

sociales négatives très précoces peuvent avoir de profonds impacts durant les périodes de haute plasticité cérébrale lors de la vie prénatale et juste après la naissance. La recherche doit arriver à intégrer plusieurs niveaux d'organisation et déterminer les effets de l'adversité précoce sur le développement du cerveau en tentant d'expliquer comment ces expériences précoces affectent les voies moléculaires, cellulaires et biologiques conduisant à une vulnérabilité particulière. Comment les circonstances difficiles prénatales, périnatales et durant l'enfance sont « biologiquement intégrées » dans les systèmes génomiques moléculaires qui déterminent les expressions de la vulnérabilité ? Le paradigme actuel des interactions GèneXEnvironnement découle directement des travaux de A. Caspi sur les enfants victimes de maltraitance, en mettant en évidence le rôle de ces événements dans l'apparition de troubles mentaux à l'âge adulte en fonction du polymorphisme génétique. Les phénomènes d'addiction, le suicide et la schizophrénie représentent des troubles complexes qui résultent d'interactions entre plusieurs facteurs psychologiques, sociaux, environnementaux, génétiques et neurobiologiques. Les facteurs sociaux et les expériences précoces d'adversité constituent des facteurs importants et reconnus de risque d'apparition de ces troubles. La question qui se pose alors est de savoir s'il est possible d'intégrer ces différents aspects au sein de modèles unifiés où les expériences précoces d'adversité et de stress social constitueraient une dimension commune et dont le rôle serait essentiel.

**Mots clés** Adversité ; Addiction ; Suicide ; Schizophrénie

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

**Pour en savoir plus**

Davidson RJ, McEwen BS. Social influences on neuroplasticity: stress and interventions to promote well-being. *Nat Neurosci* 2012;15:689–95.

Caspi A, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002;297(5582):851–4.

Caspi A, Moffitt TE. Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nat Rev Neurosci* 2006;7(7):583–90. Review. PubMed PMID: 16791147.

Boyce WT, Sokolowski MB, Robinson GE. Toward a new biology of social adversity. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2012;109(Suppl. 2):17143–8.

Heinz A, et al. Urbanicity, social adversity and psychosis. *World Psychiatry* 2013;12:187–97.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.131>

## S12A

### Adversité sociale et addictions

A. Benyamina

Paul-Brousse, groupement hospitalier universitaire Sud - psychiatrie et addictologie, CERTA, Villejuif, France

Adresse e-mail : [amine.benyamina@pbr.aphp.fr](mailto:amine.benyamina@pbr.aphp.fr)

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.132>

## S12B

### Social adversity and suicide

E. Olié

CHU de Montpellier/Hôpital Lapeyronie, Département des Urgences et Post-Urgences Psychiatriques, Montpellier, France

E-mail address: [emilie.olie@inserm.fr](mailto:emilie.olie@inserm.fr)

The World Health Organization estimates about 1.5 million deaths by suicide per year worldwide by 2020. We will discuss how social adversity and psychological/social pain interact in this model and help to better understand suicidal process at individual level.

Émile Durkheim [1] viewed suicide as a social fact. According to his theory the variations in suicidal rate on a macro-level could also be explained by society-scale phenomena rather than individual's

feelings and motivations. In the 21st century, three major points have to be highlighted to underline a possible relationship between economic crisis and suicide:

- suicide rate of employees is becoming more similar to the suicide rate of workers while working conditions are getting worse;
- increase of suicide rate for young working men was observed since 1970, i.e. the beginning of oil crisis;
- suicides in workplace occur, sometimes serial suicides in (inter)national companies. Nowadays, suicidal acts may be best understood within a stress-vulnerability model, where it is assumed that only vulnerable patients, when submitted to environmental stressors, will kill themselves.

At the individual level, the transition to the suicidal act is usually precipitated by psychosocial stress. Nearly all suicide victims have experienced at least one or more adverse life event within 1 year of death (concentrated in last few months). Interpersonal conflict was at the greatest risk of suicidal act [2]. Being excluded or rejected signals a threat for which reflexive detection in the form of pain and distress is adaptive for survival [3]. Thus, we assume that social pain should be considered as a subtype of psychological pain emerging from the threat of affiliation. Unbearable pain, particularly psychological pain, is a frequent theme of suicide notes. Thus, suicidal acts should be considered as the expression of an attempt to escape from this psychological suffering.

**Keywords** Suicide; Vulnerability; Stress; Social pain

**Disclosure of interest** The author has not supplied her declaration of conflict of interest.

**References**

[1] Durkheim E. *Le suicide*. Presse Universitaires de France; 1987.

[2] Foster T. "Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies". *Arch Suicide Res* 2011;15(1):1–15.

[3] Williams KD. "Ostracism". *Annu Rev Psychol* 2007;58:425–52.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.133>

## S12C

### Adversité sociale et troubles psychotiques

M. Taleb

Nouvel hôpital De Navarre, pôle de psychiatrie et d'addictologie, Vernon, France

Adresse e-mail : [Mohamed.TALEB@nouvel-hopital-navarre.fr](mailto:Mohamed.TALEB@nouvel-hopital-navarre.fr)

Un certain nombre de données indiquent que le stress environnemental représente un déterminant important de mauvaise santé mentale et que de nombreuses situations sociales, en particulier l'adversité sociale, la migration, l'urbanité, l'appartenance à un groupe minoritaire ou la consommation de cannabis, augmentent le risque de schizophrénie. L'adversité sociale demeure néanmoins un concept hétérogène et désigne un certain nombre d'expériences négatives comme les abus sexuels, les violences physiques et psychologiques, les négligences physiques, affectives et éducatives, les séparations, la perte d'un ou des deux parents, les pressions sociales et psychologiques ou les intimidations, etc. Ces expériences constituent des situations fréquentes, certaines estimations suggérant qu'environ 1/3 de la population mondiale serait touchée.

L'adversité dans l'enfance et les traumatismes augmentent sensiblement le risque de psychose avec un OR estimé à 2,8, quelle que soit la nature de l'exposition. D'autres variables comme l'âge de l'exposition ou la répétition des événements négatifs pourraient être plus fortement associées au risque de psychose que le type même d'exposition. Il a été également prédit que l'abus sexuel dans l'enfance serait spécifiquement associée à des hallucinations auditives à l'âge adulte, et que la perturbation des relations d'attachement précoces et les formes chroniques de victimisation seraient spécifiquement associées à des idées paranoïaques.

La recherche sur les mécanismes neuronaux impliqués tend à démontrer la sensibilité du cerveau au stress social. Ces résultats soutiennent l'hypothèse que les expériences négatives précoces

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