

L'utilisation des directives anticipées au sein des établissements médico-sociaux à Genève

Lucy Kunz^a, Jacques Lederrey^b, François Loew^c, Sophie Pautex^d

a Faculté de médecine, Université de Genève

b Fédération genevoise des établissements médico-sociaux

c Conseil d'éthique de la Fédération genevoise des établissements médico-sociaux

d Unité de soins palliatifs communautaire; service de médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève, Université de Genève

Résumé

Objectif

La loi sanitaire genevoise encourage l'élaboration de directives anticipées (DA), en particulier dans les établissements médico-sociaux (EMS) depuis de nombreuses années. Néanmoins, une proportion élevée de résidents entrant en maison de retraite ont des troubles cognitifs et les directives anticipées peuvent être plus difficiles à rédiger dans ce contexte. L'objectif de ce travail est de mieux connaître le processus d'information et de rédaction des DA dans les EMS.

Méthode

Envoi d'un questionnaire au personnel dirigeant des 54 EMS de Genève

Résultats

Le taux de participation est de 65%. 47% des résidents des EMS possèdent des DA. Les personnes qui jouent un rôle-clé dans la promotion des DA ainsi que dans la rédaction sont les infirmières des EMS. Les personnes désignées comme représentant thérapeutique sont les proches suivies du médecin traitant. Les barrières principales à la rédaction sont les troubles cognitifs, la difficulté du résident de se projeter face à la mort et la gêne d'aborder ce sujet chez le résident comme chez le soignant. Les difficultés principales pour respecter les DA une fois complétées sont l'imprécision des termes employés, le décalage entre les DA et la volonté présumée du résident, ainsi que l'incapacité du représentant thérapeutique à prendre une décision.

Conclusion

Trois axes sont proposés dans le but d'améliorer l'emploi des DA: 1) les promouvoir dans la population générale, 2) améliorer la communication entre le soignant et le résident, de même qu'entre le représentant thérapeutique et le résident, et finalement, 3) faciliter l'accès aux DA.

Mots-clés: établissement médico-social; directives anticipées; *advance care planning*.

tion artificielle ou la désignation d'un représentant thérapeutique. Ces décisions sont difficiles à prendre par les proches et par les professionnels de la santé quand les patients ne sont plus capables de discernement et les souhaits des patients ne sont pas connus.

Les directives anticipées (DA) sont un document écrit, daté et signé qui consigne les volontés médicales établies par une personne ayant sa capacité de discernement en prévision d'une situation où elle ne serait plus en mesure (i.e. en cas de perte de capacité de discernement) de prendre des décisions se rapportant à sa santé, suite à une maladie ou à un accident. Depuis le 1^{er} janvier 2013, les directives anticipées sont intégrées dans les droits de la protection de l'adulte [3, 4]. Dans le canton de Genève, les DA figurent dans la loi sanitaire depuis 1996. En particulier l'article 24 sur la *promotion de la dignité en fin de vie*: «l'Etat encourage l'élaboration de directives anticipées notamment dans les institutions de santé, en particulier dans les établissements médico-sociaux.»

Une proportion élevée de résidents entrant en maison de retraite étant atteinte de troubles cognitifs, les directives anticipées peuvent être plus difficiles à rédiger dans ce contexte.

Beaucoup d'études ont été publiées sur ce thème aux Etats-Unis, mais très peu d'études sont disponibles en Europe et en Suisse.

L'objectif de cette étude est donc de mieux connaître le processus d'information et de rédaction des DA dans les EMS, de recueillir quelles difficultés sont rencontrées et enfin, comment les DA pourraient être promues.

Méthode

Un questionnaire a été envoyé aux 54 EMS genevois (cf. annexe 1). Le questionnaire comportait 17 questions dont 15 fermées (à choix multiple) et 2 ouvertes. Les questions ont été divisées en trois parties: 1) Données générales sur les patients et les DA (en particulier comment l'information est donnée), 2) Processus de rédaction des DA, 3) Difficultés rencontrées. Le questionnaire a été affiné par les co-auteurs, membres du comité de la Fédération genevoise des EMS (FEGEMS) et le pré-

Introduction

En Suisse actuellement une personne sur deux résidant dans un établissement médico-social est atteinte de troubles cognitifs [1, 2]. Dans cette population, il est particulièrement important d'anticiper des décisions importantes, comme un transfert dans un milieu de soins, l'introduction d'une nutrition ou d'une hydrata-

sident du Conseil d'éthique de la FEGEMS afin qu'il soit le plus proche possible de la pratique quotidienne.

Le questionnaire a été rempli par le directeur de l'établissement, le médecin répondant et l'infirmier-chef afin que les points de vue de chacun s'approchent au mieux de la réalité du processus de rédaction des DA. Le questionnaire a été envoyé fin avril 2011 avec un délai de réponse de 1 mois; une lettre de rappel est partie fin juin. Les résultats sont présentés sur la base des réponses obtenues. Le président du comité d'éthique de l'Association des Médecins de Genève a accepté le protocole.

Résultats

Données générales

Trente-cinq EMS sur les 54 (65%) ont renvoyé le questionnaire complété. 2571 sur 3824 résidents étaient concernés. Sept EMS avaient moins de 50 lits, 23 entre 50 et 100 lits et 5 plus de 100.

Seize EMS ont répondu avoir des résidents qui arrivent à l'EMS avec des DA (46%).

Mille-trois-cent-cinquante-sept résidents (47%) avaient rédigé leurs DA. On note de grosses variations dans le pourcentage de directives anticipées complétées suivant les EMS: 7 EMS ont moins de 10% des résidents qui ont complété leurs DA et 5 ont plus de 90% de résidents avec des DA complétées.

Informations sur les DA

Trente EMS donnent l'information sur les DA de façon systématique aux résidents qui n'ont pas rédigé leur DA (16 de façon orale, 13 avec un support écrit et oral, 2 avec un support écrit, 4 pas de réponse). L'information est donnée en majorité par une infirmière de l'EMS (n: 29; 83%). Dans 6 EMS une infirmière spécialisée participe aux processus d'information, dans 11 le médecin traitant ou répondant, dans 6 le directeur et dans 2 le service d'animation.

Processus de rédaction des DA

Quatre EMS ont répondu ne pas avoir de formulaire pour la rédaction des DA au sein de l'EMS. Le support utilisé est dans la majorité des EMS un formulaire créé par l'EMS lui-même (n: 17), 2 utilisent le formulaire de Caritas, 2 celui de Pro Senectute et 1 celui de la FMH et finalement 2 partent d'une feuille blanche. Douze insèrent directement les informations reçues dans le dossier du résident.

Le résident est aidé dans sa démarche par les infirmières (n: 33), ses proches (n: 19), son médecin traitant (n: 11), le médecin répondant de l'établissement (n: 7) et une infirmière spécialisée (n: 4), le directeur (n: 2), l'animation (n: 2). Le représentant thérapeutique le plus souvent nommé est un proche (n: 28); le médecin traitant (n: 17), une infirmière (n: 10); le médecin répondant (n: 5) et un autre soignant (n: 4). Une fois ré-

digées, les DA sont consignées dans le dossier infirmier du résident (n: 32), le dossier administratif (n: 9), le dossier médical du médecin traitant (n: 4). Un seul EMS les insère dans les affaires personnelles du résident; aucun EMS n'a fait la démarche pour les intégrer au dossier patient informatisé des HUG.

27 EMS répondent que les DA sont connues la plupart du temps par les médecins traitants. 12 EMS répondent que certains résidents modifient leurs DA au cours de leur séjour. 24 joignent systématiquement les DA lors d'une hospitalisation.

Les principales raisons citées pour lesquelles certains résidents n'ont pas rédigé de DA sont qu'ils sont incapables de discernement: (n: 30), qu'ils ne veulent pas penser à leur avenir: (n: 27), qu'ils s'en remettent à leurs proches (n: 22), qu'ils s'en remettent aux décisions prises par le médecin (n: 11) ou par l'équipe multidisciplinaire (n: 6) et finalement que la notion de fin de vie est un tabou (n: 1).

Les difficultés rencontrées

Les principaux obstacles à la rédaction des DA citées dans les questions ouvertes concernent les résidents: ils souffrent de troubles cognitifs à un stade déjà trop avancé pour permettre une réflexion sur des DA, ils ont des difficultés à se projeter dans l'avenir et à envisager leurs besoins au moment de l'approche de la mort, ils souhaitent avoir l'opportunité de changer d'avis. Les soignants mettent aussi en avant une gêne à aborder le sujet de fin de vie. Ils décrivent aussi les formulaires utilisés comme trop généraux et ne mentionnant pas la situation dans laquelle se trouve actuellement le résident. Les termes employés par le résident au moment de la rédaction ne s'appliquent pas à la pratique par leur manque de précision (ex.: «acharnement thérapeutique») et finalement des divergences entre les résidents et ses proches.

Les difficultés citées concernant le respect des DA sont: Les DA ne sont pas assez détaillées, et ne mentionnent pas la situation exacte dans laquelle se trouve le résident: (n: 18), le représentant thérapeutique ou la personne de confiance se trouve incapable de prendre des décisions à la place du résident (n: 13), les DA ne correspondent plus à la volonté actuelle du résident (n: 11), une mauvaise compréhension des termes utilisés par le résident dans ses DA, ou les termes employés sont trop vagues (n: 9). Finalement les réactualisations des DA sont retranscrites dans le dossier de manière non claire ou incomplète (n: 1).

Suggestions en texte libre: il est proposé un travail d'information en amont avec mise en avant du rôle du médecin traitant et du rôle des hôpitaux universitaires de Genève, une standardisation des formulaires, une amélioration des transmissions des DA lors d'hospitalisation et une amélioration de la formation d'infirmières spécialisées.

Discussion

Le taux de résidents ayant rédigé leur DA (n = 47%) est nettement supérieur à celui retrouvé dans les études menées précédemment aux Etats-Unis par exemple [5, 6] et aux résultats de deux études menées à Genève chez des patients atteints d'une maladie oncologique avancée (9 à 23%) [7, 8]. Ce haut taux de DA complétées peut être expliqué par une importante promotion des DA à l'entrée en EMS ou une exigence de certaines directions que les DA soient complétées par les résidents. Toutefois, le pourcentage obtenu par notre questionnaire pourrait être faussé lié à une certaine confusion parmi le personnel des EMS entre les DA et les projets de soins anticipés. L'expression de «projets de soins anticipés» est l'anticipation de potentielles complications et la détermination d'une attitude si celles-ci survenaient. Le projet de soins anticipés comprend tout type d'échanges comprenant les opinions et valeurs du patient (information orale, lettres, notes dans le dossier médical ...) [9, 10]. Il est ainsi possible que la distinction entre DA et anticipation du projet de soins ne soit pas claire au sein du personnel genevois ayant répondu au questionnaire. Finalement, une variation dans le pourcentage de DA rédigées suivant les EMS peut être expliquée par les différences de population concernée. En effet, certains établissements n'accueillent que des résidents avec des troubles cognitifs sévères.

Concernant l'accompagnement des résidents dans le processus de rédaction, les infirmières non spécialisées accompagnent la plupart du temps les résidents sans que nous puissions juger de leur formation. A noter que dans deux EMS, le médecin traitant n'a pas connaissance des DA de ses résidents, ce qui peut interroger dans un milieu qui se veut interprofessionnel. Les représentants thérapeutiques le plus souvent choisis par le résident sont les proches. L'étude a pu montrer que les proches contribuent aux démarches de rédaction des DA, que ce soit par leur présence aux entretiens ou en prenant connaissance du projet du résident. La deuxième personne la plus fréquemment nommée est le médecin traitant. Il est ainsi clairement montré que le médecin traitant reste un acteur majeur pour représenter le choix des résidents, mais il peut cependant être soumis à un conflit d'intérêt [11, 12].

Malgré la promotion du formulaire de *Pro Senectute* par le comité d'éthique de la FEGEMS, de nombreux EMS utilisent leur propre formulaire. Cependant, il est possible que certains d'entre eux aient pris le formulaire de *Pro Senectute* comme modèle. Un grand nombre de DA figurant dans le dossier infirmier du résident correspondent vraisemblablement plutôt encore une fois au projet de soins anticipé.

Les DA ne restent pas figées après avoir été écrites: les réponses du questionnaire témoignent de leur mise à jour dans plus de deux tiers des EMS [2]. Ce résultat est encourageant, vu que la situation médicale du résident se modifie souvent beaucoup au cours du séjour.

Les professionnels de la santé devraient selon la loi avoir accès aux directives anticipées si le patient n'est pas capable de discernement; néanmoins dans l'étude sept EMS disent ne pas transférer les DA lors d'une hospitalisation, alors que de nombreuses décisions médicales doivent justement être prises à l'hôpital.

L'étude met également en avant la difficulté pour les résidents de se projeter dans l'avenir [13]. Le fait de penser à sa mort constitue pour de nombreuses personnes un sujet tabou et est par conséquent difficile à aborder. Cette gêne semble présente d'après les réponses autant chez les résidents que chez les soignants. Une équipe suisse, Lenherr et al., a mis en avant les barrières qui entravent les discussions sur la fin de vie de la part des soignants. Après avoir questionné 31 soignants (médecins et infirmiers), la peur de sa propre mort figure comme obstacle personnel à l'initiation d'une conversation sur la fin de vie. Une autre explication est donnée par le fait que dans la culture médicale actuelle la mort d'un patient est encore souvent perçue comme un échec [14]. La communication entre le résident et ses proches peut être délicate et constituer une barrière à la rédaction. Une autre barrière au respect des volontés du patient, ayant perdu sa capacité de discernement, citée est l'incapacité des proches à décider pour le résident. Une analyse comparative américaine avait mentionné l'impact émotionnel négatif chez un tiers des représentants thérapeutiques [15]. Le représentant thérapeutique peut se retrouver incapable de se prononcer au nom du résident.

De par la décision d'effectuer un questionnaire court afin d'optimiser le taux de participation, la plupart des réponses obtenues sont sujettes à un certain manque de précision. Il n'était pas possible de demander à chaque EMS d'ouvrir le dossier de chaque résident pour chercher si des DA avaient été rédigées. Elles sont de ce fait non pas à considérer comme des chiffres exacts mais comme des indicateurs de certaines tendances.

Conclusions

Plusieurs réponses à ce questionnaire soulignent qu'il est souvent trop tard quand on demande à l'entrée en EMS du résident de rédiger ses DA. Les DA devraient être rédigées en amont de l'entrée en EMS. Un médecin répondant s'exprime en ces termes: «Si on veut généraliser les DA, un travail en amont est absolument nécessaire.» Le travail en amont pourrait s'effectuer au travers d'une campagne de promotion des DA afin de pouvoir susciter une réflexion au sein de la population générale. Les réponses au questionnaire ont aussi montré qu'initier une discussion sur la fin de vie peut s'avérer difficile pour le personnel soignant [14]. Certains outils et une information adéquate en particulier sur la communication entre professionnel de la santé et personne malade et aussi ses proches pourraient grandement faciliter la prise en charge de la fin de vie.

Finalmente il problema della trasmissione delle informazioni resta importante in particolare lors des hospitalisations des résidents. Des solutions simples doivent être trouvées probablement à l'aide du dossier électronique.

Cette étude a été effectuée dans le cadre d'un travail de master lors des études de médecine.
Aucun conflit d'intérêt.

Zusammenfassung

Einsatz von Patientenverfügungen in Pflegeheimen im Kanton Genf

Ziel

Seit mehreren Jahren unterstützt das kantonale Gesundheitsgesetz die Ausarbeitung von Patientenverfügungen (PV), insbesondere auch in Pflegeheimen. Allerdings leidet ein erhöhter Prozentsatz der Pflegeheimbewohner unter kognitiven Einschränkungen, was das Verfassen einer PV erschwert. Ziel dieser Arbeit war es, mehr über den Informationsprozess und die Ausarbeitung von PVs zu erfahren.

Methode

Versand eines Fragebogens an die Leitungen der 54 Pflegeheime im Kanton Genf.

Resultate: Die Beteiligung an der Befragung lag bei 65 %. 47 % der Bewohner/-innen der antwortenden Pflegeheime haben eine PV verfasst. Das Pflegepersonal nimmt eine Schlüsselfunktion ein beim Fördern und Verfassen von PVs. Die in der PV bezeichneten Vertretungspersonen sind die Ansprechpersonen für den behandelnden Arzt. Hindernisse in Bezug auf das Verfassen einer PV sind kognitive Einschränkungen, die Schwierigkeit, den eigenen Tod zu antizipieren und die Scheu – sowohl des Pflegepersonals als auch der Bewohner –, das Thema anzusprechen. Hindernisse bei der Umsetzung einer PV sind unklare Formulierungen, das Auseinanderdriften von mutmasslichem und in der PV geäußertem Willen infolge eines Zeitabstands sowie die Urteilsunfähigkeit der eingesetzten Vertretungsperson.

Schlussfolgerungen

Zur Verbesserung der Situation werden folgende drei Ansätze empfohlen: 1. Förderung des Verfassens von PVs in der Gesamtbevölkerung; 2. Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegeheimbewohner, Pflegepersonal und eingesetzter Vertretungsperson; 3. Erleichterung des Zugangs zu PVs.

Abstract

The implementation of advance directives in Geneva long-term care institutions

Purpose

Genevese health law encourages the development of advance directives, especially in long-term care institutions. Nevertheless, a high proportion of persons enter long-term care institutions with cognitive impairments and advance directives can be more difficult to write in such a context. The purpose of this work was to explore the information and writing process for advance directives in this setting.

Method

Mailed questionnaire to the management staff of 54 long-term institutions in Geneva.

Results

Response rate was 65%. 47% of persons living in long-term care institutions had advance directives. Nurses were key persons for the promotion and writing of advance directives. Family members were most often designated proxies, followed by family doctors. The main barriers to writing advance directives were cognitive impairment, difficulties in imagining one's own death, and embarrassment regarding the topic on the part of both patients and professionals. The main difficulties in applying advance directives were lack of precision, mismatch between the advance directive and the presumed wishes of the patient, and the inability of proxies to reach a decision.

Conclusion

Three approaches are proposed to improve the implementation of advance directives: 1) promotion among the general public; 2) improving communication between patients and professionals, as well as between the patient and her proxy; and 3) making advance directives more accessible.

Correspondance

PD, Dr Sophie Pautex
Unité de soins palliatifs communautaire
Service de médecine de premier recours
Hôpitaux Universitaires de Genève
c/o imad
36, av. Cardinal-Mermillod
CH-1227 Carouge
Tél.: +41 (0)79 553 46 82
Fax: +41 (0)2 24 20 21 71
E-mail: sophie.pautex[at]hcuge.ch

Soumission initiale: 05.03.2014
 Soumission révisée: 19.11.2014
 Acceptation: 22.01.2015

Références

1. Light DW. Values and Structure in the German Health Care Systems. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1985 Fall;63(4):615-47.
2. Pdpn. Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine; Les directives anticipées; Considérations éthiques sur le nouveau droit de la protection de l'adulte, tenant compte en particulier de la démence.
3. Lightbown JW, Mussett MV, Broadbridge RA. The International Standard for Amikacin. *J Biol Stand.* 1985 Jan;13(1):3-12.
4. <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/164.htm>. [31.05.2012].
5. Bradley EH, Wetle T, Horwitz SM. The Patient Self-determination Act and Advance Directive Completion in Nursing Homes. *Arch Fam Med.* 1998 Sep-Oct;7(5):417-23.
6. Suri DN, Egleston BL, Brody JA, Rudberg MA. Nursing Home Resident Use of Care Directives. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 1999 May;54(5):M225-9.
7. Pautex S, Herrmann FR, Zulian GB. Role of Advance Directives in Palliative Care Units: a Prospective Study. *Palliat Med.* 2008 Oct;22(7):835-41.
8. Pautex S, Notaridis G, Derame L, Zulian GB. Preferences of Elderly

- Cancer Patients in Their Advance Directives. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2010 Apr;74(1):61-5.
9. Teno JM, Nelson HL, Lynn J. Advance Care Planning. Priorities for Ethical and Empirical Research. *Hastings Cent Rep.* 1994 Nov-Dec;24(6):S32-6.
10. Sechaud L, Goulet C, Morin D, Mazzocato C. Advance Care Planning for Institutionalised Older People: an Integrative Review of the Literature. *Int J Older People Nurs.* 2013 Jun 20.
11. Rai A, Siegler M, Lantos J. The Physician as a Health Care Proxy. *Hastings Cent Rep.* 1999 Sep-Oct;29(5):14-9.
12. Black PG, Derse AR, Derrington S, Lantos JD. Can a Patient Designate His Doctor as His Proxy Decision Maker? *Pediatrics.* 2013 May;131(5):986-90.
13. Halpern J, Arnold RM. Affective Forecasting: an Unrecognized Challenge in Making Serious Health Decisions. *J Gen Intern Med.* 2008 Oct;23(10):1708-12.
14. Lenherr G, Meyer-Zehnder B, Kressig RW, Reiter-Theil S. To Speak, or not to Speak – Do Clinicians Speak About Dying and Death with Geriatric Patients at the End of Life? *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13563.
15. Wendler D, Rid A. Systematic Review: the Effect on Surrogates of Making Treatment Decisions for Others. *Ann Intern Med.* 2011 Mar 1;154(5):336-46.
16. Wissoff LS, Belote A, Kramer W, Compton-Phillips A, Kritzler R, Weiner JP. Promoting Advance Directives Among Elderly Primary Care Patients. *J Gen Intern Med.* 2004 Sep;19(9):944-51.

Annexe 1:

Questionnaire sur le processus de rédaction des directives anticipées au sein des EMS dans le canton de Genève

Nom de l'EMS (facultatif):

I. DONNÉES GÉNÉRALES

1. Combien de résidents de chaque sexe vivent actuellement au sein de votre établissement?
hommes;femmes
2. Combien de résidents ont actuellement rédigé des directives anticipées? (si possible indiquer le nombre)
3. Quand a eu lieu la rédaction? (si possible indiquer le nombre)
 - Avant l'admission en EMS:
 - A l'admission en EMS:
 - Après l'admission en EMS:

II. PROCESSUS DE RÉDACTION

4. a) Donnez- vous **une information** systématique à tous les résidents qui n'ont pas rédigé leurs DA?
 - Oui
 - Non
 b) Si oui, sous quelle forme?
 - Écrite
 - Orale
5. Qui donne l'information au résident? (*plusieurs réponses possibles*)
 - Le médecin-répondant
 - Le médecin traitant
 - Une infirmière

- Une infirmière spécialisée (ayant reçu une formation au sujet de DA)
- L'animateur
- Autre; préciser:

6. Pouvez-vous nous décrire en détail comment se passe le **processus de rédaction** des DA?
 - Les résidents rédigent ou font remplir leur DA à partir d'une feuille blanche
 - Les résidents remplissent ou font remplir un formulaire rédigé par une association suivante: (*plusieurs réponses possibles*)
 - Pro senectute
 - Caritas
 - FMH
 - Pro mente sana
 - Organisation suisse des patients
 - Exit
 - Dossier-résident (rubrique DA)
 - Autre; préciser:
7. Qui soutient le résident dans sa démarche? (*plusieurs réponses possibles*)
 - Le médecin-répondant
 - Le médecin traitant
 - Une infirmière
 - Une infirmière spécialisée (ayant reçu une formation au sujet de DA)
 - L'animateur
 - Les proches
 - Autre; préciser:
8. Comment sont impliqués les proches dans la démarche de rédaction? (*plusieurs réponses possibles*)
 - Participent aux entretiens
 - Sont informés de la démarche
 - Autre; préciser:

9. Le représentant thérapeutique ou personne de confiance le(la) plus souvent désigné(e) est, à votre connaissance: (*plusieurs réponses possibles*)
- Le médecin-répondant
 - Le médecin traitant
 - Une infirmière
 - Un soignant (réfèrent)
 - L'animateur
 - Un proche
 - Autre; préciser:
10. Où les DA sont-elles classées? (*plusieurs réponses possibles*)
- Dossier infirmier du résidant
 - Dossier médical du médecin traitant
 - Dossier administratif
 - Papiers personnels du résidant
 - Une copie est envoyée aux HUG pour être insérée dans le dossier patient informatisé
11. Les DA rédigées sont-elles la plupart du temps connues du médecin traitant?
- Oui
 - Non
12. Arrive-t'il que des résidants modifient le contenu des DA au cours de leur séjour en EMS?
- Oui
 - Non
13. Lors d'une hospitalisation, joignez-vous systématiquement les DA au dossier du patient?
- Oui
 - Non
14. Quelles sont, d'après vous, les principales raisons pour lesquelles certains de vos résidants n'ont pas rédigés de DA? (*plusieurs réponses possibles*)
- Absence de capacité de discernement
 - Le résidant ne voulait pas penser à son avenir
 - Le résidant s'en remet à ses proches
 - Le résidant s'en remet aux décisions prises par le médecin
 - Le résidant s'en remet aux décisions prises par l'équipe multidisciplinaire
 - Manque de confiance en l'équipe médicale
 - Autre; préciser:

III. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

15. D'après votre expérience, quelles sont les principales difficultés qui surgissent lors du **processus de rédaction** des DA?
-
-
-
-

16. Parmi les propositions suivantes, lesquelles expriment les difficultés rencontrées pour **respecter les volontés** des résidants exprimées dans leur DA? (*plusieurs réponses possibles*)
- DA pas assez détaillées, ne mentionnant pas la situation exacte dans laquelle se trouve le résidant
 - Mauvaise compréhension des termes utilisés par le résidant dans ses DA, termes trop vagues
 - Les DA n'ont pas été actualisées
 - Modification/réactualisation des DA retranscrite dans le dossier de manière non claire ou incomplète
 - Le représentant thérapeutique ou personne de confiance se trouve incapable de prendre des décisions à la place du résidant
 - Autre; préciser:
 -
 -
 -

17. Commentaires et suggestions:
- Médecin répondant:
-
-
-
-
-
- Direction:
-
-
-
-
- Infirmier(ère)-chef(fe):
-
-
-

Genève, le 25 avril 2011