

Cadre de sensibilisation du public à l'égard des soins palliatifs

Présenté au :
Secrétariat des soins palliatifs et en fin de vie
Division des soins de santé primaire et continus
Direction des politiques de soins de santé
Santé Canada

Le mercredi 29 mars, 2006

Présenté par :
Acart Communications Inc.

Les opinions énoncées dans le présent document ne sont pas appuyées par Santé Canada et ne reflètent pas nécessairement son point de vue.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	4
INTRODUCTION.....	6
PRINCIPALES DÉFINITIONS.....	9
FORCES, FAIBLESSES, POSSIBILITÉS, MENACES – ANALYSE F.F.P.M.....	11
ENJEUX IMPORTANTS.....	13
LE CONTINUUM DES SOINS PALLIATIFS.....	14
MATRICE DU CONTINUUM DES SOINS PALLIATIFS.....	15
PUBLICS CIBLES.....	16
Motifs derrière la segmentation du public cible, passant du grand public aux sous-segments.....	16
Public cible – les Canadiens.....	16
Public cible—Fournisseurs de soins de santé.....	20
PROPOSITION FERME.....	22
Vision souhaitée.....	22
Perception souhaitée.....	22
Mesure souhaitée.....	22
Messages fermes à l'intention des Canadiens.....	22
Messages fermes à l'intention des fournisseurs de soins de santé.....	23
MESSAGE.....	24
Thème principal.....	24
Principaux messages destinés au grand public.....	24
Principaux messages destinés aux fournisseurs de soins de santé.....	26
UNE QUESTION LIÉE À LA DÉSIGNATION.....	27
FEUILLE DE ROUTE SUR LES COMMUNICATIONS.....	28
Public cible : Enfants du baby-boom d'âge mur.....	28
Public cible : Aînés.....	29
Public cible : Femmes.....	31
Public cible : Fournisseurs de soins de santé.....	32
Évaluation.....	34
RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX MÉDIAS.....	36
Première option : Publicité.....	36
Deuxième option : Publicité et relations avec les médias.....	37
Troisième option : Relations avec les médias.....	38
Autre idée : Élaboration de partenariats pour les Canadiens.....	38
Autre idée : Élaboration de partenariats pour les fournisseurs de soins de santé.....	38
ANNEXE A.....	39
Soins palliatifs – Mots associés.....	39
ANNEXE B.....	40
Caractéristiques des soins palliatifs.....	40

RÉSUMÉ

Objectif

Le présent cadre de communications a pour objectif d'améliorer la capacité des organisations œuvrant dans le domaine des soins palliatifs à sensibiliser davantage les publics cibles au sujet des options de soins palliatifs qui s'offrent à eux. Les publics cibles sont constitués des segments clés de la population canadienne – les plus âgés des enfants du baby-boom, les aînés et les femmes – ainsi que des fournisseurs de soins de santé.

Renseignements généraux

Le présent cadre de communications a été produit pour le Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie de Santé Canada à titre de troisième étape d'une initiative du Groupe de travail d'information et sensibilisation du public; elle fait suite à la première étape qui consistait à examiner des initiatives nationales et internationales de marketing social ayant porté fruit, et à la deuxième étape qui a permis de cibler les possibilités et les difficultés en vue de tirer profit des efforts mis en place afin d'augmenter le nombre d'activités de sensibilisation du public entreprises par la collectivité.

À l'heure actuelle, plus de trois millions de Canadiens prennent soin d'un proche atteint d'une maladie grave, dont 90 % mourront chaque année des suites d'une maladie grave prolongée. La mort et mourir font partie de la vie, et il importe que les Canadiens planifient ces étapes au même titre que d'autres aspects de leur vie.

Une approche à deux volets

Aux termes de la recherche et de l'analyse, la stratégie est fondée sur une approche à deux volets en ce qui a trait aux communications en vue de répondre aux besoins des personnes suivantes :

- les Canadiens qui ont besoin de renseignements « juste à temps » lorsqu'ils sont confrontés à une grave crise de santé;
- les Canadiens qui doivent étudier leurs options en prévision des besoins.

Cette approche vise à appuyer la situation actuelle, dans laquelle l'information est transmise par les fournisseurs de soins de santé au moment où survient la crise de santé, ainsi qu'à donner l'occasion de sensibiliser la population à l'importance de se pencher sur la question en prévision des besoins. Les activités de communication tendront donc vers deux publics distincts : les fournisseurs de soins de santé et la population canadienne.

Publics cibles

Tandis que les fournisseurs de soins de santé constituent un public bien ciblé composé d'environ 600 000 personnes, la population canadienne doit être segmentée en fonction de la probabilité des personnes à devenir soignantes ou soignées dans un avenir prochain. Les motifs derrière la sous-segmentation du public cible sont de faciliter la communication de messages bien dirigés et de réaliser de meilleures économies relatives aux achats de médias. Le public est ainsi subdivisé en trois groupes : les Canadiens âgés entre 50 et 64 ans en semi-retraite ou dans les premières années de leur retraite, les Canadiens âgés de 65 ans et plus, et les Canadiennes âgées entre 35 et 49 ans.

Les messages et les médias

Une fois le message à transmettre déterminé – un thème général sur la « qualité de vie » et sur la raison pour laquelle il importe de prodiguer des soins au patient et à ses proches et de leur accorder un intérêt sincère jusqu'à la fin – l'objectif est déplacé vers les moyens de le communiquer. Des recommandations au sujet des messages clés et des moyens de communication ont été émises pour chaque public cible et sous-segment.

- « *Le soin des mourants, le soin des vivants* » s'adresse aux fournisseurs de soins de santé puisque ceux-ci jouent un rôle particulier dans la gestion des soins palliatifs par les relations qu'ils entretiennent avec les patients et par l'aide qu'ils peuvent leur apporter concernant la transition vers des soins continus prodigués par une personne qui bénéficie de leur confiance et de leur respect. Ce public pourrait être joint par la publicité dans les publications et sites Web

spécialisés, les brochures dans les envois postaux des associations, les cyberbulletins par l'entremise d'associations et par une programmation télévisuelle spécialisée.

- « *Parce que nous sommes tous touchés par la maladie grave, les soins palliatifs nous touchent tous* » s'adresse aux Canadiens âgés entre 50 et 64 ans, puisqu'ils sont plus susceptibles de mourir des suites d'une longue maladie grave ou de prendre soin d'un proche, comme un parent aîné, en phase terminale. Ce public pourrait être joint par l'entremise de publicité dans les magazines et les journaux, de lettres d'approche directes ou d'articles voisins de la page éditoriale.
- « *Profiter de la vie, jusqu'au bout* » s'adresse aux Canadiens âgés de 65 ans et plus, puisque le besoin de conserver la meilleure qualité de vie possible ne disparaît pas à la suite d'un diagnostic de maladie grave ou mortelle pour eux-mêmes ou un proche. Il reste la nécessité d'assurer la meilleure qualité de mort qui soit. Ce public pourrait être joint par l'entremise de publicité dans les magazines et les journaux, de lettres d'approche directes ou d'articles voisins de la page éditoriale.
- « *Beaucoup de personnes pour aider, bon nombre de façons d'offrir confort et soutien* » s'adresse aux Canadiennes âgées entre 35 et 49 ans qui peuvent ne pas être atteintes par la maladie, mais pour qui il importe de parler de la mort, étant donné qu'y faire face sans s'y être préparé ne fera qu'empirer l'inévitable. Les femmes peuvent être informées au sujet des options qui s'offrent à elles et de la façon de planifier la meilleure qualité de vie possible dont elles et leurs proches puissent jouir. Ce public pourrait être joint par l'entremise de publicité dans les magazines et à la radio et par des lettres d'approche directes.

Utilisation du cadre

Le présent cadre de communications a été conçu à titre d'outil d'orientation pratique pour les organisations œuvrant dans le domaine des soins palliatifs. Il peut toutefois s'adapter facilement en vue de répondre aux besoins précis des collectivités des provinces et des territoires.

INTRODUCTION

Renseignements généraux

En juin 2001, le gouvernement du Canada a officiellement prouvé son appui envers l'avancement des soins palliatifs et de fin de vie destinés aux Canadiens par la mise en place du Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie de Santé Canada. Le Secrétariat a pour but de faciliter la collaboration et la coordination des efforts avec d'autres ministères et organismes fédéraux, les représentants des associations nationales, les associations professionnelles, les universités, les chercheurs, la collectivité ainsi que les gouvernements provinciaux et territoriaux.

À l'automne 2002, cinq groupes de travail ont été établis avec l'objectif de faire avancer la composante communautaire du mandat du Secrétariat. Ces groupes ont été mis sur pied afin qu'ils traitent des enjeux relatifs aux domaines des pratiques exemplaires et des soins de qualité, de l'éducation des fournisseurs de soins de santé, de l'information et de la sensibilisation du public, ainsi que de la recherche et de la surveillance. Leurs membres proviennent de partout au Canada, et ont été choisis en fonction de leur emplacement géographique, de leur expertise et de leur implication en ce qui concerne les soins palliatifs et de fin de vie.

La première étape du cadre de sensibilisation du public envers les soins palliatifs consistait à examiner et à évaluer les initiatives nationales et internationales fructueuses conçues pour changer les attitudes et les comportements du public – une approche de marketing social. Les résultats ont permis de formuler des recommandations sur les prochaines étapes.

La deuxième étape consistait à cibler les initiatives canadiennes actuelles d'éducation et d'information du public en matière de soins palliatifs et de fin de vie, et celles qui y sont associées, ainsi qu'à étudier les diverses difficultés et possibilités en vue de tirer profit des efforts déployés afin d'augmenter le nombre d'initiatives de sensibilisation du public entreprises par la collectivité. En l'absence de financement à grande échelle, le rapport soulignait l'importance de transmettre des messages cohérents tout au long de l'année. Il recommandait également l'élaboration d'une approche de sensibilisation souple qui s'adapterait à la diversité dans la prestation des services au pays.

La troisième étape, qui constitue l'objet du présent rapport, consiste en l'élaboration d'un cadre de communications servant à accroître la sensibilisation du public cible à l'égard des soins palliatifs. Les membres de la Coalition pour des soins de fin de vie de qualité du Canada et les membres des groupes de travail qui font partie de la Stratégie canadienne sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie ont été consultés au cours de l'élaboration du cadre et ont fourni des commentaires sur les ébauches avant que le cadre de communications soit finalisé.

Bon nombre de Canadiens obtiennent des renseignements sur les soins palliatifs au moment où ils en ont le plus besoin – une approche « juste à temps ». Ils peuvent également bénéficier de la connaissance des choix qui s'offrent à eux en ce qui a trait aux soins palliatifs en prévision des besoins. Le fait de munir d'outils de communication les organisations travaillant dans le domaine des soins palliatifs peut faciliter le processus visant à engager la discussion et mener à un meilleur accès aux soins palliatifs dans leur communauté. Les organisations peuvent tirer de ce cadre ce qui leur est le plus utile : le message, le processus, l'approche ou les moyens de communication.

Le présent cadre vise à susciter l'intérêt des publics cibles et à les encourager à se renseigner grâce à un format et un contenu conviviaux, à clarifier les termes utilisés afin d'en assurer une définition commune et unifiée, et à servir d'outil que les collectivités pourront utiliser pour accroître la sensibilisation, habiliter les intermédiaires et faciliter la diffusion des communications. Si nous voulons que le cadre apporte une valeur ajoutée, nous devons éviter les généralisations des messages clés et reconnaître que nous travaillons toujours dans un environnement où le financement demeure restreint.

Notre méthode

En tant que sujets évités jusqu'à ce que nous devions y faire face, la mort et le fait de mourir constituent des questions complexes et délicates sur le plan culturel. L'élaboration d'un cadre de communications peut être éclairée par l'application d'une approche de marketing social et par des théories de modification du comportement. Il existe plusieurs modèles qui tentent d'expliquer et de planifier le comportement. Le présent cadre se fonde sur celui de Prochaska et DiClemente, qui fractionne la modification du comportement en différents stades, comme suit.

Stades de la prise de conscience	<ul style="list-style-type: none">○ Précontemplation : Les consommateurs ne croient pas que le comportement soit nécessaire pour eux à cette étape de leur vie.○ Contemplation : Les consommateurs songent réellement aux comportements préconisés et les examinent.
Stades de la mobilisation	<ul style="list-style-type: none">○ Préparation : Les consommateurs ont décidé de passer à l'action et tentent de mettre en place ce dont ils ont besoin pour adopter le comportement.○ Action : Les consommateurs adoptent le comportement pour la première fois – ou pour les premières fois.
Stades de la consolidation	<ul style="list-style-type: none">○ Maintien : Les consommateurs souscrivent pleinement au comportement et ne souhaitent aucunement retourner à leur ancien comportement.○ Rechute : Les consommateurs retournent parfois à leurs vieilles habitudes.○ Fin : Les consommateurs ont adopté le nouveau comportement de manière définitive.

Le processus visant à sensibiliser, à changer les attitudes et, enfin, à influencer sur le comportement demande du temps, de la persévérance, des messages conçus de manière impeccable et des communications bien exécutées. Au cours des 50 dernières années, bon nombre d'importantes questions sociales, comme le renoncement au tabac, ont évolué à travers ce continuum en plusieurs stades, dont chacun nécessite une approche différente.

Pour les étapes de précontemplation et de contemplation du stade de prise de conscience, le public cible comprend les « influenceurs », capables de passer le message de façon crédible et de changer les normes. Les messages sont de nature factuelle ou constituent des « messages de tête » cérébraux. Pour les étapes de préparation et d'action du stade de mobilisation, le public cible est le grand public, et les messages sont de nature émotive – ils visent le cœur. Enfin, pour les étapes de maintien et de rechute du stade de consolidation, les messages sont conçus afin de renforcer le comportement positif et de traiter des problèmes particuliers qui ont entraîné la rechute. À l'heure actuelle, les soins palliatifs font partie du stade de prise de conscience du continuum de marketing social.

Répercussions sur le présent cadre de communications des soins palliatifs

Le cadre présente les messages à transmettre pour chacun des stades du continuum de marketing social. Au cours du premier stade, il faut présenter les faits indéniables afin de susciter l'intérêt et de s'assurer que les leaders d'opinion sont du même avis. Au cours du deuxième stade, la mobilisation, les questions émotionnelles, celles du « cœur », sont au centre des communications, et le grand public constitue habituellement l'auditoire. Au cours du troisième stade, l'accent est mis sur la répétition et le renforcement en vue de prévenir les rechutes de comportement.

L'utilisation du cadre de communications

Le présent cadre se veut utile et pratique. Il est conçu pour répondre aux besoins des organisations œuvrant dans le domaine des soins palliatifs dans l'ensemble du Canada à l'aide d'un outil général et englobant. Étant donné les différents besoins des provinces, des territoires et des collectivités, cette approche « unitaire » a ses limites, c'est pourquoi il faut plutôt la considérer à titre d'outil d'orientation. Sa structure guide le lecteur à travers le processus d'élaboration et fournit les documents de raisonnement, de justification ainsi que les renseignements généraux. Il se peut qu'en pratique, l'utilisateur veuille se procurer le

contenu principal du message ainsi que les supports médias. Dans pareil cas, la Feuille de route, à la page 27, qui présente un aperçu des éléments et enjeux principaux, est un bon endroit pour commencer.

Veillez noter que le texte fait souvent référence aux aidants naturels en tant que « soignants » et aux soignants professionnels en tant que « fournisseurs de soins de santé ».

PRINCIPALES DÉFINITIONS

Soins palliatifs	Association canadienne des soins palliatifs	Organisation mondiale de la santé ⁱⁱ
Définitions	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les soins palliatifs visent à soulager la souffrance, à améliorer la qualité de vie et à accompagner vers le décès. ○ Ils aident les patients et leurs proches à faire face aux problèmes physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et pratiques de la maladie ainsi qu'aux attentes, besoins, espoirs et craintes qui y sont associés. ○ Ils visent à aider les patients et leurs proches à se préparer à accomplir les tâches de fin de vie définies par le patient et à affronter l'étape de la mort. ○ Ils aident les patients et leurs proches à surmonter les pertes et la peine pendant la maladie et le deuil. ○ Ils visent à traiter tous les problèmes qui surviennent, à prévenir l'apparition de nouveaux problèmes et à promouvoir les occasions d'expériences enrichissantes, de croissance personnelle et spirituelle, et d'accomplissement individuel. ○ Les soins palliatifs sont destinés aux patients atteints d'une maladie pouvant compromettre leur survie, ou qui risquent d'être atteints d'une telle maladie, ainsi qu'à leurs proches. Quels que soient le diagnostic posé et le pronostic, et indépendamment de l'âge, les soins sont fournis aux personnes qui ont des attentes ou des besoins non comblés et qui sont prêtes à accepter les soins. ○ Ils peuvent être associés au traitement de la maladie, ou devenir le pôle unique des soins. ○ Ils sont prodigués de façon optimale par une équipe interdisciplinaire constituée d'intervenants possédant les connaissances et les compétences reliées à tous les aspects du processus de soins propre à leur champ de pratique. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les soins palliatifs constituent une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leur famille aux prises avec les problèmes associés à une maladie qui menace la vie du patient, par la prévention et le soulagement de la souffrance au moyen de la détection précoce et de l'évaluation et du traitement impeccables de la douleur et des autres problèmes, physiques, psychosociaux et spirituels. ○ Ils visent à soulager la douleur et tout autre symptôme pénible. ○ Ils ont pour but d'entretenir la vie, mais considèrent la mort comme un processus normal. ○ Ils ne hâtent ni ne retardent la mort. ○ Ils intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients. ○ Ils offrent un système de soutien destiné à aider les patients à vivre le plus activement possible jusqu'à leur mort. ○ Ils offrent un système de soutien pour aider les familles à mieux supporter la maladie du patient, de même que leur propre processus de deuil. ○ Ils préconisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leur famille, notamment la consultation aux endeuillés. ○ Ils améliorent la qualité de vie, et peuvent avoir une incidence positive sur le cours de la maladie. ○ Ils sont prodigués dès le début de la maladie, conjointement avec d'autres thérapies destinées à prolonger la vie, comme la chimiothérapie ou la radiothérapie, et comprennent les examens nécessaires à une meilleure compréhension et une meilleure gestion des complications cliniques stressantes.

Soins palliatifs	Association canadienne des soins palliatifs	Organisation mondiale de la santé ⁱ
	propre à leur champ de pratique.	

FORCES, FAIBLESSES, POSSIBILITÉS, MENACES – ANALYSE F.F.P.M.

Les forces constituent les éléments qui jouent en votre faveur et qui peuvent être contrôlés.

Les faiblesses constituent les éléments qui nécessitent une amélioration et dont vous avez le contrôle.

Les possibilités constituent des éléments hors de votre contrôle pouvant entraîner des résultats positifs dans l'avenir.

Les menaces constituent des éléments hors de votre contrôle pouvant faire obstacle aux éventuelles réussites.

L'analyse suivante résume les conclusions importantes tirées des rapports sur les première et deuxième étapes de même que leurs répercussions sur le message.

Forces	Faiblesses/obstacles	Possibilités	Menaces
450 organisations œuvrent dans ce domaine.	Perceptions négatives, stigmatisation liée à la mort et au fait de mourir.	La connaissance des possibilités de soins avancés s'est améliorée au cours de la dernière décennie, la stigmatisation de la mort commence à diminuer. La majorité des personnes n'ont pas engagé de conversation sur les orientations/plans relatifs aux soins avancés.	Connotations négatives.
Bon nombre de services et d'efforts éducatifs déjà en place sur lesquels miser.	Il existe à l'heure actuelle un certain nombre de termes et de définitions liés aux soins palliatifs, ce qui a pour résultat de réduire l'incidence et l'efficacité du message et d'éroder l'image de marque.	Les Canadiens réclament fortement des renseignements sur les soins de santé; possibilité de concevoir une source nationale et centrale d'information.	Questions de compétences puisqu'il est de la responsabilité des provinces et des territoires d'administrer et de financer les initiatives, ce qui entraîne un large éventail de services offerts, selon l'emplacement géographique.
Les collectivités sont prêtes à mettre à profit les communications et les services ayant connu une réussite.	Le « déni de la mort et le défi de la mort » constituent un aspect du système de soins de santé et des attitudes adoptées par les Canadiens.	Aspects émotif et rationnel de la planification pour l'avenir.	Demander aux fournisseurs de soins de santé de faire « un autre effort » lorsqu'ils dépassent déjà leur capacité.
Grande empathie universelle – notre humanité	Subjectivité – anecdotes particulières, opinion des associations.	Données démographiques s'orientant vers une population vieillissante, entraînant une plus forte demande.	Surcharge d'information en matière de santé et messages contradictoires.
	Mode de pensée occidental, centré sur l'anglais, diversité des besoins culturels liée aux différentes échelles de valeurs et croyances.	Déplacement démographique passant de la génération « faites ce qu'on vous dit » à une génération habilitée.	Le système de soins de santé primaires dépasse sa capacité et ne peut répondre de manière efficace aux problèmes émergents.
	Les traditions multiculturelles	Niveaux de possibilités :	Écart entre les besoins

Forces	Faiblesses/obstacles	Possibilités	Menaces
	ne sont pas entièrement prises en compte, entendues ou respectées.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Politique ○ Canadiens/consommateurs ○ Fournisseur/système 	d'information et les services offerts pour y répondre.
	Fragmentation des communications	Internet constitue la source de renseignements considérée comme étant la plus fiable en matière de santé.	Volonté politique et systémique continue de prendre soin de la « terre des vivants ».
		Il ne s'agit pas d'un projet silo, puisque l'objectif commun consiste à améliorer les projets particuliers qui mèneront vers un système global plus fort.	Difficile de trier l'information offerte dans Internet et de juger ce qui est factuel ou utile et ce qui ne l'est pas.
		Bon nombre de points d'accès au triage et de guides vers différents services (télésanté, réseau de santé primaire).	L'information et la formation risquent de ne pas être constantes à tous les points d'accès.

ENJEUX IMPORTANTS

Les enjeux décrits ci-après sont tirés de la recherche effectuée en cours d'élaboration du cadre. Ils ont servi à guider la création de tactiques relatives au message et à la communication visant l'atteinte des publics cibles souhaités.

Enjeux	Répercussions
<p>Aucun modèle cohésif, intégré</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Définitions floues. ○ Services fragmentés. ○ Variations du niveau de service à l'échelle fédérale/provinciale/territoriale. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Élaborer une définition conviviale (centrée sur le « palliatif ») fondée sur les activités visant à atteindre le consensus. ○ Communiquer de façon très « générale » afin que nos messages soient pertinents dans toutes les provinces et tous les territoires.
<p>Acceptation de la mort</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'évitement et le déni de la mort – culture où la mort est déifiée ou déniée. ○ Aversion à aborder le sujet. ○ Sentiment de culpabilité au moment de demander de l'aide. ○ Difficile de modifier les comportements et systèmes existants. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avancer étape par étape. ○ Élaborer le message. ○ Favoriser la discussion. ○ Accorder la place au côté humanitaire de la transmission des messages.
<p>Les communications ne sont pas renforcées par le comportement</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Les différences dans les modèles d'apprentissage et les aptitudes à communiquer qui existent entre les professionnels de la santé entraînent une communication irrégulière des messages. ○ Écart entre les besoins d'information et la disponibilité ou la prestation d'information et de services par les professionnels de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diversifier les communications. ○ Communiquer avec les fournisseurs de soins de santé et prendre compte du temps nécessaire à la communication et aux autres tactiques. ○ Apporter des changements à la méthode hiérarchique de rassembler l'information : les infirmières, travailleurs sociaux et gestionnaires de cas en plus des médecins pour fournir les renseignements.

LE CONTINUUM DES SOINS PALLIATIFS

Le modèle de marketing social présente une méthode d'élaboration des communications en lien avec les principaux enjeux sociaux. Il est reconnu que la compréhension, la prise de conscience et, enfin, la modification du comportement à l'égard des questions sociales sont des stades dont la réalisation prend bon nombre d'années. Le processus habituel par lequel passent les personnes consiste d'abord à prendre connaissance du problème, à s'y intéresser et à souhaiter un changement, puis vient la période de mobilisation lorsque le temps est venu d'apporter un changement au comportement. Le maintien de ce processus nécessite une période de consolidation au cours de laquelle s'effectue le renforcement de la modification du comportement. Chaque étape du processus nécessite un message différent en vue d'atteindre l'objectif souhaité.

La prise de conscience des soins palliatifs demeure encore très faible au sein de la population canadienne. Les messages à communiquer doivent attirer l'attention du public envers l'existence même de ces soins. Il s'agit d'une tâche importante; il faut prendre compte du fouillis que comportent les autres renseignements relatifs à la santé et ceux de nature sociale transmis au grand public chaque année.

En vue d'intéresser le public à la pertinence des soins palliatifs, il importe de lui transmettre plus de renseignements sur les « avantages ». Ceux-ci sont liés à la gamme de services offerts et à l'éventail de fournisseurs. Ils sont également liés aux avantages tirés par les fournisseurs de soins de santé, les soignants ainsi que les soignés et leurs proches. La discussion au sujet de la mort et du fait de mourir constitue une mesure à prendre avec ses proches afin d'échanger au sujet du type de qualité de vie que nous souhaitons avoir.

La plupart des collectivités constateront qu'elles en sont au premier stade du continuum de prise de conscience. D'autres remarqueront qu'elles ont déjà abordé le sujet des soins palliatifs avec leur public et qu'elles examinent les activités visant à améliorer la compréhension et à encourager certains comportements. La principale utilité du continuum est donc d'accompagner les publics cibles à travers chacune des étapes, tout en étant suffisamment souple pour s'adapter au paysage changeant de la prestation et de la prise de conscience des soins palliatifs dans tout le pays.

Avec le temps, et grâce à des efforts soutenus, une meilleure compréhension des enjeux relatifs aux soins palliatifs donne lieu à des communications plus ciblées. Bien qu'il soit actuellement trop tôt pour prévoir le type de messages à communiquer dans quelques années, la démarche reconnaît le besoin de raffiner et d'étoffer le message et de montrer que les soins palliatifs ne s'arrêtent pas là. Elle prévoit également qu'un plus grand nombre de personnes seront renseignées à leur sujet.

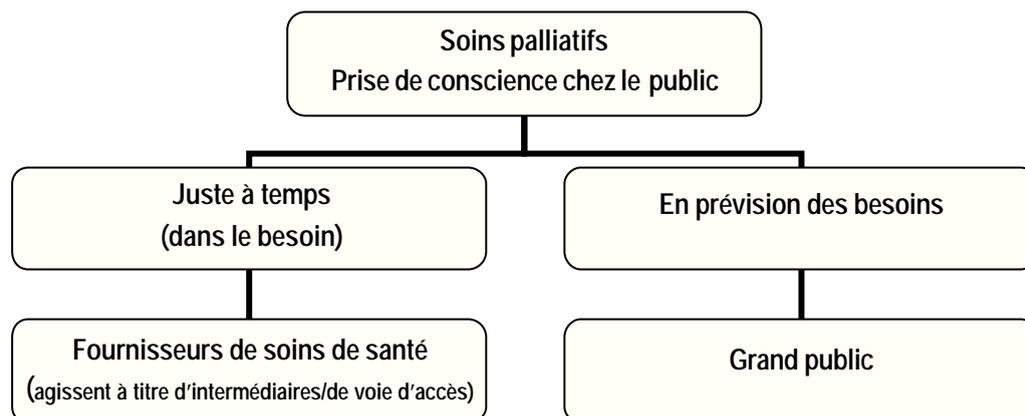
MATRICE DU CONTINUUM DES SOINS PALLIATIFS

	Prise de conscience (premier stade)	Mobilisation (deuxième stade)	Consolidation (troisième stade)
Situation actuelle	Associations négatives, faibles degrés d'information.	Nier et éviter d'aborder les problèmes de face; la mentalité commence peut-être à changer, mais il ne s'agit pas d'un comportement général.	Différences géographiques et variances culturelles.
Objectif	Améliorer les degrés de prise de conscience. Modifier les associations négatives. Communiquer les faits.	Transformer les mentalités en actions avant que le besoin ne se fasse sentir. Vaincre le déni.	Traiter de la pertinence. Renforcer la prise de position.
Stratégie	Démontrer l'importance et la pertinence au public. Diffuser une définition commune.	Communiquer l'éventail des services de soins. Créer l'occasion de discuter librement.	Communiquer les types de décisions et les choix qui s'appliquent à la situation vécue par les sous-groupes.
Défis	Stigmatisation – « les soins palliatifs traitent de la mort, de la solitude, de la perte et du désespoir. »	Remettre à plus tard, nier – « N'en parlons pas. »	Adaptation culturelle – « Comment faire pour atteindre les divers publics du Canada? »
Tâches	Montrer pourquoi ils sont importants.	Parler des options de soins disponibles et des avantages de la planification.	Montrer la façon dont ils s'appliquent aux situations particulières qui seront ciblées.

PUBLIC CIBLES

Une approche à deux volets à l'égard des communications est recommandée en vue de répondre aux besoins des personnes suivantes :

- les Canadiens qui ont besoin de renseignements « juste à temps » lorsqu'ils sont confrontés à une grave crise de santé;
- les Canadiens qui devraient étudier les possibilités en prévision des besoins.



À l'heure actuelle, certains outils de communication sont disponibles, ou en cours d'élaboration, et fournissent des renseignements « juste à temps » à ceux qui en ont besoin. Au moment de communiquer avec une personne dans le besoin, il faut préconiser une approche « juste à temps » puisque la communication doit souvent être personnalisée et présentée avec délicatesse. Les fournisseurs de soins de santé agissent à titre de voie d'accès ou d'intermédiaires relativement au degré d'information et au moment de la transmettre.

Une deuxième approche s'avère nécessaire en vue de compléter et d'appuyer la communication « juste à temps ». Elle vise à atteindre les publics au sein de la population canadienne qui cherchent à prévenir les besoins. Ces publics comprennent les soignants et soignés potentiels (jusqu'à cinq millions), sans égard aux affiliations ethniques, géographiques et religieuses. La segmentation de la population canadienne en sous-groupes spécifiques favorisera l'efficacité du message par la minimisation de l'approche tronquée. Elle permet d'établir un lien plus solide avec le public cible.

Motifs derrière la segmentation du public cible, passant du grand public aux sous-segments

La segmentation des publics cibles a comme principaux motifs de faciliter la communication de messages bien dirigés et de réaliser de meilleures économies relatives aux achats de médias. Elle diminue également les investissements médias et la combinaison des médias dans l'effort destiné à atteindre tous les Canadiens. La segmentation permet une meilleure compréhension du public réel et du public cible souhaité. Elle diminue donc les investissements médias et améliore l'efficacité.

Public cible – les Canadiens

Les sous-segments ont été choisis en fonction de la possibilité, pour les personnes qui les composent, d'être soignantes ou soignées dans un avenir prochain :

- les Canadiens âgés entre 50 et 64 ans en semi-retraite ou en retraite anticipée;
- les aînés : les Canadiens âgés de 65 ans et plus;
- les femmes : les Canadiennes âgées entre 35 et 49 ans.

Ces sous-segments ne sont en rien exclusifs. Par exemple, d'autres sous-groupes peuvent comprendre les Autochtones ou les personnes handicapées. Nous présentons ici l'approche ciblée. L'utilisation des sous-segments s'avérera cependant utile pour mieux établir leur profil, mieux comprendre leurs besoins et fournir des indications quant au message à communiquer.

Les Canadiens âgés entre 50 et 64 ans en semi-retraite ou en retraite anticipée

Données démographiques

- Plus de six millions de Canadiens appartiennent à ce groupe d'âge. La proportion est d'environ 50 % d'hommes et de femmesⁱⁱⁱ.
- Il est prévu que la cohorte « d'adultes en âge de travailler » augmente de 30 % et passe de 7,1 à 9,5 millions d'ici 2001^{iv}.
- Plus de 2,1 millions de Canadiens appartenant à ce groupe d'âge ont obtenu un diplôme d'études collégiales ou un grade universitaire^v.
- La composition linguistique de ce groupe d'âge est la suivante : 4,3 millions de personnes s'expriment en anglais, 884 000, en français, 1,2 millions sont bilingues et 101 000 personnes ne parlent aucune des langues officiellesⁱ.

Mode de vie

- Plus de quatre millions de Canadiens appartenant à ce groupe sont mariés et ne sont pas séparés^{vii}.
- Environ 169 000 Canadiens appartenant à ce groupe d'âge sont des personnes veuves^{viii}.
- Le taux d'activité diminue après 55 ans. Néanmoins, près de la moitié de la population âgée entre 55 et 64 ans demeure sur le marché du travail.

Renseignements sur la santé

- Plus de 1,3 million de Canadiens appartenant à ce groupe d'âge ont déjà reçu un diagnostic de maladie du cœur, d'AVC ou d'hypertension artérielle^x.
- L'obésité est de plus en plus présente chez bon nombre de groupes d'âge; le taux d'obésité le plus élevé se trouve cependant chez le présent groupe d'âge^x.
- Comparés à ceux d'il y a dix ans, les taux d'obésité de ce groupe d'âge sont montés en flèche de près de 60 %, et 52 % de ses membres sont inactifs. Cependant, 80 % d'entre eux sont toujours convaincus qu'ils jouiront d'une espérance de vie plus longue que celle des générations passéesⁱ.

Autres renseignements concurrentiels sur la santé

- Les baby-boomers d'âge mûr se soucient de la gestion de la santé et tentent d'atteindre une bonne forme physique. Ils veulent des programmes d'exercice qui comportent un conditionnement physique ne nuisant pas aux articulations, de la danse aérobique douce et des cours de yoga^{xii}.
- 58 % des Canadiens appartenant à ce groupe d'âge pensent que leur poids a peu d'effet, sinon aucun, sur leur santé cardiovasculaire^{xiii}.

Autres considérations pertinentes en matière de communications

- La grande majorité des enfants du baby-boom peut s'exprimer dans au moins une langue officielle.
- Selon une étude réalisée en 1998, les enfants du baby-boom peuvent s'attendre à vivre suffisamment longtemps pour non seulement constituer un problème pour leurs enfants, mais également pour leurs petits-enfants et leurs arrière-petits-enfants^{xiv}.
- Les enfants du baby-boom remuent les conceptions traditionnelles du vieillissement, et les spécialistes du marketing doivent réaliser que les « vieilles » règles du marketing ne s'appliquent plus^{xv}.

- Les Canadiens appartenant à ce groupe d'âge ont besoin de mesures incitatives pour appuyer leurs choix en vue d'un mode de vie sain. Parmi les suggestions populaires, se trouve notamment un financement plus important des projets visant à encourager l'activité plutôt que de prendre la voiture, des crédits d'impôt sur l'achat d'aliments sains, sur l'adhésion à un centre de conditionnement physique ou sur l'équipement de sport^{xvi}.
- Les membres de ce groupe d'âge sont d'avidés lecteurs de magazines; penser à une brochure au format attirant et facile à lire.
- Ajouter, dans la mesure du possible, l'interprétation gestuelle et veiller à ce que les messages à la télévision soient sous-titrés pour les sourds, les personnes devenues sourdes et les malentendants.

La génération sandwich

- Prend soin de ses parents âgés et élève ses propres enfants simultanément.
- Souffre de stress et de fatigue de la personne soignante.
- Constitue un groupe qui pourrait grandement tirer profit du soutien, de diverses façons.

Les aînés : les Canadiens âgés de 65 ans et plus

Données démographiques

- Plus de 3,9 millions de Canadiens appartenaient à ce groupe d'âge en 2001; de ce nombre, 430 000 étaient âgés de 85 ans ou plus^{xvii}.
- La dominance des femmes : 56 % de l'ensemble des aînés canadiens sont des femmes; 60 % des aînés âgés entre 75 et 84 ans sont des femmes; 70 % des aînés de 85 ans et plus sont des femmes^{xviii}.
- Les aînés de 85 ans et plus constituent la portion qui connaît la plus forte croissance parmi l'ensemble des personnes âgées. En fait, près d'un aîné canadien sur dix est âgé de 85 ans ou plus; il est prévu également que le nombre de personnes appartenant aux groupes d'âge les plus vieux augmente au cours des prochaines décennies. Les femmes représentent la grande majorité du segment le plus âgé de la population^{xix}.
- Il est prévu que d'ici 2011, la population canadienne âgée de 80 ans et plus dépasse 1,3 million, une augmentation appréciable par rapport aux 932 000 de 2001^{xx}.
- Plus de 580 000 aînés ont obtenu un diplôme d'études collégiales ou un grade universitaire^{xxi}.
- Ils sont, règle générale, mieux instruits que les générations précédentes – 17 % ont obtenu un grade universitaire^{xxii}.
- La composition linguistique de ce groupe d'âge est la suivante : 2,5 millions s'expriment en anglais, 520 000, en français, 487 000 sont bilingues et 161 000 personnes ne parlent aucune des langues officielles^{xxiii}.
- Les populations des provinces de l'Atlantique et du Québec sont plus âgées que la moyenne canadienne. Les populations de l'Ontario et des provinces de l'Ouest, ainsi que des territoires, sont plus jeunes. La seule exception est la Colombie-Britannique; la population y est relativement plus âgée en raison de la migration de personnes âgées^{xiv}.

Mode de vie

- 75 % des personnes vivent dans un centre urbain/métropolitain^{xxv}.
- Plus de trois millions d'aînés sont mariés et ne sont pas séparés^{xxvi}.
- Plus de 1,3 million d'aînés sont des personnes veuves^{xxvii}.
- Différences marquées quant à la situation familiale, puisque plus de 75 % des hommes âgés sont mariés comparativement à 41 % des femmes^{xxviii}.
- Entre 1996 et 2001, le nombre d'aînés sur le marché du travail est passé de 255 000 à 305 000. Ces chiffres seraient encore plus élevés si les politiques en matière de retraite obligatoire ne s'appliquaient pas à près de la moitié des travailleurs canadiens – dont près de 20 % souhaiteraient continuer à travailler après 65 ans^{xxix}.
- Les chances de vieillir en bonne santé augmentent de façon considérable grâce à un fort sentiment de cohésion – donner un sens à sa vie, la maîtriser et la comprendre^{xxx}.
- Il a été constaté que les contacts sociaux et les réseaux avaient une grande influence sur la qualité de vie des aînés vivant au sein de ménages privés et d'établissements résidentiels^{xxxi}.

Renseignements sur la santé

- 25 % des personnes appartenant à ce groupe souffrent d'une invalidité de longue durée.
- 80 % vivent à la maison et souffrent d'affections chroniques.
- L'hospitalisation des aînés : les aînés sont habituellement beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisés que les personnes appartenant à des groupes d'âge plus jeunes. Ils demeurent également à l'hôpital pendant de plus longues périodes, en moyenne entre 10 et 14 jours.
- Le problème de la démence.
- Les principales causes de décès des aînés sont le cancer et les maladies du cœur, suivis des AVC et des maladies respiratoires^{xxxii}.
- La grande majorité des aînés de tous les groupes d'âge se considèrent en bonne santé. Seulement 23 % d'entre eux sont d'avis que leur état de santé est passable ou faible^{xxxiii}.
- En 1999, 83 % de tous les aînés vivant à la maison ont déclaré avoir reçu le diagnostic d'au moins une affection chronique. L'arthrite et le rhumatisme étaient les plus communes, et parmi les autres affections importantes se trouvaient l'hypertension artérielle, les allergies, les cataractes, les problèmes de dos, les problèmes liés au cœur et le diabète^{xxxiv}.
- Même âgés de 85 ans et plus, plus de 80 % des hommes et 77 % des femmes vivant dans une unité d'habitation sont capables d'accomplir les « activités courantes de la vie quotidienne » - se laver, s'habiller, se nourrir, prendre des médicaments et se déplacer à l'intérieur de la maison – sans l'aide de quiconque. Cependant, seulement 54 % des hommes et 35 % des femmes du même groupe peuvent accomplir les « activités nécessaires de la vie de tous les jours » – se rendre aux rendez-vous, faire différentes emplettes^{xxxv}.
- Pour les personnes âgées entre 65 et 74 ans, le séjour moyen à l'hôpital est d'environ neuf jours; pour celles âgées de 85 ans et plus, cette période s'étend à environ deux semaines^{xxxvi}.
- En 2003, plus de 566 000 des aînés hors-établissement ont déclaré avoir reçu des soins à domicile de la part de fournisseurs de soins ou de soignants. De ce nombre, 57 % ont reçu des soins exclusivement de la part de professionnels, 28 % de la part d'un membre de la famille, d'amis et de voisins, et les 15 % restants ont obtenu des soins de la part des deux formes d'aide^{xxxvii}.
- Plus de 88 % des aînés ont consulté un médecin de famille en 2003. Ils étaient également plus susceptibles d'obtenir des services de la part de pharmaciens, de spécialistes de la vue, d'orthophonistes, d'audiologistes et d'ergothérapeutes^{xxxviii}.

Autres renseignements concurrentiels sur la santé

- Les blessures représentent un problème important pour les aînés et bon nombre d'entre eux craignent de faire une chute et de se blesser.
- Les aînés s'intéressent au « vieillissement sain et à l'épanouissement ».
- Les aînés qui tombent malades ne le restent pas tous de manière définitive, puisque plus de 20 % de ceux à la santé déficiente récupèrent suite à des périodes successives de deux ans entre 1994-1995 et 2002-2003^{xxxix}.

Autres considérations pertinentes en matière de communications

- La grande majorité des aînés peut s'exprimer dans au moins une des deux langues officielles^l.
- Plus de 2,1 millions d'aînés n'ont pas obtenu de certificat ou de diplôme, peu importe le niveau, notamment celui de l'école secondaire^{xli}.
- Toutefois : les niveaux d'éducation sont en hausse. La génération du baby-boom contribuera également à cette augmentation. De plus, les aînés demeurent actifs sur le plan de la formation continue (près de 100 000 suivent un programme d'éducation).
- Même si la présence d'Internet dans les ménages ayant des aînés à leur tête s'avère plus faible que dans les autres ménages, l'utilisation d'Internet au sein de ce groupe d'âge augmente.
- Ajouter, dans la mesure du possible, l'interprétation gestuelle et veiller à ce que les messages à la télévision soient sous-titrés pour les sourds, les personnes devenues sourdes et les malentendants.

Canadiennes de 35 à 49 ans

Données démographiques

- Plus de 3,7 millions de femmes appartiennent à ce groupe d'âge^{xlii}.
- Plus de 1,6 million de femmes au sein de ce groupe d'âge ont obtenu un diplôme collégial ou un grade universitaire^{xliii}.
- La composition linguistique de ce groupe d'âge est la suivante : 2,4 millions s'expriment en anglais; 470 000 en français, 625 000 sont bilingues et 84 000 ne parlent aucune des langues officielles^{xliiv}.

Mode de vie

- 70 % des travailleuses occupent un emploi à temps plein^{xlv}.
- Les femmes représentaient les deux tiers, ou 884 400 sur 1,3 million, des nouveaux venus au sein de la population active entre 1991-2001^{xlvi}.
- Plus de 2,2 millions de femmes de ce groupe d'âge sont mariées, et non séparées^{xlvii}.

Renseignements sur la santé

- Les femmes souffrent généralement de maladies cardiovasculaires dix ans plus tard que les hommes.
- 87 % des femmes ont contacté un médecin au cours des douze derniers mois (contre 74 % des hommes).
- L'espérance de vie des femmes de cette catégorie d'âge avoisine 75 ans^{xlviii}.
- Environ 20 % des femmes disent prendre soin de personnes âgées, comparé à 15 % des hommes. Seulement une fraction de la population – moins de 4 % des femmes et 2 % des hommes – disent consacrer plus de dix heures aux soins d'une personne âgée^{xlix}.
- Les migraines sont trois fois plus fréquentes chez les femmes de ce groupe d'âge, lesquelles en sont particulièrement touchées. Ceux qui en souffrent ont davantage tendance à rapporter d'autres états chroniques tels que des allergies, de l'arthrite et des rhumatismes, des maux de dos, des sinusites et des ulcères.
- La nutrition revêt une plus grande importance aux yeux des femmes. Elles sont plus susceptibles que les hommes de prendre en compte la santé globale, le poids et des maladies spécifiques dans leurs choix alimentaires. En effet, 80 % d'entre elles se préoccupent du maintien ou de l'amélioration de la santé par des choix alimentairesⁱ.
- 72 % des femmes disent avoir pris des décisions complexes relatives à la santé dans le passé comparativement à 56 % des hommesⁱⁱ.

Autres renseignements concurrentiels sur la santé

- Les femmes sont atteintes d'un plus grand nombre de maladies, sont en invalidité pendant un plus grand nombre d'années et vivent plus de stress que les hommes, mais elles vivent également plus longtemps. Même avec un diagnostic de maladie mortelle, les femmes survivent plus longtemps que les hommesⁱⁱⁱ.

Autres considérations pertinentes en matière de communications

- Les membres de ce groupe d'âge sont d'avidés lecteurs de magazines; penser à une brochure au format attirant et facile à lire.
- Toutes les formes de courrier direct -- brochures, enveloppes et circulaires -- sont habituellement populaires auprès de ce groupe d'âge.
- Ajouter, dans la mesure du possible, l'interprétation gestuelle et veiller à ce que les messages à la télévision soient sous-titrés pour les sourds, les personnes devenues sourdes et les malentendants.

Public cible – Fournisseurs de soins de santé

Ce groupe comprend les médecins de famille, les spécialistes, les infirmières, les travailleurs sociaux, les bénévoles et autres fournisseurs de soins de santé.

- Il importe également d'atteindre les interprètes, les intervenants et les traducteurs qui facilitent la communication entre les fournisseurs de soins de santé et les patients.

PROPOSITION FERME

Les présentes propositions de valeur expriment, de manière concise, la vision, la perception et les mesures que nous souhaitons de la part du public et des intervenants. Elles aident à centrer toutes les communications vers des messages uniformes et pertinents qui reflètent les réalités des personnes qui reçoivent des soins et de celles qui en donnent.

Vision souhaitée

Pour les personnes atteintes d'une maladie prolongée ou grave, leurs soignants et leurs fournisseurs de soins, les soins palliatifs proposent un éventail intégré de services pour prodiguer des soins, assurer le confort et offrir du soutien en vue d'améliorer la qualité de vie et celle de la mort.

Perception souhaitée

Les soins palliatifs offrent des soins holistiques et globaux afin de maximiser la qualité de vie et la qualité de mort.

Mesure souhaitée

Discussion avec les proches, planification et prise de décisions éclairées quant à la mort inévitable en prévision du besoin.

Messages fermes à l'intention des Canadiens

Première étape – « Les soins palliatifs sont importants et pertinents pour tout le monde, et ils nous concerneront tous un jour d'une façon ou d'une autre. »

- 90 % d'entre nous mourront d'une maladie grave prolongée. (Anderson)
- Moins de 10 % d'entre nous mourront d'un événement soudain (p. ex. infarctus du myocarde ou accidents). (Anderson)
- Chaque année, trois millions de Canadiens prennent soin d'un être cher souffrant d'une maladie grave. (Leçons de vie)
- Moins de 20 % des gens reçoivent des soins palliatifs. (Leçons de vie)
- Le fait de prendre soin d'un être cher peut représenter un travail à temps plein —en moyenne, une personne consacre 54 heures par semaine à prodiguer des soins à domicile à un être cher en fin de vie. (Ipsos-Reid 2004)
- Chaque année, un million de Canadiens sont touchés par la perte d'un être cher. (Leçons de vie)
- Les soins palliatifs et de fin de vie concernent les familles puisqu'ils comprennent le soutien affectif à la suite d'un deuil et d'une peine—50 à 70 % des soignants qui appelaient pour obtenir des renseignements cherchaient en fait du soutien affectif. (Dunbrack 2003)

Deuxième étape – « Les soins palliatifs offrent des options qui guident les Canadiens à travers l'épreuve de la mort. »

- Gestion des attentes : le soignant qui prodigue des soins palliatifs à domicile assure de 80 à 90 % de l'ensemble des soins. Ce contexte affaiblit souvent son estime personnelle et sa confiance en soi. Sur les plans émotifs et physiques, il disperse considérablement ses forces. (Ashpole 2004)
- Les soignants se préoccupent entre autres de traiter les symptômes de douleur, de faire face à la déficience cognitive, de donner le bain au patient et de s'occuper des fonctions corporelles. (Ashpole 2004)
- Lorsqu'un traitement n'est plus possible, les soins se concentrent sur le confort du patient et le soutien à la famille. (Ashpole 2004)
- Éventail de possibilités dans les services de soutien – centres de soins palliatifs, hôpitaux, maisons (maisons privées, maisons de soins infirmiers et les établissements de soins prolongés).
- Gamme de soins – physiques, affectifs, spirituels, financiers.
- Atténuer les sentiments de solitude et d'abandon.
- Les demandes fréquentes de renseignements portent sur la façon d'obtenir du soutien en cas de deuil. Les appels répétés auprès des services téléphoniques s'avéraient plutôt courants si le service de renseignements était en mesure d'offrir du temps consacré à l'écoute. (Dunbrack 2003)

- 30 % des Canadiens ont rédigé un testament de vie. (Ipsos-Reid 2004)
- Les soins palliatifs ne hâtent pas la mort ni ne prolongent la vie.
- Divers publics.

Troisième étape – « Les soins palliatifs constituent des soins holistiques et intégrés. »

- Les plus beaux cadeaux que peuvent offrir les professionnels soignants à leurs patients et aux membres de leurs familles demeurent des soins palliatifs de qualité prodigués à toutes les personnes impliquées, par un soutien physique, affectif, spirituel et financier, ainsi que des compétences en communications destinées au patient, à sa famille et aux autres soignants dans le but d'améliorer le temps qu'ils passent ensemble. (Ashpole 2004)
- Selon les commentaires émis auprès des services de renseignements, il semble que de nombreux soignants ne connaissent pas les sources d'information ou ne les utilisent pas jusqu'à ce qu'une crise survienne, comme une douleur non contrôlée ou même la mort. (Dunbrack 2003)
- Seulement 7 % des répondants définissent spontanément les « soins prodigués avec compassion ». (Ipsos-Reid 2004)
- Les soignants ont de nombreuses demandes de renseignements, que ce soit de l'information pratique en matière de soins, le besoin de comprendre « la façon dont les choses se dérouleront », ou encore des questions relatives aux besoins des enfants et des jeunes. (Dunbrack 2003)
- Les droits des patients, ce à quoi ils ont droit.
- Offre d'une aide dans les moments où cela compte le plus.
- Nécessité de nuancer les messages à l'intention de groupes précis, notamment les Autochtones, les familles rurales, les groupes appartenant à une culture spécifique, les personnes handicapées, les sans-abri, les prisonniers et les personnes aux prises avec une maladie mentale.

Messages fermes à l'intention des fournisseurs de soins de santé

« Le fait d'envoyer des patients en soins palliatifs exige des communications axées sur la compassion. »

- Bon nombre de personnes souffrent davantage d'anxiété et de stress alors qu'elles tentent d'établir des ponts entre une réalité et une autre. (Ashpole 2004)
- Les patients dirigés vers les soins palliatifs ont de nouveaux besoins : à l'obtention rapide de soins médicaux s'ajoute le besoin de renseignements et de soutien affectif.
- Les fournisseurs de soins de santé doivent développer les compétences de même qu'élaborer les outils et les stratégies visant à améliorer les communications et la diffusion d'information.
- Il existe une reconnaissance universelle du besoin de faciliter les communications d'une façon délicate et opportune et, en général, d'améliorer l'accès à des renseignements appropriés pour les familles et les personnes qui prennent soin d'un malade en phase terminale. (Ashpole 2004)
- L'attention se centre désormais sur le confort du patient et, en général, sur le soutien à la famille lorsqu'un traitement n'est plus possible. La dynamique de la situation change de manière drastique et le besoin d'améliorer les communications et d'échanger de l'information devient plus important. (Ashpole 2004)
- Un effort de collaboration doit exister entre les organisations et les personnes centrées sur les soins palliatifs et de fin de vie au moment où un traitement n'est plus possible. (Ashpole 2004)
- Les soignants interrogés rapportent un changement presque « brutal » dans l'attitude de l'équipe soignante ainsi que dans les soins prodigués lorsque prend fin un traitement actif. (Ashpole 2004)
- Les soignants ont beaucoup de questions au sujet des signes annonciateurs d'une mort prochaine, des indications signifiant que la mort peut être imminente, de ce qui se passe au moment du décès d'un patient, des formalités du décès et de la façon de gérer le soutien affectif personnel. (Ashpole 2004)

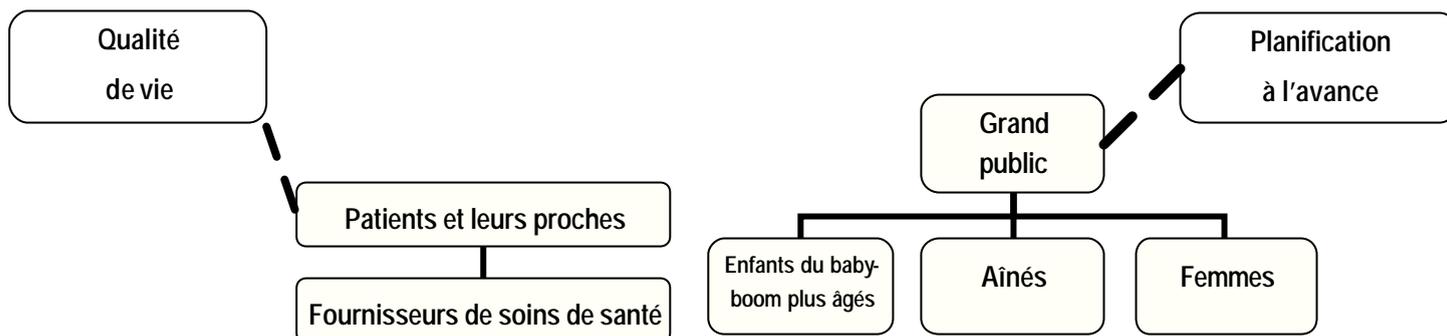
MESSAGE

Thème principal

Le thème général du message est « qualité de vie ». Il importe de prodiguer des soins au patient et à ses proches et de leur accorder un intérêt sincère jusqu'à la fin.

Les autres thèmes pris en compte comprennent notamment :

- a) Rendre la mort plus supportable
- b) Prendre soin du vivant dans la mort



Principaux messages destinés au grand public

	Prise de conscience du public (premier stade)	Mobilisation (deuxième stade)	Consolidation (troisième stade)
Public cible	Canadiens âgés entre 50 et 64 ans, en semi-retraite ou en retraite anticipée	Aînés canadiens âgés de 65 ans et plus	Canadiennes âgées entre 35 et 49 ans
Message	<i>Parce que nous sommes tous touchés par la maladie grave, les soins palliatifs nous touchent tous.</i>	<i>Profiter de la vie, jusqu'au bout.</i>	<i>Beaucoup de personnes pour aider, bon nombre de façons d'offrir confort et soutien.</i>
Autre message	<i>La plupart des Canadiens mourront d'une maladie grave prolongée. Ils ont tous un intérêt dans les soins palliatifs.</i>	<i>Il existe des façons de vivre avec une maladie mortelle.</i>	<i>Les soins palliatifs créent un plan de confort et de soin et servent à gérer la douleur.</i>
Justification	90 % des Canadiens mourront d'une maladie grave prolongée, et cette réalité nous touche tous. Chaque année, trois millions de gens prennent soin d'un proche qui se meurt, et le fait d'offrir quotidiennement confort et soutien peut représenter un travail à temps plein.	Le besoin de conserver la meilleure qualité de vie possible ne disparaît pas à la suite d'un diagnostic de maladie grave ou mortelle pour vous ou un proche. Il reste la nécessité d'assurer la meilleure qualité de mort qui soit. Une personne doit faire de nombreux choix lorsqu'elle	Même si vous n'êtes actuellement pas concernée par la maladie, vous pouvez apprendre à planifier en vue de jouir de la meilleure qualité de vie possible en reconnaissant les défis physiques, affectifs, spirituels et sociaux associés aux soins palliatifs.

	<p>Les soins palliatifs offrent du soutien en fin de vie qui rend la mort plus supportable, à la fois pour le patient et pour ses proches.</p>	<p>nombreux choix lorsqu'elle est confrontée à une maladie grave ou mortelle, dont sa préférence à l'égard d'un établissement, tel un hôpital, un centre de soins palliatifs ou la maison. Ils peuvent également porter sur le type de traitement ou sur la personne qui prodiguera les soins. De plus, ils comprennent les arrangements sociaux, comme ceux concernant la famille, les cérémonies et les plans successoraux.</p> <p>Il s'avère important de discuter des possibilités en matière de soins palliatifs ainsi que des questions connexes.</p> <p>Partagez vos idées sur la façon de profiter de la vie, jusqu'à la fin.</p>	<p>Les soins palliatifs offrent des moments de bonheur et de paix en gérant la douleur des Canadiens confrontés à une maladie grave et celle de leurs proches.</p> <p>Parler de la mort—la nôtre et celle de nos proches—peut s'avérer difficile, mais y faire face sans planification adéquate ne fera qu'empirer l'inévitable.</p> <p>Informez-vous au sujet de l'encadrement et des soins de compassion que peuvent vous offrir les options en matière de soins palliatifs. Discutez des choix de fin de vie avec vos proches.</p>
Réponse guidée	Cherchez de l'information sur le soutien et les soins palliatifs	Tenez compte des possibilités et discutez de vos préférences relatives aux soins palliatifs	Parlez des soins palliatifs

L'organisation peut trouver que chaque stade s'adresse plus précisément à un public en particulier. En fonction du profil de chacun, le mode de pensée le plus pertinent pour les enfants du baby-boom comprend une plus forte attitude de défi devant la mort et une attention centrée sur la santé, la diète et l'exercice en vue de reporter les discussions au sujet de la mort. Ils représentent un groupe de choix pour le message essentiel de sensibilisation du premier stade alors qu'ils prennent connaissance que les soins palliatifs les concernent également, que ce soit directement ou indirectement.

Les aînés se préoccupent davantage de la qualité de vie, sont plus matures et peuvent apprécier les messages qui font appel à leur maturité et leur sagesse alors qu'ils abordent leur principal objectif qui consiste à maximiser leur qualité de vie. Les messages du deuxième stade peuvent ainsi être dirigés vers ce groupe.

Le message du troisième stade vise à mettre à profit la sensibilisation à l'égard des soins palliatifs découlant du premier stade ainsi que des possibilités et de la planification qui constituent une partie du message du deuxième stade. Il élargit la portée des types et des fournisseurs de services de soins palliatifs. Le troisième stade traite également du soutien affectif et en cas de deuil qui s'avèrent d'importantes questions, surtout aux yeux des femmes. En effet, de bien des façons, elles se font les gardiennes de la santé de leur famille (elles prennent soin de leur santé, de celle de leur conjoint et de celle de leurs enfants). De plus, elles se trouvent souvent dans une position où elles doivent prendre soin d'un proche atteint d'une maladie terminale.

Principaux messages destinés aux fournisseurs de soins de santé

Message	<i>Le soin des mourants, le soin des vivants.</i>
Autre message	<i>Ils cherchent à vous assurer des soins de qualité, jusqu'à la fin.</i>
Justification	<p>En qualité de fournisseurs de soins de santé, nous devons jouer un rôle particulier dans la gestion des soins palliatifs puisque la relation spéciale que nous entretenons avec nos patients peut les aider à faire la transition vers les soins continus prodigués par une personne qui bénéficie de leur confiance et de leur respect.</p> <p>Les patients, de même que leur famille et leurs amis qui en prennent soin, ont besoin de nos conseils professionnels et de nos soins prodigués avec compassion pour les aider à travers une période de grande angoisse et de décisions difficiles.</p> <p>Les fournisseurs de soins de santé peuvent soutenir les rôles essentiels des proches qui agissent à titre de soignants. Nous pouvons aussi partager le fait d'être également confrontés à la mort dans nos vies personnelles et professionnelles.</p> <p>Nous pouvons aider davantage les patients et leurs proches en nous renseignant sur les divers services offerts dans leur province ou leur territoire, leur municipalité ou leur collectivité puis en les dirigeant vers ces services.</p>
Réponse guidée	Voyez comment vous pourriez jouer un rôle d'orientation dans la facilitation de la transition vers des soins palliatifs.

UNE QUESTION LIÉE À LA DÉSIGNATION

Des communications sous-jacentes efficaces, des marques distinctives et, idéalement, la compréhension constituent les idées jumelles de clarté et de simplicité. Les messages doivent être simples, directs, clairs et précis. Un axiome de communications est qu'un message adressé de manière uniforme s'avère préférable à de nombreux messages très précis destinés à des publics distincts.

L'équipe des communications craint que le terme « soins palliatifs », convenu et entièrement acceptable aux yeux des intervenants, crée trop de confusion pour que le grand public puisse le comprendre.

Par conséquent, nous recommandons que ce terme fasse l'objet d'un essai par un cabinet externe spécialisé en recherches en vue d'évaluer à quel degré il réussit le test de clarté et de simplicité auprès du grand public et qu'il puisse être finalement compris. Si les recherches montrent qu'il n'est pas saisi par la population, une marque distinctive pourrait s'avérer nécessaire.

FEUILLE DE ROUTE SUR LES COMMUNICATIONS

Public cible : Enfants du baby-boom plus âgés

Objectifs	Thèmes / Messages	Moyens de communications	Moment propice et budget	Évaluation
<ul style="list-style-type: none"> ○ Augmenter la pertinence des soins palliatifs ○ Accroître la sensibilisation à l'égard des soins palliatifs 	<p>Thème :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Qualité de vie jusqu'à la fin <p>Messages :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Parce que nous sommes tous touchés par la maladie grave, les soins palliatifs nous touchent tous. ○ La plupart des Canadiens et des Canadiennes mourront d'une maladie grave. Ils ont tous un intérêt dans les soins palliatifs (comme soigné ou comme soignant) ○ Les soins palliatifs offrent des options de soins de fin de vie qui rendent la mort plus supportable, à la fois pour le patient et pour ses proches 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Magazines : grands lecteurs ○ TV : grands et moyens utilisateurs; moyens et faibles utilisateurs au Canada français ○ Journaux : davantage de lecteurs de journaux hebdomadaires ○ Journaux communautaires ○ Courrier direct : lettres et circulaires/envois dans des enveloppes transparentes ○ Internet : utilisateurs moyens et faibles au Canada anglais et plus grands utilisateurs au Canada français ○ Relations publiques : articles voisins de la page éditoriale, articles des chroniqueurs <p>Autres moyens à prendre en considération :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tenir compte des partenariats avec les avocats, les planificateurs et conseillers financiers. <p>Autres moyens pris en</p>	<p>À déterminer</p>	<p>Enquête quantitative afin de mesurer :</p> <p>Changement dans les attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Augmentation de l'importance/de la pertinence des soins palliatifs <p>Changement dans la sensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Accroissement des connaissances des soins palliatifs pour les personnes qui reçoivent des soins ○ Accroissement des connaissances des soins palliatifs pour les personnes qui prodiguent des soins

Objectifs	Thèmes / Messages	Moyens de communications	Moment propice et budget	Évaluation
		compte mais non recommandés : <ul style="list-style-type: none"> ○ Peuvent être atteints avec plusieurs médias; la radio offre aussi une portée. La combinaison des médias dépendra du budget actuel et des critères de temps. 		

Public cible : Aînés

Objectifs	Thèmes / Messages	Moyens de communications	Moment propice et budget	Évaluation
<ul style="list-style-type: none"> ○ Accroître la sensibilisation au sujet de l'éventail des services de soutien en matière de soins palliatifs ○ Entreprendre des mesures visant la planification en prévision du besoin ○ Déterminer des sources pertinentes pour obtenir de l'information, une orientation ou les services de fournisseurs de soins, à l'échelle nationale et communautaire 	Thème : <ul style="list-style-type: none"> ○ Qualité de vie jusqu'à la fin Messages : <ul style="list-style-type: none"> ○ Planifiez à l'avance afin de profiter de la vie jusqu'à la fin. Ne remettez pas les discussions et les décisions au sujet des options en matière de soins palliatifs et la planification connexe avant qu'il ne soit trop tard. ○ Vous pouvez choisir votre façon de vivre, même en fin de vie (types de traitement, hôpital, centre de soins palliatifs ou soins à domicile, arrangements sociaux et fournisseurs de soins de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ TV : Les aînés regardent beaucoup la télévision ○ Journaux hebdomadaires : lectorat plus important ○ Journaux communautaires ○ Courrier direct : particulièrement pour le Canada français ○ Relations publiques : articles voisins de la page éditoriale, articles des chroniqueurs Tactiques supplémentaires à prendre en considération : <ul style="list-style-type: none"> ○ Dépliants : distribués avec les prescriptions dans les pharmacies ○ Affiches dans les centres commerciaux ○ Brochures et 	À déterminer	Enquête quantitative afin de mesurer : <ul style="list-style-type: none"> ○ Changement dans les attitudes ○ Augmentation de l'importance/de la pertinence des soins palliatifs Changement dans la sensibilisation <ul style="list-style-type: none"> ○ Accroissement des connaissances des soins palliatifs

Objectifs	Thèmes / Messages	Moyens de communications	Moment propice et budget	Évaluation
		<p>affiches dans les hôpitaux</p> <p>Autres moyens pris en compte mais non recommandés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La radio n'est pas recommandée (les aînés n'écoutent pas beaucoup la radio) ○ Internet : son utilisation augmente mais demeure encore restreinte 		

Public cible : Femmes

Objectifs	Thèmes / Messages	Moyens de communications	Moment propice et budget	Évaluation
<ul style="list-style-type: none"> ○ Accroître la sensibilisation au sujet de l'éventail des services de soutien en matière de soins palliatifs ○ Augmenter la planification en prévision du besoin 	<p>Thème :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Qualité de vie jusqu'à la fin <p>Messages :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La mort a plus de signification que le simple fait de mourir. Et les soins palliatifs ne se limitent pas au traitement médical ○ Il existe de nombreuses façons de faire face à la mort. Et un grand nombre de personnes qui peuvent aider. ○ Même si vous n'êtes actuellement pas concernée par la maladie, vous pouvez apprendre à planifier en vue de jouir de la meilleure qualité de vie possible en reconnaissant les défis physiques, affectifs, spirituels et sociaux associés aux soins palliatifs ○ Parler de la mort—la notre et celle de nos proches—peut s'avérer difficile, mais y faire face sans planification adéquate ne fera qu'empirer l'inévitable ○ Renseignez-vous au sujet de toutes les options et tous les défis qui vous attendent. Discutez des choix de fin de 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Magazines : grandes lectrices ○ Radio : grandes auditrices ○ Courrier direct : ouvrent/lisent plus souvent les carnets de coupons, les circulaires et les envois dans des enveloppes transparentes. <p>Autres moyens à prendre en considération :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Brochures à distribuer par les médecins de famille (tenir compte du partenariat avec l'AMC, le Collège des médecins de famille du Canada, et de l'AIC) <p>Autres moyens pris en compte mais non recommandés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ TV : les femmes n'écoutent pas beaucoup la télévision, et le nombre de téléspectatrices canadiennes françaises est plus élevé mais demeure relativement faible ○ Internet : une certaine portée s'avère possible, mais l'utilisation d'internet demeure moyenne à moyenne/faible 	<p>À déterminer</p>	<p>Enquête quantitative afin de mesurer :</p> <p>Changement dans les attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Augmentation de l'importance/de la pertinence des soins palliatifs <p>Changement dans la sensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Accroissement des connaissances des soins palliatifs pour les fournisseurs de soins

Objectifs	Thèmes / Messages	Moyens de communications	Moment propice et budget	Évaluation
	vie avec vos proches.	moyenne/faible <ul style="list-style-type: none"> ○ Journaux : faible popularité ○ Journaux communautaires : une certaine portée, mais faible en comparaison avec d'autres publics 		

Public cible : Fournisseurs de soins de santé

Objectifs	Thèmes / Messages	Moyens de communications	Moment propice et budget	Évaluation
<ul style="list-style-type: none"> ○ Accroître la sensibilisation à l'égard de leur propre rôle en matière de soins palliatifs ○ Accroître la sensibilisation à l'égard du rôle des autres membres de l'équipe en matière de soins palliatifs ○ Accroître la sensibilisation à l'égard du soutien non médical dont la personne soignée a besoin 	<p>Thème:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Qualité de vie jusqu'à la fin <p>Messages :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Le soin des mourants, le soin des vivants ○ Même si la maladie est incurable, les soins demeurent importants; qualité des soins jusqu'à la fin ○ En tant que fournisseurs de soins de santé, nous devons jouer un rôle particulier dans la gestion des soins palliatifs ○ Les fournisseurs de soins de santé peuvent appuyer et valider les rôles essentiels tenus par les proches qui agissent à titre de soignants. Nous pouvons également partager une certaine empathie venant du fait que 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Annonces dans des publications et des sites Web spécialisés ○ Brochures dans les courriers directs par l'entremise d'associations ○ Cyberbulletins par l'entremise d'associations ○ Émissions de télévision spécialisées <p>Veillez prendre note que ce groupe manque souvent de temps, est surchargé de renseignements et a des horaires de travail irréguliers.</p>	À déterminer	<p>Enquête quantitative afin de mesurer :</p> <p>Changement dans les attitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Augmentation du soutien pour les soins non médicaux <p>Changement dans la sensibilisation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Accroissement des connaissances des soins palliatifs pour les fournisseurs de soins

Objectifs	Thèmes / Messages	Moyens de communications	Moment propice et budget	Évaluation
	<p>sommes aussi confrontés à la mort dans nos vies personnelles et professionnelles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nous pouvons aider davantage les patients et leurs proches en nous renseignant sur les divers services offerts dans leur province ou leur territoire, leur municipalité ou leur collectivité puis en les dirigeant vers ces services. 			

Évaluation

Il est recommandé d'évaluer le cadre en fonction de son incidence ou de ses résultats, de sa portée et de son style.

- Portée : le nombre d'organisations ayant pris connaissance du cadre de communications et qui ont reçu ou téléchargé des copies
- Résultats : la mesure dans laquelle les renseignements compris dans le cadre ont permis de réaliser l'intention première d'intégrer les messages et d'orienter les efforts de communication
- Style : la mesure dans laquelle le cadre de communications a été adapté aux besoins de ses utilisateurs par son langage, des éléments et sa structure.

La grille ci-après présente les questions proposées liées à l'évaluation, les méthodes et sources possibles d'obtenir des renseignements (recherche quantitative/qualitative). Les résultats de l'évaluation seront plus pertinents en tant que points de référence en vue d'une comparaison. Les communications futures pourront ensuite être évaluées en fonction de ces points de repère.

Question liées à l'évaluation	Indicateurs et méthodes de collecte des données	Source d'information	Bases comparatives
Diffusion du cadre de communications			
Combien d'organisations ont reçu/récupéré le cadre?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Documents internes afin de déterminer le nombre d'organisations ayant demandé des copies du cadre. ○ Joindre une enquête au cadre de communications en vue de rapporter volontairement des renseignements ○ Effectuer une enquête auprès des organisations un mois après avoir terminé les activités de diffusion du cadre dans le but d'évaluer sa portée 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Santé Canada et ses partenaires (p. ex., ACSP, CSFVQ) ○ Santé Canada ○ Santé Canada ou une tierce partie 	Comparer avec les résultats provenant d'autres cadres de communications* à Santé Canada ou dans d'autres ministères/organismes visant des publics semblables (organismes de base populaire)
Mise en œuvre du cadre (résultats en termes d'intégration et de conformité)			
Dans quelle mesure les messages ont-ils été diffusés par les organisations de manière intégrée et conforme aux recommandations du cadre?	Effectuer une enquête auprès des organisations au plus tard une année suivant la réception du cadre en vue de rassembler les messages qu'elles emploient et comparer avec les messages initiaux du cadre de communications	Santé Canada ou un organisme de recherche tiers	Comparer avec les résultats provenant d'autres cadres de communications* à Santé Canada ou dans d'autres ministères/organismes visant des publics semblables (organismes de base populaire)
Dans quelle mesure les objectifs établis dans le cadre ont-ils été utilisés par les organisations?	Effectuer une enquête auprès des organisations au plus tard une année suivant la réception du cadre en vue de déterminer les objectifs	Santé Canada ou un organisme de recherche tiers	Comparer avec les résultats provenant d'autres cadre de communications* à Santé Canada ou dans d'autres

	qu'elles ont choisies et comparer avec ceux proposés dans le cadre de communications		ministères/organismes visant des publics semblables (organismes de base populaire)
Dans quelle mesure les supports publicitaires recommandés dans le cadre ont-ils été utilisés par les organisations?	Effectuer une enquête auprès des organisations au plus tard une année suivant la réception du cadre en vue de déterminer les moyens de communications qu'elles utilisent et comparer avec ceux proposés dans le cadre de communications	Santé Canada ou un organisme de recherche tiers	Comparer avec les résultats provenant d'autres cadre de communications* à Santé Canada ou dans d'autres ministères/organismes visant des publics semblables (organismes de base populaire)
Ya-t-il eu des incidences et effets non souhaités?	Effectuer une enquête auprès des organisations au plus tard une année suivant la réception du cadre en vue de déterminer toute incidence ou tout effet non souhaité dans l'acceptation des messages de la part du public, les communications internes ou la couverture des médias	Santé Canada ou un organisme de recherche tiers	
Amélioration du cadre (structure et style)			
Dans quelle mesure le cadre était-il facile à utiliser?	Effectuer une enquête auprès des organisations au plus tard une année suivant la réception du cadre en vue de recueillir des commentaires au sujet de son langage et de sa structure	Santé Canada ou un organisme de recherche tiers	Comparer avec les résultats provenant d'autres cadre de communications* à Santé Canada ou dans d'autres ministères/organismes visant des publics semblables (organismes de base populaire)

* Les résultats issus des recherches relatives à l'efficacité de ce cadre de communications pourraient être comparés à ceux d'autres projets de cadre de communications si le public et les tâches sont semblables. L'étude de plusieurs projets pourrait s'avérer nécessaire si les autres cadres de communications diffèrent (p. ex. différence dans le nombre d'organisations, complexité des messages).

RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX MÉDIAS

En raison du petit budget média, les recommandations en la matière ont été élaborées en vue de fournir une variété d'options susceptibles de maximiser l'effet des messages liés aux soins palliatifs et de trouver écho auprès du public visé.

Première option : Publicité

L'option suivante recommande la publicité destinée à rejoindre les enfants du baby-boom avec des retombées auprès des professionnels des soins de santé.

Des bannières Web affichées sur CBC/RDI/Canada.com et sur Cyberpresse.ca.

- Budget total de 75 000 \$
- La moyenne des impressions pour une vague publicitaire de huit semaines est de 765 000
- Le coût par mille impressions s'élève à 98,04 \$



Publicité dans Reader's Digest et Coup de Pouce, l'orientation éditoriale de ces publications se centre sur la santé et l'alimentation.

- Budget total de 53 202 \$
- La diffusion est de 1 155 498 exemplaires
- Le coût par mille impressions s'élève à 46,04 \$



Mettre sur pied un site Web consacré aux soins palliatifs.

- Le nouveau site serait référé à partir du site www.acsp.net et de celui du Carrefour virtuel canadien

Deuxième option : Publicité et relations avec les médias

L'option suivante recommande une combinaison de publicité et de relations avec les médias destinée à rejoindre les enfants du baby-boom avec quelques retombées auprès des professionnels des soins de santé.

Relations avec les médias

- Communiqués de presse – fil de presse et liste des principaux médias
- Relations proactives avec les médias – ressources nationales et régionales dans les marchés clés (Halifax, Montréal, Toronto, Edmonton et Vancouver)
- Feuillet de documentation – distribués aux provinces et aux territoires
- Garder contact avec les journalistes clés
- Budget total de 37 500 \$

Publicité

CARP – Association canadienne des individus retraités – une organisation qui s'adresse aux enfants du baby-boom plus âgés avec un magazine et un site Web destinés aux 50 ans et plus, dont l'orientation éditoriale s'étend de la santé aux finances.

- Budget total de 50 000 \$
- La diffusion est de 201 000 exemplaires
- Le coût par mille impressions s'élève à 60,53 \$

Good Times – un magazine qui s'adresse aux enfants du baby-boom avec une orientation éditoriale qui s'étend de la santé au jardinage; publication et site Web disponibles.

- Budget total de 50 000 \$
- La diffusion est de 155 356 exemplaires
- Le coût par mille impressions s'élève à 52,74 \$



Troisième option : Relations avec les médias

L'option suivante recommande des relations avec les médias qui seraient lancées sur une échelle nationale avec une concentration dans les principaux marchés.

- Communiqués de presse – promouvoir la Semaine des palliatifs avec une publication dans les fils de presse et la liste des principaux médias
- Relations proactives avec les médias – centrées sur les marchés clés (St. John's, Charlottetown, Saint John, Halifax, Montréal, Toronto, Régina, Winnipeg, Edmonton, Vancouver, Whitehorse et Iqaluit)
- Feuillet de documentation – distribués aux provinces et aux territoires
- Articles – séries écrites pour les journaux communautaires et ethniques
- Brochures – distribuées par l'entremise d'organismes partenaires et disponibles en fichier PDF sur les sites partenaires
- Publipostage – encart-chèque – possibilités à explorer telles que le renouvellement des permis de conduire
- Garder contact avec les journalistes clés qui peuvent faire avancer le programme des soins palliatifs
- Activité automnale de relations avec les médias fondée sur des nouvelles accrocheuses
- Budget total de 160 000 \$

Autre idée : Élaboration de partenariats pour les Canadiens et les Canadiennes

Cet objectif consiste à chercher des partenaires qui ont un intérêt direct dans la présentation de renseignements aux enfants du baby-boom d'âge mur, tels que :

- Le pouvoir gris
- Bureau d'assurance du Canada
- Shopper's Drug Mart
- Pharmacies indépendantes
- Home Hardware
- Une grande chaîne de magasins d'alimentation
- Magazine destiné aux membres de Costco



Autre idée : Élaboration de partenariats pour les fournisseurs de soins de santé

Cet objectif consiste à chercher comme partenaires des associations de professionnels de soins de santé. Elles communiquent régulièrement à leurs membres des renseignements sur d'importants sujets. Les partenaires éventuels comprennent les suivants :

- Association médicale canadienne
- Association canadienne pour la santé mentale
- Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Association des pharmaciens du Canada



ANNEXE A

Soins palliatifs – Mots associés

Les mots suivants représentent les perceptions générales associées aux soins palliatifs. Ils sont tirés de recherches effectuées de même que de divers outils de communications sur le sujet. Ils servent à exprimer l'éventail de thèmes inhérents aux sphères des soins palliatifs. Ces mots reflètent les défis, les émotions et les influences des personnes impliquées dans ces domaines.

Acceptation	Continuum	Empathie	Honneur	Protection	Soulagement
Accès	Crise	Épuisement	Inconnu	Qualité des soins	Soutien
Affirmation	Culpabilité	Espoir	Le voyage	Réflexion	Stress
Amis	Déni	Famille	Mort	Responsabilité	Traitement
Amour	Dépression	Fatigue	Paix	Rituel	Traumatisme
Angoisse	Désespoir	Finance	Peine	Signification	Vulnérabilité
Collectivité	Détresse	Gestion de la douleur	Perte	Soin	
Compassion	Deuil	Grâce	Peur	Solitude	
Confort	Dignité	Guérison	Prière	Spiritualité	

ANNEXE B

Caractéristiques des soins palliatifs

À la suite de la révision de documents d'information et de la réception des premiers commentaires émis par les intervenants, les quatre caractéristiques suivantes ont été établies puisqu'elles donnent corps à la promesse des soins palliatifs. Elles reflètent en effet les aspects des soins palliatifs les plus importants aux yeux des divers publics et des intervenants. Elles reconnaissent la nature délicate des enjeux en question et abordent les réalités de la vie pour les personnes qui reçoivent ou prodiguent des soins palliatifs.

1. Holistique

- Les soins palliatifs constituent un modèle complet de soins qui comprend les soins physiques, psychosociaux, spirituels et ceux appropriés sur le plan culturel.
- Les équipes sont interdisciplinaires.
- Des services simultanés sont offerts.
- Les soins palliatifs chevauchent les soins actifs, préventifs, curatifs et de courte durée.
- Les soins palliatifs peuvent se poursuivre après la mort (aide aux personnes endeuillées).

2. Respect

- Dans les soins palliatifs la vulnérabilité des patients et de leurs proches est prise en compte.
- La gestion de la douleur et le traitement des symptômes demeurent des moyens de maximiser le confort et le soin des patients et de leurs proches.

3. Réflexion

- Dans les soins palliatifs, il est reconnu que les gens traversent une période de réflexion.
- Le temps s'avère un enjeu auquel sont confrontés les patients et leur famille au cours du traitement, lorsqu'ils doivent attendre son résultat imminent ou pendant le processus de guérison à la suite d'un deuil.
- La spiritualité et les particularités culturelles apparaissent fortement au cours de ce processus.

4. Soutien

- Dans les soins palliatifs l'épuisement qui guette les patients et leurs familles est pris en compte.
- Les soins palliatifs visent divers degrés de soutien qui peuvent réduire les coûts associés à l'aide sociale, physique et affective.
- Dans les soins palliatifs l'importance des émotions est prise en compte. Celles-ci constituent une partie nécessaire du processus qui lie les familles et les patients, les soignants de même que les fournisseurs de soins de santé.

-
- ⁱ Ferris FD, Balfour HM, Bowen K, Farley J, Hardwick M, Lamontagne C, Lundy M, Syme A, West P. *Modèle de guide des soins palliatifs*, Ottawa (Ontario), L'Association canadienne de soins palliatifs, 2002.
- ⁱⁱ OMS. *Définition des soins palliatifs*. Internet - www.who.int : Organisation mondiale de la santé, 2006.
- ⁱⁱⁱ Statistique Canada – Recensement de 2001. *Âge et sexe*, Tableau n° 95F0300XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^{iv} Statistique Canada – Recensement de 2001. *Série « Analyse » du recensement de 2001 – Profil de la population canadienne selon l'âge et le sexe : le Canada vieillit*, Catalogue n° 96F0030XIE2001002, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^v Statistique Canada – Recensement de 2001. *Scolarité et fréquentation scolaire au Canada*, Tableau n° 95F0017XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^{vi} Statistique Canada – Recensement de 2001. *Composition linguistique du Canada*, Tableau n° 95F0337XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^{vii} Statistique Canada – Recensement de 2001. *État matrimonial des Canadiens*, Tableau n° 95F0407XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^{viii} Statistique Canada – Recensement de 2001. *État matrimonial des Canadiens*, Tableau n° 95F0407XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^{ix} Fondation des maladies du cœur du Canada. *Bulletins de santé – 2006*, extrait du site <http://www2.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=110&ArticleID=4639&Src=news&From=SubCategory>, 17 février 2006.
- ^x Statistique Canada. *Le Quotidien*, Catalogue n° 82-221-XIE, jeudi, 15 juin 2004.
- ^{xi} Fondation des maladies du cœur du Canada. *Bulletins de santé – 2006*, extrait du site <http://www2.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=110&ArticleID=4639&Src=news&From=SubCategory>, 17 février 2006.
- ^{xii} Fareed, J. *Over 50 and Ready to Rock*, extrait du site http://www.hotelinteractive.com/hi_articles.asp?func=print&article_id=5514, 9 février 2006.
- ^{xiii} Fondation des maladies du cœur du Canada. *Bulletins de santé – 2006*, extrait du site <http://www2.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=110&ArticleID=4639&Src=news&From=SubCategory>, 17 février 2006.
- ^{xiv} Ali, A. *Ready for Retirement?: Golden Years: Baby boomers and retirement*, extrait du site <http://www.cbc.ca/retirement/boomers.html>, 9 février 2006.
- ^{xv} Fareed, J. *Over 50 and Ready to Rock*, extrait du site http://www.hotelinteractive.com/hi_articles.asp?func=print&article_id=5514, 9 février 2006.
- ^{xvi} Fondation des maladies du cœur du Canada. *Bulletins de santé – 2006*, extrait du site <http://www2.heartandstroke.ca/Page.asp?PageID=110&ArticleID=4639&Src=news&From=SubCategory>, 17 février 2006.
- ^{xvii} Statistique Canada – Recensement de 2001. *Âge et sexe : faits saillants en tableaux*, Tableau n° 97F0024XIE2001001, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^{xviii} Statistique Canada – Recensement de 2001. *Âge et sexe*, Tableau n° 95F0300XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^{xix} Agence de santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés. *Quelques statistiques sur les aînés canadiens*, Ottawa (Ontario), Agence de santé publique du Canada, 2001.
- ^{xx} Statistique Canada – Recensement de 2001. *Série « Analyse » du recensement de 2001 – Profil de la population canadienne selon l'âge et le sexe : le Canada vieillit*, Catalogue n° 96F0030XIE2001002, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^{xxi} Statistique Canada – Recensement de 2001. *Scolarité et fréquentation scolaire au Canada*, Tableau n° 95F0017XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^{xxii} Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Expression : Bulletin du Conseil consultatif national sur le troisième âge*, vol. 18, n° 1, Ottawa (Ontario), Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2005.
- ^{xxiii} Statistique Canada – Recensement de 2001. *Composition linguistique du Canada*, Tableau n° 95F0337XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^{xxiv} Statistique Canada – Recensement de 2001. *Série « Analyse » du recensement de 2001 – Profil de la population canadienne selon l'âge et le sexe : le Canada vieillit*, Catalogue n° 96F0030XIE2001002, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^{xxv} *Produits de données normalisés du recensement de 2001*. Internet – www.statcan.ca : Statistique Canada, 2002.
- ^{xxvi} Statistique Canada – Recensement de 2001. *État matrimonial des Canadiens*, Tableau n° 95F0407XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- ^{xxvii} Statistique Canada – Recensement de 2001. *État matrimonial des Canadiens*, Tableau n° 95F0407XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.

-
- xxviii Statistique Canada – Recensement de 2001. *État matrimonial des Canadiens*, Tableau n° 95F0407XCB2001004. Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- xxix Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Expression : Bulletin du Conseil consultatif national sur le troisième âge*, vol. 18, n° 1, Ottawa (Ontario), Conseil consultatif national sur le troisième âge, 2005.
- xxx Martel L, Belanger A, Berthelot J-M, Carriere Y. *En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2003.
- xxxi Ramage-Morin P. *Rapports sur la santé – La santé de la population canadienne. Rapport annuel: Bien vieillir en établissement de santé*, Catalogue 82-003-XPE, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2006.
- xxxii Wilkins K. *Rapports sur la santé – La santé de la population canadienne. Rapport annuel: Prédicteurs du décès chez les personnes âgées*, Catalogue 82-003-XPE, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2006.
- xxxiii Agence de santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés. *Quelques statistiques sur les aînés canadiens*, Ottawa (Ontario), Agence de santé publique du Canada, 2001.
- xxxiv Agence de santé publique du Canada, Division du vieillissement et des aînés. *Quelques statistiques sur les aînés canadiens*, Ottawa (Ontario), Agence de santé publique du Canada, 2001.
- xxxv Gilmour H, Park J. *Rapports sur la santé – La santé de la population canadienne. Rapport annuel: Dépendance, problèmes chroniques et douleur chez les personnes âgées*, Catalogue 82-003-XPE, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2006.
- xxxvi Rotermann M. *Rapports sur la santé – La santé de la population canadienne. Rapport annuel: Utilisation des services de santé par les personnes âgées*, Catalogue 82-003-XPE, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2006.
- xxxvii Rotermann M. *Rapports sur la santé – La santé de la population canadienne. Rapport annuel: Utilisation des services de santé par les personnes âgées*, Catalogue 82-003-XPE, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2006.
- xxxviii Rotermann M. *Rapports sur la santé – La santé de la population canadienne. Rapport annuel: Utilisation des services de santé par les personnes âgées*, Catalogue 82-003-XPE, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2006.
- xxxix Shields M, Martel L. *Rapports sur la santé – La santé de la population canadienne. Rapport annuel: Healthy living among seniors*. Catalogue 82-003-XPE. Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2006.
- xl *Produits de données normalisés du recensement de 2001*. Internet – www.statcan.ca, Statistique Canada, 2002.
- xli Statistique Canada – Recensement de 2001. *Plus haut grade, certificat ou diplôme, groupes d'âge et sexe pour la population de 15 ans et plus*, Tableau n° 95F0419XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- xlii Statistique Canada – Recensement de 2001. *Âge et sexe*, Tableau n° 95F0300XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- xliiii Statistique Canada – Recensement de 2001. *Scolarité et fréquentation scolaire au Canada*. Tableau n° 95F0017XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- xliv Statistique Canada – Recensement de 2001. *Composition linguistique du Canada*, Tableau n° 95F0337XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- xlv *Produits de données normalisés du recensement de 2001*. Internet – www.statcan.ca, Statistique Canada, 2002.
- xlvi *Profil changeant de la population active au Canada*. Internet – www.statcan.ca, Statistique Canada, 2003.
- xlvii Statistique Canada – Recensement de 2001. *État matrimonial des Canadiens*, Tableau n° 95F0407XCB2001004, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2002.
- xlviii *Espérance de vie à la naissance selon le sexe*. Internet – www.statcan.ca, Statistique Canada, 2002.
- xlix Statistique Canada. *Le Quotidien*, Catalogue 11-001-XIE, mardi, 7 février 2006.
- I Statistique Canada. *Le Quotidien*, Catalogue 82-003-XIE, vendredi, 3 février 2001.
- II Statistique Canada. *Le Quotidien*, Catalogue 82-003-XIE, jeudi, 26 avril 2001.
- III O'Connor, AM, Drake, ER, Wells GA, Tugwell P, Laupacis A, Elmslie Tom. *A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions*. *Health Expectations* 6 (2), 97-109. doi: 10.1046/j.1369-6513.2003.00215.x. 2003.
- IIII Statistique Canada. *Le Quotidien*, Catalogue 82-003-XIE, jeudi 26 avril 2001.