

modifient la capacité du cerveau à réguler le stress social mais il est peu probable que le mécanisme de la défaite sociale soit le seul impliqué. Les sentiments de discrimination perçue, la stigmatisation intériorisée, l'exclusion, le sentiment négatif d'appartenance ethnique, constituent également de puissants stressors sociaux. La recherche devrait également s'intéresser aux stades de développement lors de l'exposition à un traumatisme et les mécanismes reliant le type d'adversité et une éventuelle spécificité des symptômes. De nouvelles approches, allant des études sur les animaux aux tentatives de modélisation, ainsi que les méthodes d'évaluation de l'environnement, contribueront à la compréhension de la complexité étiologique de la schizophrénie. Nous voyons là tout l'intérêt du développement des approches interdisciplinaires à travers le champ des neurosciences sociales.

**Mots clés** Environnement ; Adversité ; Stress ; Schizophrénie

**Déclaration d'intérêts** L'auteur n'a pas de conflit d'intérêt.

*Pour en savoir plus*

van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature* 2010;468(7321):203–12.

Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010;197:378–85.

Varese F, Smeets F, Drukker M, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012;38(4):661–71.

Krabbendam L, Hooker CI, Aleman A. Neural effects of the social environment. *Schizophr Bull* 2014;40(2):248–51.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.134>

## S17

### Le consentement aux soins : pourquoi ? Jusqu'où ?

P. Hum

*Centre psychiatrique d'accueil et d'admission (CP2A), Psychiatrie, Lille, France*

*Adresse e-mail : [hum.pierre@neuf.fr](mailto:hum.pierre@neuf.fr)*

La place du consentement dans les soins est de plus en plus déterminante. Cette évolution, portée par la société au sens large, a été renforcée par loi de 2011, modifiée en 2013, avec la judiciarisation des soins sans consentement. En effet, la vérification par un juge, de la légalité et du bien fondé des procédures de soin sans consentement, renforce la distinction entre deux régimes de soin, l'un avec consentement et l'autre sans consentement.

Pourtant, la notion de consentement est-elle en mesure de supporter le rôle prépondérant qu'on lui attribue ? Quelles sont ses limites ?

En effet, il y a d'abord les limites liées à certaines pathologies mentales. Parfois, la pathologie mentale peut conduire à des soins sous contrainte quand le consentement n'est pas possible. Mais dispose-t-on de critères fiables pour décider des modalités de soin ? Ensuite, quand le patient donne son accord pour certains soins, le médecin doit s'assurer que cet accord est réel. Or jusqu'à quel point peut-on ou doit-on éclairer le consentement ? Parfois, le patient ne souhaite pas ou n'est pas en mesure de recevoir des connaissances pourtant nécessaires pour que l'accord soit dit éclairé.

Ces différentes difficultés interrogent ce que signifie réellement consentir. Elles nous conduisent à réfléchir sur la validité des critères susceptibles de justifier un consentement aux soins et de permettre un choix entre deux types de régimes de soins très différents (l'un avec consentement et l'autre sans consentement). Elle nous invitent aussi à faire un bilan juridique de cette réforme de 2011 et à mettre l'accent sur les difficultés liées à la technique du programme de soin.

C'est pourquoi un médecin, un juriste et un philosophe éclaireront ces différentes questions soulevées par le consentement.

**Mots clés** Consentement ; Préférence ; Contrainte ; Capacité ; Légalité

**Déclaration d'intérêts** L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.135>

## S17A

### Du consentement-concession au consentement-préférence

P.-L. Weil-Dubuc

*Université Paris-Sud, espace éthique, Paris, France*

*Adresse e-mail : [pauloupweildubuc@yahoo.fr](mailto:pauloupweildubuc@yahoo.fr)*

L'enjeu de cette présentation sera précisément de contester, non pas l'usage ni l'importance de la notion de « consentement », mais l'idée selon laquelle puisse s'exprimer, à travers le consentement à des soins psychiatriques, une quelconque préférence du patient, comme c'est le cas dans d'autres domaines du soin. Cette idée nous semble critiquable pour plusieurs raisons. Premièrement, un patient « consentant », s'il peut renoncer à ce qu'il vit au moment où il consent, est incapable de connaître ses vécus futurs et peut donc difficilement les préférer à ses vécus présents. Deuxièmement, ses dispositions à accepter ou à refuser les soins qu'il reçoit évoluent au gré des traitements qu'il reçoit de sorte que son consentement à un moment t ne saurait l'engager pour un moment t+1. Troisièmement, à donner au consentement le sens d'une préférence, le risque est grand de lui donner la valeur d'un simple quitus affranchissant le soignant de son devoir d'attention au malade et à ses réticences (explicites ou implicites) et enjoignant le patient à s'y soumettre, tout cela du seul fait que ce dernier aurait un jour consenti à des soins pour son propre bien. Enfin, identifier le consentement à l'expression d'une préférence revient à considérer les personnes jugées inaptes à consentir comme des êtres sans préférences.

Pour ces raisons, il nous semblerait à la fois plus juste et plus loyal envers les patients de reconnaître que, dans le cas de la psychiatrie, le consentement s'apparente davantage toujours à une concession à des demandes, des besoins et des attentes extérieures, éventuellement contraires à ses préférences, qu'à l'expression d'une préférence.

**Mots clés** Consentement ; Préférence ; Concession ; Vision du bien ; Consentement anticipé

**Déclaration d'intérêts** L'auteur n'a pas de conflit d'intérêt.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.136>

## S17B

### Questions juridiques posées par la place du consentement en psychiatrie : premier bilan de la réforme législative

E. Pechillon

*Institut d'étude de droit public et de la science politique (IDPSP), faculté de droit et de science politique, université de Rennes 1, Rennes, France*

*Adresse e-mail : [eric.pechillon@univ-rennes1.fr](mailto:eric.pechillon@univ-rennes1.fr)*

Le principe du consentement aux soins est un principe fondamental du droit de santé dont la mise en œuvre est problématique dans les services de psychiatrie.

La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, ainsi que sa modification résultant de la loi du 27 septembre 2013 obligent à s'intéresser à la place du consentement du patient. Sous la pression conjuguée de la Cour européenne des droits de l'homme et du Conseil constitutionnel, le Parlement français a été contraint de faire évoluer le droit applicable dans les hôpitaux psychiatriques. Plus qu'un simple toilettage législatif, ce nouvel ensemble normatif modifie les relations entre le malade (disposant de droits fondamentaux), la police administrative (chargée d'agir préventivement afin de protéger l'ordre public), le service public hospitalier (seul capable de dresser un diagnostic fiable et de mettre en œuvre des soins adaptés à l'état des patients) et la justice

(garante des libertés fondamentales). Cette modification partielle du Code de la santé publique ne résout pas l'ensemble des faiblesses du droit passé. Elle conduit même à créer de nouvelles difficultés juridiques et pratiques. L'exemple du programme de soins est sans doute le plus symptomatique. Il n'est malheureusement pas le seul.

**Mots clés** Consentement ; Libertés publiques ; Hiérarchie des normes ; Patient ; Soins

**Déclaration d'intérêts** L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.137>

## S17C

### La clinique du consentement

B. Pignon

*Pôle de psychiatrie, médecine légale et pénitentiaire, CHU de Lille, Lille, France*

Adresse e-mail : [baptiste.pignon@yahoo.fr](mailto:baptiste.pignon@yahoo.fr)

La mise en place de soins sans consentement en psychiatrie (SSC) est basée sur une appréciation subjective de l'état du patient, mais ils sont un objet de recherche clinique et ont, pour certains, fait l'objet de recommandations d'experts. Ces différentes recommandations concernant les SSC en psychiatrie seront synthétisées durant mon intervention. Ils sont enrichis d'une revue de la littérature. En cas de trouble psychotique, la conscience des troubles et le retentissement du délire sont des critères cliniques primordiaux.

En cas de trouble de l'humeur, il faut évaluer le risque suicidaire et le retentissement somatique dans le syndrome dépressif et les états-mixtes, ainsi que l'anosognosie et le retentissement socio-professionnel dans le syndrome maniaque. Un délire thymique est un facteur de gravité qui oriente vers des SSC. En cas d'état suicidaire, il faut évaluer le risque suicidaire et le potentiel trouble psychiatrique sous-jacent. Les indications des SSC dans les addictions sont très discutées. Les mises en danger répétées associées au déni des troubles peuvent conduire dans certains cas à des SSC. Pour les troubles du comportement alimentaire, un refus de soin associé à un risque vital est une indication aux SSC. Les troubles de personnalité sont des facteurs de risque des troubles pouvant amener des SSC.

Ils ne sont pas en soi des indications aux SSC. Enfin, dans les pathologies démentielles, les troubles du comportement amènent parfois des SSC.

**Mots clés** Soins psychiatriques sans consentement ; Critères cliniques ; *Insight*

**Déclaration d'intérêts** L'auteur n'a pas de conflit d'intérêt.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.138>

## S20

### Comité jeunes psychiatres - changer de paradigme : bienvenue en 2084 !

R. David

*Centre mémoire de ressources et de recherche, institut Claude-Pompidou, CHU de Nice, Nice, France*

Adresse e-mail : [david.r@chu-nice.fr](mailto:david.r@chu-nice.fr)

Depuis Freud en passant par l'arrivée des premiers traitements neuroleptiques, en 1950, ou le retour de la psychochirurgie au début du XXI<sup>e</sup> siècle, notre discipline a connu de nombreuses évolutions qui ont profondément modifié nos pratiques. Qu'en sera-t-il en 2084 ? La psychiatrie de l'enfant prendra-t-elle une place majoritaire dans notre discipline ? Partant notamment du premier séquençage d'un génome fœtal au début des années 2010 [1], va-t-elle s'engouffrer dans la voie du dépistage précoce et de la thérapie génique anténatale ? Fera-t-elle disparaître la psychiatrie adulte par sa capacité à traiter toutes les pathologies de l'adulte à un stade infraclinique ? À l'inverse, va-t-elle se retrouver cantonnée à l'expertise ? Le pédopsychiatre va-t-il voir ses prérogatives augmenter graduellement

sur le plan socio-pédago-éducatif-rééducatif, en parallèle de la disparition de la dimension psychique du soin ?

Du côté de la psychiatrie adulte, le rapprochement de la psychiatrie avec les disciplines organiques telles que l'immunologie [2], la génétique ou la neurologie, va-t-il conduire à la disparition du secteur psychiatrique au profit d'une intégration au sein des services de médecine somatique et de l'unification de la discipline avec le Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) ? Presque chaque année, la neurobiologie apporte son lot de révolutions, telle l'optogénétique [3]. Allons-nous plutôt, par l'accumulation des connaissances et le remembrement de la nosographie, nous diriger vers une hyperspécialisation de tous, du diagnostic à la prise en charge ?

Par ailleurs, qu'en est-il de la responsabilité professionnelle des psychiatres depuis le début du XXI<sup>e</sup> siècle qui a vu nombre d'entre eux condamnés pour des actes délictueux ou criminels commis par leurs patients ? Quelles conséquences cette « chasse aux sorcières » a-t-elle eu sur notre pratique quotidienne ? Des unités ultra-sécurisées se sont-elles développées ? La pédopsychiatrie et la psychiatrie de l'adulte du futur seront débattues dans ce symposium.

**Mots clés** Pédopsychiatrie ; Psychiatrie adulte ; Discipline ; Politique de santé ; Avenir ; Psychiatrie légale

**Déclaration d'intérêts** L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

**Références**

- [1] Kitzman JO, Snyder MW, Ventura M, Lewis AP, Qiu R, Simmons LE, et al. Noninvasive whole-genome sequencing of a human fetus. *Sci Transl Med* 2012;4(137):137ra76, <http://dx.doi.org/10.1126/scitranslmed.3004323>.
- [2] Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. *Nature* 2008;455(7215):894–902, <http://dx.doi.org/10.1038/nature07455>.
- [3] Deisseroth K. Optogenetics. *Nat Methods* 2011;8(1):26–9, <http://dx.doi.org/10.1038/nmeth.f.324>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.139>

## S20A

### La psychiatrie en 2084 ? Vers une pédopsychiatrie et neurosciences et médico-social !

M. Maximin

*Psychiatrie libéral, Marseille, France*

Adresse e-mail : [maximin.marc@club-internet.fr](mailto:maximin.marc@club-internet.fr)

Les mouvements de ruptures actuels, dans une époque où il n'y a jamais eu autant de progrès thérapeutiques et technologiques, posent la question d'un changement de paradigme du soin. Dans le champ infanto-juvénile, la pédopsychiatrie avec son évolution notable sur le plan des neurosciences vit des changements d'orientations mais aussi de pratiques avec un médico-social qui est de plus en plus sollicité et dont l'exercice est presque exclusivement éducatif, pédagogique et rééducatif.

Évolution sociétale qui accentue un écart entre un savoir, une prescription ponctuelle et un prendre soin inscrit dans le temps qui renforce le champ de prise en charge du médico-social. Dans ce nouveau modèle de soin, les psychiatres ne sont pas seuls en cause dans les pouvoirs réels dont ils peuvent disposer, dans les pouvoirs imaginaires qui leur sont attribués et dans les demandes qui leur sont faites.

De fait, comment « imaginer » ce qu'il en sera des évolutions et des articulations possibles entre ces deux courants pour que se continue et se renforce une tension créatrice de progrès en pédopsychiatrie.

**Mots clés** Psychiatrie ; Médecine ; Organisation de soins ; Neurobiologie

**Déclaration d'intérêts** L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.140>