



**CONCOURS DE PSYCHOLOGUE
TERRITORIAL DE CLASSE NORMALE - 2015**

Epreuve écrite d'admissibilité du 12 février 2015

Rédaction d'un rapport, à partir d'un dossier portant sur une situation en relation avec les missions du cadre d'emplois concerné, et notamment la déontologie de la profession.

Durée : 3 H

Coefficient : 1

**IL SERA TENU COMPTE DE LA PRESENTATION AINSI QUE DE L'ORTHOGRAPHE
(RETRAIT DE 1 A 2 POINTS EN CAS DE PRESENTATION NEGLIGEE, DE FAUTES D'ORTHOGRAPHE
OU D'ERREURS DE SYNTAXE)**

A LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE TRAITER LE SUJET

Vous ne devez faire apparaître aucun signe distinctif dans votre copie : ni votre nom ou un nom fictif, ni votre n° de convocation, ni signature ou paraphe.

Aucune référence (nom de collectivité, nom de personne,...) autre que celles figurant le cas échéant sur le sujet ou dans le dossier ne doit apparaître dans votre copie.

Seul l'usage d'un stylo à encre soit noire, soit bleue est autorisé (bille non effaçable, plume ou feutre). L'utilisation d'une autre couleur, pour écrire ou pour souligner, sera considérée comme un signe distinctif, de même que l'utilisation d'un surligneur.

Le non-respect des règles indiquées ci-dessus peut entraîner l'annulation de la copie par le jury.

Les feuilles de brouillon ne seront en aucun cas prises en compte.

Vous êtes psychologue territorial dans l'EHPAD de X (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Le Directeur vous demande de développer un nouvel axe de travail concernant la prévention du suicide des personnes accueillies.

Vous devez rédiger un rapport comportant tout d'abord vos domaines d'activités au sein de l'EHPAD et, un projet argumenté par vos connaissances théoriques et cliniques sur la psychologie du sujet âgé et les risques suicidaires. Dans ce projet, vous préciserez les actions concrètes et les outils éventuels que vous souhaitez utiliser en tant que psychologue.

Votre réflexion s'appuiera sur les documents ci-joints que vous pourrez enrichir de vos connaissances théoriques et expériences professionnelles.

Annexe 1	Extraits du «Le Cahier de Marie» Danielle THIEBAUD Ed. Siloë 2004	4 pages
Annexe 2	«Le suicide des gens âgés : souvent une dépression» Ouest France du 11/09/2012	1 page
Annexe 3	Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance (version révisée de 2007)	1 page
Annexe 4	Extrait du rapport de Novembre 2014 de l'Observatoire National du Suicide	3 pages
Annexe 5	Directives anticipées – Référence réglementaire	2 pages

ANNEXE 1

Le cahier de Marie
(Ce document a été rédigé par
une résidente durant l'année
suivant son entrée en EHPAD).

Allez debout !

« A table, dépêchez-vous, il faut vous lever, vous laver, manger, faire des efforts, dormir... on va s'habiller, aller aux toilettes... »

Cette façon de parler me gêne même si le ton est gentil. J'ai l'impression d'être entrée dans une communauté où l'on n'échange pas sur un pied d'égalité.

Il y a ceux qui savent ce qui est bon pour tous et les ignorants.

Il y a les donneurs d'ordres et les (plus ou moins) obéissants.

Il y a ceux qui ont de vrais soucis et ceux qui n'ont plus qu'à se laisser vivre.

Il y a ceux qui n'ont pas le temps et ceux qui ne savent plus quoi faire du leur.

Il y a les productifs et les « mis-à-la-retraite ».

Il y a les jeunes et les vieux.

Le mot « vieux » est interdit. Nous sommes des personnes âgées, des anges probablement car le sexe n'est pas défini dans notre appellation.

Je revendique mon statut de vieille dame, indigne s'il le faut car j'entends bien résister, au moins par le langage, au risque de perdre mon identité.

« J'aimerais... vous voulez bien... s'il vous plaît... merci ».

Bon anniversaire

On a frappé doucement à la porte.

Nathalie est entrée. Elle est venue vers moi et a murmuré : « Bonjour, madame T... et bon anniversaire ; c'est votre anniversaire, aujourd'hui. Il fait un temps superbe. » Elle a entrouvert les volets. « C'est vraiment une belle journée d'été. »

J'avais oublié mon anniversaire. Je ne les compte plus. Il y a en a tant.

Je pense parfois que le bon Dieu m'a oubliée et je ne sais pas si je dois m'en réjouir ou non.

Ce matin-là, je me suis sentie misérable, si petite, si maigre... Et puis, il m'est revenu un souvenir.

Mes amies - Louise, Colette, Jeanne, Agnès, Yvonne, Laure -, elles étaient toutes assises autour de la table de la salle à manger avec leur bouille ronde d'adolescentes et leurs rires. Au milieu de la table, il y avait un gros gâteau avec des bougies qu'une main déjà usée allumait.

Et moi, j'avais le cœur serré, comme lorsqu'une personne aimée s'en va et qu'une pierre alors vous écrase le cœur.

Nathalie s'est assise près de moi. Elle m'a demandé : « Qu'est-ce qui vous ferait plaisir ? »

J'ai répondu : « Que vous me disiez "Bon anniversaire, ma petite Marie". »

Alors elle a fait une chose magnifique.

Elle m'a prise dans ses bras et m'a caressé le front. « Bon anniversaire, ma petite Marie. »

Et moi, j'ai libéré dans un sanglot la pierre qui m'écrasait le cœur et senti les mains usées de maman qui caressaient mon visage.

C'était vraiment une belle journée d'été.

Scandale

Madame B. est ici depuis deux ans, depuis qu'elle a perdu la tête. Elle vivait dans une ferme isolée avec son fils, qui ne pouvait plus s'occuper d'elle. Elle refuse en ce moment de manger, de se lever. Je rencontre chaque jour ses deux filles au visage revêché, qui filent comme des flèches empoisonnées dans les couloirs. Il y a longtemps que je n'ai pas vu son fils, un homme discret qui porte « vieux garçon » inscrit sur son visage et sa mise.

J'ai demandé à l'infirmière ce qui se passait. Elle m'a confié, sous le sceau du secret, le drame de madame B. Son fils est mort il y a une dizaine de jours après un long séjour à l'hôpital. Les filles ne l'ont pas dit à leur mère soi-disant pour la protéger. La directrice leur a proposé de le dire elle-même, et les deux mégères ont fait un scandale, menaçant de procès toute personne qui s'aviserait de dire la vérité à leur mère. Madame B. se laisse mourir et je la comprends.

Je vais lui dire ce qu'elle sait déjà. Elle partira en paix. J'espère qu'elle prendra de vitesse ses deux filles qui doivent déjà envisager des perfusions au nom de l'amour filial.

Depuis quand la mort est-elle scandaleuse ?

Scandale encore

J'ai parlé à madame B. Je tenais sa main toute bleue des piqûres des perfusions. Elle s'est arrêtée de gémir et m'a souri. Je passe la voir chaque soir.

Son histoire m'a bouleversée et ouvert les yeux et les oreilles.

Ma voisine de table depuis un mois, madame L., se plaint de ne pas savoir quand elle rentrera chez elle. C'est la veuve d'un boulanger. Elle est fière de son fils qui a repris la succession de son père. Elle parle peu de sa belle-fille. Elle vivait au deuxième étage de la maison du couple, qui n'a pas d'enfants. La cohabitation était probablement difficile.

Madame L. est arrivée ici après un séjour à l'hôpital. Elle a hâte de rentrer chez elle mais son fils estime qu'elle a besoin de repos. Le médecin reste évasif sur la date de sa sortie. Je la sens inquiète. J'en ai parlé à l'infirmière. Selon elle, monsieur L. ne compte pas « reprendre » sa mère et toute tentative de dialogue a échoué.

Combien de vêtements faudra-t-il que son fils lui apporte pour que madame L. réalise que toute sa garde-robe est ici ? Combien de silences embarrassés faudra-t-il pour qu'elle entende ce que ce pleutre n'ose pas avouer ?

Routine

Semaine fade : la routine.

La seule chose qui m'ait frappée est une réflexion d'Angèle.

A la radio, le journaliste demandait à un psychologue ce qu'il pensait du fait que les enfants changent la vie des parents.

Angèle, penchée sur ses cahiers, a murmuré : « C'est pas les enfants qui changent la vie ; c'est la mort qui change la vie. »

Et toc !

ANNEXE 2

Le suicide des gens âgés : souvent une dépression

Près d'un tiers des suicides, en France, concerne les personnes de plus de 65 ans.
Le gouvernement veut renforcer le dépistage.

Chaque année, près de 3 000 personnes de plus de 65 ans (essentiellement des hommes) mettent fin à leur jour, en France, sur un total d'un peu plus de 10 000 suicides. C'est cinq fois plus que chez les moins de 25 ans. Autre constat du ministère des Affaires sociales et de la Santé : près de 70 % de ces suicides se déroulent à domicile et 90 % sont reliés à un état dépressif. « Chez d'autres personnes, c'est le sentiment de désespoir qui l'emporte : cette absence d'avenir », nuance Jean-Jacques Chavagnat, psychiatre et président du groupement d'études et de prévention des suicides.

Pour y remédier, Michèle Delaunay,

la ministre déléguée aux Personnes âgées, a annoncé, hier, deux mesures principales. Réactiver le Comité national de vigilance et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées, « en sommeil depuis 2009 » : il va devoir travailler sur cette question.

Étendre le programme Mobiquat aux professionnels (infirmières, aides ménagères...) intervenant à domicile. Ces mailettes, déjà diffusées auprès des personnels des maisons de retraite, contiennent des fiches permettant de diagnostiquer et de prendre en charge la dépression des plus âgés.

« Bien souvent, quelqu'un ne parle plus ou ne mange plus, on met ça

sur le compte de l'âge. Alors que ce peut être un état dépressif », note-t-on au ministère de la Santé. « On banalise cette souffrance. Comme si le fait d'être vieux justifiait le fait d'être mal. C'est totalement faux », insiste Jean-Jacques Chavagnat.

« Je ne veux pas finir seule »

Toute la difficulté est de repérer ces souffrances. « Je suis fatiguée, malade, presque invalide, et je ne veux pas finir mes jours, seule, dans une maison de retraite », confiait en juin, Micheline (1), 74 ans, emmenée par sa fille à une journée de prévention contre le suicide, à Châteaubriant (Loire-Atlantique).

Mais tous ne se livrent pas aussi aisément. « Les hommes supportent moins bien le veuvage, l'invalidité ou l'arrivée de troubles. Derrière un petit vieux chiant, agressif, peut se cacher une dépression », observe le psychiatre.

Que faut-il faire ? Parler. Pas simplement un « comment ça va ? » en passant. Mais « prendre le temps de s'asseoir. Ce sont des gens qui ont vécu beaucoup de choses et qui ont une histoire à raconter... »

Pierrick BAUDAIS.

(1) Prénom d'emprunt.

Charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance

Lorsqu'il sera admis et acquis que toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance est respectée et reconnue dans sa dignité, sa liberté, ses droits et ses choix, cette charte sera appliquée dans son esprit.

1. Choix de vie

Toute personne âgée devenue handicapée ou dépendante est libre d'exercer ses choix dans la vie quotidienne et de déterminer son mode de vie.

2. Cadre de vie

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie - domicile personnel ou collectif - adapté à ses attentes et à ses besoins.

3. Vie sociale et culturelle

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance conserve la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie en société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales, des réseaux amicaux et sociaux est indispensable à la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté d'expression et liberté de conscience

Toute personne doit pouvoir participer aux activités associatives ou politiques ainsi qu'aux activités religieuses et philosophiques de son choix.

8. Préservation de l'autonomie

La prévention des handicaps et de la dépendance est une nécessité pour la personne qui vieillit.

9. Accès aux soins et à la compensation des handicaps

Toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins et les aides de compensation des handicaps que requièrent les personnes malades chroniques doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution.

11. Respect de la fin de vie

Soins, assistance et accompagnement doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement, les maladies handicapantes liées à l'âge et les handicaps est une priorité. C'est aussi un devoir.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne vulnérable

Toute personne en situation de vulnérabilité doit voir protégés ses biens et sa personne.

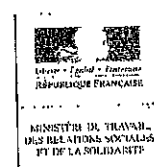
14. L'information

L'information est le meilleur moyen de lutter contre l'exclusion.

fng

Fondation Nationale de Gérontologie
49, rue Mirabeau - 75016 PARIS
Tel : 01 55 74 67 00 - www.fng.fr

Version révisée 2007



OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE - 1^{er} RAPPORT

les femmes effectuent deux fois plus de tentatives de suicide que les hommes, mais sont trois fois moins nombreuses à se donner la mort. Chez les personnes âgées, le ratio suicide abouti/tentative de suicide est particulièrement élevé, de l'ordre de 1 pour 4, contre 1 pour 200 chez les personnes de moins de 25 ans, d'après le rapport du CNBD (2013), qui indique : « La personne âgée accomplissant un geste suicidaire est en général animée d'une détermination forte comme en témoignent les moyens fréquemment employés (précipitation d'un lieu élevé, armes à feu, pendaison). L'intentionnalité plus grande du sujet âgé se conjugue souvent avec une fragilité organique sous-jacente plus grande ».

La probabilité que la tentative de suicide se traduise par un décès semble également varier selon la PCS. Ainsi, il a été montré plus haut que les agriculteurs déclarent peu de TS comparativement aux autres professions, mais qu'ils ont une mortalité par suicide élevée. Les données de mortalité par suicide confirment que les agriculteurs exploitants ont plus recours que le reste de la population aux moyens les plus létaux pour mettre fin à leurs jours, pendaison et armes à feu notamment (cf. fiches « Données épidémiologiques sur les décès par suicide » et « Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants »).

2. Prévention du suicide

Les parties précédentes synthétisent les données relatives aux suicides et aux tentatives de suicide en France, détaillées dans le dossier « Les systèmes d'information sur le suicide et les tentatives de suicide » et les fiches de ce rapport. Améliorer la prévention du suicide nécessite d'avoir une bonne connaissance des suicides et TS et de leurs causes, ainsi que d'évaluer les

CNBD : Comité National pour la Bienveillance et les Droits des personnes âgées et des personnes handicapées.

PCS : Catégorie SocioProfessionnelle.

actions menées, tout en prenant en compte les enjeux éthiques associés à cette prévention.

2.1. Les enjeux éthiques associés à la prévention du suicide

En médecine, l'ensemble des actions de prévention soulèvent d'importantes questions éthiques, et nécessitent de tracer une frontière entre sollicitude et ingérence. Elles peuvent en effet entrer en tension avec le principe d'Hippocrate consistant à ne pas nuire au patient, et en particulier avec le respect de son libre-arbitre. La question de la liberté est cruciale dans le cas du suicide, puisqu'il s'agit de prévenir un comportement qui est considéré, à un moment donné, par la personne concernée, comme le plus adapté à sa situation.

Le suicide pourrait en effet être considéré comme un acte mûrement réfléchi, qu'il serait illégitime de tenter d'empêcher. Il soulève la question fondamentale du sens de la vie, de la « confrontation entre l'appel humain et le silence déraisonnable du monde », posée par Albert Camus dans *Le mythe de Sisyphe* (1942). Dès lors, il n'y aurait « qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide ». « Mourir volontairement suppose qu'on a reconnu, même instinctivement (...) l'absence de toute raison profonde de vivre, le caractère insensé de cette agitation quotidienne et l'inutilité de la souffrance ». Mais au final, A. Camus tire de ses réflexions sur l'absurde le refus du suicide.

Les membres de l'Observatoire considèrent ainsi que la plupart des personnes qui attendent à leur vie le font non parce que la vie en général ne leur semble pas valoir la peine d'être vécue, mais parce qu'ils ne trouvent pas d'autre issue dans leur vie en particulier. Le suicide constitue un choix par défaut, lorsque les autres moyens de soulager la souffrance semblent inaccessibles. Les fortes inégalités sociales de mortalité par suicide montrent que cet espace des choix ne se présente pas de la même manière en haut et en bas de l'échelle sociale. La société contribue à façonner l'horizon des possibles des existences individuelles, la façon dont ils sont perçus, et la reconnaissance dont peuvent bénéficier ses membres²⁰.

Les membres de l'Observatoire partagent la conviction que la société se doit de proposer à ses membres d'autres options que celle qui consiste à mettre fin à ses jours. Ils considèrent également que le consentement des personnes

20. Ainsi, selon M. Halbwachs (1930) : « Lorsqu'un homme (...) dit : "Je désire mourir parce que la vie m'est à charge", il traduit dans le langage le plus clair pour lui, c'est-à-dire en termes individuels, une conviction qui lui a peut-être été dictée par son milieu et qui s'exprimerait mieux ainsi : "Je me tue, parce que les autres sont d'avis qu'un homme, dans la situation où je me trouve, n'a plus qu'à mourir" ».

concernées est essentiel pour la mise en œuvre d'actions de prévention. Toutefois, ces principes ne suffisent pas à déterminer les règles de conduite à adopter, par exemple lorsqu'on détecte un risque suicidaire important, en situation d'urgence : où situer alors la frontière entre action de prévention et action de prise en charge ? L'ensemble des questions éthiques associées à la prévention du suicide feront l'objet de travaux ultérieurs de l'Observatoire. Celui-ci ne prétend toutefois pas apporter à chacune d'entre elles une réponse unanime, tranchée et définitive : comme le mentionnait le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, dans son avis n° 63 (2000) : « l'éthique naît et vit moins de certitudes péremptoires que de tensions et du refus de clore de façon définitive des questions dont le caractère récurrent et lancinant exprime un aspect fondamental de la condition humaine ».

Volonté de la personne âgée

Personne de confiance et directives anticipées

DIRECTIVES ANTICIPÉES - RÉFÉRENCE RÉGLEMENTAIRE

Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires) (Journal officiel du 7 février 2006).

Art. R. 1111-17. : "Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 s'entendent d'un document écrit, daté et signé par leur auteur dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance".

"Toutefois lorsque l'auteur de ces directives, bien qu'en état d'exprimer sa volonté, est dans l'impossibilité d'écrire et de signer lui-même le document, il peut demander à deux témoins, dont la personne de confiance lorsqu'elle est désignée en application de l'article L. 1111-6, d'attester que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces témoins indiquent leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives anticipées".

"Le médecin peut, à la demande du patient, faire figurer en annexe de ces directives, au moment de leur insertion dans le dossier de ce dernier, une attestation constatant qu'il est en état d'exprimer librement sa volonté et qu'il lui a délivré toutes informations appropriées".

Art. R. 1111-18. : "Les directives anticipées peuvent, à tout moment, être soit modifiées, partiellement ou totalement, dans les conditions prévues à l'article R. 1111-17, soit révoquées sans formalité".

"Leur durée de validité de trois ans est renouvelable par simple décision de confirmation signée par leur auteur sur le document ou, en cas d'impossibilité d'écrire et de signer, établie dans les conditions prévues au second alinéa de l'article R. 1111-17.

Toute modification intervenue dans le respect de ces conditions vaut confirmation et fait courir une nouvelle période de trois ans".

"Dès lors qu'elles ont été établies dans le délai de trois ans précédant soit l'état d'inconscience de la personne, soit le jour où elle s'est avérée hors d'état

d'en effectuer le renouvellement, ces directives demeurent valides quel que soit le moment où elles sont ultérieurement prises en compte.

"Art. R. 1111-19. - Les directives anticipées doivent être conservées selon des modalités les rendant aisément accessibles pour le médecin appelé à prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la procédure collégiale définie à l'article R. 4127-37.

"A cette fin, elles sont conservées dans le dossier de la personne constitué par un médecin de ville, qu'il s'agisse du médecin traitant ou d'un autre médecin choisi par elle, ou, en cas d'hospitalisation, dans le dossier médical défini à l'article R. 1112-2".

"Toutefois, les directives anticipées peuvent être conservées par leur auteur ou confiées par celui-ci à la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 ou, à défaut, à un membre de sa famille ou à un proche. Dans ce cas, leur existence et les coordonnées de la personne qui en est détentrice, sont mentionnées, sur indication de leur auteur, dans le dossier constitué par le médecin de ville ou dans le dossier médical défini à l'article R. 1112-2".

"Toute personne admise dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social peut signaler l'existence de directives anticipées ; cette mention ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice sont portées dans le dossier médical défini à l'article R. 1111-2".

"Art. R. 1111-20. - Lorsqu'il envisage de prendre une décision de limitation ou d'arrêt de traitement en application des articles L. 1111-4 ou L. 1111-13, et à moins que les directives anticipées ne figurent déjà dans le dossier en sa possession, le médecin s'enquiert de l'existence éventuelle de celles-ci auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, de la famille ou, à défaut, des proches ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui la lui a adressée".

"Le médecin s'assure que les conditions prévues aux articles R. 1111-17 et R. 1111-18 sont réunies".

DIRECTIVES ANTICIPÉES

- ▶ Les directives anticipées doivent être **facilement accessibles**. Elles peuvent être conservées en plusieurs exemplaires (par l'auteur lui-même, dans un dossier médical, par la personne de confiance, par un membre de la famille et/ou par un proche). Dans tous les cas, l'existence de ces directives doit être mentionnée dans le dossier médical du patient.
- ▶ **Plus les instructions inscrites dans une directive anticipée seront précises et détaillées, sans ambiguïté d'interprétation, mieux les équipes de soins pourront les appliquer.** Elles peuvent mentionner les valeurs philosophiques, religieuses et culturelles de la personne, les personnes admises ou non dans l'environnement proche de la personne, le choix des professionnels, le choix du lieu de vie et le choix de l'établissement d'accueil s'il y a lieu, le choix du tuteur pour la gestion des biens et du patrimoine, l'autorisation ou non de recourir à certaines techniques de soin (dialyse, sonde de nutrition, gastrotomie, etc.), les souhaits quant aux traitements et à la fin de vie, les modalités des obsèques, le désir éventuel de faire un don d'organes et/ou un don du corps à la science, etc.
- ▶ **Elles ne peuvent pas tout prévoir.** Elles ne doivent donc pas être considérées comme figées et s'imposer sans possibilité de remise en question. Il s'agit bien d'une expression relative à un moment donné, la personne pouvant évoluer dans ses choix. Des révisions doivent être possibles, tant de la part de la personne que de celle de son entourage ou des professionnels si les désirs, les injonctions du passé sont devenus impossibles à tenir.
- ▶ **Une directive anticipée ne s'impose pas au médecin ;** elle a une valeur indicative, la responsabilité de la décision ultime appartenant au médecin. Elle est toutefois prise en compte dans le cadre de la procédure collégiale mise en œuvre par le médecin préalablement à sa décision de limitation ou d'arrêt d'un traitement.