

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

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

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

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