



Le profil des valeurs

Outil de réflexion



Ce document fait partie d'une démarche d'ensemble concernant la planification des soins de fin de vie et il est recommandé de le remplir, en vue des décisions à prendre et formulaires divers à remplir concernant la fin de la vie ainsi que d'instrument de communication avec ses proches ou mandataires. Il a été élaboré par l'Institut de planification des soins du Québec et pour se le procurer, prière d'en faire la demande à info@planificationdessoins.org et il vous sera acheminé gratuitement par courriel.

Confidentiel

**PROFIL DES VALEURS
en vue
DE LA PLANIFICATION DE SES SOINS DE FIN DE VIE**

Quand peut-on remplir ce profil ?

À tout moment. Même si on vise souvent les personnes âgées, il est important que les plus jeunes discutent de ces questions et expriment leurs valeurs et croyances, car souvent des décisions difficiles doivent être prises au nom de jeunes personnes. Si leurs valeurs et attentes sont connues, les décideurs sauront que leurs décisions sont conformes.

1. ATTITUDE GÉNÉRALE FACE À LA VIE ET À SON ÉTAT DE SANTÉ

1.1 Qu'aimeriez-vous dire à une personne qui lit ce document, concernant votre attitude générale face à la vie ?

1.2 Quels sont vos objectifs pour l'avenir ?

1.3 Qu'est-ce que, selon vous, rend la vie digne d'être vécue ?

1.4 Que redoutez-vous le plus ? Qu'est-ce qui vous fait le plus peur ou qui vous tracasse le plus concernant votre fin de vie ?

2. RELATIONS INTERPERSONNELLES

2.1 Comment vous attendez-vous à ce que vos proches supportent vos choix concernant les soins médicaux dont vous pourrez avoir besoin dans l'avenir ?

2.2 **Avez-vous fait des arrangements pour que vos proches vous assistent dans la prise de décision concernant ces questions ?**

Oui Non

2.3 **Avez-vous des commentaires généraux à exprimer concernant le rôle de vos relations interpersonnelles dans votre vie en général et en vue de votre fin de vie ?**

3. VALEURS CONCERNANT L'AUTONOMIE ET LA DÉPENDANCE



3.1 **Quelle est l'importance que revêt votre état de personne autonome dans votre vie et quel degré de dépendance seriez-vous prêt à accepter sans compromettre trop votre qualité de vie ?**

3.2 Si vous deviez perdre vos facultés mentales, comment cela affecterait-il votre qualité de vie ?

Perte légère : _____ (pourcentage de perte de qualité de vie)

Perte modérée : _____ (pourcentage de perte de qualité de vie)

Perte sévère : _____ (pourcentage de perte de qualité de vie)

Expliquez ce qui, pour vous, représente une perte légère, modérée ou sévère

3.3 Si vous deviez perdre vos facultés physiques, comment cela affecterait-il votre qualité de vie ?

Perte légère : _____ (pourcentage de perte de qualité de vie)

Perte modérée : _____ (pourcentage de perte de qualité de vie)

Perte sévère : _____ (pourcentage de perte de qualité de vie)

Expliquez ce que pour vous représente une perte légère, modérée ou sévère

3.4 Comment le fait d'être supporté par vos proches améliorerait-il votre qualité de vie ?

3.5 Veuillez expliquer en quoi la perte de qualité de vie serait suffisante pour vous pour que la vie ne vaille plus la peine d'être vécue (vous pouvez attribuer un % de perte de qualité de vie, le cas échéant)

4. VIE SPIRITUELLE ET CROYANCES

4.1 Quelles sont vos valeurs et croyances religieuses, spirituelles ou laïques, par rapport à la fin de votre vie ?

4.2 Comment vos croyances et valeurs se reflètent-elles dans vos décisions de fin de vie ?

5. RELATIONS AVEC LES MÉDECINS ET AUTRES DISPENSATEURS DE SOINS



- 5.1 **Quelle est votre attitude par rapport à vos relations avec les médecins et autres professionnels de la santé ? (degré de confiance, influence du médecin lors de prise de vos décisions, importance pour vous que les professionnels de la santé respectent votre autonomie décisionnelle)**

6. VALEURS CONCERNANT LA MALADIE ET LA MORT



- 6.1 **Si vous étiez atteint d'une maladie chronique dégénérative qui affecte vos facultés cognitives et votre intégrité physique et qui pourrait se prolonger très longtemps, jusqu'en fin de vie : comment aimeriez-vous qu'on prenne soin de votre santé ? Cochez tous les énoncés qui vous paraissent pertinents.**

6.1.1 Au stade léger de la maladie : (symptômes et perte cognitive légers)

- Je veux que l'on utilise tous les moyens thérapeutiques disponibles.
- Je veux que l'on utilise seulement les soins qui apportent une amélioration mais qui ne sont pas intrusifs.
- Je veux que l'on utilise seulement les soins qui assurent mon confort.

6.1.2 Au stade modéré de la maladie : (symptômes et perte cognitive modérés) :

- Je ne veux pas recevoir de médication qui prolonge la vie (contre le cholestérol, l'hypertension, le diabète, vitamines et suppléments nutritionnels, etc.).

- Je veux recevoir toute médication qui prolonge la vie (contre le cholestérol, l'hypertension, le diabète, vitamines et suppléments nutritionnels, etc.).
- Je veux commencer dès ce moment les soins de confort.
- Je veux attendre d'être au stade avancé de la maladie pour commencer les soins de confort.

6.1.3 Au stade avancé de la maladie : (symptômes et perte cognitive sévères) :

- Je veux que mes médecins soulagent ma souffrance, mais sans me procurer une aide médicale à mourir.
- Je veux pouvoir demander et obtenir, soit :
 - la sédation palliative continue jusqu'à mon décès, si j'y suis admissible
 - ou
 - l'aide médicale à mourir, si j'y suis admissible*

- Ces deux possibilités sont mutuellement exclusives, svp ne cocher qu'une des deux cases

6.2 Que pensez-vous, pour vous, des procédés artificiels de maintien en vie si vous étiez atteint soit d'une maladie dégénérative incurable (i.e. Alzheimer), d'une maladie en phase terminale (cancer) ou que vous soyez plongé dans un état de coma permanent et irréversible ?

Commentaires :

6.3 Que pensez-vous, pour vous, des soins palliatifs der fin de vie, visant exclusivement à soulager la douleur ? Êtes-vous en faveur de ne recevoir que ces soins, à l'exclusion de la sédation palliative continue ou de l'aide médicale à mourir ?

Commentaires :

6.4 Que pensez-vous de l'aide médicale à mourir, pour vous-même ? *(Le cas échéant, indiquez les circonstances et situations dans lesquelles vous voudriez recourir à cette aide)*

Commentaires :

6.5 Où préféreriez-vous mourir : *(indiquez vos choix sur une échelle de 1 à 10 : 1 étant votre premier choix)*

- à domicile,
- dans une maison de soins palliatifs,
- à l'hôpital
- au CHSLD
- peu vous importe
- je préfère que ce soit ma famille qui choisisse

6.6 Quels commentaires généraux aimeriez-vous apporter concernant tous ces sujets ?

7. DIRECTIVES MÉDICALES ANTICIPÉES

7.1 Avez-vous rédigé des directives médicales anticipées ?

Oui Non

7.2 Si oui : où sont-elles déposées ?

- à votre domicile
- chez votre notaire
- elles ont été enregistrées au Registre officiel du Gouvernement (RAMQ)

7.3 Qui d'autre en a une copie et où peut être rejointe cette personne ?

7.4 Y en a-t-il une copie versée à votre dossier médical ?

Oui Non

7.5 Avez-vous fait un mandat en prévision de l'inaptitude (mandat de protection) ?

Oui Non

7.6 Si oui, s'assurer qu'il correspond toujours à vos volontés de fin de vie.

Coordonnées

Nom : _____
(lettres moulées)

Signature : _____

Adresse : _____

Téléphone : (____) _____

(____) _____

Date : ____/____/____