. Ce dernier nous a accordé deux heures de son temps afin de répondre au questionnaire que nous avons mis en place avant notre rencontre. Auparavant, nous avons pris du temps afin de nous renseigner sur ce professionnel mais également de nous familiariser avec les différents termes scientifiques qui ressortaient régulièrement de ses textes. Ce dernier a d'ailleurs écrit un ouvrage sur le thème du cannabis (*Cannabis, haschich & Cie*) que nous avons pu nous procurer et qui nous permet d'enrichir nos connaissances du sujet. Son savoir scientifique nous on permet d'étayer nos connaissances et de répondre à nombreuses de nos questions.

9.2. Méthodes d'enquête

9.2.1. Avant l'entretien

Afin de mener à bien ces quatre entretiens avec des professionnel-le-s, nous avons décidé de les réaliser en construisant des grilles d'entretiens que nous avons ensuite exposées à la personne de manière semi-directive. Cette technique nous a permis d'obtenir les informations souhaitées tout en laissant une certaine liberté à la personne dans la manière de nous répondre. Nous avons pris le temps, pour chaque professionnel-le, de nous renseigner au mieux sur le statut de la personne ainsi que sur sa fonction au sein d'une organisation telle qu'une association, un hôpital ou encore un centre de recherche. Ainsi nous avons pu préparer nos questions de la manière la plus adéquate possible. Nous avons rédigé à chaque fois une quinzaine de questions que nous avons envoyées au préalable à notre directrice de bachelor pour relecture et d'éventuelles modifications ou suggestions. Une fois ces grilles d'entretien finalisées et validées, nous les avons envoyées aux professionnel-le-s concerné-e-s afin que ceux-ci puissent prendre d'avantage connaissance de notre requête. L'e-mail que nous envoyions systématiquement aux professionnel-le-s quelques jours avant la rencontre était pour nous le moyen de :

- Expliquer le but et le cadre de notre travail de recherche
- Expliquer à la personne la manière dont nous sommes arrivées jusqu'à elle, et les raisons de notre prise de contact
- Expliquer nos attentes quant à la rencontre
- Parler de l'importance accordée à l'anonymat avec un document à signer
- Vérifier la possibilité d'enregistrer l'entretien

9.2.2. Pendant l'entretien

Lors de nos entretiens, nous débutons par une présentation de notre travail de recherche ainsi que par une explication des objectifs visés à travers celui-ci. Nous présentons l'accord de confidentialité que nous signions en trois copies stipulant que toutes les informations reçues durant l'entretien seraient utilisées uniquement dans le cadre de notre travail de bachelor et que tous les enregistrements seraient détruits par la suite. Nous avons choisi la méthode de l'enregistrement audio car cela nous permettait de pouvoir d'avantage échanger avec la personne et ainsi de se concentrer sur les informations reçues.

Comme mentionné plus haut, nous avons procédé en nous basant sur des méthodes d'entretiens semi-dirigés. C'est-à-dire que nous tentions de suivre l'ordre logique de nos questions basées sur une grille thématique, mais que cet ordre n'était pas toujours respecté, en fonction de la conversation qui se créait. Ces questions étaient le fil rouge de notre entretien, mais nous laissions la liberté aux professionnel-le-s d'y répondre de la manière qui leur convenait le mieux. Certain-e-s étaient plus à l'aise en répondant à une question après l'autre, d'autres en revanche ont préféré s'exprimer sans forcément suivre l'ordre de nos questions. Laisser cette liberté fut un choix de notre part, permettant ainsi à chaque professionnel-le d'être le plus à l'aise possible dans les réponses données.

À la fin de chaque entretien, nous prenions le temps de faire un bref bilan des informations apportées par les professionnel-le-s et de vérifier si nous avons bien obtenu les réponses à nos questions présentes sur la grille. Nous remercions systématiquement la personne pour le temps et la disponibilité accordée et lui proposons de lui faire parvenir notre travail une fois celui-ci terminé.

9.2.3. Après l'entretien

Par la suite, nous prenions systématiquement un temps pour faire un bilan de l'entretien et de notre ressenti par rapport à celui-ci. Nous avons choisi de retranscrire les enregistrements afin de pouvoir travailler sur les données apportées par les professionnel-le-s plus facilement et ainsi faire des liens avec notre partie théorique. Les retranscriptions de nos entretiens n'ont pas été faites mot par mot mais il s'agissait de rassembler les idées et informations. Ces retranscriptions étaient envoyées aux professionnel-le-s qui le souhaitaient ainsi qu'à notre directrice de travail de bachelor dans le but d'obtenir des retours quant à la cohérence de nos retranscriptions.

Nous avons également pu nous rendre compte, lors de ces retranscriptions, de la richesse des éléments et informations apportées par ces professionnel-le-s et de leur cohérence avec notre travail de recherche.

9.3. Risques liés à la démarche

Les risques de notre démarche ont tout d'abord été liés à notre décision de rencontrer des professionnel-le-s du domaine médical et scientifique et que ce sont des domaines très peu connus pour nous. Pour ce faire, nous avons dû mener de nombreuses recherches théoriques afin d'intégrer certains concepts et de comprendre certains domaines nouveaux pour nous comme par exemple le fonctionnement du cerveau. C'est pourquoi, avant chaque entretien, nous prenions du temps afin de nous renseigner au mieux sur les professionnel-le-s ainsi que sur les recherches menées par ces dernier-ère-s. Il était primordial pour nous de connaître exactement la spécialisation de chacun afin de nous documenter au mieux sur celle-ci et ainsi être crédible non seulement dans la préparation des questions mais également lors de la rencontre. Les professionnel-le-s étaient évidemment mis au courant au préalable de nos objectifs ainsi que de l'utilisation des informations qui seraient transmises. Nous avons été attentives à prendre en compte uniquement l'essentiel des informations afin de ne pas donner une tournure trop scientifique à notre travail de bachelor.

Cette décision d'inclure des informations purement scientifiques aurait pu nous pénaliser mais nous pensons avoir utilisé les informations de manière adéquate tout en adaptant notre discours au domaine du social.

Un second risque lié à cette démarche fut de trouver des professionnel-le-s disponibles et ayant du temps à nous accorder. En effet, nous nous sommes rapidement aperçues que les emplois du temps souvent chargés de ces personnes rendaient ces rencontres particulièrement compliquées à organiser. Certain-e-s des professionnels-les contactés-es n'ont pas pu donner suite à notre demande, par

faute de temps par exemple. En revanche il est arrivé que ces derniers nous fassent parvenir différents contacts que nous pouvions alors utiliser. Par chance, nous avons eu l'opportunité de rencontrer quatre professionnel-le-s ayant été très à l'écoute et disponibles malgré leur emploi du temps. Ces derniers nous transmettaient quelques fois des brochures, des textes ou des documents informatifs par la suite, en compléments des connaissances transmises durant les entretiens. Ce qui semblait être une difficulté au départ a été finalement un atout de notre travail.

10. Nos entretiens avec la population concernée

Afin de vérifier nos hypothèses liées à notre thématique et conçues à l'aide de notre cadre théorique, nous avons décidé de rencontrer plusieurs jeunes entre 15 et 25 ans directement concernés par notre problématique.

Nous avons souhaité rencontrer ces jeunes d'une part pour sortir du contexte extrêmement scientifique et médical dans lequel nous baignons depuis le début de nos recherches, nous permettant ainsi d'entrer dans le vif du sujet. Étant de futures éducatrices sociale diplômées, notre mission principale se fera par le biais des relations créées avec une population, sur le terrain. Il était alors évident pour nous de consacrer une partie de notre travail à une étude de terrain, dans le contact avec des personnes concernées par une problématique particulière. Cet exercice fut également pour nous une occasion supplémentaire de travailler des compétences sociales, relationnelles et d'entretiens.

Notre souhait de rencontrer ces personnes fut également fortement motivé par notre envie de permettre à des personnes de s'exprimer sur une difficulté qu'elles vivent ou qu'elles ont pu vivre dans le passé. Les personnes concernées sont les acteurs premiers d'éventuels changements. Leur donner la parole fait partie de la déstigmatisation et de la valorisation, il était donc primordial pour nous de consacrer une partie de notre travail à des témoignages. Nous étions conscientes dès le début qu'il serait compliqué de trouver des personnes acceptant de répondre à nos questions. D'une part car le cannabis reste une drogue illégale et est de ce fait un sujet quelque peu tabou, d'une autre car les personnes souffrant de schizophrénie ne sont pas toujours dans l'acceptation de leur maladie et il est donc souvent difficile d'en parler.

Pour ce faire, nous avons pris un premier contact avec Madame Louise-Anne Sartoretti, la présidente de l'association Valaisanne Synapsespoir, qui a eu la gentillesse de répondre rapidement à nos questionnements. Nous avons pris contact avec cette dernière par e-mail, en lui expliquant les objectifs de notre travail de recherche et notre besoin de rencontrer quelques jeunes concerné-e-s par la consommation de cannabis et la schizophrénie. Madame Anne-Louise Sartoretti a rapidement pu nous mettre en lien avec deux premiers jeunes avec qui elle avait pris contact par le biais de familles présentes au sein de son association. Ces deux jeunes ont accepté sans peine de nous rencontrer afin de répondre à nos questions.

Afin de tenter de trouver des jeunes supplémentaires, Madame Louise-Anne Sartoretti nous a suggéré de prendre contact avec l'AVEP (Association Valaisanne d'Entraide Psychiatrique), la Fondation Emera ainsi que le CAAD (Centre d'Accueil

pour Adultes en Difficulté). Nous avons donc également contacté ces trois services en mentionnant que nous avons été guidées par Madame Louise-Anne Sartoretti.

Par la suite, nous nous sommes rapidement rendues compte de la difficulté de trouver des jeunes. Nous avons alors décidé d'élargir d'avantage nos recherches et avons pris contact avec le Foyer les Rives du Rhône de Sion et l'Association Pygmalion à Sion également.

10.1 Les jeunes

Voici les descriptifs de chacun de nos entretiens avec la population concernée, la grille d'entretien ainsi que les retranscriptions qui se trouvent en annexe.

Jeune N°1 :

Nous avons obtenu ce premier contact grâce à l'association Synapsespoir.

La rencontre s'est déroulée au buffet de la gare de Saxon, selon son choix. Il est venu accompagné de sa maman. Ce jeune homme de 28 ans vit seul depuis peu et travaille trois matinées par semaine dans des ateliers protégés. Il a récemment pris lui-même la décision de s'autonomiser et de prendre sa vie en main. Lorsqu'il nous parle de son travail il nous confie que celui-ci ne lui plaît pas vraiment, en revanche il peut, grâce à cette activité, retrouver un rythme et une occupation, ce qui l'empêche de trop réfléchir et d'être en proie à des hallucinations auditives. Il fait également beaucoup de sport, cela lui permet d'évacuer son stress et ses anxiétés. Il a consommé du cannabis durant plusieurs années mais n'y touche plus à l'heure actuelle. Il nous parle également des différents traumatismes qu'il a pu vivre. Lorsque, dans nos questions, nous employons le terme pathologie, le jeune réagit et nous explique que pour lui il n'est pas malade. Les voix qu'il entend parfois font pour lui partie intégrante de sa personne, il fait d'ailleurs quelques liens avec de possibles messages envoyés par Dieu. Nous remarquons alors rapidement chez ce jeune une non reconnaissance de sa pathologie.

(Jeune N°1, association Synapsespoir, 16 avril 2014, Saxon, 1h 30 minutes)

Jeune N°2 :

Nous avons pu rencontrer ce deuxième jeune par le biais de l'association Synapsespoir également.

Nous l'avons rencontré sur une terrasse à Sion, également selon son choix. Il vit seul dans un appartement. Ce jeune homme de 25 ans a débuté sa consommation vers 16 ans, lorsqu'il était au collège. Après s'être fait beaucoup aidé par Addictions Valais, à 21 ans il a arrêté de consommer. Il a débuté l'année dernière un apprentissage de documentaliste à la médiathèque de Sion, où il se plaît énormément. Il nous parle du cadre de travail paisible et peu stressant qui est idéal pour lui. Il souhaite par la suite trouver un emploi dans ce milieu mais s'inquiète beaucoup pour son avenir. Ses difficultés à aller vers les autres sont parfois pour lui handicapantes. Il nous parle de son envie de s'en sortir, et de briser les tabous et les peurs liés à la schizophrénie au sein de notre société. Il nous explique beaucoup se

renseigner sur la maladie par le biais de différents ouvrages. Il nous confie avoir également fait beaucoup de recherches sur le cannabis et le lien que cette substance pouvait avoir avec la schizophrénie.

(Jeune N°2, association Synapespoir, 16 avril 2014, Sion 1h)

Jeune N°3 :

Pour ce jeune, notre grille d'entretien a été transmise au président de l'association Pygmalion qui s'est chargé de la soumettre au jeune. La grille d'entretien ainsi que les réponses se trouvent en annexe.

« Le jeune N°3 a 23 ans, vit seul, a terminé un CFC d'employé de commerce et travaille aujourd'hui à 50%, au bénéficiaire d'une rente AI pour le reste. Diagnostic : schizophrène à tendance paranoïaque, détecté à l'âge de 17 ans. »

(Jeune N°3, interviewé par M. Debons, association Pygmalion, 21 mai 2014)

Jeune N°4 :

Pour ce jeune, notre grille d'entretien a été transmise au président de l'association Pygmalion qui s'est chargé de la soumettre au jeune. La grille d'entretien ainsi que les réponses se trouvent en annexe.

« Le jeune N°4 a 21 ans, CFC de gestionnaire du commerce de détails, vit avec son ami et travaille depuis 1 an à plein temps. Avant cela une rente AI lui était versée. Diagnostic : schizophrénie. »

(Jeune N°4, interviewé par M. Debons, association Pygmalion, 21 mai 2014)

10.2. Méthodes d'enquête

10.2.1. Les entretiens

Cette méthode a été utilisée pour le jeune N°1 ainsi que le jeune N°2. Ces entretiens ont été basés sur une approche qualitative plutôt que quantitative, avec des entretiens semi-directifs. Étant donné la difficulté de trouver plusieurs jeunes pour répondre à nos questions, il n'était pas envisageable pour nous de dégager de quelconques fréquences.

Cette méthode de récolte de données nous parut évidente dès le début. Un questionnaire ne nous aurait pas permis de récolter autant d'informations et d'aborder le sujet de manière approfondie. À l'inverse, un entretien totalement libre n'aurait pas été adéquat et aurait été probablement trop risqué. Du fait des pathologies de ces jeunes, il nous parut essentiel de garder un fil rouge lors des entretiens. Nous avons donc mis en place une unique grille d'entretien comprenant une dizaine de questions. Nous souhaitons privilégier les échanges, tout en gardant une ligne conductrice. Poser un cadre trop stricte aurait pu être une source de stress pour la personne interviewée et à l'inverse, une trop grande liberté dans la discussion aurait pu être déstabilisante.

Avant l'entretien :

Pour préparer nos entretiens et les mener à bien, il a été nécessaire que nous nous renseignions au mieux sur les différents aspects liés à la schizophrénie. Nous savions dès le départ, l'une d'entre nous deux ayant déjà travaillé avec des patient-e-s souffrant de schizophrénie, qu'il n'était pas possible d'entrer en contact avec ces personnes sans nous préparer en prenant certaines précautions.

Nous avons pris ces précautions dès la première prise de contact avec le jeune par téléphone. Nous commençons par nous présenter ainsi que le but de notre travail, et lui expliquions notre souhait de le rencontrer, en mettant en avant qu'il pouvait nous aider à obtenir certaines réponses et de ce fait à avancer dans notre recherche. Nous leur expliquions également l'importance pour nous de leur donner la parole. Nous avons utilisé le terme de rencontre, contrairement aux professionnel-le-s avec qui nous parlions plutôt d'entretiens. Nous avons en fait tenté, dès le début, de commencer à établir un climat de confiance. Nous demandions systématiquement à la jeune personne dans quel lieu elle souhaitait que la rencontre se passe, afin que celle-ci se sente la plus à l'aise possible lors de cet échange. Nous proposons également à la personne si celle-ci souhaitait venir accompagnée lors de la rencontre, de sa maman par exemple. Bien sûr, nous lui expliquions l'importance accordée à la confidentialité et au respect de la vie privée.

Pendant l'entretien :

Du fait de leur pathologie, une caractéristique importante de personnes souffrant de schizophrénie est la paranoïa. En effet, elles peuvent rapidement se sentir agressées, surveillées ou encore en danger. Il fallut donc que nous préparions nos questions de manière à ce que celles-ci ne soient pas trop intrusives. Nous avons privilégié des questions ouvertes et courtes. Dans ce sens-là nous avons également pris la décision de ne pas enregistrer ces rencontres à l'aide d'un dictaphone, l'idée étant d'éviter que cette manière de procéder amène chez ces personnes des sentiments de persécution, de contrôle. Nous avons donc préféré prendre quelques notes par écrit.

Une autre caractéristique liée à la maladie et également au traitement médicamenteux, est la difficulté à se concentrer et la confusion dans les idées. Nous avons donc décidé de poser des questions très brèves, tout en gardant un fil rouge, afin que la personne ne se perde pas dans ses pensées. L'entretien également durait peu de temps, une vingtaine de minutes, toujours selon le souhait ou le besoin de la personne interviewée. Nous laissons également une grande liberté dans la discussion, permettant ainsi au jeune de s'exprimer librement, en fonction de ce qu'il souhaitait partager avec nous.

Après l'entretien :

Après chaque rencontre, nous prenons le temps de remercier la personne pour le temps accordé et la disponibilité à nous rencontrer. Nous lui faisons part du plaisir que nous avons éprouvé lors de cette rencontre et nous prenons également la peine de la féliciter pour sa participation et son aide. Nous demandions également

systématiquement si la personne souhaitait que nous lui transmettions notre travail de mémoire une fois celui-ci terminé.

10.2.2. Transmission de notre grille d'entretien

Cette méthode a été utilisée pour le jeune N°3 ainsi que le jeune N°4. Suite à notre prise de contact avec Monsieur Raphaël Debons, le président de l'association Pygmalion, nous avons dû modifier notre méthode dans un souci de confidentialité. En effet, Monsieur Raphaël Debons, avec qui nous avons eu rapidement contact, nous a prévenues qu'il serait extrêmement difficile d'entrer en contact avec les jeunes et de pouvoir les rencontrer dans le cadre de notre travail de bachelor. C'est pourquoi il nous a proposé de mener lui-même ces entretiens afin que cela puisse se faire dans un climat de confiance car il connaissait déjà ces personnes.

Dans un premier temps, nous avons hésité dans la réponse à apporter à cette proposition car cette manière de procéder ne nous semblait pas rentrer dans les critères du travail. Nous avons donc pris contact avec notre directrice de travail de bachelor avant de rendre réponse à Monsieur Raphaël Debons. Suite aux échanges avec Madame Colette Sierro, notre directrice de bachelor, nous avons pris la décision de simplement modifier notre méthode en transmettant un questionnaire ainsi qu'une lettre destinée aux jeunes qui seront disposés à y répondre. Tous les documents nécessaires ont donc été transmis à Monsieur Raphaël Debons par l'intermédiaire d'e-mails. Nous lui avons également précisé notre délai ainsi que le nombre de témoignages dont nous avons besoin afin de mener notre travail à bien. Il va sans dire que nous avons précisé dans la lettre destinée aux jeunes que nous restions à disposition afin de leur envoyer notre travail terminé si cela suscitait un intérêt chez eux.

10.3. Choix des questions

Nous avons commencé par noter toutes les questions qui nous venaient à l'esprit sur une feuille avant de faire une première sélection. Puis, nous les avons présentées à Madame Sartoretti, la présidente de l'association Synapsespoir, qui a pris le temps de commenter chacune de nos questions en nous donnant de nombreux conseils au fil de notre rencontre.

Premièrement, elle nous a expliqué qu'il serait judicieux de mettre en place des questions courtes afin de faciliter la compréhension de la personne. Si la personne ne comprend pas notre question, cette dernière risque de paniquer et de se renfermer tandis que si notre question est courte la compréhension est donc plus facile. Les questions devaient donc être claires et précises.

Nous avons également présenté nos questions à notre directrice de bachelor qui a ainsi pu valider leur pertinence. Elle nous a alors conseillé de plutôt débiter nos questions par « est-ce que » faisant de notre question une question ouverte et permettant donc à la personne de disposer d'une plus grande liberté dans la manière d'y répondre. Il n'y a donc pas de réponses pré-établies et le jeune se sent donc plus à l'aise dans sa manière d'y répondre.

Nous avons également pris la décision de ne pas faire d'entretiens trop longs afin de ne pas stresser ou fatiguer la personne pour qui le fait d'échanger sur la maladie et sa consommation est un exercice qui demande beaucoup de courage de sa part. Nous avons donc préparé une quinzaine de questions. La durée de nos entretiens ainsi que le nombre de questions nous semblaient adaptées aux personnes rencontrées et quelques fois nous pouvions ressentir un besoin de partager d'avantage de la part du jeune, la durée des entretiens était donc variable.

Nos questions étaient également neutres et évidemment sans jugement. Nous ne voulions en aucun cas juger la personne sur une ancienne consommation de cannabis par exemple. Nous prenions la personne telle qu'elle était tout en respectant ses propos ainsi que son mode de vie passée ou actuelle.

10.4. Risques liés à la démarche

10.4.1. Les entretiens

Les risques liés à la démarche étaient assez nombreux lorsque nous avons pris la décision de rencontrer des personnes concernées par la problématique de la consommation de cannabis et de la schizophrénie. Tout d'abord, comme nous l'a dit Madame Louise- Anne Sartoretti, nous avons été confrontées au risque que la personne ne se présente pas au rendez-vous que nous avons convenu au préalable avec elle. La personne aurait pu décliner au dernier moment notre rendez-vous, rattrapée par ses angoisses, elle aurait pu se sentir incapable de parler ouvertement de sa maladie ou de sa consommation. Il s'agit effectivement d'un exercice difficile pour ces personnes, c'est pourquoi, lorsque nous prenions contact avec elles par téléphone, nous leur donnions la possibilité de choisir le lieu, le jour et l'heure du rendez-vous afin de les mettre en confiance et leur donner l'opportunité d'appréhender notre rencontre de manière plus sereine. Nous leur propositions également d'être accompagnées par un membre de leur famille par exemple, si elles le souhaitaient. Un des jeunes est d'ailleurs venu accompagné de sa maman, ce qui l'a probablement mis en confiance.

Nous devons également être attentives à l'état d'esprit de la personne sur le moment. En effet, la schizophrénie est une maladie qui peut créer de fortes angoisses chez ces personnes et nous étions donc attentives à leur laisser le temps de répondre à nos questions, nous faisons preuve de patience et d'empathie tout en recadrant la conversation lorsque la personne s'éloignait du sujet. Nos questions étaient courtes et simples afin de faciliter la compréhension ainsi que la réponse de la personne. Madame Louise-Anne Sartoretti nous a transmis de nombreux conseils dans la manière d'échanger avec les jeunes rencontrés ce qui nous a permis d'éviter que ces derniers ne se referment ou se sentent mal à l'aise lors de l'entretien ;

- Être claires et concises lors de l'explication de notre travail
- Ne pas être directives
- Ne pas donner l'impression au jeune de subir un interrogatoire
- Faire preuve d'empathie et d'intérêt
- Éviter tout jugement
- Privilégier la prise de notes plutôt que l'enregistrement

- Et surtout, faire preuve de naturel et de spontanéité ; la personne en face de nous est un individu à part entière.

Par chance, chacun d'entre eux s'est senti à son aise lors de nos rencontres et a pu répondre de manière sereine et ouverte à nos questions. Ces rencontres se sont d'avantage déroulées sous forme de discussions plutôt que sous forme d'entretiens questions/réponses. Nous faisons preuve d'empathie envers la personne et son récit, ce qui l'aidait à se livrer d'avantage.

De plus, un des risques que nous avons pris lors de nos rencontres fut d'aborder la question du cannabis qui reste un sujet tabou de par son illégalité. C'est pourquoi nous avons longuement discuté des questions à poser avant nos rencontres avec les jeunes. Il a été difficile de trouver les bonnes questions tout en gardant une certaine distance. Si nous sentions que la personne était à l'aise lors de notre discussion sur ce sujet nous prenions le temps de creuser d'avantage avec elle. Si au contraire, nous ressentions une certaine gêne, nous n'insistions pas.

Une autre difficulté liée à notre démarche était de faire attention à ne pas entrer dans les délires de la personne. En effet, les jeunes nous parlaient quelques fois de leurs hallucinations auditives ou visuelles, et nous ne devons évidemment pas entrer dans leurs délires en validant leurs propos, mais nous devons également être attentives à ne pas porter de jugements ou encore à les contredire. Il nous est arrivé à quelques reprises, lorsque ce type d'éléments paraissaient durant la conversation, d'expliquer à la personne que ce qu'elle pouvait voir ou entendre faisait partie de sa réalité, et que la nôtre était différente. Ceci n'a pas été forcément un exercice facile pour nous, nous avons dû adopter une posture professionnelle adéquate et structurante tout en respectant la personne et ses dires. Nous pensons avoir réussi à faire preuve de respect envers la personne et les symptômes de sa maladie ce qui nous a amenées à des discussions fort enrichissantes avec chacune d'entre elles.

10.4.2. Transmission de notre grille d'entretien

En premier lieu, le risque était que Monsieur Raphaël Debons, le président de l'association Pygmalion, ne trouve pas de jeunes acceptant de répondre à notre grille d'entretien. Il est vrai que pour les deux premiers jeunes rencontrés, nous avons eu l'occasion d'avoir tout d'abord un premier contact téléphonique avec eux, ce qui a permis une première prise de contact et de ce fait également un premier lien de confiance. Afin de diminuer ce risque, nous avons pris soin de rédiger une lettre nous présentant, expliquant les objectifs visés par notre travail de recherche et notre besoin de les rencontrer. Nous avons également été les plus claires possibles quant à l'importance accordée à l'anonymat et au respect de leur vie privée.

Ensuite, nous craignons qu'en utilisant cette technique nous n'obtenions pas les réponses souhaitées. En effet, un risque principal de cette manière de faire a été de ne pas pouvoir approfondir nos questions auprès du public cible, du fait que nous ne les avons pas rencontrés personnellement. Il est vrai qu'avec les deux premiers jeunes, nous avons pu entretenir de réelles conversations autour de notre grille d'entretien et avons ainsi pu obtenir des informations supplémentaires et des compléments.

Malgré cette inquiétude, nous avons été surprises de la qualité des réponses envoyées par Monsieur Raphaël Debons, elles étaient certes brèves, mais cependant très concises, intéressantes et répondant de manière exacte à chacune de nos questions. Nous avons ainsi pu aisément les utiliser dans le but de répondre à nos hypothèses. Cet exercice nous a également fait prendre conscience de la qualité de la grille d'entretien que nous avons mis en place.

11. Analyse des entretiens et résultats

11.1. Hypothèse numéro 1

« Consommer du cannabis soulage les symptômes de la schizophrénie »

Lorsque nous avons débuté notre travail de mémoire, nous nous sommes rapidement retrouvées confrontées à un questionnement soit ; est-ce le cannabis qui provoque la schizophrénie ? Ou est-ce plutôt la schizophrénie qui pousse à consommer du cannabis ? Ce questionnement nous est apparu suite à nos premières recherches, où nous avons constaté qu'une grande partie des patient-e-s schizophrènes était également des consommateurs et consommatrices réguliè-re-s. Ce qui est délicat de par ce questionnement, c'est que nous avons constaté que cette substance pouvait être « nocive » et faire émerger un trouble psychique, mais également « bénéfique » car utilisée parfois dans le but d'apaiser certaines tensions liées aux symptômes de la schizophrénie. Nous avons donc tenté, au travers de cette hypothèse, de mieux comprendre le rôle que pouvait avoir la consommation de cannabis une fois la maladie installée, et si son utilisation pouvait réellement jouer un rôle dans l'apaisement de certains symptômes.

11.1.1. Concepts théoriques

Par le biais de nos recherches théoriques, nous avons pu mieux comprendre ce que la consommation de cannabis pouvait amener chez ces consommateurs et consommatrices en termes d'effets recherchés mais également d'effets nocifs, indésirables, dangereux. La consommation de cette substance amène des effets à court terme, généralement ceux que les personnes recherchent mais également de nombreux effets à long terme.

Les effets immédiats provoquent chez la personne un sentiment de détente et de bien-être ainsi qu'une modification des perceptions. Les jeunes qui consomment régulièrement du cannabis recherchent souvent une forme de soulagement et une manière de fuir le stress de la réalité. Concernant les effets à long terme, les spécialistes observent des problèmes de mémoire et de motivation, une aggravation des troubles psychiques, une réduction de certaines régions du cerveau (liées aux émotions, à la mémoire, à la peur et à l'agressivité) ainsi qu'une diminution des performances cognitives et psychomotrices. (Horde, 2013)

Par la suite, si la consommation devient plus importante et dure sur le temps, d'autres effets peuvent alors apparaître, comme par exemple une crise psychique dont les symptômes peuvent être les suivants : tristesse, repli sur soi, stress, sensation de vide intérieur, perte de confiance en soi, ambivalence des sentiments,

culpabilité, impression de jouer un rôle, sentiment de solitude, désintérêt généralisé, dévalorisation de soi, angoisses, pensées obsédantes, etc. (Guide CHUV, 2010). Un état de ce type peut être passager, durer quelques jours puis disparaître totalement, ou au contraire se prolonger et c'est à ce moment-là que nous pouvons parler de trouble psychotique.

« La schizophrénie, qui fait partie des psychoses, est une maladie qui affecte la façon tout entière dont une personne vit dans le monde, elle est aussi un « mode d'être particulier » ; ces particularités sont difficilement exprimables par des mots, car elles touchent les fondements même des interactions quotidiennes qu'a chaque être humain avec ses semblables et avec les objets usuels qui nous entourent. Ces interactions, « évidentes » pour la plupart des gens (par exemple : partager une pause-café au travail) peuvent précisément perdre ce caractère d'évidence et de simplicité pour les patients atteints de schizophrénie, pour qui toutes sortes de situations apparemment banales deviendront dès lors sources de tensions ». (Guide CHUV, 2010, page 9)

Concernant la consommation de cannabis, il est important de comprendre de quelle manière cette substance agit sur le cerveau, pour pouvoir ensuite mieux appréhender les raisons poussant ces jeunes à poursuivre leur consommation. Un événement positif conduit à une activation de centres mésolimbiques à la base du cerveau, là où est libéré le neurotransmetteur du plaisir, la dopamine, qui va stimuler la mémoire. Or, le cannabis amplifie ces mécanismes dont les effets euphoriques, mais aussi l'état d'anxiété, les idées délirantes et les troubles de la mémoire. *« Au début, la prise de drogue amène à un renforcement positif ; j'en consomme pour me sentir bien. Mais ensuite apparaît un renforcement négatif ; j'en consomme pour ne pas me sentir mal. »* (Preissman, 2013)

Les prises de drogues provoquent donc une inhibition des transmissions (neurotransmetteurs), la personne a donc besoin d'en consommer toujours plus pour pouvoir ressentir les mêmes effets. C'est à partir de ce moment-là qu'il est intéressant de constater que la plupart du temps, les personnes sujettes à un épisode psychotique dont les symptômes s'installent de manière durable, poursuivent leur consommation. Il est difficile d'exposer une théorie claire sur les raisons poussant ces personnes à continuer de consommer, car il est évident que chaque individu est différent. En revanche, lorsque nous constatons la lourdeur des symptômes, il est facilement envisageable d'imaginer que ces jeunes fument du cannabis dans un but toujours de détente, et à ce moment-là plus particulièrement d'apaisement de certains de leurs symptômes et angoisses. Il est important de mentionner également la possible problématique d'une addiction peut-être déjà installée, amenant alors la personne à poursuivre sa consommation de manière continue.

Lorsque nous avons rencontré Madame Tania Vispo dans le cadre d'un entretien exploratoire, celle-ci nous avait expliqué que la grande majorité des jeunes qui arrivent dans l'unité dans laquelle elle travaille comme infirmière consomment du cannabis. Cette problématique est liée à la spécificité de cette unité. Il est difficile d'identifier si lorsqu'ils arrivent, ils sont déjà dans un trouble psychotique installé ou plutôt dans une phase de prodrome (la phase qui précède le trouble installé). Ils souffrent souvent d'isolement social et quelques bizarreries sont déjà présentes. Et souvent ils consomment pour atténuer ces symptômes désagréables. Ils ne consomment donc pas pour rien car pour eux le cannabis a des effets positifs. (Vispo, 2014)

Nous avons cherché à découvrir ce qui était actuellement déjà mis en place en terme de prévention et d'intervention, et nous avons découvert l'intervention motivationnelle, qui fait partie intégrante du programme TIPP (Traitement et Intervention Précoce des troubles Psychotiques), programme développé dans le canton de Vaud par le professeur Philippe Conus, médecin interniste et spécialiste des études de cohorte et de l'intervention précoce dans les troubles psychotiques. Diverses lectures en lien avec ce programme nous ont permis de découvrir qu'en effet plus de 45% des patient-e-s psychotiques sont également de grand-e-s consommateurs et consommatrices de cannabis. (Conus, Bonsak, Montagrin, Favrod, Gibellini, 2007)

11.1.2. Entretiens avec des professionnels

Entretien méthodologique N°1 : Philippe Conus

Le professeur Philippe Conus, médecin interniste et spécialiste des études de cohorte et de l'intervention précoce dans les troubles psychotiques, nous explique qu'une grande partie des patient-e-s de l'hôpital psychiatrique de Cery (Vaud), en particulier des jeunes, abusent de substances, tout particulièrement de cannabis.

Une étude a été menée en Australie sur l'évolution d'une cohorte de patient-e-s. Il y avait au total 700 personnes, 700 jeunes ayant fait un premier épisode psychotique. Ces jeunes ont été suivis sur une durée d'un an et demi. Il y avait ceux qui consommaient du cannabis au départ, et ceux qui n'en consommaient pas. Ceux qui continuaient à ne pas en consommer avaient une certaine évolution, un certain taux de rémission soit d'environ 5 sur 10. Parmi ceux qui consommaient du cannabis, il y avait deux groupes : ceux qui continuaient et ceux qui arrêtaient. (Conus, 2014)

- Ceux qui consommaient et continuaient avaient un niveau de fonctionnement de 2 sur 10
- Ceux qui avaient arrêté de consommer avaient un niveau de fonctionnement de 8 sur 10

(Conus, 2014)

Ceux qui arrivaient à arrêter de consommer du cannabis fonctionnaient finalement mieux que ceux qui n'en avaient jamais consommé. D'où l'importance de motiver les patient-e-s qui ont une psychose et qui fument du cannabis à arrêter d'en consommer car le potentiel d'évolution est remarquable. Beaucoup d'études

montrent que de continuer à fumer lorsque les patient-e-s souffre d'une psychose diminue ce taux de rémission, ces patient-e-s répondent moins bien aux traitements, et le taux de rechutes est plus important. (Conus, 2014)

La question de savoir si c'est la schizophrénie qui pousse à consommer ou l'inverse reste sans réponse claire. Il est en revanche évident que le cannabis joue un rôle dangereux dans les troubles psychotiques. Les jeunes psychotiques consomment, pour la plupart, beaucoup de cannabis car cette substance a pour eux une fonction de détente et de soulagement des tensions internes et des angoisses. Cette drogue est également souvent utilisée dans le but de recréer des liens sociaux, d'appartenir à un groupe. Il est alors possible d'imaginer la consommation de cannabis comme étant une forme d'automédication. Malgré cela, il a été prouvé que de continuer à consommer lorsque la psychose est présente freine les effets du traitement et provoque de nombreuses rechutes. Il y a plusieurs dérivés du cannabis dont le cannabidiol qui a un effet anti-psychotique. En revanche les autres formes sont pro-psychotiques. Il y a donc probablement un effet positif sur les troubles, soit une atténuation des symptômes. Ce qui est observé c'est qu'à long terme cela empêche la stabilisation. (Conus, 2014)

Entretien méthodologique N°2 : Nicolas Donzé

Notre entretien avec Monsieur Nicolas Donzé, responsable de la toxicologie forensique et médicale à l'Institut central de l'hôpital du Valais, nous a permis de mieux comprendre la manière dont le cerveau réagit lorsque du cannabis est consommé.

En effet, depuis les années 60, il a été découvert que le cannabis avait des effets psychotropes mais également antipsychotiques. Ces effets peuvent également nous protéger car il faut savoir que dans les années 60 le cannabis contenait la même teneur en cannabidiol (anti-psychotique) qu'en cannabinoïde (pro-psychotique). L'usage du cannabis à cette époque était à concentration égale de ces deux molécules, ce qui faisait que les effets n'étaient pas aussi importants qu'à l'heure actuelle. Aujourd'hui, les joints sont concentrés en cannabinoïde, ce qui rend les effets beaucoup plus violents. (Donzé, 2014)

Nous pouvons donc supposer que certains produits à teneur plus élevée en cannabidiol (antipsychotique) sont utilisés par les personnes souffrant de psychoses pour atténuer leurs symptômes. Afin de mieux comprendre ce qui pousse ces personnes à continuer à consommer et souvent en augmentant les doses, et ce d'un point de vue biologique, voici les théories amenées par Monsieur Nicolas Donzé :

Dans les années 90, il a été découvert que notre cerveau contient des récepteurs au cannabis et que son activité est sous contrôle du système endocannabinoïde. Ainsi, lorsque le cannabis est consommé, il va agir sur ce système car la majorité des récepteurs de notre cerveau sont des récepteurs à cannabinoïdes. Le système endocannabinoïde, lorsqu'il est sécrété de manière naturelle est très court dans son activité alors que le cannabis, lui, arrive en quantité astronomique et va rester plusieurs heures dans l'organisme. Donc, consommer du cannabis va sur-stimuler le système endocannabinoïde. (Donzé, 2014)

Le système endocannabinoïde gère également l'activité de la dopamine, cette dernière est importante car elle nous permet d'avoir du plaisir et nous motive à en ressentir d'avantage. Lorsqu'il y a consommation de cannabis, la dopamine est stimulée, provoquant ainsi chez la personne l'envie de recommencer l'expérience afin de retrouver les sensations vécues. Pour tous les produits consommés, le corps et le cerveau vont recevoir une stimulation et ce dernier va finalement trouver que cette stimulation est trop importante. Il va donc soit diminuer soit ajouter des récepteurs. S'il en ajoute, il faudra alors d'avantage de produits pour retrouver les mêmes effets. (Donzé, 2014)

11.1.3. Entretiens avec la population concernée

Jeune N°1

Lorsque nous avons demandé au jeune N°1 s'il avait pu identifier des apports positifs liés à sa consommation de cannabis, il nous a expliqué que pour lui, le fait de consommer l'aidait à diminuer et à calmer ses symptômes et l'aidait également à s'endormir en apaisant ses tensions. Concernant les effets négatifs, il nous a confié ne pas forcément en avoir. Les seuls moments négatifs liés à sa consommation étaient lorsqu'il n'avait plus de cannabis et qu'il devenait alors terriblement nerveux et irritable, parfois même paranoïaque. C'est dans ces moments-là que des sentiments de persécutions apparaissent. Il a arrêté de fumer et nous explique que ce sont ses voix qui l'ont obligé à le faire. (Jeune N°1, 2014)

Jeune N°2

Le jeune N°2 nous a expliqué s'être toujours senti plus fragile et vulnérable. En effet, il a commencé à consommer du cannabis car il pensait que cela l'aiderait à être moins timide et qu'il aurait de ce fait moins de difficultés à aller vers les autres. Cela n'a pas été le cas. Les effets positifs du cannabis étaient présents au début de la consommation, lorsqu'il n'avait pas encore vécu son premier épisode psychotique ; ses sens étaient amplifiés, les couleurs devenaient plus vives, les sons étaient plus intenses. Par la suite, une fois la maladie déclarée, il nous explique que le cannabis n'a pas eu d'effets positifs sur les symptômes de la schizophrénie. Au contraire, lorsqu'il consommait, sa paranoïa s'intensifiait, ses symptômes prenaient d'avantage de place, ses angoisses devenaient beaucoup plus fortes. Il s'est fait aider et ne consomme plus à l'heure actuelle. (Jeune N°2, 2014)

Jeune N°3

Le jeune N°3 nous confie que pour lui, le fait de consommer du cannabis coupait au début totalement ses hallucinations. En revanche, il s'est rapidement rendu compte que plus il fumait, plus ses symptômes devenaient importants, plus les épisodes hallucinatoires devenaient fréquents. Son sommeil a également été perturbé.

« Fumer coupait chez moi les hallucinations, même si je sais que je devrais cesser de fumer. Les médicaments sont sensés me stabiliser et fumer n'est pas indiqué, ça ne fait pas bon ménage. Et il y a le côté festif... plus je fume, plus les épisodes hallucinatoires sont fréquents en plus du manque de sommeil car perturbé ». (Jeune N°3, 2014)

Jeune N°4

Le jeune N°4 nous explique avoir réalisé que lorsqu'il fumait du cannabis, les voix qu'il entendait cessaient. La consommation était pour ce jeune un moyen de se sentir mieux par rapport aux crises hallucinatoires et également la possibilité d'avoir un meilleur sommeil. Après un certain temps, les crises sont devenues de plus en plus fréquentes et de plus en plus fortes. En effet il nous explique que « *le cannabis est un cercle vicieux. Il stoppait mes crises, mais en même temps rapprochait la fréquence de ces dernières.* » (Jeune N°4, 2014)

11.1.4.Vérification de l'hypothèse

«*D'une façon générale, comme toute substance psychoactive, le cannabis est un facteur des pathologies psychiatriques, et vice-versa.* » (Obradovic, 2013, page 18)

En effet, nous pouvons déduire de cette hypothèse que la consommation de cannabis n'est ni la cause ni la conséquence de la schizophrénie, elle en fait partie. Nous remarquons alors qu'il n'y a pas de réponse prescrite et applicable d'une manière générale. En effet, nous pouvons constater au travers de nos entretiens avec les jeunes, qu'ils n'ont pas eu tous le même rapport au cannabis. Pour les jeunes N°1, 3 et 4, il est ressorti que leur consommation avait bel et bien eu des effets positifs sur les symptômes de la maladie, en tout cas pendant un certain temps. En revanche, pour le jeune N°2, au contraire le cannabis amplifiait ses symptômes et les rendaient moins gérables.

Une nouvelle hypothèse nous est alors apparue :

- Comme expliqué plus haut, certaines « fabrications » contiennent plus de cannabidiol qui est un antipsychotique, il est possible d'imaginer que les jeunes N°1,3 et 4 consommaient une substance de ce type et observaient donc une diminution de leurs symptômes, alors que le jeune N°2 consommait peut-être une substance plus forte en cannabinoles (pro-psychotique).

Mise à part le jeune N°1 qui a stoppé sa consommation relativement rapidement et le jeune N°2 pour qui le fait de consommer a directement eu des impacts négatifs sur la maladie, pour les deux autres la consommation a été bénéfique au début puis finalement, après un certain temps, a eu des répercussions négatives. Diminution des crises hallucinatoires et des angoisses sur le moment, mais augmentation de la fréquence de ces crises.

Nous pouvons donc conclure qu'en effet, la consommation de cette substance peut avoir des effets positifs sur les symptômes de la maladie en les atténuant et ce pour diverses raisons envisageables ; le type de cannabis consommé et également la personne elle-même. En revanche, il est prouvé que plus ils consomment, plus ils devront augmenter les doses pour obtenir les mêmes effets à long terme. Comme l'explique Monsieur Philippe Conus, cette consommation freine les effets des traitements, provoque de nombreuses rechutes et de ce fait diminue les chances de stabilisation.

11.2. Hypothèse numéro 2

« L'âge du consommateur de cannabis joue un rôle important dans l'émergence d'une schizophrénie »

La question de l'âge du consommateur nous a évidemment accompagnées durant tout notre processus de recherche. Nous avons pu lire ou entendre de nombreuses théories en lien avec cela qui, pour la plupart, allaient dans le même sens. Nous avons pu constater que l'apparition d'une psychose telle que la schizophrénie apparaissait souvent chez des personnes de la même tranche d'âge, soit durant la période de l'adolescence. Lorsque nous parlons d'adolescence nous parlons de jeunes entre 15 et 25 ans car, de par les informations recueillies, cette tranche d'âge est celle qui est mentionnée le plus régulièrement. Les différentes connaissances que nous avons pu acquérir durant ces mois de recherches nous permettent à présent de pouvoir répondre à cette hypothèse.

11.2.1. Concepts théoriques

Lors de nos recherches théoriques, nous nous sommes tout d'abord penchées sur la question de l'adolescence. Il s'agit d'une période de la vie qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte mais également d'une période de grands changements et de prises de risques. L'adolescence est également la période durant laquelle la personne est la plus susceptible de consommer du cannabis que ce soit de manière régulière ou occasionnelle. Tout d'abord, car il s'agit de l'âge des nouvelles expériences mais également car c'est une période durant laquelle la personne est fortement influençable ; Notamment par le groupe de pairs qui tient une place fondamentale dans le processus d'évolution de cette période charnière.

« En 2007, environ un cinquième de la population suisse âgée de 15 ans et plus a consommé au moins une fois du cannabis au cours de sa vie. En ce qui concerne les jeunes de 15 à 19 ans, 30.1% des jeunes hommes et 16.7% des jeunes femmes disent avoir au moins une fois dans leur vie consommé du haschisch ou de la marijuana. Dans cette tranche d'âge, la proportion des personnes ayant au moins une expérience avec le cannabis était en légère diminution ces derniers dix ans ».
(Addictionsuisse, 2013)

Les conséquences pour des adolescent-e-s fumant du cannabis peuvent être néfastes tant au niveau de leur santé qu'au niveau de leur développement social. Se trouvant dans une période cruciale de leur vie, une période décisive pour leur avenir, ces derniers se retrouvent face à plusieurs dangers: rencontrer des difficultés scolaires, ressentir une perte de motivation, se retrouver parfois dans des états d'anxiété, être confrontés à de nombreux doutes et questionnements, etc. Ces différents éléments poussent souvent ces jeunes à se replier sur eux-mêmes et éventuellement à consommer du cannabis pour se sentir mieux. La santé mentale de la personne est mise à rude épreuve lors de consommations régulières de cannabis en provoquant parfois des troubles anxieux et dépressifs ainsi que des troubles psychotiques de types schizophréniques.

Nous avons également appris à travers nos recherches théoriques que plus le consommateur est jeune, plus les conséquences sont néfastes tant au niveau du développement personnel qu'au niveau du cerveau qui est en pleine maturation à cet âge-là.

Il est certifié que l'effet du cannabis est beaucoup plus nocif chez des jeunes consommateurs étant donné que leur cerveau n'est pas arrivé à maturation et que le système biologique est encore fragile. (Reynaud et Benyamina, 2009)

Les jeunes consommant du cannabis sont donc plus susceptibles de subir des perturbations au niveau du cerveau. C'est à cet âge-là que les régions qui concernent la mémoire, l'attention, la prise de décision, les facultés motrices ainsi que le langage se développent. Et c'est également dans ces zones du cerveau que le cannabis peut créer de réels dommages. La consommation de cette substance crée un déficit au niveau du développement de la matière blanche et donc un ralentissement du transfert d'informations. (Perrin, 2009)

Une étude a comparé deux groupes d'étudiants : ceux qui consomment de manière quotidienne et ceux qui consomment de manière occasionnelle. L'étude a commencé par 19 jours d'abstinence pour les deux groupes d'étudiant-e-s. Il en est ressorti que les jeunes ayant recours au cannabis quotidiennement ont rencontrés plus de problèmes de mémorisation, d'attention et de difficultés dans des tâches diverses. (Donzé et Augsburg, 2008)

Nos recherches nous ont également appris que la consommation de cette drogue pouvait déclencher une maladie psychique telle que la schizophrénie de manière prématurée, mais la personne doit cependant présenter un terrain favorable. Le cannabis est un élément déclencheur parmi tant d'autres, il n'est donc pas la seule cause de l'apparition d'une maladie psychique.

Cependant, chez des sujets ayant des antécédents familiaux et une prédisposition génétique à la maladie, le cannabis peut précipiter la maladie schizophrénique et en aggraver le cours : 8 à 13 % des patients schizophrènes ne le seraient pas devenus sans exposition au cannabis. Le risque de survenue de la maladie est multiplié par 4 lorsque l'usage a lieu avant 15 ans. (Laqueille et al., 2012)

L'association « Les journées de la schizophrénie » a mis en évidence le fait que de consommer du cannabis à l'adolescence multiplie par trois le risque de développer une schizophrénie. Évidemment, le risque n'est pas le même pour tous et dépend du patrimoine génétique, du contexte et de la personne mais la consommation de cannabis peut être un facteur de risque.

Pour conclure, nous avons effectivement pu faire de nombreux liens entre nos différentes recherches qui allaient toutes dans le même sens. Donc, l'âge du consommateur de cannabis joue un rôle dans l'apparition d'une schizophrénie. C'est durant cette période, durant laquelle la personne est souvent plus fragile tant au niveau physique que psychique, que des troubles apparaissent le plus souvent. De plus, le cannabis est un élément qui peut faire ressortir une psychose jusque-là enfouie. Selon Braconnier et Forget (1985), l'adolescence est effectivement une

période propice à l'apparition d'une psychose telle que la schizophrénie en raison des nombreux changements internes que subit la personne. Il est pourtant souvent difficile de différencier les symptômes d'un épisode psychotique d'un simple comportement typique adolescent tel que le repli sur soi. D'ailleurs, de nombreux examens sont menés avant de poser un diagnostic. Comme le confirmait le psychiatre Raphael Carron : « *L'effet de la substance varie certainement d'un consommateur à un autre, mais il est fait mention parmi les risques engendrés par cette drogue d'une aggravation des psychoses, de délires hallucinatoires et même de schizophrénies. Il est possible d'affirmer que des consommations supérieures à trois joints par jour, dès le début de l'adolescence, nuisent gravement à la santé mentale.* » (Manfrino, 2014, page 1)

11.2.2. Entretiens avec des professionnels

Entretien méthodologique N°1 : Philippe Conus

Tout d'abord, selon Monsieur Philippe Conus, médecin interniste et spécialiste des études de cohorte et de l'intervention précoce dans les troubles psychotiques, 85% des schizophrénies se manifestent entre 18 et 25 ans, ce qui va dans le sens des résultats ressortis de nos recherches théoriques. Ceci peut être lié au fait que l'adolescence est une phase de la vie durant laquelle le cerveau se modifie beaucoup et c'est à cet âge-là que certains troubles, qui étaient peut-être déjà présents, se manifestent car le nombre de réseaux cérébraux est plus restreint, permettant ainsi aux disfonctionnements de ressortir plus facilement. De plus, comme décrit plus haut, l'adolescence est une période de la vie pleine de changement et souvent accompagnée de stress, ce qui pourrait avoir une influence sur le cerveau. (Conus, 2014)

Monsieur Philippe Conus nous a également parlé de quelques études qui ont été menées récemment et qui ont tenté de démontrer les effets néfastes du cannabis sur le cerveau adolescent et l'apparition de psychoses. Il a donc été observé que les personnes qui ont consommé du cannabis très jeune (exemple : 14 ans) présentaient un risque beaucoup plus élevé de développer une psychose à l'âge de 20 ans. Donc, fumer du cannabis entre 12 et 14 ans influence de manière négative l'organisation du cerveau. Comme nous l'a expliqué Monsieur Philippe Conus, les troubles psychiques sont souvent liés à des problèmes au niveau des connexions entre différentes régions du cerveau. (Conus, 2014)

Pourquoi évoque-t-on l'âge de 14 ans ? C'est ainsi qu'était organisée l'étude, avec une évaluation à cet âge, mais il est possible que dans une phase plus tardive, quand le cerveau a passé cette phase de reconfiguration, l'impact du cannabis soit moindre, et donc que les jeunes qui commencent à fumer du cannabis à l'âge de 18 ans n'augmentent pas leurs risques de psychoses. Une des théories faite actuellement est que le cerveau à la naissance est développé d'une certaine manière, il est encore primitif. Il se développe bien au-delà de l'adolescence. Durant l'enfance, il y a une nette augmentation des synapses, qui sont des connexions intracérébrales. Ensuite, à l'adolescence, une sélection se fait naturellement et les connexions les moins importantes sont éliminées. C'est ce qui est appelé un « Pruning ». Les chercheurs pensent que s'il y a ingestion d'une substance psychotrope durant cette phase délicate de remaniements, le psychotrope agira alors

sur les récepteurs et faussera donc les signaux, empêchant ainsi le cerveau de s'organiser de manière adéquate. (Conus, 2014)

Selon Monsieur Philippe Conus, l'âge joue bel et bien un rôle dans l'apparition d'une psychose. La consommation de cannabis est bien évidemment nocive et de manière encore plus marquée chez des adolescents chez qui le cerveau est en pleine maturation. (Conus, 2014)

Cependant, ce que Monsieur Philippe Conus nous a appris lors de notre rencontre est que les spécialistes du domaine pensent que plus la schizophrénie apparaît tôt plus ceci pourrait être lié à des questions structurelles du cerveau et plus la maladie se manifeste tard plus ceci pourrait être lié à des facteurs environnementaux. Nous parlons ici de facteurs autres que la consommation de cannabis. Il est cependant évident que le cannabis joue un rôle dangereux dans les troubles psychiques. La plupart des jeunes en consomment dans un but social comme celui d'appartenir à un groupe de pairs ou simplement dans un but de détente afin d'évacuer le stress. C'est pour cette raison que le cannabis est souvent utilisé par les adolescent-e-s et en plus de cela l'accès à cette drogue est de plus en plus simple. (Conus, 2014)

Entretien Méthodologique N°2 : Nicolas Donzé

Lors de notre rencontre avec Monsieur Nicolas Donzé, responsable de la toxicologie forensique et médicale à l'Institut central de l'hôpital du Valais, il nous a été expliqué que de consommer du cannabis va bien évidemment perturber la construction du cerveau et ceci plus particulièrement entre 15 et 25 ans. Durant cette période, le système endocannabinoïde est très actif car c'est une période de la vie propice aux différents apprentissages. (Donzé, 2014)

Monsieur Nicolas Donzé a pris le temps de nous expliquer la manière dont il perçoit les adolescent-e-s et les raisons qui les poussent à se diriger vers la drogue de plus en plus jeune. Selon lui, le matérialisme a pris le dessus et les jeunes ont accès rapidement à tout ce qu'ils désirent. Le cannabis ne coûte pas cher, permet à la personne une certaine sociabilité lorsque cette dernière consomme de manière festive mais la fait également « voyager ». De plus, la répression auprès des jeunes reste très faible. Un-e adolescent-e attrapé-e avec un joint de cannabis au volant recevra au minimum un avertissement ou au maximum une amende de 100 frs si ce dernier est intercepté avec plus de 9 grammes de cannabis dans le sang. Ceci ne représente pas grand-chose pour les jeunes d'aujourd'hui, ce qui les pousse à commencer ou alors à continuer leur consommation. (Donzé, 2014)

Comme expliqué plus haut, Monsieur Nicolas Donzé a également relevé le fait que l'adolescence est une période difficile et remplie de doutes et de rebondissements. D'ailleurs, ce dernier a comparé les adolescent-e-s à un château de sable sur lequel un seau d'eau serait versé. C'est exactement ce qu'il se passe avec un-e jeune qui consomme du cannabis. En lien avec les dires de Monsieur Philippe Conus, Monsieur Nicolas Donzé nous a expliqué que la période de la vie la plus dangereuse pour consommer du cannabis se situe entre 15 et 25 ans. L'adolescence est la période des apprentissages et le fait de fumer à cet âge là va laisser une trace dans la mémoire qui va ensuite être ressentie comme un besoin. C'est à cette période de la vie que les addictions se construisent. (Donzé, 2014)

Pour conclure, la schizophrénie est bel et bien une maladie d'adolescence. Cette psychose qui est en relation avec les faiblesses de la génétique ne va pas forcément se développer chez toutes les personnes prédestinées à l'être mais le fait de fumer du cannabis à cet âge là risque de la faire émerger. Un-e jeune se trouvant dans une situation difficile, ayant subi des stress importants, avec une génétique favorable au développement d'une schizophrénie et consommant du cannabis est donc susceptible de voir émerger la maladie. Comme il a été expliqué plus haut, le cannabis est un élément parmi tant d'autres mais qui peut accélérer le développement de la maladie. L'âge de la personne joue donc un rôle dans l'apparition de la schizophrénie et nous pouvons conclure que les deux professionnels partagent le même point de vue à ce sujet. (Donzé, 2014)

11.2.3. Entretiens avec la population concernée

Jeune N°1

Ce jeune nous a expliqué avoir commencé à consommer aux alentours de 17 ans et cela durant plusieurs années. Il a débuté sa consommation dans un but festif et de détente. Il nous a confié avoir augmenté cette dernière suite au décès de son frère. Au début de sa consommation, il était conscient des effets néfastes du cannabis sur ses poumons mais ne connaissait pas les liens que pouvait avoir cette drogue avec la schizophrénie. Après avoir été diagnostiqué schizophrène, il a continué à consommer durant quelques années car il remarquait que cela atténuait ses symptômes. (Jeune N°1, 2014)

Jeune N°2

Cette personne a commencé à consommer du cannabis à l'âge de 16 ans et cela durant 4 ans. Les raisons qui ont poussé ce dernier à consommer rejoignent celles du premier jeune ; il fumait avec ses camarades dans un but festif mais également en espérant être moins timide. Tout comme le jeune numéro 1, il ne connaissait pas les conséquences néfastes de cette drogue et la croyait même inoffensive. Tout comme le premier jeune, plus le temps passait plus il consommait seul. C'est deux ans plus tard qu'il a vécu son premier épisode psychotique, soit à 18 ans. Aujourd'hui âgé de 21 ans, il a complètement stoppé sa consommation et nous a confié s'être rendu compte que c'était le cannabis qui avait fait émerger chez lui la schizophrénie. (Jeune N°2, 2014)

Jeune N°3

Ce jeune a consommé pour la première fois à l'âge de 13 ans et il fume toujours à l'heure actuelle. Les raisons qui l'ont poussé à fumer sont également liées à l'influence des pairs mais avaient aussi pour but de calmer ses agitations. Il a fait sa première crise psychotique à l'âge de 17 ans. À nouveau, le jeune explique qu'il n'avait aucune connaissance quant aux risques du cannabis sur l'apparition de maladies psychiques. En lien avec les dires des professionnel-le-s rencontré-e-s, le jeune dit que : « *Le médecin psychiatre m'a dit que les joints avaient pu déclencher ma maladie, mais pas la créer.* » (Jeune N°3, 2014)

Jeune N°4

Cette personne a débuté sa consommation à l'âge de 15 ans et ne fume plus actuellement. Les raisons qui l'ont amenée à consommer restent les mêmes, soit l'influence du groupe de pairs ainsi que le besoin de détente. Le fait de trop fumer l'a amenée à faire une crise d'hallucinations. Suite à cela, il a été conduit en milieu hospitalier. Il ne s'attendait pas du tout à un tel diagnostic car tout comme les autres, il ne connaissait pas les réelles conséquences de cette drogue. En effet, voici sa réponse lorsque cette question lui a été posée : « *Non si ce n'est le côté toxique pour les poumons et les neurones* ». (Jeune N°4,2014)

11.2.4.Vérification de l'hypothèse

Les informations apportées par ces quatre jeunes nous permettent de nous rendre compte que, premièrement, pour chacun d'entre eux la schizophrénie est apparue tôt et en plus de cela une consommation de cannabis entraine en ligne de compte.

Nous remarquons également le manque de connaissances de ces jeunes par rapport aux effets négatifs du cannabis et les liens avec l'apparition de psychoses. Nous réalisons donc qu'un manque d'informations au niveau des effets du cannabis est présent auprès des adolescents-es, ce qui nous motive d'avantage à partager les connaissances que nous avons recueillies durant ces mois de recherche.

En plus de cela, les quatre jeunes interviewés expliquent avoir commencé à consommer du cannabis du fait de l'influence des pairs et ce dans un cadre festif. C'est une des raisons pour laquelle les jeunes sont plus touchés par la consommation car ils sont dans une tranche d'âge durant laquelle l'influence des pairs joue un rôle important et le fait d'appartenir à un groupe est essentiel.

Suite à ces quatre entretiens, nous pouvons donc affirmer que l'âge du consommateur ou de la consommatrice joue un rôle car il s'agit d'une période de la vie durant laquelle est présente une plus grande vulnérabilité. Leur cerveau est en pleine maturation et cela jusqu'à 25 ans. Les effets du cannabis sont donc très nocifs pour des jeunes de cette tranche d'âge qui n'ont souvent pas conscience des dangers de cette consommation et qui, de ce fait, en abusent parfois. La schizophrénie apparaît donc en majorité à l'adolescence ou chez les jeunes adultes et ceci dû aux différentes raisons évoquées.

11.3.Hypothèse numéro 3

« Les événements stressants (échecs, violences, abus) ont une réelle influence sur la consommation de cannabis et l'éventuelle émergence d'une schizophrénie »

Lors de nos recherches le thème des événements stressants est souvent ressorti en tant qu'un des éléments déclencheur de l'émergence d'une schizophrénie. Nous avons donc souhaité y consacrer une hypothèse afin d'approfondir les liens entre les événements stressants, la consommation de cannabis et l'apparition d'une schizophrénie chez les adolescent-e-s. À travers nos recherches théoriques mais également et surtout lors des entretiens, nous avons réuni les éléments nécessaires

afin de comprendre le réel rôle d'un traumatisme et pouvons à présent répondre à cette hypothèse.

11.3.1. Concepts théoriques

Il est tout d'abord évident que l'adolescence est un passage de la vie plus difficile de par les nombreux changements psychologiques et physiologiques que subit la personne et qui peuvent être un réel bouleversement pour certain-e-s. C'est également une période de choix déterminants pour l'avenir et une certaine responsabilisation entre en jeux. La personne est donc plus fragile durant cette période et beaucoup plus sensible aux divers évènements qui viennent jaloner sa vie de jeune adulte. Ils doivent créer leur propre identité et s'insérer dans la vie sociale ce qui n'est pas toujours facile et ces derniers ressentent une certaine pression qui est imposée par notre société actuelle.

Une des caractéristiques de cette période est la fragilité psychique de la personne. Les nombreuses émotions ressenties par ces adolescent-e-s sont souvent nouvelles et ils ne savent pas toujours comment les gérer. C'est également un âge durant lequel les jeunes adoptent des comportements risqués afin de se fixer de nouvelles limites ainsi qu'un nouveau cadre. Fumer du cannabis fait donc partie des risques que prend un-e adolescent-e. Étant donné que cette substance est interdite par la société, en consommer signifie alors aller à l'encontre des règles. Il s'agit cependant de conduites d'expérimentations qui sont normales à cette période de la vie et l'environnement dans lequel se développe la personne joue un rôle très important par l'ampleur que peuvent prendre ces comportements à risques. Pour les jeunes qui se sont ni soutenu-e-s, ni écouté-e-s par leur entourage, le risque de trouver du bien-être dans des actes risqués tels que la consommation de stupéfiants est plus fort. Nous pouvons donc affirmer que cette période de la vie est particulièrement difficile à vivre et que la personne est beaucoup plus fragile et vulnérable. Les traumatismes subit durant l'adolescence auront un impact beaucoup plus important et peuvent laisser des traces autant psychiques que physiques.

Les traumatismes vécus par les enfants ou les adolescent-e-s laissent une empreinte et créent une mémoire traumatique. Ces empreintes se font sur le cerveau et sont indélébiles. La solution, selon Monsieur Roland Coenen, psychothérapeute et spécialiste de l'enfance, serait de mettre en place un lien social positif avec ces jeunes abîmé-e-s par certains traumatismes et souvent placés en institution. Ceci permettrait à ces personnes de se sentir plus en sécurité et de diminuer l'agressivité. (Coenen, 2012)

En ce qui concerne les jeunes consommant de la drogue, il en existe plusieurs types. Parmi eux, nous retrouvons les consommateurs et consommatrices réguliers qui ne fument pas simplement de manière festive mais qui cherchent à fuir la réalité ainsi que le stress de la vie quotidienne. Différents traumatismes, des problèmes familiaux, un manque d'affection, des tendances dépressives peuvent pousser la personne à se réfugier dans la drogue afin de soulager le malaise ressenti. La consommation de cannabis n'aura pas le même impact sur la personne selon le but et la fréquence de la consommation.

Les jeunes consommant du cannabis afin d'échapper à la réalité ainsi qu'au stress et au mal-être, ne rendront que plus compliqué leur quotidien. Le besoin de consommer sera de plus en plus fort et fréquent et l'existence de la personne en sera d'autant plus compliquée. Cela implique également un manque de motivation, une perte d'intérêt pour d'autres préoccupations que le produit, des troubles anxieux ou dépressifs peuvent apparaître et plus rarement des troubles psychiques.

Parmi les causes citées de la consommation de cannabis et l'apparition d'une psychose, nous retrouvons des facteurs environnementaux et sociaux :

- « événements de vie traumatiques
- désocialisation
- échec scolaire / difficultés professionnelles
- délinquance
- consommation parentale
- difficultés relationnelles intra familiales
- fréquentation d'autres consommateurs »

(Obradovic, 2013, page 19)

Nous pouvons constater que le fait d'avoir subi des événements traumatiques durant l'enfance ou l'adolescence peut amener la personne à consommer afin de fuir la réalité.

Nous pouvons donc conclure avec la partie théorique en disant que, effectivement, les événements traumatisants tels que des abus, des relations difficiles au sein de la famille, un choc émotionnel très intense peuvent pousser les jeunes à consommer du cannabis afin d'oublier le stress du quotidien et de se sentir mieux. La consommation de cannabis liée à des événements traumatiques peut alors amener à l'émergence d'une schizophrénie.

11.3.2. Entretiens avec des professionnels

Entretien méthodologique N°1 : Philippe Conus

Lors de notre entretien avec Monsieur Philippe Conus, médecin interniste et spécialiste des études de cohorte et de l'intervention précoce dans les troubles psychotiques, il nous a été expliqué que l'adolescence est une période de stress et de changements hormonaux qui peuvent avoir une influence sur le cerveau. La théorie de Monsieur Philippe Conus concernant le rôle des événements traumatiques dans la consommation de cannabis et l'apparition d'une schizophrénie est la suivante :

Le fait de subir des événements traumatiques à un jeune âge, soit avant 14 ans, augmentent l'impact de ces derniers car ils se déroulent lors d'une phase particulière du cerveau. Le fait de subir un traumatisme important augmente le taux d'hormones antistress, ce qui modifie le climat dans lequel les connexions se font à l'intérieur du cerveau. (Conus, 2014)

Monsieur Philippe Conus a mis en avant le fait que certains jeunes sont plus fragiles que d'autres et il nous a parlé de plusieurs études qui ont amené à l'identification des

facteurs de risques et qui vont dans le sens des informations recueillies dans notre partie théorique:

- Facteurs génétiques (des parents atteints, un frère jumeau atteint)
- Le fait d'avoir été exposé à des traumatismes (abus, violence, traumatisme crânien)
- Une naissance qui s'est passée difficilement (avec anoxie cérébrale transitoire)
- Les mères qui ont eu une infection virale durant la grossesse (1^{er} trimestre car c'est là que se construit le cerveau).

(Conus, 2014)

Plus la schizophrénie apparaît tôt, plus cette dernière peut être liée à des éléments structurels du cerveau et plus cette dernière apparaît tard plus elle est liée à des éléments engendrés par du stress (abus, décès d'un proche, violence, etc). De nombreuses recherches actuelles tentent de mettre en place des programmes de détections précoces des personnes présentant un terrain favorable à l'apparition d'une schizophrénie, comme par exemple le programme TIPP (Traitement et Intervention Précoce des troubles Psychotiques) développé par Monsieur Philippe Conus dans le canton de Vaud, qui cherche justement à détecter de manière précoce l'apparition de troubles psychotiques chez les jeunes à l'aide de grilles d'entretiens par exemple. En effet, plusieurs questions sont posées à ces jeunes, des questions sur leur enfance par exemple afin de voir s'il y a eu des événements traumatiques ou non. De cette manière, les spécialistes peuvent identifier ces jeunes comme étant « à risque ». Ce programme est utilisé comme outil d'intervention à l'hôpital psychiatrique de Cery, à Lausanne. (Conus, 2014)

Entretien méthodologique n°2 ; Nicolas Donzé

Lors de notre entretien avec Monsieur Nicolas Donzé, responsable de la toxicologie forensique et médicale à l'Institut central de l'hôpital du Valais, nous avons eu l'occasion d'en apprendre d'avantage sur les effets des événements traumatisants. Tout comme nous l'avait expliqué Monsieur Philippe Conus, l'adolescent est un être fragile, il est dans une période de sa vie remplie de doutes et de rebondissements. Nous reprenons l'exemple qui compare un adolescent à un château de sable fragile sur qui nous renverserions un seau d'eau. Voici à quoi Monsieur Nicolas Donzé compare un adolescent qui consomme du cannabis.

Dans notre société actuelle, beaucoup de couples se séparent, ce qui crée des situations difficiles à vivre pour les enfants. La structure familiale est de moins en moins présente, elle se construit, se disloque puis se reconstruit. De plus, actuellement les femmes travaillent tout autant que les hommes ce qui engendre un temps plus court à consacrer à leurs enfants qui se retrouvent souvent seuls ou avec leurs ami-e-s à l'extérieur. Monsieur Nicolas Donzé insiste sur le fait qu'un enfant a besoin d'un « maître » ainsi que d'une structure familiale stable afin d'évoluer et de grandir dans les conditions les meilleures. Cette autonomie précoce ne peut pas être comparée à un réel traumatisme mais serait un des éléments qui amènerait le jeune à passer plus de temps avec ses pairs et dans certains cas en découle une forte influence qui peut être celle de la consommation de cannabis. (Donzé, 2014).

Le fait de fumer si l'on présente des terrains favorables va bien évidemment augmenter le risque d'émergence d'une psychose.

« Un jeune fragilisé, dans une situation difficile, avec une génétique qui pousse vers le développement de la schizophrénie, avec des stress importants (exemple : violence) et qui consomme du cannabis à un moment donné pourra alors développer une schizophrénie ». (Donzé, 2014)

11.3.3. Entretiens avec la population concernée

Jeune N°1

Dans un premier temps consommateur occasionnel, il a rapidement commencé à consommer seul et en quantités plus élevées. C'est en relatant son passé que ce dernier a fait ressortir de nombreux événements traumatisants pouvant être des éléments ayant amenés chez lui une certaine vulnérabilité au cannabis et de ce fait à la schizophrénie. Le plus marquant d'entre eux fut le décès de son frère suite à une overdose et c'est suite à cet événement qu'il a commencé à fumer du cannabis, soit aux alentours de 18 ans. En plus de cela, il a également subi une agression, un accident de voiture et de nombreux déménagements qui l'ont beaucoup marqué. (Jeune N°1, 2014)

Jeune N°2

En ce qui concerne le jeune N°2 qui a consommé du cannabis durant 4 ans, ce dernier nous a avoué avoir toujours été quelqu'un de très anxieux. En imitant ses pairs et en fumant lui aussi du cannabis, il pensait qu'il deviendrait moins timide et plus à l'aise avec son entourage. Après avoir fait une première crise psychotique, le jeune homme devenait de plus en plus violent et il a décidé de couper les ponts avec sa famille afin de les protéger. Pour lui l'élément déclencheur de sa schizophrénie est le cannabis. Nous ne pouvons pas forcément faire ressortir d'événements traumatisants du récit de ce jeune mais nous pouvons tout de même mettre en avant le fait que ce dernier souffrait déjà d'une forme d'anxiété l'ayant poussé à débiter la consommation (une forte timidité). Nous pouvons supposer que cette timidité et ces états anxieux pourraient être en lien avec d'éventuels événements traumatiques vécus plus tôt. Cela reste une hypothèse car il ne nous en a pas parlés. (Jeune N°2, 2014)

Jeune N°3 et Jeune N°4

En ce qui concerne les jeunes N°3 et N°4, aucun événement traumatisant n'a été spécifié et les mêmes raisons ont été énoncées en réponse à la question « quelles sont les raisons qui vous ont poussés à consommer ? ». Pour chacun d'entre eux le cannabis calmait les agitations et le stress et leur permettait de passer du bon temps avec leurs ami-e-s. Au début de leur consommation, ils fumaient pour trouver un état de détente et d'apaisement. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse qu'ils étaient plus fragiles dès le départ et c'est pour cela qu'ils cherchaient des états de bien-être qu'ils ne vivaient pas autrement. Peut-être en lien avec un ou plusieurs événements traumatiques vécu durant leur enfance. (Jeune N°3, Jeune N°4, 2014)

11.3.4.Vérification de l'hypothèse

Arrivées au bout de cette analyse, nous pouvons affirmer de par nos informations recueillies auprès des professionnel-le-s surtout, que des épisodes traumatiques sont souvent présents chez les jeunes consommateurs et consommatrices de cannabis et schizophrènes. En effet, des événements de stress importants vécus durant l'enfance et l'adolescence créent des empreintes sur un cerveau encore en construction, créant ainsi parfois des vulnérabilités. L'exemple du jeune N°1 nous permet d'aller dans le sens des résultats de nos recherches théoriques et avec les entretiens auprès des professionnel-le-s.

De plus, le contexte dans lequel évolue le jeune joue un grand rôle. Une personne bien dans sa peau et qui consomme de temps en temps du cannabis dans un cadre festif ne subira pas aussi négativement les effets de la drogue qu'un jeune qui en consomme régulièrement dans le but de fuir la réalité ainsi que ses angoisses. Le cannabis peut alors avoir pour fonction de calmer les angoisses et l'anxiété du jeune qui peuvent provenir d'événements traumatisants. Cependant, la personne devra au fur et à mesure augmenter les doses afin de ressentir la même sensation qu'au départ.

L'exemple du jeune N°1 est très représentatif étant donné que ce dernier a commencé à consommer à la suite du décès de son frère. Les nombreux traumatismes qu'il a subis ont laissé des empreintes et le début de sa consommation, qui avait pour but de calmer ses angoisses, a fait émerger la schizophrénie.

Le jeune N°2 a débuté sa consommation pour tenter de palier à une timidité handicapante, pouvant être liée à un événement traumatique vécu précédemment. Les différents événements traumatisants additionnés à la consommation de cannabis ont effectivement fait émerger la schizophrénie chez ces deux jeunes.

Concernant les jeunes N° 3 et N°4, nous avons moins d'informations concernant d'éventuels traumatismes vécus, en revanche il a été spécifié par eux qu'ils consommaient dans le but de se sentir mieux. Certain-e-s jeunes ont des prémisses de psychoses dès leur enfance, ce qui fait qu'ils sont déjà un peu renfermés sur eux-mêmes. Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que si l'on cherche à se sentir mieux, c'est qu'il y a un mal-être présent pouvant être lié à un traumatisme ou un stress important.

12. Conclusion

12.1. Résultats de notre démarche

Nous avons débuté notre travail de recherche en nous basant sur une question précise, qui était de savoir si, oui ou non, le cannabis pouvait être un élément déclencheur de la schizophrénie. Au fil de nos premières recherches, nous nous sommes rapidement retrouvés face à un mur, en constatant qu'il n'y avait pas de réponse claire et précise à cette question. En effet, la quantité d'éléments à prendre en compte lorsque l'on parle de cette problématique, nous a poussés à modifier notre objectif de départ. Après réflexions et discussions, nous avons donc décidé de clarifier notre problématique afin de nous diriger d'avantage dans un travail de type informatif.

Durant ces mois de recherches, nous avons donc rassemblé un nombre important de connaissances théoriques à l'aide de différents documents, et nous avons également rencontré plusieurs professionnel-le-s qui nous ont apporté des éléments essentiels à une meilleure compréhension de notre thématique. Les rencontres avec la population concernée nous ont permis d'aborder le sujet d'une manière plus concrète, en étant dans le vif du sujet. Ces différents apports abordés dans les trois parties de notre travail nous ont permis de répondre à nos hypothèses de départ.

Ces rencontres avec des professionnel-le-s du milieu médical et scientifique ont été pour nous une grande source de richesse ; nous avons pu découvrir des domaines nouveaux et pouvant sembler être différents du domaine du travail social, malgré cela nous avons pu les utiliser de manière complémentaire à notre profession future. Il fut difficile pour nous de mettre en place ces différents entretiens car il a été nécessaire de mener précédemment certaines recherches en lien avec les spécialisations de ces professionnel-le-s et également d'acquérir différentes connaissances spécifiques liées au vocabulaire médical. Une richesse supplémentaire de ces rencontres fut les nombreux contacts que nous avons pu créer avec différent-e-s professionnel-le-s, nous permettant ainsi d'élargir notre réseau.

Nos rencontres avec des jeunes touchés par la consommation de cannabis et la schizophrénie ont été pour nous des éléments clés de notre travail de mémoire. Cette décision d'intégrer la population cible dans notre travail a été abordée à plusieurs reprises au début, et nous a régulièrement confrontés à divers questionnements et doutes. Il fallait trouver plusieurs jeunes volontaires et d'accord de partager une partie de leur histoire et il fallait que nous soyons au clair dans notre manière d'aborder ces jeunes, tout en prenant en compte les différentes complications qu'il était possible de rencontrer. En effet, une bonne connaissance de la schizophrénie et des symptômes a été nécessaire afin d'organiser ces entretiens de manière plus sereine pour nous et également pour les jeunes.

Ces rencontres auprès des jeunes furent pour nous des moments forts en émotions, en effet, un mélange d'émotions telle que de la tristesse parfois, et surtout beaucoup d'empathie. Il nous est également arrivé de nous sentir mal à l'aise face à certains récits, ce qui nous a permis d'entraîner notre capacité à prendre la distance

nécessaire afin de ne pas être trop submergées, ce qui nous sera utile et surtout indispensable dans notre profession.

Lors de ce travail, nous avons effectué de nombreuses démarches auprès d'institutions, de fondations ou encore d'associations, afin de rencontrer des jeunes susceptibles de collaborer et de répondre à nos questions. Plusieurs de nos démarches n'ont pas pu aboutir pour des raisons diverses, mais d'autres nous ont permis d'entrer en contact avec la population cible. En effet, nous avons rencontré des professionnel-le-s du social qui nous ont accordé de leur temps en s'investissant dans notre demande. Nous avons eu des contacts directs avec la présidente de l'association Synapsespoir, avec le président de l'association Pygmalion et également avec des travailleurs sociaux et des bénévoles de l'AVEP (Association Valaisanne d'Entraide Psychiatrique). Nous avons également eu l'opportunité de participer à l'assemblée générale de l'AVEP, ce qui nous a permis de connaître d'avantage les missions de l'association et également de rencontrer plusieurs personnes gravitant autour de cette dernière.

Ces différentes démarches ont été bénéfiques dans le sens où elles nous ont permis d'agrandir notre réseau dans le domaine du travail social en rencontrant des personnes avec qui nous avons pu partager et échanger autour de notre projet. Cette étape de notre travail nous a réconfortées dans la cohérence et la nécessité d'aborder une telle thématique, de par les différents avis et retours obtenus.

12.2. Apports professionnels et personnels

Durant tout le processus de notre travail de recherche, nous avons pu constater que le fait de travailler à deux demandait des efforts supplémentaires au niveau de l'organisation, de la communication, du respect de l'autre et de ses besoins. En effet, il nous est arrivé à plusieurs reprises de rencontrer certaines difficultés liées à notre collaboration, nous obligeant alors à nous remettre en question et à nous positionner parfois différemment. Toute cette expérience nous a apporté tant sur le plan personnel que professionnel.

D'un point de vue professionnel, le travail en réseau, la collaboration et la rigueur dans l'accomplissement des tâches fait partie intégrante du métier d'éducateur et d'éducatrice social-e, il est donc essentiel pour nous d'avoir pu entraîner ces compétences durant ces mois de collaboration. Le fait d'avoir pu acquérir un grand nombre de connaissances liées à la consommation de cannabis chez les jeunes et à la schizophrénie nous permettra également d'être des éducatrices sociales plus informées et de ce fait plus adéquates, étant donné notre souhait de travailler dans le domaine de la santé mentale. De nombreuses compétences liées aux recherches d'articles scientifiques ont également pu être entraînées durant ces mois de recherche.

D'un point de vue personnel, nous avons pu travailler nos compétences liées au respect d'autrui, à la patience, au respect de l'engagement, au soutien mutuel. Nous pouvons donc constater aujourd'hui que cette expérience nous a fait évoluer. Ces apports professionnels et personnels sont intimement liés de par le fait que la relation à l'autre est au centre.

12.3. Synthèse

Au fil de ces mois de recherches, nous pouvons aujourd'hui, de manière rétrospective, en tirer les conclusions suivantes :

La consommation de cannabis chez les adolescents entre 15 et 25 ans peut effectivement être problématique, lorsque celle-ci est liée à d'autres paramètres. En effet, le contexte familial et social dans lequel a évolué et évolue le jeune joue un rôle important sur la possible vulnérabilité de celui-ci. Nous pouvons confirmer que le fait de consommer du cannabis ne sera pas l'unique facteur de l'émergence d'une schizophrénie. Les facteurs à prendre en considération sont nombreux : l'âge, une vulnérabilité biologique ou héréditaire, d'éventuels événements traumatiques ou stressants tels que des violences, des abus, des échecs, des décès, etc.

Nos recherches nous ont permis de mieux comprendre les différences entre le cerveau adolescent et celui de l'adulte et ainsi de mieux appréhender les raisons expliquant une plus grande vulnérabilité. En effet, un cerveau encore en construction est bien plus à même d'être marqué par des événements extérieurs. Certains spécialistes appellent ça le « Binding », plusieurs connexions « moins utiles » se perdent afin de faire place à celles qui seront d'avantage nécessaires. C'est une période de remaniements des connexions intracérébrales. Les événements externes tels que la consommation de cannabis (toujours liés à d'autres facteurs) arrivant dans un cerveau immature provoqueront de grands chamboulements et des traces indélébiles. La période de l'adolescence est donc à prendre tout particulièrement en compte lorsque l'on aborde cette problématique.

12.4. Liens avec la société actuelle

D'un point de vue politique, les débats concernant la dépénalisation ou non du cannabis reste un sujet d'actualité amenant de nombreuses controverses. En effet, les avis divergent et de nombreux arguments sont mis en avant. Nous pouvons alors nous questionner sur l'influence que peut avoir notre politique actuelle sur la consommation de cannabis chez les adolescents. Il est important de ne pas oublier que l'adolescent fonctionne d'une manière particulière, en effet celui-ci se construit par son besoin de transgresser et d'aller à l'encontre des règles prônées par l'environnement familial ou encore sociétal. Il est alors possible d'imaginer que cette substance, du fait de son illégalité, soit d'autant plus attirante pour un adolescent qui cherche à construire ses propres règles.

Nous pensons également qu'il est important de mentionner que notre société actuelle va dans le sens d'une productivité toujours plus importante. Dès le plus jeune âge, une forme de pression s'installe : être bon à l'école, faire de longues études, trouver un travail, etc. Une pression telle qu'il est possible de supposer que la consommation de cannabis peut-être une forme d'échappatoire, un moyen d'échapper au stress du quotidien.

Concernant le travail social, nous avons rapidement constaté qu'il y avait un manque important d'informations et de connaissances à ce sujet. La consommation de cannabis est de plus en plus banalisée, de plus en plus facile d'accès, qui reste une

drogue peu chère et sa consommation est peu réprimandée. Il est donc très fréquent de rencontrer des consommatrices au sein d'institutions. Il est alors nécessaire que les professionnels du domaine du travail social soient d'avantage informés afin de pouvoir agir en toutes connaissances de cause. De part nos expériences, nous nous sommes rendues comptes que la consommation de cette substance s'était tellement banalisée qu'elle n'était même plus forcément prise en compte. Il paraît pourtant essentiel de s'arrêter quelques instants sur cette problématique afin de mieux comprendre les enjeux possibles et ainsi d'assurer un suivi et une prise en charge plus complète.

12.5. Pistes futures

Au fil de nos recherches et de nos rencontres, nous avons pris conscience du manque d'informations qu'il y avait autour de ce sujet dans le monde du social. C'est la raison pour laquelle nous avons rapidement pris la décision d'y donner une suite concrète en partageant ces connaissances avec les différents contacts que nous avons eus. Afin de diffuser ces informations et que celles-ci soient accessibles à un public large touchant tant des professionnel-le-s que la population cible, nous avons décidé de créer un prospectus regroupant les éléments importants, utiles et bons à savoir. Ce prospectus sera imaginé d'une manière ludique, simple et compréhensible à l'aide d'illustrations. Notre but, à travers cette dernière démarche, est de sensibiliser les professionnel-le-s et les jeunes à la consommation de cannabis et aux risques que celle-ci engendre. Il est évident que nous resterons neutres dans les propos écrits, afin d'éviter d'être moralisatrices. Nous ne souhaitons pas juger des comportements quelconques, mais plutôt simplement rendre attentif aux possibles conséquences.

Ce prospectus sera distribué au sein de la HES-SO, à l'association Pygmalion, à l'association Synpasespoir, à l'AVEP, au professeur Philippe Conus et au Dr. Nicolas Donzé. Nous proposerons également à d'autres institutions, fondations ou associations de mettre ce prospectus à disposition.

De plus, suite aux nombreuses recherches effectuées lors de notre travail, de nouveaux questionnements nous sont apparus, nous nous sommes alors aperçues que de nouvelles pistes seraient à travailler. Par exemple ouvrir le débat sur l'influence que pourrait avoir la politique Suisse actuelle sur la consommation de cannabis chez les adolescent-e-s. Une seconde piste qu'il serait pertinent de creuser d'avantage serait de se centrer plus en profondeur sur les vécus de ces jeunes, tenter ainsi de mieux comprendre les éventuels traumatismes vécus durant l'enfance qui les auraient amenés à être particulièrement vulnérables et de ce fait d'être plus susceptibles de consommer du cannabis durant l'adolescence et développer éventuellement une schizophrénie.

13. Références

13.1. Ouvrages

ARSEVER S. *Dossier drogue. État des lieux*. Genève. Éditions Georg S.A. 1994. 128 pages.

AZOULAY C., CHABERT C., GORTAIS J., JEAMMET P. *Processus de la schizophrénie*. Paris. Éditions Dunod. 2002. 224 pages.

BARIAUD, F. *Connaître et optimiser le développement des adolescents*. Revue trimestrielle Enfance. Septembre 2012. 356 pages.

CAMOUS R. *Ados et prises de risques*. France. Editions EMS. 2011. 204 pages.

COSLIN P. *Les conduites à risques à l'adolescence*. Paris. Édition Armand Colin. 2003. 174 pages.

DEBESSE M. *L'adolescence*. Presse Universitaires de France. Février 1997. 127 pages.

DONZE N. et AUGSBURGER N. *Cannabis, haschich & Cie*. 2008. 144 pages.

GUIMON P. *Manuel de santé mentale relationnelle*. Genève. Editions Médecine et Hygiène. 2004. 528 pages.

HAMPDEN TURNER C. *Atlas de notre cerveau. Les grandes voies du psychisme et de la cognition*. Les éditions d'Organisation. 1990. 225 pages.

HOUDÉ O., LEROUX G. *Psychologie du développement cognitif*. Licence psycho. Presses Universitaires de France. Janvier 2009. 254 pages.

LE GARREC S. *Ces ados qui en prennent*. France. Éditions PUM. 2002. 329 pages.

MÜLLER R. *Cannabis. État des lieux en Suisse*. Lausanne. Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA. 2004.

POMPIGNAC-POISSON M, ALLANIC C. *Comprendre l'adolescence. Conduites de dépendances et conduites à risques*. France. Éditions Noèmes. 2009. 154 pages.

PUIG- VERGÈS N. *Aux sources de la psychose, corporéité et pensée psychotique*. Paris. Hommes et groupes éditeurs. 1987. 402 pages.

REYNAUD M., BENYAMINA A. *Addiction au cannabis*. Éditions Médecine-sciences Flammarion. 2009. 146 pages.

RICHARD D. *Le cannabis et sa consommation*. Collection Armand Colin. 2009. 127 pages.

STREEL E., VERBANCKP. *La consommation de Cannabis. De l'information à la prise en charge clinique*. Éditions De Boeck Université. 2007. 82 pages.

TOUSIGNANT M. *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris. Presses Universitaires de France. 1992. 252 pages.

ZRIBI G., BEULNÉ. *Les handicaps psychiques*. Rennes. Presses de l'EHESP. 2009. 211 pages.

13.2. Revues

« Cannabis – En parler avec les ados ». *Addictions Suisse*. Édition 2012. 11 pages.

« Crise psychique, que faire ? Les facteurs favorisants ou déclenchants ». *Guide Pro Mente Sana*. 2010. 12 pages.

« Le premier épisode psychotique » *Guide du CHUV*. Brochure à l'intention des patients et de leurs proches. Centre hospitalier universitaire vaudois. 2003. 32 pages.

« Monitoring Suisse des addictions – Consommation problématique de Cannabis en 2012 ». Office fédérale de la santé publique. 2012. 2 pages.

« Relation entre maladie psychique et normalité : liminaires et définitions ». *Maladie psychique et normalité*. Éditions du Graap-Fondation. 2010. 6 pages.

« Santé mentale : s'orienter dans le Valais romand ». Association Synapsespoir. 2013. 59 pages.

« Vivre avec la schizophrénie ». *Guide du CHUV*. Guide à l'intention des personnes souffrant de la maladie et de leurs proches. Centre hospitalier universitaire vaudois. 2010. 22 pages.

BONSAK C. « Le premier épisode psychotique ». *Brochure à l'intention des patients et de leurs proches*. CHUV, Département de psychiatrie. 2003. 32 pages.

CONUS P, BONSACK C, MONTAGRIN Y, FAVROD, GIBELLINI S. « Une intervention motivationnelle pour les consommateurs de cannabis souffrant de psychoses ». Département de psychiatrie du CHUV, faculté de biologie et médecine, université de Lausanne, site de Cery, Lausanne. 2007. 7 pages.

CONUS P, CRESPI S, MACHERET-CHRISTE C, FAUSTE J-M. *Traitement et Intervention dans la phase Précoce des troubles Psychotiques*. 2007. 21 pages.

DONZÉ NICOLAS. « Cannabis et schizophrénie, existe-il des liens de causes à effets ? ». Mars 2012. 27 pages

DONZÉ NICOLAS. « Le cerveau et l'addiction ». 2008. 3 pages.

DR BESSON J., médecin chef du Centre Saint-Martin. « Le Cannabis, un dangereux « calmant », les drogues dites « douces » et les psychoses ». DUPA, Lausanne. 28 pages.

DR. GEISER M. « Schizophrénie: diagnostic, vivre avec la maladie : information à l'intention des membres de la famille et des profanes ». Association VASK/AFS. 1995. 26 pages.

HUBERT H-O, « Santé mentale et travail social : questions « hors sujet » ? » *Une réflexion menée en intervision sur le thème santé mentale et travail social*. 2010. 8 pages.

MANFRINO A. « Cannabis : attention danger ! » *Nouvelliste*. Interview du psychiatre Raphael Carron. 1 page.

OBRADOVIC I. OFDT. « Usage problématique de cannabis ». *Observatoire Français des drogues et des toxicomanies*. Revue de la littérature internationale. 2013. 69 pages.

PR. VOLLENWEIDER P. « Le fait médical, de la recherche au patient ». *Addictions*. Numéro 81, décembre 2012. 8 pages.

VILLAREJO G, SOLIDA A, ALTERMAT J-P, BAUD S, CONUS P. « Cannabis et Psychose ». Programme TIPP-Section « Minkowski ». 2006. 11 pages.

13.3. Conférences

AVEP. Assemblée générale. Monthey. 2014.

KLEIN G. « Schizophrénie, mode d'emploi ». Compte-rendu de la conférence donnée à la Fondation Domus. 2013.

13.4. Cours HES

DINI S. (2011). Relation à l'autre, individuelle et collective, rapport à soi, cours du module C4 ES. Sierre : Haute Ecole de Travail Social, HES SO//Valais. Non publié.

LORENZ S. (2011). Enjeux actualisés de l'éducation sociale//Comportements déviants et délinquants des adolescents et jeunes adultes. ES. Sierre : Haute Ecole de Travail Social, HES SO//Valais. Non publié.

RODUIT J-M. PITARELLI E. (2011). Santé mentale. ES. Sierre : Haute Ecole de Travail Social, HES SO//Valais. Non publié.

SOLIOZ, E. (2013). Approches Bio-Psycho-sociales des troubles et entraves du Développement, cours du module E8-2 ES. Sierre : Haute Ecole de Travail Social, HES SO//Valais. Non publié.

13.5. Documents audiovisuels

CHAMMING'S P., DELANNOY J. « De la crise d'angoisse à la schizophrénie ». *Santé à la Une* – TF1. 1993. Documentaire. 85 minutes.

COENEN R. « Comment accompagner les adolescents à risques ? ». En collaboration avec le GREA. 2012. Interview. 12 minutes.

LE BRETON D. « Conduites à risques à l'adolescence : acte de passage ». Collection Parole Donnée. Production ANTHEA. 2009. Documentaire. 40 minutes environ.

MICHEL J.-D. « Dépendances ». Produit par IDIP Films. En collaboration avec le GREA. 2009. Documentaire. 75 minutes.

13.6. Entretiens

CONUS P. Hôpital de Cery. 5 mars 2014. 1h 30 minutes.

DONZE N. Hôpital de Sion. 9 avril 2014. 2h.

Jeune N°1. Association Synapespoir. 16 avril 2014, Saxon. 1h 30 minutes.

Jeune N°2. Association Synapespoir. 16 avril 2014, Sion. 1h.

Jeune N°3, interviewé par M. Debons. Association Pygmalion. 21 mai 2014.

Jeune N°4, interviewé par M. Debons. Association Pygmalion. 21 mai 2014.

PREISSMANN D. Université de Lausanne. 16 juillet 2014. 1h 30 minutes.

VISPO T. Hôpital de Cery. 27 février 2014. 1h.

13.7. Cyberographie

« Accompagnement ». In *emera.ch*. <<http://www.emera.ch/fondation/accompagnement.html>> En ligne. Consulté le 17 avril 2014.

« Association Valaisanne d'Entraide Psychiatrique, les buts ». In *Avep-vs.ch*. <<http://www.avep-vs.ch/page14.php>> En ligne. Consulté le 8 avril 2014.

« Association Valaisanne Pygmalion ». In *Pygmalion-vs.ch*. <<http://www.pygmalion-vs.ch/index.html>> En ligne. Consulté le 14 mai 2014.

« Cannabinoïdes – définition ». In *Santé-médecine.net* <<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/17592-cannabinoide-definition>> En ligne. Consulté le 23 septembre 2013.

« Concept institutionnel ». In *emera.ch*. <<http://www.emera.ch/fondation/concept-institutionnel.html>> En ligne. Consulté le 17 avril 2014.

« Dopamine ». In *Inserm.fr*. <<http://www.inserm.fr/dossiers-d-information/dopamine>> En ligne. Consulté le 14 avril 2014.

« Effets des cannabinoïdes sur l'organisme ». In *ufcmed.org*. <<http://ufcmed.org/cannabis-medical/principes-actifs-therapeutiques-cannabis/effets-cannabinoïdes-organisme/>> En ligne. Consulté le 14 avril 2014.

« Expérience avec le Cannabis ». In *AddictionSuisse.ch*. <<http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/cannabis/consommation/>> En ligne. Consulté le 30 septembre 2013.

« L'usage du cannabis est-il autorisé en Suisse ? » In *Stop-cannabis.ch* <<http://www.stop-cannabis.ch/legislation/en-suisse>> En ligne. Consulté le 22 juin 2014.

« Le cerveau à travers les âges ». In *Livret santé.com* <<http://www.livretsante.com/mes-pages /articles.php?arti=397>> En ligne. Consulté le 10 octobre 2013.

« Les conséquences du cannabis sur le comportement ». In *drogues-info-service.fr* <<http://www.drogues-info-service.fr/?Les-consequences-sur-le>> En ligne. Consulté le 19 mars 2014.

« Les neurotransmetteurs ». In *Le cerveau.mcgill.ca* <http://lecerveau.mcgill.ca/flash/i/i_01/i_01_m/i_01_m_ana/i_01_m_ana.html> En ligne. Consulté le 5 juin 2014.

« Neurotransmetteur, définition ». In *sante-medecine.Commentcamarche.ch*. <<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/20851-neurotransmetteur-definition>> En ligne. Consulté le 14 avril 2014.

« Nouvelle loi sur les stupéfiants ». In *bag.admin.ch*. <<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/02942/02949/?lang=fr>> En ligne. Consulté le 22 juin 2014.

« Philosophie ». In *rivesdurhone.ch*. <<http://www.rivesdurhone.ch/?page=philosophie>> En ligne. Consulté le 28 avril 2014.

« Pourquoi des rencontres de proches ? ». In *Synapsespoir.ch* <<http://www.synapsespoir.ch/index.php/activites/rencontres-de-proches>> En ligne. Consulté le 8 avril 2014.

« Pourquoi règlementer d'abord le cannabis ? » In *Grea.ch* <<http://www.grea.ch/modeles-de-reglementation-du-cannabis>> En ligne. Consulté le 22 juin 2014)

« Pourquoi une aide aux proches ? ». In *Synapsespoir.ch* <<http://www.synapsespoir.ch/index.php/association>> En ligne. Consulté le 14 mars 2014.

« Prestations ». In *emera.ch*. <<http://www.emera.ch/fondation/prestations.html>> En ligne. Consulté le 17 avril 2014.

« Qu'appelle-t-on le THC ? ». In *Stop-cannabis.ch*. <<http://www.stop-cannabis.ch/fr/informations-generales/qu-appelle-t-on-le-thc>> En Ligne. Consulté le 14 avril 2014.

« Qu'est-ce que la schizophrénie ». In *synapsespoir.ch* <<http://www.synapsespoir.ch/index.php/quest-ce-que-la-schizophrenie>> En ligne. Consulté le 24 janvier 2014.

ALTAIRAC S. « La face autiste du monde, des protéines communicatrices ». In *web.expasy.org*. <<http://web.expasy.org/prolune/dossiers/021/>> En ligne. Consulté le 14 avril 2014.

CAMH. Centre de Toxicomanie et de santé mentale. « Informations sur la santé : la psychose – la fiche d'information ». In *Camh.ca*<http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_zmental_health_and_addiction_information/psychosis/Pages/psychosis.aspx>En ligne. Consulté le 23 septembre 2013.

CARCEL J.-P. « Conseils Aide et Action contre la toxicomanie. Les drogues, en bref ».In *caat.online.fr*. <<http://www.caat.online.fr/coinjeunes/brefdrogues.htm>>En ligne. Consulté le 21 septembre 2013.

DAVID M. « Le cannabis chez les jeunes, c'est une bombe atomique dans leur cerveau! »In *illustré.ch*<http://www.illustré.ch/le_cannabis_chez_les_jeunes_une_bombe_atomique_dans_leur_44556_.html>En ligne. Consulté le 4 octobre.

DÉLITROZ P-A. « Mémoire et concentration, le cerveau limbique. » In *eduvs.ch*. <http://www.eduvs.ch/lcp/methode/index.php?option=com_content&task=view&id=6&Itemid=5&limit=1&limitstart=1> En ligne. Consulté le 14 avril 2014.

DUBUC B. « L'hémisphère droit/L'hémisphère gauche ». In *Le cerveau.mcgill.ca*<http://lecerveau.mcgill.ca/flash/d/d_01/d_01_cr/d_01_cr_ana/d_01_cr_ana.html> En ligne. Consulté le 5 février 2014.

GANNACA.-L. « Êtes-vous plutôt cerveau gauche ou cerveau droite ? ». In *Psychologie.com* <<http://www.psychologies.com/Moi/Se-connaître/Personnalite/Articles-et-Dossiers/Etes-vous-plutot-cerveau-gauche-ou-cerveau-droit#3>> En ligne. Consulter le 5 février 2014.

HORDE P. « Cannabis – Définition, effets, traitements ». In *Santé-médecine.net* <<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/3398-cannabis-definition-effets-traitements>> En ligne. Consulté le 25 septembre 2013.

HORDE P. « Cerveau limbique-Définition ». In *Santé-médecine.net* <<http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/8269-cerveau-limbique-definition>> En ligne. Consulté le 5 Février 2014.

HORDE P. « Drogues : Les risques pour l'ado ».In *Santé-médecine.net*. <<http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/adolescents/drogues-les-risques-pour-l-ado>> En ligne. Consulté le 1 octobre 2013.

Institut universitaire en santé mentale Douglas. « *Psychos : causes, symptômes et traitements* ». In *douglas.qc.ca* <<http://www.douglas.qc.ca/info/psychose>> En ligne. Consulté le 23 septembre 2013.

JORIO L. « Le casse-tête du cannabis ». In *swissinfo.ch*. <http://www.swissinfo.ch/fre/societe/Le_casse-tete_du_cannabis.html?cid=33143092> En ligne. Consulté le 22 juin 2014.

Journées de la schizophrénie. Une association pour raconter et dédramatiser cette maladie. In *Info-schizophrénie.ch* <<http://www.info-schizophrénie.ch/>> En ligne. Consulté le 30 octobre 2013.

LOGEAN G. « NON à la dépénalisation du cannabis. » In *udc-valais.ch* <<http://www.udc-valais.ch/?p=138>> En ligne. Consulté le 7 juillet 2014.

MASCRET D. « Le cannabis perturbe durablement le cerveau ». In *le figaro.fr* <<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/08/27/18897-cannabis-perturbe-durablement-cerveau>> En ligne. Consulté le 10 octobre 2013.

MICHEL J. « Enfant et adolescent – Un cerveau en mutation. » In *Apprendreàapprendre.com* <http://www.apprendreàapprendre.com/reussite_scolaire/enfance-et-adolescence-un-cerveau-en-mutation-135-8-10.html> En ligne. Consulté le 10 octobre 2013.

MOHAND A., TERRANTI I. « La consommation de drogues chez l'adolescent. Évaluation et orientations ». In *ands.dz* <http://www.ands.dz/insp/sante-mentale/TXM3_INSP.pdf> En ligne. Consulté le 1 octobre 2013.

PERRIN E. « La consommation de Cannabis peut perturber le développement du cerveau ». In *maxisciences.com*. <http://www.maxisciences.com/cannabis/la-consommation-de-cannabis-peut-perturber-le-developpement-du-cerveau_art816.html> En ligne. Consulté le 19 mars 2014.

Pro Juventute. « Informations pour les jeunes. Drogues et dépendances ». In *147.ch* <<http://www.147.ch/Risques-en-cas-de-consommation.750.0.html?&L=1>> En ligne. Consulté le 20 septembre 2013.

RIEDMATTEN A. « Drogues, le vrai visage du gauchisme. » In *udc-valais.ch* <<http://www.udc-valais.ch/?p=81#more-81>> En ligne. Consulté le 7 juillet 2014.

ROSSINI S. « des réponses crédibles à des questions complexes. In *stephanerossini.ch* <<http://www.stephanerossini.ch/ReflexionsPositions/Chanvre.htm>> En ligne. Consulté le 6 juillet 2014.

ROSSO L. « Les chemins cérébraux du cannabis, à la découverte du système endocannabinoïde et de son importance dans le cerveau ». In *Stop-cannabis.ch*. <<http://www.stop-cannabis.ch/fr/informations-generales/le-systeme-endocannabinoïde>> En ligne. Consulté le 14 avril 2014.

WINDLIN, B., DELGRANDE J., KUNTSCHE M. « Motifs de consommer du cannabis ». In *AddictionSuisse.ch* <<http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/cannabis/jeunes/motifs-pour-la-consommation/>> En ligne. Consulté le 30 septembre 2013.

13.8. Images

« Une forme de psychose » Journées de la schizophrénie. In *info-schizophrénie.ch*. <http://www.info-schizophrenie.ch/?page_id=30>. En ligne. Consulté le 30 octobre 2013.

GUITÉ F. « L'obsolescence de l'adolescence ». In *Francoisguité.com* <<http://www.francoisguite.com/2007/08/l'obsolescence-de-l'adolescence/>>. En ligne. Consulté le 25 septembre 2013.

WINDLIN, B., DELGRANDE JORDAN, M., KUNTSCHE. « Motifs de consommer du cannabis ». In *addictionsuisse.ch* <<http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/cannabis/jeunes/motifs-pour-la-consommation/>> En ligne. Consulté le 30 septembre 2013.

WINDLIN, B., DELGRANDE JORDAN, M., KUNTSCHE. « Expérience avec la cannabis ». In *addictionsuisse.ch* <<http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/cannabis/consommation/>> En ligne. Consulté le 30 septembre 2013.

14. Annexes

Annexe 1 : entretien exploratoire N°1

Madame Delphine Preissman, chargée de cours et responsable de recherches à la Faculté des sciences sociales et politique de l'UNIL à Lausanne.

Questions :

- Quelle partie du cerveau est touchée lorsqu'une drogue est ingérée ?
- Lorsqu'une prise de drogue provoque ce que l'on appelle un épisode psychotique, que se passe-t-il dans le cerveau à ce moment-là ?
- Quelles sont les différences de fonctionnement entre le cerveau adulte et le cerveau adolescent ?
- Est-ce que les comportements à risques sont liés à l'immaturation du cerveau ?
- Quelle est précisément la/les partie/s du cerveau qui n'est/ne sont pas encore arrivée/ées à maturité chez l'adolescent ?
- Le cortex préfrontal est en pleine maturation, explications ?

Réponses :

Le cerveau adolescent subit de nombreuses modifications et se distingue du cerveau de l'enfant et de celui de l'adulte :

- Le cortex préfrontal gère la raison, les inhibitions.
- Le système limbique gère les émotions et le système de récompenses.

Chez les enfants, aucun de ces deux systèmes n'est encore mature. Chez l'adulte en revanche les deux sont arrivés à maturation. Concernant l'adolescent-e, le système limbique (émotions) est mature avant le cortex préfrontal (raison). Cela explique en partie les conduites à risques

Concernant les prises de drogues au niveau cérébral, celles-ci agissent sur le système limbique, qui crée la dopamine. C'est en fait le système des récompenses. L'activité dopaminergique est donc modifiée par ces prises de drogues. En plus de cela, les chercheurs et chercheuses ont pu constater que chez les toxicomanes, le cortex préfrontal ne fonctionnait plus correctement, ils parlent alors d'une sorte de retour au stade de l'adolescence.

C'est l'anticipation d'un plaisir à venir qui crée cette montée de dopamine. Lorsqu'il y a trop peu de dopamine, on est apathique. En revanche s'il y en a trop, on a des comportements impulsifs voire extrêmes. Chaque drogue modifie le système dopaminergique mais peut toucher des neurotransmetteurs différents. Les prises de drogues provoquent une inhibition des transmissions (neurotransmetteurs), la personne a donc besoin de toujours plus consommer pour pouvoir ressentir les mêmes effets.

Au début la prise de drogue amène à un renforcement positif ; « j'en prends pour être bien ». Mais ensuite apparaît un renforcement négatif ; « j'en prends pour ne pas être mal. »

Et au niveau des psychoses ?

Il y a clairement quelque chose qui se passe au niveau du cerveau mais actuellement il n'est pas vraiment possible de savoir quoi exactement, c'est très compliqué d'observer l'activité cérébrale. L'imagerie cérébrale permettra petit à petit d'en apprendre d'avantage.

Lorsqu'il y a une psychose, il n'y a pas une unique zone du cerveau qui est touchée, mais plusieurs connexions qui fonctionnent mal, c'est ce que les spécialistes appellent le « Binding ».

Une des premières hypothèses concernant les patient-e-s schizophrènes est qu'il y a trop de dopamine dans le cerveau. Les spécialistes s'arrêtent également sur le glutathion qui est un antioxydant qui protège les cellules du stress. Il y a 50% de glutathion en moins chez les patient-e-s schizophrène.

Il est essentiel de ne pas oublier que la génétique et l'environnement sont en constantes interactions et que ces deux aspects sont systématiquement liés.

(Preissmann, Université de Lausanne, 16 juillet 2014, 1h 30 minutes)

Annexe 2 : entretien exploratoire N°2

Madame Tania Vispo, infirmière au Service de Psychiatrie générale et spécialisée (PGE), Département de Psychiatrie du CHUV.

Questions :

- Quelle est votre fonction au sein de cette unité ?
- Quelles sont les pathologies des personnes accueillies dans cette unité ?
- Quelle est la tranche d'âge des patients ?
- Quels peuvent-être les terrains favorables à l'apparition d'une schizophrénie chez les jeunes ?
- L'environnement social de ces jeunes a-t-il une influence sur leur consommation de cannabis ?
- Pouvez-vous constater qu'il y a une influence entre la consommation de cannabis et la schizophrénie chez les jeunes ?
- L'âge a-t-il une influence ?
- Nous avons constaté de par nos recherches, que parfois une seule consommation de cannabis peut entraîner une psychose, pouvez-vous nous en dire d'avantage ?
- Y-a-t-il des signes avant coureurs permettant de déceler une éventuelle schizophrénie ?
- Connaissez-vous d'autres conséquences de la consommation de cannabis ?
- Quelle prise en charge proposez-vous à ces patients ?
- Qu'existe-t-il actuellement en termes de prévention ?

Réponses :

Les patient-e-s de cette unité sont des personnes souffrant d'un trouble du spectre de la schizophrénie et la spécificité est d'accueillir des jeunes entre 18 et 35 ans souffrant d'un premier épisode schizophrénique et qui vont, pour la plupart, entrer dans le programme TIPP (Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques) qui est un programme importé d'Australie par le professeur Conus.

Il n'y a pas un seul terrain favorable au développement de la schizophrénie mais plusieurs. C'est multifactoriel. Cela peut dépendre de l'environnement, des gènes (si on a deux parents schizophrénie on a 50% de chance de le devenir), de la scolarité, de l'environnement social ou familial. L'environnement social n'a donc pas forcément d'influence directe sur la consommation de cannabis et le développement ou non d'un trouble psychotique. La schizophrénie n'est pas spécifique aux riches ou aux pauvres par exemple, elle peut toucher n'importe qui, venant de n'importe quel milieu socio-économique.

Le cannabis n'est pas la cause de la schizophrénie mais peut effectivement permettre l'émergence d'une fragilité déjà présente mais encore enfouie. Chaque individu peut, un jour, être victime de symptômes psychotiques suite à une consommation de cannabis, les bads trips par exemple dont nous entendons régulièrement parler. Lors de ces bads trips la personne peut être en proie à des hallucinations, des altérations de perceptions. Ce sont des symptômes très proches des symptômes psychotiques. Les spécialistes parlent officiellement de symptômes psychotiques lorsque ceux-ci persistent durant au moins une semaine alors qu'il n'y a pas eu d'autres consommations de cannabis.

La grande majorité des jeunes qui arrivent dans cette unité consomment du cannabis. Cette problématique est liée à la spécificité de cette unité. Il est difficile d'identifier si lorsqu'ils arrivent, ils sont déjà dans un trouble psychotique installé, ou plutôt dans une phase de prodrome (la phase qui précède le trouble installé). Ils souffrent souvent d'isolement social et quelques bizarreries sont déjà présentes. Et souvent ils consomment pour atténuer ces symptômes désagréables. Ils ne consomment donc pas pour rien car pour eux le cannabis a des effets positifs.

En effet, une des problématiques au sein de cette unité est la consommation continue du cannabis, car il est évident que cette substance est utilisée dans le but de soulager les angoisses, les tensions. Mais cela est problématique car une consommation qui se poursuit après l'apparition de la maladie augmente les risques d'apparitions de symptômes plus importants et diminue considérablement les effets des traitements.

Plusieurs études ont démontré récemment que dans le cannabis, il y a une molécule qui entraîne des effets semblables aux neuroleptiques. Certain-e-s patient-e-s ont besoin de un ou deux joints par jour et peuvent ainsi rester stables, en plus de leur médication et de leur suivi. D'autres en revanche, ont besoin d'augmenter toujours plus les doses de cannabis afin que les effets restent les mêmes, ce qui engendre finalement des difficultés car ils finissent régulièrement pas décompenser et s'isolent de plus en plus.

La grande difficulté dans la prise en charge de ces patient-e-s est qu'il est difficile pour eux, elles de prendre conscience du danger dans lequel ils, elles se mettent. Une caractéristique des psychoses est justement le fait que la personne vive dans une autre réalité, sans se rendre compte qu'elle n'est pas la bonne. Il faut donc pouvoir leur faire prendre conscience, petit à petit, de leur maladie et des effets que le cannabis peut avoir sur celle-ci.

Pour travailler avec ces patient-e-s, différentes choses ont été mises en place au sein de l'hôpital de Cery. Les patient-e-s qui font partie du programme TIPP participent à un groupe qui s'appelle info psychoses chaque mercredi, où différents thèmes sont abordés. Un de ces thèmes s'intitule « cannabis et psychose » et les jeunes peuvent ainsi en parler et faire des liens entre ces consommations et leurs symptômes. Il y a également un groupe de parole une fois par mois et basé sur l'entretien motivationnel. Il y a aussi la possibilité de faire appel à des addictologues de liaisons qui peuvent se déplacer pour venir discuter avec ces jeunes. Le cadre de l'hôpital a une place importante, il y a par exemple parfois des accords qui peuvent se faire entre infirmier-ère-s et patient-e-s, par exemple : « si tu consommes, tu recevras un avertissement ». Ce type d'accord est bien entendu négocié avec les patient-e-s, il ne sert à rien de contraindre les jeunes car s'ils ne sont pas preneurs, il n'y aura pas de résultat. Parfois, des hospitalisations se font de manière involontaire (PLAFA médical ou judiciaire) et ce sont les situations les plus complexes car il n'y a pas de partenariat de la part des patient-e-s.

Il n'y a pas de réponse précise à la question des causes de la schizophrénie. Elles sont multifactorielles et dépendent de l'individu. Les spécialistes commencent à obtenir des réponses plus claires. Il y a des années, cela était considéré comme une démence, nous savons aujourd'hui que ce n'est pas le cas. La manière de prendre en charge les gens et les traitements évoluent au fil des années. Le cannabis favorise, mais n'est pas la cause de l'apparition d'une schizophrénie. La consommation est un des multiples facteurs. Il y a des personnes qui consomment toute leur vie sans pourtant en subir les conséquences.

(Vispo, Hôpital de Cery, 27 février 2014, 1h)

Annexe 3 : entretien méthodologique N°3

Le professeur Philippe Conus, médecin interniste et psychiatre, spécialiste des études de cohorte et de l'intervention précoce dans les troubles psychotiques. Responsable du programme TIPP (Traitements et Interventions Précoces dans les troubles Psychotiques).

Questions :

- Ces dernières années ont permis une nette évolution au niveau de ces recherches. On entend parler de plus en plus de l'influence de la consommation de cannabis sur la schizophrénie. Qu'est-ce qui a permis cette évolution ?
- Quelles sont les parties du cerveau touchées par la consommation de cannabis ?
- Au niveau du cerveau, vous parlez de problèmes de connectivité entre différentes parties. Quelles sont-elles ?

- Nous avons lu qu'un déficit de glutathion était présent chez les patient-e-s schizophrènes, et que de ce fait la transmission de certains influx nerveux s'en trouvait altérée. Qu'est-ce qui cause ce déficit en glutathion ?
- Le cannabis peut-il être une cause d'un arrêt de développement de la Myéline ? (altération du développement de la matière blanche ; transfert des messages nerveux ralenti)
- Vous expliquez que 85% des psychoses débutent entre 18 et 25 ans, car ces jeunes sont dans une période de leur vie où ils rencontrent de nombreux aiguillages. Quels sont, d'après vos constats, les éléments qui rendent ces jeunes plus susceptibles de développer une psychose ?
- Comment différencier les signes annonciateurs d'une psychose des comportements typiques de l'adolescence ? (par exemple le repli sur soi, le désinvestissement, etc...).
- L'environnement social et familial du jeune a-t-il une influence ? Deux jeunes, l'un venant d'un milieu aisé et l'autre d'un milieu plutôt défavorisé, sont-ils égaux face au risque de développer une psychose ?
- Vous dites que ce n'est que progressivement qu'une psychose évolue vers une schizophrénie, pouvez-vous nous en dire d'avantage ?
- Vous parlez d'un « ultra haut risque » de psychoses identifié chez certain-e-s jeunes. Quels signes vous permettent d'identifier cela ?
- Comment expliquer qu'il arrive qu'un jeune consomme une seule et unique fois du cannabis et qu'il développe une psychose suite à cela ? Peut-on alors dire que nous avons en nous une base psychotique qui pourra se révéler ou non ?
- Pour quelles raisons les jeunes psychotiques consomment-ils très souvent du cannabis ? Le cannabis peut-il alors être autant une cause qu'une conséquence de la schizophrénie ?
- Dans quelle mesure la consommation de cannabis répond-elle à un plaisir compensatoire, à des manques, des carences affectives, des manques de repères ou d'autorité etc... Et dans ce cas-là, expliquerait-elle le fait de la poursuite de la consommation en toute connaissance de cause ?

Réponses :

Une psychose, c'est le fait d'entendre des voix, d'avoir des idées délirantes, une désorganisation de la pensée. Il existe plusieurs formes de psychoses dont la plus caractéristique est la schizophrénie. Il faut également savoir qu'il n'y a probablement pas qu'une forme de schizophrénie ; certaines sont plutôt à base biologiques, d'autres plutôt liées à des traumatismes. Il y a en fait plusieurs chemins pour arriver à la même manifestation de symptômes. 85% des psychoses débutent entre 18 et 25 ans. C'est peut-être en partie lié au fait que c'est une phase de la vie au cours de laquelle le cerveau se remanie de manière importante, et c'est là que peuvent se manifester certains troubles qui étaient peut-être déjà présents auparavant, mais qui se remarquaient moins car il y avait beaucoup de connexions ; le cerveau fonctionne sur la base d'un nombre plus restreint de réseaux, et c'est là que l'on remarque les dysfonctionnements. L'adolescence est de plus une phase de stress assez importante et de grands changements hormonaux, et ce n'est pas exclu que ces changements hormonaux aient une influence sur le fonctionnement du cerveau.

Beaucoup de données suggèrent que pour ce qui est des psychoses, il y a une corrélation relativement importante avec la consommation de cannabis.

Une grande partie des patient-e-s de l'hôpital psychiatrique de Cery, en particulier des jeunes, abusent de substances, tout particulièrement de cannabis. On peut alors se demander pourquoi ? Car c'est la substance la plus prisée, la plus facile d'accès et la moins chère.

Monsieur Philippe Conus nous explique que quelques études sorties récemment ont montré assez clairement les effets néfastes de la consommation de cannabis. En comparant des populations de jeunes patient-e-s d'une manière prospective, (ils les ont vus à 8 ans, 14, 20 ans, etc.), ils ont pu observer que les jeunes qui consommaient du cannabis à l'âge de 14 ans avaient, à l'âge de 20 ans, un risque clairement plus élevé de développer une psychose. Selon les études les risques étaient augmentés de 2 fois et demi jusqu'à 5 fois, après avoir pris en compte l'influence possible d'autres facteurs comme par exemple une histoire familiale de schizophrénie. C'est une des rares études assez fiable qui démontrent que de fumer du cannabis augmentent les risques de développer plus tard une psychose.

Pourquoi évoque-t-on l'âge de 14 ans ? C'est ainsi qu'était organisée l'étude, avec une évaluation à cet âge, mais il est possible que dans une phase plus tardive, quand le cerveau a passé cette phase de reconfiguration, l'impact du cannabis soit moindre, et donc que les jeunes qui commencent à fumer du cannabis à l'âge de 18 ans n'augmentent pas leurs risques de développer une psychose. Une des théories faite actuellement est que le cerveau à la naissance est développé d'une certaine manière, il est encore primitif. Il se développe jusqu'à bien au-delà de l'adolescence. Durant l'enfance, il y a une nette augmentation des synapses, qui sont des connexions intracérébrales. Ensuite, à l'adolescence, une sélection se fait naturellement et les connexions les moins importantes sont éliminées. C'est ce qui est appelé un « Pruning ». Les chercheurs et chercheuses pensent que s'il y a ingestion d'une substance psychotrope durant cette phase délicate de remaniements, le psychotrope agira alors sur les récepteurs et faussera donc les signaux, empêchant ainsi le cerveau de s'organiser de manière adéquate.

Il a également été démontré que le fait d'être exposé à des traumatismes (par exemple des abus sexuels) à un jeune âge, soit avant 14 ans, l'impact était alors beaucoup plus grand. Probablement aussi car l'évènement se passe lorsque le cerveau est dans cette phase particulière. Le fait d'être agressé ou abusé fait augmenter considérablement le taux d'hormones antistress, et cela modifie le climat dans lequel les connexions se font dans le cerveau.

Fumer du cannabis jeune (12-14 ans) influence donc l'organisation du cerveau. Une bonne partie des troubles psychiques sont liés à des problèmes de connexions entre diverses régions du cerveau. Nous savons actuellement qu'il y a différentes zones qui commandent certaines fonctions motrices comme le fait de parler, par exemple. Par contre pour ce qui est des fonctions d'intégrations ou de cognitions, cela semble être moins localisé dans une zone précise du cerveau, mais plutôt être des réseaux de centres qui se mettent ensemble. Il faut donc qu'il y ait des connexions entre ces réseaux.

Monsieur Philippe Conus nous parle d'une étude qu'il a menée en Australie sur l'évolution d'une cohorte de patient-e-s. Il y avait au total 700 patient-e-s, 700 jeunes ayant fait un premier épisode de psychose. Ces jeunes ont été suivis sur une durée d'un an et demi. Il y avait ceux qui consommaient du cannabis au départ et ceux qui n'en consommaient pas. Ceux qui continuaient à ne pas en consommer avaient une certaine évolution, un certain taux de rémission, soit d'environ 5 sur 10. Parmi ceux qui consommaient du cannabis, il y avait deux groupes : ceux qui continuaient et ceux qui arrêtaient.

- Ceux qui consommaient et continuaient de consommer avaient un niveau de fonctionnement de 2 sur 10
- Ceux qui avaient arrêté de consommer avaient un niveau de fonctionnement de 8 sur 10

Ceux qui arrivaient à arrêter de consommer du cannabis fonctionnaient ainsi finalement mieux que ceux qui n'en avaient jamais consommé et cela peut s'expliquer comme suit :

Entre arrêter et continuer, l'écart est énorme en termes d'évolution de la maladie. Les spécialistes se disent également que ceux qui n'avaient jamais consommé étaient probablement des patient-e-s qui avaient certaines difficultés autres (par exemple pas de réseau social) avant d'entrer dans la maladie, qui les ont alors conduits à ne pas consommer de cannabis. Pour en consommer, il faut un certain degré de sociabilité. Certain-e-s patient-e-s ont des prémisses de psychose dès leur enfance, ce qui fait qu'ils sont déjà un peu renfermés sur eux-mêmes. Cela pourrait être une explication au fait que ceux-ci ne pourraient alors pas évoluer mieux que les ressources qu'ils auraient à la base.

D'où l'importance de motiver les patient-e-s qui ont une psychose et qui fument du cannabis à arrêter d'en consommer, car le potentiel d'évolution est remarquable. Beaucoup d'études montrent que de continuer à fumer lorsque la personne souffre d'une psychose diminue le taux de rémission, ces patient-e-s répondent moins bien aux traitements et le taux de rechutes est plus important.

Pourquoi certains jeunes sont-ils plus exposés que d'autres ? Plusieurs études ont conduit à l'identification de divers facteurs de risques et donc d'augmentation du degré de vulnérabilité;

- Facteurs génétiques (des parents atteints, un frère jumeau atteint)
- Le fait d'avoir été exposé à des traumatismes (abus, violence, traumatisme crânien)
- Une naissance qui s'est passée difficilement (avec anoxie cérébrale transitoire)
- Les mères qui ont eu une infection virale durant la grossesse (1^{er} trimestre car c'est là que se construit le cerveau)

Ces facteurs influencent de manière modérée.

Plus la schizophrénie apparaît tôt, plus les spécialistes pensent que c'est d'avantage lié à des questions structurelles du cerveau, et plus la maladie survient tard, plus on fait des liens avec des facteurs environnementaux comme par exemple des facteurs de stress.

Au début de la maladie, il est souvent très difficile de faire la différence entre les comportements typiques d'un adolescent et des comportements qui sont annonciateurs d'une psychose émergente. C'est une question d'intensité, de durée et d'impact que ça a sur la vie. Ces questions sont abordées avec les jeunes patient-e-s de l'hôpital de Cery; « vous êtes de plus en plus isolés, depuis quand ? Est-ce qu'un évènement a déclenché cela ? Est-ce que des choses vous paraissent parfois bizarres ? Vous sentez-vous différents ? Etc.. ». C'est en explorant ces signes atténués et en en parlant avec eux qu'il est possible de se rendre compte des différences qu'il peut y avoir avec des jeunes renfermé-e-s parce qu'ils sont révolté-e-s, ou fâché-e-s avec leurs parents. Il y a toutes sortes de manières d'explorer toutes sortes de domaines du fonctionnement. Des suivis sur la durée sont proposés, où l'on tente d'établir une relation de confiance. Parfois cela dure 2-3 mois et ensuite ça passe.

Pour poser un diagnostic de premier épisode psychotique, il faut avoir eu de façon assez durable et de manière répétitive des symptômes psychotiques francs. Par exemple, il faut avoir entendu des voix un certain nombre de fois pendant un temps suffisant. Pour parler de schizophrénie il faut au moins 1-2 mois avec des symptômes forts. Les spécialistes parlent donc en premier lieu de jeunes à risques, ensuite d'un épisode psychotique, puis, en fonction de la durée et de l'intensité, on peut parler de schizophrénie.

Dans son programme de détection précoce, le programme TIPP (Traitements et Interventions Précoces dans les troubles Psychotiques), M. Conus parle de jeunes à « ultra hauts risques ». Des échelles ont été définies pour évaluer les situations (un jeune vient et explique entendre des choses, ce ne sont pas clairement des voix et il n'est pas vraiment sûr de ce que c'est). Un questionnaire a été mis en place afin de voir si ces personnes remplissent les critères de ces cheminements amenant à une psychose. Ceux qui remplissent ces critères sont alors considérés comme étant à risques de développer une psychose. Des suivis prospectifs ont été mis en place et ils se sont rendus compte que parmi ceux qui remplissaient ces critères, pratiquement 1 sur 3 avaient développé un premier épisode de psychose les 12 mois suivants.

Les spécialistes tentent aujourd'hui de développer des traitements préventifs pour ces personnes. Par exemple, une étude a démontré qu'en leur donnant des omégas 3 (huile de poisson), des modifications pouvaient alors apparaître. Pour ceux qui en recevaient, seulement 10% ont développé une psychose, contre pratiquement 30% pour ceux qui recevaient le placebo. Les omégas 3 sont des substances impliquées dans la fabrication des cellules nerveuses, dont la Myéline.

De nombreuses recherches actuelles en science fondamentale avec l'imagerie cérébrale sont en cours afin de voir s'il est possible d'identifier des marqueurs de risques plus fiables afin d'identifier les patients à risques avec le plus de précision

possible et de ne pas inquiéter des jeunes qui ne sont pas à risque augmenté de développer la maladie.

Lors de nos recherches nous nous sommes aperçues que parfois, une seule et unique consommation de cannabis pouvait suffire à entraîner un épisode psychotique. Pour ces jeunes, ce qui paraît le plus probable est qu'ils étaient déjà, avant leur consommation, plus vulnérables.

Mais alors, est-ce la consommation de cannabis qui amène à la schizophrénie, ou le fait d'être schizophrène qui pousse à la consommation ? Cette question reste sans réponse claire. Il est en revanche de plus en plus évident que le cannabis joue un rôle dangereux dans les troubles psychotiques. Les jeunes psychotiques consomment, pour la plupart, beaucoup de cannabis car cette substance a pour eux une fonction de détente et de soulagements des tensions internes et des angoisses. Cette drogue est également souvent utilisée dans le but de recréer des liens sociaux, d'appartenir à un groupe. Il est alors possible d'imaginer la consommation de cannabis comme étant une forme d'automédication. Malgré cela, il a été prouvé que de continuer à consommer lorsque la psychose est présente freine les effets du traitement et provoque de nombreuses rechutes.

Il y a plusieurs dérivés du cannabis ; le cannabidiol qui a un effet anti-psychotique. En revanche les autres formes sont pro-psychotiques. Il y a donc probablement un effet positif sur les troubles, soit une atténuation des symptômes. Ce qui est observé c'est qu'à long terme, cela empêche la stabilisation.

D'un point de vue neurobiologique :

Lorsque le corps fournit des efforts, il produit des produits de dégradations que l'on appelle le Lactate. Si l'on utilise de l'énergie, des déchets s'accumulent. C'est exactement pareil au niveau des activités physiologiques : si on utilise, par exemple, le glucose pour faire marcher les cellules, des produits de dégradations se créent. Bon nombre de ces produits de dégradation sont en fait assez toxiques pour les tissus, ils sont acides, on appelle ça des hyperoxydes. Des produits comme ceux-ci drainent les vaisseaux et partout dans le corps, liés à l'activité physique ou à l'activité de pensée. Il faut donc avoir un système qui s'occupe de capter ces substances afin de les retransformer en énergie. C'est un équilibre qui se fait. Ces déchets organiques sont captés par des antioxydants dont fait justement partie le glutathion.

Les chercheurs et chercheuses se sont rendus compte que les patient-e-s souffrant de schizophrénie ont une concentration de glutathion dans le cerveau bien plus basse que dans la population générale. Ils ont alors supposé que, peut-être, un déficit de cet antioxydant faisait qu'il restait trop de ces hyperoxydes et que cela créait alors des lésions au niveau des cellules cérébrales.

Cela a été prouvé par des études : en allant observer des cerveaux de patient-e-s schizophrènes (dans le cadre d'autopsies), les spécialistes ont remarqué qu'ils ont effectivement des cellules avec beaucoup moins d'arborescences (épines dendritiques), comme s'il y avait eu des dommages. Une des suppositions est alors que peut-être, cela pourrait être un effet de toute cette oxydation présente par le fait qu'il n'y ait pas assez de substances pour capter cette oxydation.

Il semblerait que ce déficit soit causé par un substrat génétique, il y aurait donc, dès la naissance, une déficience de production de cet antioxydant, le glutathion. Le cerveau serait alors moins bien protégé. Des études vont être faites sur le modèle animal afin de mieux comprendre si le cannabis peut avoir une réelle influence sur ce taux de glutathion.

Lorsque l'on parle de la schizophrénie, le terme myéline revient régulièrement. La myéline c'est comme l'isolation autour d'un fil électrique. Si l'isolation est mauvaise, il y a un risque de courts-circuits. Cette molécule sert donc d'isolant autour du neurone pour que la connectivité passe bien, pour que l'influx passe de manière fluide. Une supposition est alors que la consommation de cannabis peut avoir une influence sur le rôle protecteur de cette myéline.

Une seconde supposition est que cette déficience en Myéline joue un rôle dans les hallucinations visuelles ou auditives dont peut souffrir la personne schizophrène. En effet, au lieu que l'information passe d'un endroit à un autre d'une manière fluide, elle fait des espèces de détours qui peuvent alors donner à la personne le sentiment que les informations viennent plutôt de l'extérieur.

À l'heure actuelle, les spécialistes ne savent pas bien qu'elles sont précisément les parties touchées par la consommation de cannabis. Ce qui est pratiquement certain, c'est que cela doit certainement agir au niveau frontal car c'est la partie du cerveau qui fait les associations. Ce ne sont encore que des hypothèses. En tout cas, le problème semble se trouver au niveau des connexions plutôt que dans les neurones eux-mêmes.

(Conus, Hôpital de Cery, 5 mars 2014, 1h 30 minutes)

Annexe 4 : entretien méthodologique N°4

M. Nicolas Donzé, responsable de la toxicologie forensique et médicale à l'Institut central de l'Hôpital du Valais (ICHV) et collaborateur scientifique au Centre universitaire romand de médecine légale (CURML).

Questions :

- Dans un reportage sur canal 9, vous expliquez que depuis 1990, les spécialistes savent de quelle manière le cannabis agit sur le cerveau, qu'est-ce qui a permis ces connaissances ?
- Lors de votre conférence à la fondation Domus, vous avez relevé que le taux de personnes consommant du cannabis est en hausse. Comment expliquez-vous cela ?
- Comment expliquer que le cannabis soit de plus en plus puissant en THC ? S'agit-il d'un besoin de fuite qui augmente chez les jeunes lié à une société qui évolue ?
- Nous savons que vous parlez dans votre livre «Cannabis, haschisch et Cie » que le cannabis peut être un médicament utile afin d'alléger la douleur. Pouvez-vous nous en dire plus ?
- Est-ce que le fait de consommer du cannabis en étant jeune durant cette période de reconstruction du cerveau, amène plus facilement à une dépendance que si la consommation débutait plus tard?

- Mise à part l'apparition d'une schizophrénie, quelles peuvent être les autres risques liés à la consommation de cannabis au niveau de la santé psychique et physique?
- Lors de votre conférence à la fondation Domus, vous parlez de la dopamine. Comment expliquer qu'en cas de consommation importante de cannabis, les récepteurs de dopamines finissent par se rétracter, nécessitant alors des prises de drogues plus régulières ?
- Quel est le rôle des endocannabinoïdes ?
- Quel est la fonction de la dopamine et quel rôle y joue l'anandamide ?
- L'anandamide est un endocannabinoïde neurotransmetteur sécrété par le cerveau qui agit sur un récepteur, lequel ?
- Lorsque l'on consomme du cannabis, le cannabinoïde prend la place de l'anandamide. Où va l'anandamide ?
- Peut-on dire que c'est « à cause » de l'anandamide (protéine interne fabriquée par l'organisme) que notre cerveau est si sensible au cannabis (cannabinoïdes)?
- En fait, en fumant du cannabis, c'est une substance déjà « connue » qui apparaît dans l'organisme, puisqu'elle est proche des endocannabinoïdes. Comment expliquer l'ampleur des dégâts ?
- Vous parlez de terrains génétiquement favorables au développement de la maladie (altération au niveau des gènes). Ces personnes plus vulnérables ont-elles un système endocannabinoïde différent/altéré ? Y a-t-il d'autres parties du cerveau qui dysfonctionnent ?
- Quelles sont les régions du cerveau qui dysfonctionnent chez les personnes chez qui la schizophrénie est installée ?
- Une fois la maladie installée, quelle rôle joue le cannabis au niveau cérébral ?
- Le système endocannabinoïde est-il différent lorsque la schizophrénie est installée ?
- Les traitements médicamenteux de la schizophrénie ont-ils une influence sur ce système endocannabinoïde ?

Réponses :

Monsieur Nicolas Donzé nous explique que depuis 1990 les spécialistes savent de quelle manière le cannabis ainsi que le THC agissent sur le cerveau. Jusque-là, les connaissances restaient très floues à ce sujet. Jusqu'en 1964, on savait que le cannabis avait des effets psychotropes et c'est à cette date qu'il a été découvert que le THC est la substance active du cannabis parmi plus de 60 autres. Le cannabis a des effets psychotropes mais aussi anti-inflammatoires et antipsychotiques. Ces effets sont d'une part toxiques mais peuvent également nous protéger car dans les années 60 le cannabis contenait la même teneur en cannabidiol (anti-psychotique, protecteur) qu'en cannabinoïde (psychotrope). L'usage du cannabis dans les années 60 à concentration égale de ces deux molécules faisait que les effets n'étaient pas si violents que maintenant et pouvaient même nous protéger contre les effets psychotiques liés au cannabinoïde. Les joints d'aujourd'hui ont été concentrés en cannabinoïde, ce qui fait que la substance va stimuler la personne. Selon les dires de Monsieur Nicolas Donzé, il s'agit d'une sorte de bombe atomique construite par l'homme. Donc en 1990, il a été découvert que dans notre cerveau nous avons des récepteurs à cannabis. Il en existe deux types ;

Les récepteurs de cannabis CB1 qui sont localisés dans le système nerveux central (cerveau, moelle épinière...) et régulent d'autres neuro transmetteurs. Ces derniers augmentent durant l'adolescence qui se situe entre 15 et 25 ans. Le deuxième type de récepteurs de cannabis sont les CB2 qui se situent dans le système immunitaire (ex : globules blancs, la rate...).

De manière plus scientifique, Monsieur Nicolas Donzé nous a appris que nous avons cent milliards de neurones qui communiquent par le biais de neurotransmetteurs. Ces derniers agissent de manière spécifique sur des récepteurs (un neurotransmetteur pour un récepteur). Il a été découvert en 1993 que l'on sécrète un endocannabis qui est un neurotransmetteur de la famille des cannabinoïdes et qui va agir sur ces récepteurs. On commence alors à mieux comprendre que notre cerveau a une activité qui est sous contrôle du système endocannabis. Contrairement aux neurotransmetteurs, les endocannabis vont être fabriqués mais pas stockés. Nous les fabriquons sur besoin. Les neurotransmetteurs eux, sont stockés et libérés selon les besoins puis recapturés. Par exemple, si nous faisons un mouvement, un neurone va être stimulé, il va recevoir comme un choc électrique puis va être libéré. Ceci va créer un influx nerveux et va activer un deuxième neurone qui va devoir remplir sa mission qui peut être par exemple une activation, une stimulation d'un autre neurotransmetteur ou une inhibition. La communication demande du contraste, du oui/non et c'est ce qui définit l'endocannabis.

Monsieur Nicolas Donzé finit cette partie en insistant sur le fait que 1990 a été une année de changements et de découvertes pour la science.

Ces nouvelles connaissances ont permis tout d'abord de mesurer que le cannabis, lorsqu'il est consommé, va agir sur le système endocannabinoïde et que la majorité des récepteurs dans notre cerveau sont des récepteurs à cannabinoïdes.

Si je fume un joint, je vais activer un récepteur programmé pour une micro-activité. Le système endocannabis, lorsqu'il est sécrété est très court dans son activité alors que le cannabis, lui, arrive en quantités astronomiques et va rester plusieurs heures dans l'organisme. Nous avons un système à micro régulation sur une durée très courte alors que lors de consommation de cannabis nous pouvons imaginer cela comme l'arrivée d'une bombe atomique. Donc consommer du cannabis va agir sur le système endocannabis et va la sur-stimuler.

Par la suite, Monsieur Nicolas Donzé nous explique également que le cannabis est plus puissant en THC qu'auparavant car la chimie a fait des progrès et les molécules sont plus puissantes. À l'époque des premiers consommateurs et consommatrices de cannabis, il y a quatre mille ans, il n'y avait pas de centrales nucléaires pour faire chauffer des lampes à fluorescence.

Le rôle du système endocannabis est de réguler tout ce qui fait de nous des êtres vivants. Tout d'abord, ce système régule la neuro genèse qui permet la communication dans tout notre corps et qui est sous l'influence du système endocannabis (la construction de notre système nerveux central).

Le système endocannabis régule également la neuro transmission (communication entre les neurones, « je t'active, tu me rétroactives ». (Il permet d'avoir des contrastes que le cannabis efface). Donc, par exemple fumer un joint durant la grossesse va perturber le développement de l'enfant car selon M. Donzé le cannabis est « *une molécule vraiment pas amie avec la vie* ». (Donzé, 2014)

Par la suite, il gère aussi l'activité de la dopamine. La dopamine est le neurotransmetteur fondamental qui nous permet d'avoir des souvenirs. Car dans la vie nous devons avancer avec nos souvenirs afin de ne pas répéter des erreurs. La nature nous a fait le cadeau de la mémoire en associant la construction du comportement qui est bon pour nous avec du plaisir. Et le neurotransmetteur qui dit à notre cerveau « ça c'est bon » ou non, c'est la dopamine. Cette dernière est importante car elle nous permet d'avoir du plaisir mais nous motive à en ressentir d'avantage. Comme l'exemple donné par Monsieur Nicolas Donzé concernant les études. Nous sommes satisfaits de nos études et ressentons du plaisir à en faire donc nous continuons à enrichir nos connaissances. Cela va construire dans notre cerveau des circuits qui vont faire que nous aurons envie de continuer d'étudier. En ce qui concerne le cannabis, il régule la sécrétion de dopamine. Et parce qu'il en sécrète et que cela régule le plaisir, le cerveau reçoit l'information et cela construit alors les addictions.

Ce système régule également la plasticité neuronale qui signifie la reconstruction du cerveau et qui est une chose permanente. Entre 20 et 50 ans nous construisons des mécanismes qui s'appellent l'expérience. La capacité qu'a le cerveau à reconstruire, à réagir avec l'autre s'appelle la plasticité synaptique. Il s'agit d'une mise à jour permanente du cerveau. Ceci est également sous contrôle du système endocannabis et on sait aujourd'hui que de fumer du cannabis va perturber la construction du cerveau, particulièrement entre 15 et 25 ans et de manière encore plus prononcée avant 18 ans. À cet âge-là, le système endocannabis est plus actif car c'est la période de la vie durant laquelle on est le plus apte à apprendre. Il y a également une dimension non biologique à cet âge-là mais d'un point de vue biologique c'est l'endocannabis qui construit notre vie.

Ce système règle également l'information, l'oubli, la filtration des informations. On est dans une société dans laquelle nous sommes surinformés, nous sommes entourés de bruits permanents, il est donc difficile de se concentrer et notre système endocannabis a donc tendance à filtrer l'information. Ceci est fondamental car nous pouvons dire que le système endocannabis nous protège et va trier les informations selon les besoins. L'exemple donné par Monsieur Nicolas Donzé exprime bien cette idée. Nous sommes dans le train et nous lisons un livre. À côté de nous une personne est au téléphone et involontairement nous serions tenté d'écouter sa discussion, mais nous avons la capacité de nous mettre dans une bulle afin de nous concentrer uniquement sur notre lecture. L'endocannabis a donc trié les informations afin de permettre de cibler uniquement les informations importantes. Quand on fume des joints, nous ne laissons pas notre mémoire travailler, nous supprimons un contraste, nous ne trions plus les informations. « *Fumer un joint revient à travailler un texte sur Word et fermer l'ordinateur sans sauvegarder les informations.* » (Donzé, 2014)

Le système endocannabis gère également l'apprentissage, la température corporelle, l'appétit, mais joue également un rôle dans la dépression. La dépression revient à ne plus avoir d'envies et ne plus s'aimer. D'ailleurs, dans les textes actuels, lorsque l'on parle de dépression, on parle également de la sérotonine qui régule notre humeur, mais également de l'adrénaline et de la dopamine, mais nous ne parlons que très peu du système endocannabis. Cependant, ce système endocannabis est un retro régulateur très fin de cet état qu'est la dépression et joue un rôle important car si l'on parle de l'appétit et de la dépression, il y a un point commun entre les deux. L'appétit est un besoin naturel qui construit notre capacité à vivre ; si je mange je donne de l'énergie à mon corps et de plus, cet acte est associé à du plaisir, je sécrète donc de la dopamine qui est sous régulation du système endocannabis. La faim vient d'une activation du système endocannabis. Cette sensation de faim, nous la retrouvons dans un autre comportement ; la faim de vivre. Nous savons que fumer du cannabis favorise la démotivation, la dépression, la perte des envies et il existe un médicament qui a bien mis en évidence cette problématique et qui se nomme l'Acomplia (traitement des patient-e-s obèses).

Pour conclure, le système endocannabis est en quelque sorte le régulateur général de toutes les activités des autres neurones, ce qui fait que ce dernier est fondamental. Toutes ces connaissances nouvelles ont permis de remettre en question beaucoup d'éléments sur la biologie humaine, sur la vie. Nous sommes dans une société dans laquelle nous travaillons beaucoup sur les symptômes (exemple : vous êtes dépressif, prenez des antidépresseurs ou alors si vous ne dormez pas, prenez un somnifère) mais nous devrions nous poser la question d'où vient ce problème (pourquoi vous ne dormez pas ?). Nous sommes dans un monde anxyolisé car ceci est plus simple et rapide mais nous ne réglons pas le problème fondamental.

En ce qui concerne le fait que le taux de personnes consommant du cannabis est en hausse, Monsieur Nicolas Donzé nous donne l'explication suivante ; tout d'abord, beaucoup de personnes contredisent ce fait mais ils constatent pourtant une hausse du nombre de consommateurs et consommatrices. Les personnes menant des études sur ce sujet se rendent, la plupart du temps, dans des établissements scolaires dans lesquels ils demandent aux jeunes « avez-vous déjà consommé du cannabis ? ». Puis ils comptabilisent le nombre de oui et de non et font ça de manière régulière, une fois par année. Ces spécialistes en arrivent à la conclusion que les résultats sont stables. En ce qui concerne les personnes travaillant dans les hôpitaux, leur fonction est différente. Ce que Monsieur Donzé observe est que les cas de consommateurs et consommatrices de cannabis qu'ils reçoivent dans les hôpitaux du Valais sont passés de 30 cas en 2007, à 186 cas en 2013. Il y a donc une réelle augmentation de consommateurs. Au niveau de la police, les personnes prenant le volant sous l'influence du cannabis sont passées de 20 cas par année à 80 cas. De plus, les professionnel-le-s de la santé ont recours aux analyses sanguines, ce qui n'est pas le cas des personnes effectuant des questionnaires dans les établissements scolaires par exemple. Selon Monsieur Nicolas Donzé, les réponses données directement par les personnes ne sont pas forcément fiables et donc les analyses sanguines restent le moyen le plus efficace de mesurer le nombre de personnes consommant du cannabis.

Le nombre de consommateurs et consommatrices de cannabis augmente pour deux raisons ; tout d'abord parce que nous les cherchons plus, mais également parce que les gens en consomment plus. Mais pourquoi en consomment-ils d'avantage ? Et bien tout d'abord, parce qu'une personne qui ne se sent pas en forme, qui fait une dépression nerveuse et qui se rend chez son médecin, va recevoir une liste de médicaments à prendre, alors que le médecin aurait avantage à simplement lui conseiller de rentrer chez elle et de se reposer. Mais dans ce dernier cas, il ne serait pas considéré comme un bon médecin. Les personnes sont alors anesthésiées mais pas guéries et c'est ce qui peut parfois entraîner ces dernières à consommer d'autres produits.

En ce qui concerne les jeunes d'aujourd'hui, le matérialisme prend le dessus, la religion n'est plus prise en considération. Une fois que ces jeunes ont eu accès à tout ce qu'ils veulent, certain-e-s se dirigent vers les drogues. Un joint ne coûte pas cher, fait voyager la personne et lui donne des idées qu'elle n'avait pas eues auparavant. De plus, la répression n'existe plus selon Monsieur Nicolas Donzé. Pour une personne de plus de 18 ans interceptée avec plus de 9 grammes de cannabis dans le sang, l'amende est de 100 frs. Les personnes arrêtées par la police avec du cannabis dans le sang et au volant d'une voiture ne sont pratiquement pas punies. Le cannabis s'est banalisé et les gens sont moins gênés d'avouer avoir fumé un joint plutôt que d'avoir pris une autre drogue telle que l'ecstasy ou les amphétamines.

De plus, selon Monsieur Nicolas Donzé, l'accès au cannabis est très simple et rapide. Il est devenu plus simple de se procurer du cannabis que d'aller acheter un nouveau téléphone portable. Selon lui, la répression sur les drogues est quasiment inexistante.

Les adolescent-e-s sont des êtres encore fragiles, ils sont dans une période de leur vie remplie de doutes et de rebondissements. Ils doivent passer des examens, réfléchir à leur avenir, intégrer un groupe de pairs. Monsieur Nicolas Donzé les compare à un château de sable fragile sur lequel nous verserions un seau d'eau. C'est la comparaison que nous pouvons faire lorsqu'un-e adolescent-e consomme du cannabis.

La pire période de la vie pour fumer du cannabis c'est la jeunesse, entre 15 et 25 ans parce que le cerveau se construit. Le fait de fumer à cette période de la vie va construire à l'intérieur de notre mémoire cette mission qu'il faut fumer un joint. Il s'agit d'un apprentissage et c'est pour cela que les addictions se développent surtout entre 15 et 20 ans. On devient rarement alcoolique ou accro à une drogue après 30 ans. À cette période-là, les récepteurs dopaminergiques sont moins stimulés et vont disparaître. Au bout d'un certain temps, la personne qui fume mais ne sent plus aucun effet entre dans un schéma qui s'appelle la tolérance et c'est souvent à ce moment-là que la personne change de produits afin de créer un nouveau mécanisme. Pour tous les produits que l'on consomme (cannabis, antidépresseurs, somnifères...) le corps et le cerveau vont recevoir une stimulation importante et ce dernier va finalement trouver que cette stimulation est trop importante. Il va donc soit diminuer, soit rajouter des récepteurs. S'il en rajoute, il faudra alors plus de produits pour retrouver le même effet. Ceci est un phénomène pharmacologique.

Les conséquences physiques et psychiques que peut engendrer la consommation de cannabis sont tout d'abord, bien sûr, la schizophrénie qui apparaît souvent entre 15 et 20 ans. En général, aux alentours des 18-19 ans, les premiers symptômes peuvent être observés. Selon Monsieur Nicolas Donzé, la schizophrénie est une maladie d'adolescents qui touche le système endocannabis. C'est une maladie qui est en relation avec des faiblesses de notre génétique mais qui ne se développe pas chez tout le monde et qui ne va pas se développer chez toutes les personnes qui sont prédestinées à l'être. Notre génétique ne nous condamne pas à être qui on devrait être, on peut changer les choses. Mais le fait de fumer du cannabis si l'on a des terrains favorables va augmenter le risque. Un-e jeune fragilisé-e, dans une situation difficile, avec une génétique qui pousse vers le développement de la schizophrénie, avec des stress importants (exemple : violences) et qui consomme du cannabis à un moment donné, pourra alors développer une schizophrénie. Il ne suffit pas de fumer un joint pour devenir schizophrène, il s'agit d'un élément parmi d'autres qui va faire que cela va en faire trop.

Des jeunes peuvent avoir recours au cannabis sans subir de conséquences graves au niveau du cerveau. Le seul problème c'est que nous ne savons pas à l'avance quelle sera la réaction lors d'une consommation de cannabis. La problématique de l'addiction est à 40-60% d'origine génétique. Nous avons donc un terrain favorable ou non, nous avons des fragilités. Mais nous ne sommes pas programmés à devenir ce que nos gènes veulent pour autant.

Chez les schizophrènes, le système endocannabinoïde est sur stimulé et il sécrète plus d'anandamide (qui est un endocannabinoïde) sans pour autant consommer du cannabis. C'est pour cela qu'aujourd'hui les médecins prescrivent des neuroleptiques pour les personnes atteintes de schizophrénie mais il n'est pas impossible que dans dix ans ils se rendent compte que les neuroleptiques étaient une erreur et ils prescriront peut être du cannabidiol.

Monsieur Nicolas Donzé termine en nous disant que depuis quelques années, de nombreuses publications à ce sujet sont parues et qu'il est rare d'observer une telle avancée en si peu de temps dans un domaine de la neurobiologie. Le cannabis est une drogue redoutable car dans la majorité des cas elle n'aura pas de conséquences, mais nous vivons dans une société où notre devoir est de protéger les plus faibles, et la consommation de cannabis induit tout de même un risque.

(Donzé, Hôpital de Sion, 9 avril 2014, 2h)

Annexe 5 : grille d'entretien pour la population concernée

Ces questions ont été posées à chaque jeune que nous avons rencontré lors de notre travail de recherches. Nous avons tenté, par le biais de cette grille d'entretien, d'approfondir de manière plus concrète notre partie théorique en observant certains faits chez des personnes directement concernées par la consommation de cannabis et la schizophrénie.

Les jeunes N°1 et N°2 ont pu être rencontrés par le biais de l'association Synapespoir. La directrice Madame Louise-Anne Sartoretti, avec qui nous avons eu

quelques contacts durant cette partie de notre travail de recherches, et qui a pu nous mettre rapidement en lien avec ces deux jeunes.

- À quel âge avez-vous commencé à fumer ?
- Fumez-vous encore actuellement ?
- Comment avez-vous arrêté ? Seul ou avec de l'aide ? (s'il a arrêté)
- Combien de fois par jour/par semaine fumez-vous ?
- En qu'elle quantité fumez-vous ?
- Est-ce que vous pouvez nous dire les raisons qui vous ont poussé à commencer à fumer ?
- Comment financez-vous votre consommation?
- Lorsque vous avez commencé à fumer souffriez-vous déjà de cette maladie ?
- Connaissiez-vous déjà les risques du cannabis ?
- Est-ce que vous avez pu identifier des apports positifs liés à la consommation du cannabis ?
- Des apports négatifs ?
- Avez-vous remarqué des changements dans votre vie depuis que vous avez commencé à fumer ?
- Est-ce que la consommation a des effets sur les symptômes de votre maladie ?
- Est-ce que vous avez reçu de l'aide par rapport à votre consommation de cannabis ?
- Est-ce que vous avez reçu de l'aide par rapport à votre maladie ?

Annexe 6 : entretien jeune N°1

Lors de notre premier contact téléphonique avec ce jeune, nous lui avons proposé de choisir lui-même le lieu dans lequel il souhaitait que notre rencontre ait lieu, afin qu'il se sente le plus à l'aise possible. Nous nous sommes donc retrouvés sur une terrasse à Saxon et le jeune homme est venu accompagné de sa mère. L'entretien a débuté de manière un peu timide puis, la personne se sentant plus à l'aise, s'est dévoilée à nous en nous parlant ouvertement de sa maladie et de son passé de consommateur.

Il a commencé par nous expliquer qu'il est un ancien consommateur de cannabis mais qu'à l'heure actuelle il n'a plus du tout de lien avec cette drogue. Il a commencé vers 17-18 ans et cela durant plusieurs années. Il a commencé à consommer à cet âge là afin de rendre son quotidien plus agréable mais également dans le but de rendre ses cours plus attractifs. Il fumait lors de ses pauses ou alors en fin de journée afin de se détendre. Il nous a cependant confié que lors de sa première consommation, il n'a pas vraiment ressenti d'effets mais que ceci dépendait du produit, de la dose et de l'ambiance du moment. Donc, au départ, il considérait cela comme un amusement, un moment agréable qu'il passait avec ses ami-e-s. Par la suite, il a commencé à consommer de plus en plus seul et c'est à ce moment que ceci est devenu « une sale habitude », selon ses propres mots.

Il nous a également expliqué qu'il lui arrivait d'en consommer plusieurs fois par jour mais que cela dépendait de ses moyens financiers. C'est pour cette raison qu'il a ensuite tenté de faire pousser du cannabis chez lui afin d'avoir ses propres produits et ainsi de dépenser moins d'argent. Il n'a jamais fait de deal et n'était pas intéressé par ce commerce mais nous a cependant avoué avoir rendu « quelques services » qu'il regrette au jour d'aujourd'hui. Il nous a également expliqué que ce milieu était très dangereux et qu'à de nombreuses reprises il a eu à faire à la police. De plus, il avait conscience dès le début des conséquences possibles de la consommation sur la santé physique (les poumons par exemple) mais ne voyait cependant pas de liens avec la schizophrénie.

Lorsque nous lui avons demandé s'il avait pu identifier des apports positifs liés à sa consommation de cannabis, il nous a répondu que le fait de consommer calmait ses symptômes et le soulageait, mais l'aidait également à s'endormir car ceci diminuait ses tensions. En ce qui concerne les effets négatifs, il nous a expliqué que pour lui, ce qui était négatif c'était lorsqu'il n'avait plus de cannabis et qu'il devenait alors nerveux et extrêmement irritable, parfois même un peu paranoïaque. C'est dans ces moments-là que des premiers sentiments de persécutions apparaissent.

Au niveau des relations sociales et familiales, il a rapidement remarqué que ses fréquentations avaient changé, à partir du moment où il a commencé à consommer du cannabis. Ceux et celles qui étaient contre la drogue sont tout simplement parti-e-s alors que les autres, qui pouvaient parfois être intéressé-e-s, restaient à ses côtés. Il s'est donc créé un nouveau réseau social dans les premiers temps puis est devenu de plus en plus antisocial et replié sur lui-même. En fumant, il s'enfermait dans son monde et ne pouvait plus entrer en interaction avec les autres. Dans sa bulle il se sentait bien et préférait ceci aux relations avec d'autres personnes. Les stimuli extérieurs étaient perçus comme une agression pour lui.

Au niveau des symptômes de la schizophrénie, il nous a avoué entendre Dieu qui lui parlait tout au long de la journée et ceci était fort désagréable pour ce jeune qui nous a dit avoir besoin de calme absolu. Il entendait également des voix menaçantes qui voulaient s'en prendre à sa famille. Il nous expliqua également qu'il voyait des personnes qui n'existaient pas. Lors de sa 3^{ème} année au cycle d'orientation, il avait souvent la tête dans les étoiles et rêvait éveillé. Il avait la sensation de réfléchir à voix haute et d'être entendu de tous. Lorsque ses camarades rigolaient il se sentait directement concerné. Il avait l'impression de pouvoir lire dans les pensées des gens et inversement. Tout ceci s'est développé petit à petit mais de manière violente. Durant cette période, il était régulièrement confronté à des idées morbides.

Quelques années plus tard, il arrêta sa consommation de cannabis et de cigarettes de manière radicale, et il nous expliqua que ce sont les voix qu'il entendait qui l'avaient forcé à tout stopper. Ces voix, qu'il appelle « les sorcières » l'ont, d'après lui, rendu bien service.

En parlant avec sa mère, ils ont pu faire ressortir de nombreux événements marquants et violents qui auraient tout à fait pu contribuer à l'émergence de sa maladie. Ils nous ont par exemple parlé d'un accident de voiture, d'une agression, de plusieurs déménagements et plus particulièrement du décès de son frère cadet qui a été un réel choc pour lui. Il a d'ailleurs longtemps été dans le déni de sa mort. En

plus de tout cela, au fil de nos échanges, le jeune nous dit qu'effectivement, le cannabis aurait pu jouer un rôle dans l'émergence de cette schizophrénie. Il fait alors le lien entre le décès de son petit frère et ses débuts de consommations de cannabis, ces deux événements ayant eu lieu la même année, celle de ses 18 ans.

Au niveau des aides qu'il a pu recevoir, il nous a tout d'abord parlé d'une psychologue qu'il consultait de manière régulière. Mais les premières rencontres étaient difficiles pour lui et lorsque ce dernier ne se rendait pas au rendez-vous, une ambulance venait le chercher à son appartement. Le fait qu'on lui imposait ceci n'était que peu supportable et renforçait son envie d'opposition. Il ne tolérait pas que tous ces gens soient « sur son dos », il avait besoin d'indépendance, besoin de se sentir utile et responsable. À l'heure actuelle, il n'a recours à aucune médication et il s'en porte bien mieux, selon sa maman. Il a également commencé à faire du sport de manière régulière ce qui lui permet de se sentir mieux et de pouvoir évacuer son stress. Il est actuellement à l'AI et travaille 2 heures 3 jours par semaine dans un atelier protégé. Cette occupation lui occupe l'esprit malgré qu'il avoue ne pas spécialement apprécier ce travail qu'il considère comme du travail à la chaîne. Au niveau de ses hallucinations auditives, il nous dit être en train de les épuiser et de reprendre le dessus. Il a envie de se battre et d'aller de l'avant.

(Jeune N°1, association Synapespoir, 16 avril 2014, Saxon, 1h 30 minutes)

Annexe 7 : entretien jeune N°2

Notre rencontre avec le jeune N°2 a eu lieu sur une terrasse en ville de Sion. Nous avons laissé la liberté à ce dernier de choisir un lieu qui lui convenait. Tout en gardant le fil rouge de notre grille d'entretien, il nous raconte son histoire :

Âgé aujourd'hui de 25 ans, il a eu un lien très fort avec le cannabis durant environ 4 ans. Il fumait 2 à 3 joints par jour mais nous a expliqué que sa dépendance était vraiment présente. Il a commencé à fumer vers 16 ans, lorsqu'il était au collège. Deux raisons l'ont poussé à débiter cette consommation ; tout d'abord il nous explique avoir été fortement influencé par ses camarades, et que lors de fêtes, fumer du cannabis était normal. Il ne connaissait à l'époque pas du tout les risques de cette substance, il la croyait inoffensive. Il nous explique avoir également commencé car il pensait qu'en fumant, il deviendrait moins timide et aurait de ce fait moins de difficultés à aller vers les autres, ce qui n'a pas été le cas. Il finançait sa consommation avec son argent de poche car il vivait chez ses parents à cette époque, mais il lui arrivait également d'aller en voler car il connaissait des endroits où se trouvaient de nombreuses plantations.

Plus le temps passait, plus il fumait seul et se renfermait sur lui-même. Environ 2 ans plus tard, ce jeune homme a vécu sa première crise psychotique. Il nous confie avoir toujours été une personne anxieuse. La crise a duré deux semaines et l'a plongé dans un état de bien-être intense. Il avait le sentiment d'avoir le rôle de devoir propager le plus d'amour possible aux personnes autour de lui. Après ces deux semaines, les choses se sont rapidement dégradées. Il avait le sentiment que l'amour qu'il avait pour mission de propager aux autres n'était plus voulu, plus accepté par ces derniers. C'est à ce moment-là qu'il a commencé à se sentir persécuté et constamment jugé par les autres. À ce moment-là, il devenait

également agressif envers sa famille, il a donc complètement coupé les ponts avec elle, dans le but de les protéger. Il avait le sentiment de pouvoir lire les pensées des autres et se sentait alors intrus. Ses ami-e-s ne le comprenaient plus et ils coupèrent tous liens avec lui. Il se retrouva alors très seul et se replia d'avantage sur lui-même. Il nous explique avoir perdu toute sa motivation, il n'avait plus aucune envie. Il a remarqué qu'il était malade lorsqu'il s'est rendu compte qu'il devenait agressif envers sa famille, sa maman tout particulièrement. Le sentiment d'amour pur qu'il avait pu ressentir durant la crise psychotique s'était transformé en quelque chose de « diabolique », selon ses mots.

Les effets positifs du cannabis étaient présents au début de la consommation : ses sens étaient amplifiés, les couleurs plus vives, les sons plus intenses. Mais par la suite le cannabis n'a pas eu d'effets positifs sur les symptômes de sa maladie. Lorsqu'il consommait, sa paranoïa devenait toujours plus forte et intense. Il n'a pas ressenti d'effets positifs comme par exemple la diminution de tensions ou d'angoisses, pour lui cela amplifiait tous les symptômes.

Ces symptômes ont duré environ trois ans, mais, rapidement, il a demandé à se faire aider. Il a vu un premier psychiatre qui lui a prescrit une médication qu'il a vite arrêté car celle-ci ne lui convenait pas. Il a ensuite rencontré une personne d'Addictions Valais qui l'a suivi durant plusieurs mois et avec qui il a pu tisser des liens très forts. Cette aide a été bénéfique pour ce jeune qui stoppa sa consommation de cannabis à l'âge de 21 ans, avec tout de même quelques rechutes. À l'heure actuelle il ne consomme plus du tout et nous dit « avoir compris le message », pour lui c'est le cannabis qui a fait émerger cette schizophrénie. Le cannabis n'est aujourd'hui plus un problème pour lui. Il a repris sa vie en main, a débuté un apprentissage, et voit ses symptômes disparaître peu à peu.

(Jeune N°2, association Synapespoir, 16 avril 2014, Sion, 1h)

Annexe 8 : lettre adressée aux jeunes

Le jeunes N°3 ainsi que le jeune N°4 ont été rencontrés par le biais de Monsieur Raphaël Debons, président de l'association Pygmalion qui s'est proposé de les rencontrer pour nous et de leur soumettre notre grille d'entretien, ceci dans un souci de confidentialité et d'intimité. Pour ce faire, nous avons rédigé la lettre suivante :

Bonjour,

Nous sommes deux étudiantes de la HES-SO de Sierre en travail social. Nous terminons notre formation au mois de septembre 2014 et nous sommes donc actuellement dans la réalisation de notre travail de bachelor, dont la thématique est la suivante:

« Dans quelle mesure la consommation de cannabis chez les adolescent-e-s et jeunes adultes de 15 à 25 ans peut-elle avoir une influence sur le développement du cerveau et des conséquences sur l'apparition de maladies psychiques ? »

Le but de notre travail est de récolter des informations à ce sujet qui sont à ce jour plutôt réservées au monde médical et scientifique. Nous avons eu l'occasion de nous apercevoir, de par nos formations pratiques, que la problématique de la

consommation de cannabis était fréquente et qu'elle avait souvent un lien avec des troubles psychiques, plus précisément la schizophrénie. Etant des éducatrices sociales prochainement diplômées, il nous a paru nécessaire d'acquérir d'avantages de connaissances à ce sujet, afin de pouvoir mieux appréhender cette problématique.

Notre objectif est donc de transposer ces informations au monde du social afin de pouvoir travailler de manière plus sensée, en ayant de meilleures connaissances. Nous souhaiterions, une fois notre travail terminé, en faire une brochure destinée à des institutions sociales travaillant avec des personnes ayant ce type de problématique.

Nous avons débuté notre travail par interviewer des médecins, psychiatres et autres spécialistes afin d'obtenir des informations concernant le fonctionnement du cerveau suite à une consommation de cannabis, par exemple. Ou encore la schizophrénie d'un point de vue neurobiologique.

Nous souhaitons sacrifier la deuxième partie de nos recherches à la rencontre de jeunes directement concernés par la consommation de cannabis et la schizophrénie, d'une part car nous sommes conscientes que les personnes directement concernées sont les mieux placées pour nous parler de cette thématique. Il est également essentiel pour nous de pouvoir vous donner la parole, permettant ainsi une forme de reconnaissance et de déstigmatisation.

Dans un souci d'intimité, il a été décidé que nos questions vous soient posées par une personne que vous connaissez. Aucun nom, prénom, ni aucune autre information confidentielle de ce type ne sera mentionnée. Nous sommes bien sûr tout à fait disponibles si l'un-e d'entre vous souhaite nous rencontrer. C'est également avec plaisir que nous vous ferons parvenir notre document, une fois terminé, si une personne le souhaite.

Nous vous remercions d'avoir participé à notre travail en acceptant de répondre à notre petit questionnaire, vos réponses nous permettront d'avancer, de mieux comprendre, et ainsi de pouvoir aborder cette thématique d'une manière plus adéquate, plus humaine. Une aide efficace passe par une bonne compréhension des choses.

Annexe 9 : questionnaire jeune N°3

- À quel âge avez-vous commencé à fumer ?
« *Le premier joint, je devais avoir 13 ans.* »
- Fumez-vous encore actuellement ?
« *Oui.* »
- Comment avez-vous arrêté ? Seul ou avec de l'aide ? (si il a arrêté)
- Combien de fois par jour/par semaine fumez-vous ?
« *Actuellement entre 4 et 5 joints par semaine, surtout le week-end.* »
- En quelle quantité fumez-vous ?
« *La quantité varie peu (cf. question 4), cependant la teneur en THC du produit consommé varie selon le fournisseur.* »

- Est-ce que vous pouvez nous dire les raisons qui vous ont poussé à commencer à fumer ?
« *Les propositions qui émanaient du groupe et rapidement l'impression que fumer calmait mes agitations. »*
- Comment financez-vous votre consommation ?
« *Mon salaire d'apprenti. »*
- Lorsque vous avez commencé à fumer souffriez-vous déjà de cette maladie ?
« *Non, car c'est une crise qui a déclenché la prise en charge par les médecins, vers 17 ans. »*
- Connaissez-vous déjà les risques du cannabis ?
« *Non, pas par rapport à la maladie. »*
- Est-ce que vous avez pu identifier des apports positifs liés à la consommation du cannabis ?
« *Fumer coupe chez moi les hallucinations, même si je sais que je devrais cesser de fumer. Les médicaments sont sensés me stabiliser et fumer n'est pas indiqué, ça ne fait pas bon ménage. Et il y a le côté festif... »*
- Des apports négatifs ?
« *Plus je fume, plus les épisodes hallucinatoires sont fréquents en plus du manque de sommeil car perturbé. »*
- Avez-vous remarqué des changements dans votre vie depuis que vous avez commencé à fumer ?
« *Le médecin psychiatre m'a dit que les joints avaient pu déclencher ma maladie, mais pas la créer. »*
- Est-ce que la consommation a des effets sur les symptômes de votre maladie ?
« *Oui, je sais que je ne devrais pas fumer, car comme déjà dit, les hallucinations ne diminuent pas. »*
- Est-ce que vous avez reçu de l'aide par rapport à votre consommation de cannabis ?
« *Oui, j'essaie en ce moment de cesser la fumette, mais je remarque que le week-end où je ne fume pas, je bois beaucoup (vodka, bière). »*
- Est-ce que vous avez reçu de l'aide par rapport à votre maladie ?
« *Je vois un médecin régulièrement. »*

(Jeune N°3, interviewé par M. Debons, association Pygmalion, 21 mai 2014)

Annexe 10 : questionnaire jeune N°4

- À quel âge avez-vous commencez à fumer ?
« 15 ans. »
- Fumez-vous encore actuellement ?
« Non. »
- Comment avez-vous arrêté ? Seul ou avec de l'aide ? (si il a arrêté)
« Avec de l'aide. »
- Combien de fois par jour/par semaine fumiez-vous ?
« Au début un ou deux pétards par semaine, mais assez vite la consommation est montée à 3 ou 4 par jour. »
- En quelle quantité fumiez-vous ?
« La dernière année avant de stopper : 4-5 / jour. »
- Est-ce que vous pouvez nous dire les raisons qui vous ont poussé à commencer à fumer ?
« Les copains, le besoin de me détendre et je l'ai compris ensuite, cela stoppait les voix que j'entendais. »
- Comment financiez-vous votre consommation ?
« Mon salaire d'apprenti et un peu de deal. »
- Lorsque vous avez commencé à fumer souffriez-vous déjà de cette maladie ?
« En 1ère année d'apprentissage, je fumais déjà pas mal et j'ai eu une crise d'hallucinations assez importante qui m'a amené en milieu hospitalier. Mais j'étais loin de me douter qu'une telle maladie me frappait. Depuis plusieurs mois, je sentais que ça n'allait pas bien, mais je mettais ça sur le compte de la fatigue, du stress, des soirées arrosées... »
- Connaissez-vous déjà les risques du cannabis ?
« Non si ce n'est le côté toxique pour les poumons et les neurones. »
- Est-ce que vous avez pu identifier des apports positifs liés à la consommation du cannabis ?
« Mieux être par rapport aux crises hallucinatoires et meilleur sommeil. »
- Des apports négatifs ?
« Cela renforce les hallucinations et surtout elles devenaient plus fréquentes. »
- Avez-vous remarqué des changements dans votre vie depuis que vous aviez commencé à fumer ?
« Grâce aux médicaments mes crises se font plus rares. Le cannabis est un cercle vicieux. Il stoppait mes crises, mais en même temps rapprochait la fréquence de ces dernières. Donc oui, plus de THC moins de crises. »
- Est-ce que la consommation a des effets sur les symptômes de votre maladie ? idem point 11.
- Est-ce que vous avez reçu de l'aide par rapport à votre consommation de cannabis ?

« Un suivi assez serré au départ : hôpital, institution durant 2 ans et maintenant ambulatoire une fois par mois. »

- Est-ce que vous avez reçu de l'aide par rapport à votre maladie ?

« Oui, hôpital psychiatrique de longs mois (7 ou 8) et ambulatoire chez médecin psychiatre tous les 4 à 5 semaines. La période en milieu institutionnel m'a beaucoup aidé. »

(Jeune N°4, interviewé par M. Debons, association Pygmalion, 21 mai 2014)

Annexe 11 : lexique

THC

« Le THC (tétrahydrocannabinol) est la principale substance responsable des effets pharmacologiques du cannabis chez l'homme. C'est le principe actif contenu dans le cannabis et ses différents composés. » (Stop-cannabis, 2014)

Système endocannabinoïde

Les endocannabinoïdes sont des antennes spécialisées présentes naturellement sur les neurones. Ces molécules sont naturellement produites par l'organisme.

À l'heure actuelle, les chercheurs ont pu identifier deux endocannabinoïdes principaux ; l'anandamide et le 2-arachidonoyl glycerol. Les spécialistes savent aujourd'hui que ces endocannabinoïdes jouent un rôle important dans plusieurs phénomènes cérébraux, physiologiques et pathologiques. (Stop-cannabis, 2014)

« Par exemple, le système endocannabinoïde joue un rôle très important dans la neuroprotection soit dans le cas de traumatismes aigus, des ictus et de l'épilepsie, soit dans des maladies chroniques neuro-dégénératives comme les maladies de Parkinson, de Huntington, la sclérose en plaque et Alzheimer. Mais la liste continue : les cannabinoïdes endogènes peuvent réguler les états d'anxiété et de dépression, le développement cérébral, l'apprentissage et la mémoire, le contrôle de l'appétit ainsi que le contrôle de l'accoutumance. » (Stop-cannabis, 2014)

Si la consommation de cannabis influence autant l'activité mentale, c'est qu'elle interfère directement avec le système endocannabinoïde. Les voies cérébrales utilisées par les cannabinoïdes ou les endocannabinoïdes sont les mêmes tout en ayant des modalités différentes. (Stop cannabis, 2014)

Cannabinoïde

Les cannabinoïdes sont des substances chimiques qui activent les récepteurs cannabinoïdes endogènes présents dans l'organisme (CB1, CB2, Anandamide). Le THC est, par exemple, un cannabinoïde. Lorsqu'il y a consommation de cannabis, les cannabinoïdes présents dans la plante iront aux récepteurs cannabinoïdes endogènes (endocannabinoïdes) qui se situent à plusieurs endroits du corps (cellules du cerveau, moelle épinière, poumons, rate, utérus...). (ufcmed, 2014)

« Selon l'endroit où se trouvent ces récepteurs, leur activation va provoquer des effets très différents, par exemple une inhibition des voies nerveuses véhiculant la

douleur, une inhibition du processus inflammatoire, une modification de la perception du temps, un sentiment d'euphorie ou beaucoup d'autres effets. » (ufcmed, 2014)

CB1 et CB2

Ce sont deux récepteurs endocannabinoïdes sensibles au cannabis. Le CB1 est présent dans le cerveau tandis que le CB2 est présent dans le système immunitaire.

Anandamide

L'anandamide est un cannabinoïde endogène (endocannabinoïde) qui a été découvert en 1993. C'est en fait un analogue du cannabis fabriqué par l'organisme lui-même. L'anandamide est également surnommée « *la molécule de la joie suprême* ». (Stop-cannabis, 2014)

L'anandamide agit de la même manière que le tétrahydrocannabinol (THC) en se liant au récepteur CB1.

Glutathion

Lorsque le corps fournit des efforts, il produit des produits de dégradations. Si l'on utilise de l'énergie, des déchets s'accumulent. C'est exactement pareil au niveau des activités physiologiques : si on utilise, par exemple, le glucose pour faire marcher les cellules, des produits de dégradations se créent. Bon nombre de ces produits de dégradations sont en fait assez toxiques pour les tissus, ils sont acides, on appelle ça des hyperoxydes. Des produits comme ceux-ci traînent dans les vaisseaux et partout dans le corps, liés à l'activité physique ou à l'activité de pensée. Il faut donc avoir un système qui s'occupe de capter ces substances afin de les retransformer en énergie. C'est un équilibre qui se fait. Ces déchets organiques sont captés par des antioxydants dont fait justement partie le glutathion. (Conus, 2014)

Myéline

La myéline, c'est comme l'isolation autour d'un fil électrique. Si l'isolation est mauvaise, il y a un risque de court-circuit. Cette molécule sert donc d'isolant autour du neurone pour que la connectivité passe bien, pour que l'influx passe de manière fluide. Une supposition est alors que la consommation de cannabis peut avoir une influence sur le rôle protecteur de cette myéline. (Conus, 2014)

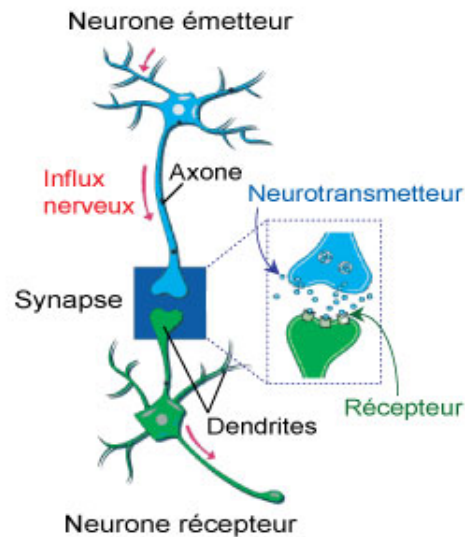
Système limbique

Le domaine du système limbique est celui de l'affectivité. Il est imperméable à la logique et se laisse alors facilement envahir par les émotions. Les informations passent en premier lieu par ce système limbique puis sont transmises au cortex, ce qui permettra l'action. Ce système limbique sélectionne les informations plaisantes ou déplaisantes et se charge de les trier. Par exemple, il est possible que les informations déplaisantes n'aillent pas jusqu'au cortex. Ce système a en fait pour but de préserver notre équilibre psychique et physique. (Délitroz, 2014)

Le cortex c'est la raison, le système limbique, c'est les émotions. Chez les adolescents, le système limbique est mature avant le cortex préfrontal, ce qui expliquerait les conduites à risques. (Preissmann, 2013)

Neurotransmetteurs

« Le neurotransmetteur, ou neuromédiateur, est une substance chimique sécrétée par les cellules nerveuses afin de faciliter le transfert des messages nerveux d'un nerf à l'autre ou d'un nerf vers un organe ou un muscle. L'influx nerveux est ainsi transmis par l'intermédiaire des synapses qui constituent la zone où deux cellules nerveuses sont en contact et peuvent interagir. » (sante-medecine, 2014)



(Altairac, 2014)

Glutamate

« Le glutamate est un neurotransmetteur excitateur majeur associé à l'apprentissage et à la mémoire. » (Lecerveau.mcgill, 2014)

Dopamine

« La dopamine est un neurotransmetteur, c'est-à-dire une molécule chargée de transmettre l'information entre les neurones. Lorsque la production ou la circulation de la dopamine est entravée, les cellules nerveuses communiquent mal. » (Inserm, 2014)

« La dopamine est un neurotransmetteur qui est impliqué dans le contrôle du mouvement et de la posture. Il module aussi l'humeur et joue un rôle central dans le renforcement positif et la dépendance » (lecerveau.mcgill, 2014)

Annexe 12 : accords de confidentialité

HES-SO Vallais/Wallis

Travail de Bachelor

Accord de confidentialité

Par la présente, Manon Barras et Alison Pichel, étudiantes en travail social à la HES-SO Valais, reconnaissent avoir reçu les informations utiles à la rédaction de leur travail de Bachelor de fin d'étude de la part de Mme. **Tania Vispo**, Infirmière au service de psychiatrie générale et spécialisée, Hôpital de Cery (Lausanne, VD).

Nous nous engageons à garder le secret absolu concernant les informations confidentielles transmises durant l'entretien. Les enregistrements audios seront systématiquement supprimés après retranscription.

Nous nous engageons à n'utiliser ces informations que pour l'élaboration du projet en cours. Si nous devons les transmettre à un tiers, ce ne serait qu'avec l'accord de Mme. **Tania Vispo**.

Fait à Lausanne, le 27 février 2014, en trois exemplaires.

Signatures des étudiantes



Signature de l'interviewé



Alison Pichel, Manon Barras

HES-SO Vallais/Wallis

Travail de Bachelor

Accord de confidentialité

Par la présente, Manon Barras et Alison Pichel, étudiantes en travail social à la HES-SO Valais, reconnaissent avoir reçu les informations utiles à la rédaction de leur travail de Bachelor de fin d'étude de la part de **M. Philippe Conus**, Chef du service de Psychiatrie générale du CHUV, spécialiste des études de cohorte et de l'intervention précoce dans les troubles psychotiques. (Lausanne, VD).

Nous nous engageons à garder le secret absolu concernant les informations confidentielles transmises durant l'entretien. Les enregistrements audios seront systématiquement supprimés après retranscription.

Nous nous engageons à n'utiliser ces informations que pour l'élaboration du projet en cours. Si nous devons les transmettre à un tiers, ce ne serait qu'avec l'accord de **M. Philippe Conus**.

Fait à Lausanne, le 5 mars 2014, en trois exemplaires.

Signatures des étudiantes






Signature de l'interviewé

Alison Pichel, Manon Barras

HES-SO Vallais/Wallis

Travail de Bachelor

Accord de confidentialité

Par la présente, Manon Barras et Alison Pichel, étudiantes en travail social à la HES-SO Valais, reconnaissent avoir reçu les informations utiles à la rédaction de leur travail de Bachelor de fin d'étude de la part de **M. Nicolas Donzé**, responsable de la toxicologie forensique et médicale à l'Institut central de l'Hôpital du Valais (ICHV) et collaborateur scientifique au Centre universitaire romand de médecine légale (CURML).

Nous nous engageons à garder le secret absolu concernant les informations confidentielles transmises durant l'entretien. Les enregistrements audios seront systématiquement supprimés après retranscription.

Nous nous engageons à n'utiliser ces informations que pour l'élaboration du projet en cours. Si nous devons les transmettre à un tiers, ce ne serait qu'avec l'accord de **M. Nicolas Donzé**.

Fait à Sion, le 9 avril 2014, en trois exemplaires.

Signatures des étudiantes



Alison Pichel

Signature de l'interviewé



Alison Pichel, Manon Barras

HES-SO Vallais/Wallis

Travail de Bachelor

Accord de confidentialité

Par la présente, Manon Barras et Alison Pichel, étudiantes en travail social à la HES-SO Valais, reconnaissent avoir reçu les informations utiles à la rédaction de leur travail de Bachelor de fin d'étude de la part du **Jeune N°1**.

Nous nous engageons à garder le secret absolu concernant les informations confidentielles transmises durant l'entretien. Les enregistrements audios seront systématiquement supprimés après retranscription.

Nous nous engageons à n'utiliser ces informations que pour l'élaboration du projet en cours. Si nous devons les transmettre à un tiers, ce ne serait qu'avec l'accord du **Jeune N°1**.

Fait à Saxon, le 16 avril 2014, en trois exemplaires.

Signatures des étudiantes



Signature de l'interviewé



Alison Pichel, Manon Barras

HES-SO Vallais/Wallis

Travail de Bachelor

Accord de confidentialité

Par la présente, Manon Barras et Alison Pichel, étudiantes en travail social à la HES-SO Valais, reconnaissent avoir reçu les informations utiles à la rédaction de leur travail de Bachelor de fin d'étude de la part du **Jeune N°2**.

Nous nous engageons à garder le secret absolu concernant les informations confidentielles transmises durant l'entretien. Les enregistrements audios seront systématiquement supprimés après retranscription.

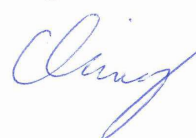
Nous nous engageons à n'utiliser ces informations que pour l'élaboration du projet en cours. Si nous devons les transmettre à un tiers, ce ne serait qu'avec l'accord du **Jeune N°2**.

Fait à Sion, le 16 avril 2014, en trois exemplaires.

Signatures des étudiantes



Signature de l'interviewé



Alison Pichel, Manon Barras