

SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE : QU'EN PENSE LA POPULATION GÉNÉRALE ?

Une revue de littérature de type *scoping*

ÉVELYNE ROUSSEAU, INF. BSc.

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières,
Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Professionnelle de recherche, Centre de recherche de l'Institut
universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-
Université Laval (CRIUCPQ-UL)
Evelyne.rousseau.1@ulaval.ca

DIANE TAPP, INF. PH. D.

Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières,
Université Laval
Chercheuse, CRIUCPQ-UL
Diane.tapp@fsi.ulaval.ca

ARIANE PLAISANCE, ANT. PH. D. (C)

Bsc anthropologie, Msc santé communautaire,
doctorante en santé communautaire
Faculté des sciences infirmières, Université Laval
Professionnelle de recherche, CRIUCPQ-UL
Ariane.plaisance.1@ulaval.ca

RÉSUMÉ

Mise en contexte : La sédation palliative continue (SPC) suscite plusieurs questionnements. Les attitudes, connaissances et représentations de la population générale, susceptible de bénéficier de cette intervention, ne semblent pas faire l'objet de revues autrement que sous l'angle de l'expérience des proches des patients ayant reçu une SPC.

Objectif : Recenser et analyser les études faisant état des attitudes, connaissances et représentations de la population générale par rapport SPC.

Méthodologie : Une recension des écrits inspirée de la méthodologie *scoping review* a été réalisée. Une analyse orientée par les trois variables d'intérêts a permis la synthèse des données quantitatives portant sur les attitudes, ainsi qu'une analyse thématique inductive et itérative des données qualitatives issues des huit articles retenus.

Résultats : Les attitudes de la population générale relatives à la SPC sont partagées, étant jugées acceptables pour 25 % à 81 % des répondants. Il apparaît que la SPC est inconnue de plusieurs et est associée à une pratique euthanasique pour d'autres. Les représentations de la population ont, entre autres, trait aux aspects techniques liés à l'intervention, et renvoient à des constructions symboliques antithétiques.

Conclusion : L'exploration de l'influence d'une définition claire, et exempte d'euphémisme, du concept de SPC sur les attitudes du public semble pertinente. D'autres études sont nécessaires afin de rendre compte des connaissances de la population au regard des aspects terminologique, légal et conceptuel entourant la SPC, ainsi que pour déterminer et démystifier l'objet de la confusion observée entre l'euthanasie et la SPC.

Mots clés : sédation palliative continue, sédation profonde, euthanasie, attitudes, connaissances, représentations, soins palliatifs

MISE EN CONTEXTE

La sédation palliative est une pratique encadrée au sein de plusieurs pays (1–3). Elle est profonde et continue lorsqu'elle provoque un état d'inconscience continue jusqu'au décès (4). Bien que des variations dans les pratiques aient été observées à l'échelle internationale (1,2), la sédation palliative continue (SPC) se définit essentiellement comme une intervention visant à soulager des symptômes considérés comme insolubles et réfractaires chez des individus ayant un pronostic réservé, lorsque la mort est imminente (2,5,6).

La SPC suscite des questionnements à plusieurs égards. D'un point de vue sémantique, l'utilisation d'expressions confondantes ou peu spécifiques, telles que *sédation terminale*, *sédation totale*, *sédation profonde* (2,5,6), semblent alimenter une certaine confusion quant à la définition même du concept (7,8). D'un point de vue éthique, la subjectivité des critères d'application reconnus tels que la notion d'imminence de la mort ainsi que le caractère réfractaire des symptômes semble conduire à des variations dans les pratiques (1,2). Qui plus est, le recours à la SPC motivé par la présence de souffrances de nature existentielle reste largement controversé (7). Bien que l'intention en amont de cette pratique ne vise pas à provoquer le décès, à l'opposé de l'euthanasie (1,2,4,9) des rapprochements sont parfois faits entre les deux pratiques (6,10). Malgré les efforts déployés pour définir et encadrer la SPC (1,2,4), une confusion subsiste, et ce, même chez les cliniciens (8,11). Ainsi, certaines études et revues de littérature ont été consacrées à l'analyse des pratiques (1,2), aux effets d'une telle intervention sur l'espérance de vie (9) ainsi que sur les représentations ou attitudes des professionnels (12).

Toutefois, les attitudes, les connaissances et les représentations de la population générale, susceptible de recourir à cette intervention, ne semblent pas faire l'objet d'analyses approfondies autrement que sous

l'angle de la description de l'expérience des proches des patients ayant bénéficié d'une SPC (13). En raison de l'importance de cette pratique, il paraît essentiel de faire état des représentations sociales qui y sont associées. Dans le cadre de cette revue, les représentations sociales sont entendues au sens de la définition proposée par Abric, soit comme « un ensemble organisé et structuré d'informations, de croyances, d'opinions et d'attitudes » (14). Ainsi, l'objectif de cet article est de recenser dans les écrits scientifiques les représentations, connaissances et attitudes de la population générale par rapport à la SPC.

MÉTHODOLOGIE

Démarche de recherche

Une recension des écrits s'inspirant de la méthodologie *scoping review* a été utilisée pour la réalisation de la présente revue. L'objectif d'une telle recension est de défricher un sujet qui a été peu étudié, ou qui s'avère conceptuellement complexe, en vue d'en dégager les composantes émergentes. Ce type de recension s'inspire de la méthodologie utilisée dans le cadre des revues systématiques. Toutefois, contrairement à ces dernières, les écrits recensés et analysés, conceptuellement et méthodologiquement variés, ne peuvent faire l'objet d'une analyse stricte de leur qualité, comme c'est le cas pour les revues systématiques (15). La recherche documentaire, effectuée dans les bases *PubMed* et *Cinahl*, a été réalisée pour la dernière fois en date du 28 mars 2019. La stratégie de recherche (annexe 1) a fait l'objet d'une validation auprès d'une bibliothécaire spécialisée en sciences de la santé.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Dans le cadre de cette revue, seule la sédation palliative profonde administrée de manière continue a été considérée. Ainsi, la *sédation intermittente*, la *sédation légère* ainsi que la *sédation profonde adminis-*

trée dans un contexte autre que la fin de vie imminente ont composé les critères d'exclusion associés à l'intervention. Ces critères ont été établis en conformité avec les indications faisant l'objet d'un certain consensus, en ce qui concerne le critère de fin de vie (1,2), ainsi qu'en raison de l'absence de conscience jusqu'au décès, distinguant la SPC des autres types de sédation (5,10). Bien que n'ayant pas fait l'objet explicite des recherches, les *personnes atteintes d'une maladie grave et incurable* et les *proches ayant accompagné une personne en fin de vie* ont été considérées comme membres de la population générale. Les écrits portant sur les *professionnels de la santé* et les *étudiants dans le domaine de la santé* ont été quant à eux exclus. Finalement, en ce qui concerne les variables de résultats, les *connaissances, représentations, croyances, opinions* et *attitudes*, analogues à la définition proposée par Abric (14), ont composé les critères d'inclusion, alors que la notion d'*expérience vécue* a été rejetée. Finalement, seules les études scientifiques rédigées en langue anglaise ou française, parues après 2000 ont été considérées. Cette période fait écho au renforcement de l'encadrement de la SPC au moyen de la production de lignes directrices acceptées à l'échelle internationale (2). Ces critères sont présentés de manière détaillée dans l'annexe 1.

Processus de sélection et d'analyse

Les articles générés par la stratégie de recherche ont été importés dans Covidence pour une première sélection. Covidence est un logiciel facilitant la réalisation de revues systématiques, notamment la phase de sélection et d'extraction des données. Le texte complet des articles, dont les titres et résumés qui satisfaisaient aux critères de sélection, a fait l'objet d'une deuxième sélection. Les données des articles retenus ont fait l'objet d'une extraction orientée par les trois variables de résultats d'intérêt. Les données associées à l'*attitude*, provenant des articles quantitatifs, ont été résumées dans un tableau, puis rapportées sous forme de synthèse narrative. Le corpus

composé des données issues des articles qualitatifs faisant référence aux variables de résultats d'intérêt a fait l'objet d'une analyse thématique inductive et itérative (16), dont les résultats sont rapportés sous forme de synthèse narrative.

RÉSULTATS

La stratégie de recherche a permis d'identifier 80 articles, dont 12 doublons. Soixante-huit (68) références ont donc été soumises à la première sélection, desquelles 20 ont fait l'objet d'une évaluation portant sur l'intégralité du texte. Ainsi, 12 articles ont été exclus : 5 d'entre eux, portant sur l'expérience, n'ont pas satisfait les critères d'inclusion, 5 autres, n'étant pas des articles scientifiques, ont été considérés comme des publications non conformes. Par ailleurs, un article a été écarté puisqu'il portait sur l'administration de la sédation palliative continue et profonde chez une personne dont la mort n'était pas imminente (17), ne pouvant ainsi renseigner sur les représentations par rapport aux pratiques admises. Finalement, un article a été exclu puisque, s'agissant d'une analyse secondaire des données d'une étude préalablement incluse, les résultats y étant présentés n'apportaient pas de données nouvelles et pertinentes à l'égard de la question de recherche (18). Pour l'une des études retenues (19), les données ont été collectées à la suite d'une proposition de loi sur le droit à la sédation profonde. Puisque les données proviennent d'un forum, aucune information sur les participants n'a été divulguée ; toutefois, les auteurs rapportent que 67 des 1819 personnes ayant participé se sont identifiées comme des professionnels de la santé. L'étude a malgré tout été conservée, puisque la contamination globale des données a été jugée faible. Ainsi, huit articles ont été analysés, dont deux études qualitatives (19,20), cinq études quantitatives (21–25), l'une étant une analyse secondaire (25) et une étude mixte (26). À cet effet, un diagramme de flux est présenté à l'annexe 2.

Caractéristiques des études

Les études analysées ont été publiées entre 2002 et 2018, et ont eu lieu au Japon (22,23), en Belgique (25) aux Pays-Bas (21,24,26) et en France (19). L'une d'entre elles s'est tenue à la fois en Belgique, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni (20). Cinq de ces études portent sur l'attitude par rapport à plusieurs interventions de fin de vie (21–25) alors qu'une porte sur l'attitude par rapport à la SPC exclusivement (26). Finalement, trois articles portent sur les connaissances ou les représentations par rapport à la SPC (19,20,26).

Des proches ayant accompagné une personne en fin de vie ayant reçu une SPC composent la population de deux études (20,23), alors que les membres d'un panel constituent l'échantillon de trois études (21,24,26). En ce qui a trait aux outils d'évaluation, le recours à des vignettes ou à des échelles de type Likert est récurrent, toutefois leur contenu varie considérablement d'une étude à l'autre. Les caractéristiques des études sont résumées dans l'annexe 3.

Caractéristiques des participants

Pour la majorité des études, l'échantillon se compose de plus de femmes que d'hommes (20–24) ; la parité des genres n'est présente que dans deux études (25,26). L'âge des participants varie de 15 à 93 ans (19-25). Une tendance légèrement supérieure à la présence de croyances religieuses par rapport à leur absence est observée au sein des études qui les rapportent (21,22,24,26). Ainsi, de 51,4 % à 58 % des répondants ont déclaré entretenir des croyances religieuses (21,22,24,26). Par ailleurs, le nombre de participants ayant un faible niveau de scolarité est équivalent au nombre de participants ayant un niveau de scolarité élevé pour la majorité des études (21,22,24), alors qu'un niveau de scolarité élevé prédomine au sein des autres, dans des proportions de 68 % à 72,5 % (25,26). Les caractéristiques des participants sont présentées à l'annexe 3.

Attitudes

Les attitudes ont été évaluées par deux méthodes distinctes au sein des articles retenus : la première au moyen de vignettes s'articulant autour d'une situation fictive n'impliquant pas le répondant (21,24,26), la deuxième au moyen d'une question visant à identifier les préférences personnelles des participants à l'égard de différentes options de fin de vie (22,23,25).

Les trois études pour lesquelles les attitudes ont été évaluées au moyen d'une vignette rapportent des attitudes majoritairement favorables à la SPC, soit dans des proportions de 56,6 % à 81 % (21,24,26). Notons que la plus faible proportion de participants ayant une attitude favorable envers la SPC est rapportée dans l'étude qui réfère à l'état d'inconscience de la manière la plus explicite (26).

Les études ayant identifié les préférences personnelles des participants présentent des résultats moins favorables au recours à la SPC. Pour deux études, seulement 25,8 % à 29,6 % (22,25) des participants affirment avoir une attitude positive envers la SPC. Toutefois, une étude fait exception puisque 78,7 % des participants y ont indiqué être favorable à l'usage de la SPC pour eux-mêmes (23). Cette étude se distingue cependant des précédentes, puisque le caractère profond de la sédation, ou absence complète de conscience, n'y est pas mis en évidence aussi clairement. En effet, les deux premières études emploient les termes *sédation profonde et continue* (22) et *administration de médicaments qui vous garderont inconscient* (25) alors que la troisième fait plutôt référence à la *réduction de conscience* (23).

Des différences statistiquement significatives ont été rapportées en ce qui a trait aux attitudes des groupes ayant accompagné ou non une personne en fin de vie. À cet effet, Sanjo et ses collègues (23) rapportent que 75 % des répondants n'ayant pas accompagné une personne en fin de vie ont une attitude favorable à la SPC, alors que cette valeur s'élève à 85 % pour les répondants ayant accompagné une personne en fin de vie atteinte d'un cancer. De même, une différence légère, mais significative,

s'observe en fonction de l'espérance de vie de la personne visée par l'intervention dans la situation fictive présentée dans une vignette. Ainsi, Van der Kallen et ses collaborateurs (26) rapportent que 81 % des répondants ont des attitudes favorables par rapport à l'usage de la SPC pour une personne dont l'espérance de vie est de moins d'une semaine, comparativement à 79 % lorsque l'espérance de vie est de moins d'un mois. Par ailleurs, les études ne rapportent que des différences légères et non statistiquement significatives concernant les attitudes par rapport au recours à la SPC pour un patient mineur ou majeur, ou en ce qui a trait à la nature physique ou psychologique des symptômes à soulager (22). Un tableau résumant ces résultats est présenté à l'annexe 3.

Caractéristiques personnelles

Parmi les études analysées, cinq (19,21–23,25) ont identifié une association entre certaines caractéristiques personnelles des répondants et des attitudes positives envers la SPC. L'âge apparaît notamment comme un facteur associé de manière significative à des attitudes favorables à la SPC (19,21–23,25). En ce sens, trois études ont observé un risque relatif (*odds ratio*) plus élevé et statistiquement significatif en fonction de l'augmentation de l'âge (par décennie) du répondant (22,23,26). Une étude (23,24) rapporte toutefois un déclin au-delà de 75 ans; une autre (21) mentionne une association moins forte pour la tranche d'âge de 50-70 ans en comparaison avec ceux de 50 ans et moins. Deux études rapportent que la présence de croyance religieuse n'est pas associée de manière significative aux attitudes par rapport à la SPC (19,21). Les résultats présentés par Reijtens et ses collègues (24) suggèrent, quant à eux, qu'entretenir des croyances religieuses influence négativement l'acceptation du recours à la SPC pour un enfant. Toutefois, cette association n'atteint pas le seuil statistique en ce qui concerne l'usage de la SPC chez un adulte (25). Le niveau de scolarité n'apparaît pas comme un facteur influençant les attitudes de la population générale envers la SPC (21,23,24).

Toutefois, une étude rapporte une association entre un niveau d'éducation faible et des attitudes favorables à la SPC (19). Finalement, le fait de percevoir un soutien émotionnel limité (24) ainsi que de s'opposer à l'euthanasie (21) constituent des facteurs favorisant des attitudes positives envers la SPC.

Caractéristiques associées à une bonne mort

Des facteurs en lien avec les caractéristiques associées à une *bonne mort* ont été identifiés (19,22,24). Ces facteurs sont décrits, au sein des études les ayant analysés, comme correspondant à l'importance perçue de certains attributs associés à la fin de vie (19,22,24). Ceux-ci ont été inspirés par la littérature et diffèrent selon l'étude (19,22,24). La dignité, comprise parmi ces facteurs, influence de différentes manières les attitudes par rapport à la SPC; le désir de mourir dans la dignité, ainsi que le fait de se soucier de devenir un fardeau pour les proches apparaissent comme des facteurs associés à l'acceptation de la SPC (24), de même, une susceptibilité moindre à percevoir l'importance de la dignité y contribue (19). Le fait d'être enclin à valoriser fortement le confort physique et psychologique (22), ainsi que de percevoir la mort comme un moyen de soulager les souffrances (19) sont également associés à des attitudes positives par rapport à la SPC. Mourir à l'endroit choisi ou avoir une bonne relation avec le personnel sont considérés essentiels à une *bonne mort*, ainsi que le désir de ne pas être conscient de la mort (22). Finalement, accorder une importance accrue au fait que la mort survienne au terme de l'accomplissement de la vie et par l'entremise d'une préparation sont significativement associés à l'acceptation de cette pratique (19,22).

CONNAISSANCES

Seule des études retenues a étudié explicitement, et de manière quantitative, les connaissances sur la SPC (21). Celles-ci ont été évaluées au moyen d'un questionnaire structuré, en ligne (21). Une autre

étude fait état de résultats se rapportant aux connaissances ; ceux-ci sont issus d'entrevues semi-dirigées s'articulant autour d'un aide-mémoire visant à raviver le souvenir d'accompagnement d'une personne ayant reçu une SPC, ainsi que son usage (21,26). Les résultats de ces études mettent en évidence des variations de connaissances en ce qui concerne la signification des termes utilisés, la pratique de la SPC et ses aspects légaux.

Il apparaît que la SPC est inconnue de plusieurs, 40 % des gens n'en ayant jamais entendu parler, en comparaison à 17 % qui affirment connaître le terme (26). Les proches d'une personne ayant bénéficié de la SPC connaissent et utilisent le terme pour la plupart, bien que l'utilisation de termes génériques ou vagues tels que le *sommeil* est documentée (26). La majorité, soit 76 % des participants, identifie correctement le statut légal de la pratique. Toutefois, 67 % des participants identifient comme légal le recours à la SPC dans l'intention de précipiter la mort, ce qui ne constitue pas une pratique légale dans le contexte législatif de l'étude rapportant ces résultats (26). De plus, une certaine confusion entre la sédation et l'euthanasie est observée ; 41 % sont en mesure d'identifier l'intervention lorsque décrite dans une vignette, alors que 18 % des participants l'assimilent à une *euthanasie*, de même que 2 % à une *euthanasie sans requête explicite du patient* (26).

REPRÉSENTATIONS

Les représentations ont été mises en évidence par trois études ; les données ont été recueillies au moyen d'un entretien semi-dirigé (21,26), d'un questionnaire structuré en ligne (21) et sur un forum de l'Assemblée Nationale française (19). Les résultats ont été obtenus à la suite d'analyses thématiques (19,21,26). Les représentations de la population ont, entre autres, trait aux aspects techniques liés à l'intervention. Elles renvoient également à des constructions symboliques antithétiques par rapport au mourir.

Une procédure médicale

Il apparaît que la population se représente d'abord la SPC sur un plan technique. D'une part, la SPC est définie comme une intervention ou un traitement médical et protocolaire (18,26). Une partie des représentations portent sur les causes qui supportent son utilisation, ainsi que ses objectifs. Il apparaît que pour le public, la SPC vise à prévenir ou à diminuer un malaise, ainsi qu'à rétablir le confort (18,26). La procédure semble marquante ; certains réfèrent au matériel utilisé (26), à l'usage de sédatifs (26) ou même d'opioïdes (22,26), à l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation (22,26), ainsi qu'à la durée ou à l'intensité de la sédation (22,26). Le résultat de la SPC, tel que perçu par le public, renvoie tant à l'altération de l'état de conscience, en référence parfois au sommeil, au coma (22,26), ainsi qu'à la mort (22).

Une mort tantôt sereine, tantôt inhumaine

Les représentations de la population par rapport au caractère humain ou moral de la SPC sont partagées. D'une part, elle fait écho à un processus doux et naturel (21) contribuant à la bonne mort du patient (26). Plus encore, elle est vue comme une mort digne et sans souffrance permettant d'honorer les souhaits de la personne (21,26). À l'opposé, la SPC est aussi décrite comme une pratique inhumaine (21,22). Pour certains, elle est associée à une mort par inanition (18,21,26), pour d'autres, elle est perçue comme trop longue, prolongeant ainsi l'agonie (18,21). Il apparaît que la SPC est parfois perçue comme une euthanasie *hypocrite*, puisque *déguisée* (18,22). Une partie de la population générale entretient l'idée qu'une telle intervention raccourcit la vie de la personne qui en bénéficie (18,21,26). Pour certains, il s'agit d'une euthanasie lente, provoquée par l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation (21,22), alors que pour d'autres, la SPC vise explicitement à précipiter la mort (18).

DISCUSSION

Les attitudes de la population générale relatives à la SPC sont partagées, faisant l'objet d'attitudes positives chez 25,7 % à 81 % des répondants, selon les études. Deux éléments associés aux modes d'évaluation utilisés dans les études semblent avoir eu une influence importante sur les fluctuations observées dans le cadre de cette revue. D'une part, une partie des études se sont attardées à la mesure des attitudes, au moyen de vignettes, alors que d'autres ont examiné les préférences ou intentions des participants par rapport à leur propre mort, ce qui peut expliquer les différences observées. D'autre part, les études ayant fait explicitement référence au caractère profond de la sédation ou à l'absence de conscience ont enregistré considérablement moins de participants jugeant la SPC acceptable que les études ayant privilégié l'emploi d'euphémismes. À cet effet, Marcoux, Mishara et Durand (27) ont observé que les attitudes exprimées peuvent varier considérablement selon la formulation de la question. Parallèlement, les résultats d'une des études incluses dans cette revue (27) suggèrent que la mention du caractère profond de la sédation influence les attitudes; les auteurs rapportent des résultats semblables à ceux observés dans le cadre de la présente revue, soit 83 % et 76 % des répondants en faveur au recours à la sédation légère, plutôt que profonde, pour des symptômes de nature physique et psychologique respectivement. Ceci invite à une considération accrue en ce qui a trait aux aspects terminologiques en matière d'évaluation des attitudes de la population générale. Notons finalement que pour les études ayant rapporté les résultats les plus favorables, l'échantillon se compose de membres de panels représentant la population générale.

Les écarts en ce qui a trait aux attitudes semblent par ailleurs s'expliquer partiellement par des facteurs, dont l'âge et l'expérience d'accompagnement d'une personne ayant reçu une SPC. Une tendance à l'augmentation des attitudes en faveur de la SPC pour les tranches d'âge les plus élevées semble se dessiner.

Bien que l'ensemble des études ayant examiné cette variable reconnaît qu'il s'agit d'un facteur associé aux attitudes positives envers la SPC, le manque de congruence observé entre les résultats des différentes études ne permet pas d'établir clairement la nature de leur relation. Par ailleurs, une revue de littérature montre que les proches ayant accompagné une personne en fin de vie ayant reçu une SPC semblaient satisfaits de l'intervention dans 78 % à 93 % des cas (13). Ainsi, une expérience positive pourrait en partie expliquer les résultats observés dans le cadre de la présente revue en ce qui a trait à l'expérience d'accompagnement.

L'analyse des connaissances de la population générale par rapport à la SPC, reposant essentiellement sur une étude, ne permet pas de porter des conclusions généralisables. Toutefois, le niveau de connaissance limité mis en évidence par cette étude fait écho aux résultats présentés par certains auteurs en ce qui a trait aux connaissances de la population générale par rapport aux soins palliatifs de manière globale (28,29). À cet effet, une étude mentionne que 71 % ne connaissent pas les soins palliatifs (28), ce qui pourrait expliquer la présence de limites quant aux connaissances relatives aux pratiques spécifiques associées aux soins palliatifs telles que la SPC.

Par ailleurs, ces résultats suggèrent, au-delà d'un manque de connaissances, la présence d'une confusion entre la SPC et l'euthanasie. La présence d'une confusion entre la SPC et l'euthanasie. L'enchevêtrement des concepts de SPC et d'euthanasie, sur le plan des représentations, ne peut être ignoré; il n'est cependant pas possible, au terme de cette analyse, de déterminer la nature de cette confusion. Par ailleurs, la dualité observée dans la représentation de certains thèmes est difficile à expliquer. Toutefois, les limites aux connaissances de la population, ayant été mises en évidence, constituent une piste d'explication plausible, en raison de leur lien étroit avec les représentations (14).

LIMITES

La présente revue comporte plusieurs limites. En ce qui a trait à la démarche de recherche, considérant le nombre important de déclinaisons de termes référant à la SPC, il est possible que le vocabulaire de recherche ne les ait pas couverts entièrement. Toutefois, l'usage d'un vocabulaire libre et contrôlé dans les bases de données et le recours aux services d'une bibliothécaire spécialisée ont permis de limiter ce biais. Par ailleurs, les recherches n'ont été effectuées que sur deux bases de données, et la littérature grise n'a pas été recherchée. Il est donc possible que les connaissances et attitudes de la population aient fait l'objet de sondages nationaux n'apparaissant pas sur les bases de données où les recherches ont été effectuées. Finalement, pour la majorité des études, la date de collecte des données correspond à la période d'intensification de l'encadrement de la pratique, il est par conséquent possible que les résultats rapportés à cette époque ne reflètent pas de manière juste les attitudes, informations et les croyances *actuelles* de la population générale.

Les préférences et les intentions (19,22,23) ont été considérées, dans le cadre de cette revue, comme équivalent aux attitudes, en raison de leurs similitudes en matière de définition et de méthode d'évaluation, et compte tenu des liens étroits que ces concepts entretiennent selon les écrits d'Abrić (14). Ceci a toutefois été pris en considération dans l'interprétation des résultats. De même, l'absence d'une définition claire en ce qui a trait à la SPC au sein des études analysées a eu pour effet l'inclusion d'articles pour lesquels il a été impossible de déterminer hors de tout doute le type de sédation examinée (22). Également, puisque les outils d'évaluation de plusieurs études n'ont pas fait mention de l'espérance de vie du patient (19,22,24,25), il a été difficile de déterminer la nature exacte de l'intention en amont de l'intervention proposée. Ainsi, la SPC pourrait être interprétée comme une substitution à l'euthanasie, et ce de manière plus marquée dans certaines études

(24,25). Ces éléments doivent donc être considérés lors de l'interprétation des résultats de cette revue. Par ailleurs, les variations dans l'encadrement de la SPC au sein des différentes études et pays n'ont pas été considérées dans l'analyse réalisée. Finalement, le nombre restreint d'études portant sur les connaissances et les croyances de la population ne permettent pas de porter des conclusions généralisables.

CONCLUSION

À la lumière des résultats de cette revue, il apparaît essentiel que des études subséquentes visant l'évaluation des attitudes, des connaissances et des représentations de la population en regard de la SPC soient réalisées. À cet effet, l'exploration de l'influence d'une définition claire du concept de SPC sur les attitudes du public, de même que l'examen approfondi des différences entre les attitudes personnelles et générales semblent pertinentes. Par ailleurs, la relation entre certaines caractéristiques personnelles telles que l'âge, les croyances religieuses ainsi que le niveau d'éducation, et la SPC mérite d'être examinée davantage. Par ailleurs, d'autres études sont nécessaires afin de rendre compte des connaissances de la population, en ce qui a trait précisément aux aspects terminologique, légal et conceptuel, de même que pour identifier les sources d'informations qui alimentent les connaissances de la population. Considérant la confusion entre les concepts de SPC et d'euthanasie qui a été mise en évidence, d'autres études sont nécessaires afin de déterminer, ainsi que de démystifier, l'objet de la confusion entre les deux pratiques.

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Cette revue a été menée de manière indépendante et les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Abarshi, E., Rietjens, J., Robijn, L., Caraceni, A., Payne, S., Deliens, L. *et al.* International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2017 Sep;7(3): 223-9.
2. Gurschick, L., Mayer, D.K., Hanson, L.C. Palliative Sedation [Internet]. Vol. 32, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. 2015. p. 660-71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909114533002>
3. Maltoni, M., Scarpi, E., Nanni, O. Palliative sedation in end-of-life care [Internet]. Vol. 25, *Current Opinion in Oncology*. 2013. p. 360-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/cco.0b013e3283622c47>
4. Morita, T., Tsuneto, S., Shima, Y. Definition of Sedation for Symptom Relief [Internet]. Vol. 24, *Journal of Pain and Symptom Management*. 2002. p. 447-53. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00499-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00499-2)
5. Bobb, B. A Review of Palliative Sedation [Internet]. Vol. 51, *Nursing Clinics of North America*. 2016. p. 449-57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2016.05.008>
6. Have, H.T., ten Have, H., Welie, J.V.M. Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment [Internet]. Vol. 47, *Journal of Pain and Symptom Management*. 2014. p. 123-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.008>
7. Rodrigues, P., Crokaert, J., Gastmans, C. Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Jun;55(6):1577-90.
8. Rys, S., Deschepper, R., Mortier, F., Deliens, L., Bilsen, J. Bridging the Gap Between Continuous Sedation Until Death and Physician-Assisted Death [Internet]. Vol. 32, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. 2015. p. 407-16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909114527152>
9. Maltoni, M., Scarpi, E., Rosati, M., Derni, S., Fabbri, L., Martini F, *et al.* Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review [Internet]. Vol. 30, *Journal of Clinical Oncology*. 2012. p. 1378-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1200/jco.2011.37.3795>
10. Juth, N., Lindblad, A., Lynøe, N., Sjöstrand, M., Helgesson, G. Moral differences in deep continuous palliative sedation and euthanasia [Internet]. Vol. 3, *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2013. p. 203-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000431>
11. Deyaert, J., Chambaere, K., Cohe,n J., Roelands, M., Deliens, L. Labelling of end-of-life decisions by physicians. *J Med Ethics*. 2014 Jul;40(7):505-7.
12. Abarshi, E.A., Papavasiliou, E.S., Preston, N., Brown, J., Payne, S., EURO IMPACT. The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: a systematic literature review. *J Pain Symptom Manage*. 2014 May;47(5):915-25.e11.
13. Bruinsma, S.M., Rietjens, J.A.C., Seymour, J.E., Anquinet, L., van der Heide, A. The Experiences of Relatives With the Practice of Palliative Sedation: A Systematic Review [Internet]. Vol. 44, *Journal of Pain and Symptom Management*. 2012. p. 431-45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.09.006>
14. Abric, J.-C. 8. L'étude expérimentale des représentations sociales [Internet]. *Les représentations sociales*. 2003. p. 203. Available from: <http://dx.doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0203>
15. Munn, Z., Peters, M.D.J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., Aromataris, E. Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach [Internet]. Vol. 18, *BMC Medical Research Methodology*. 2018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
16. Paillé, P., Mucchielli, A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. 2012. Available from: <http://dx.doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01>
17. Lindblad, A., Juth, N., Fürst, C.J., Lynøe, N. Continuous deep sedation, physician-assisted suicide, and euthanasia in Huntington's disorder [Internet]. Vol. 16, *International Journal of Palliative Nursing*. 2010. p. 527-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.11.80019>
18. Morita, T., Hirai, K., Akechi, T., Uchitomi, Y. Similarity and difference among standard medical care, palliative sedation therapy, and euthanasia: a multidimensional scaling analysis on physicians' and the general population's opinions. *J Pain Symptom Manage*. 2003 Apr;25(4):357-62.
19. Toporski, J., Jonveaux-Rivasseau, T., Lamouille-Chevalier, C. Débat sur la fin de vie en France: regard du citoyen sur la sédation profonde et continue [Internet]. Vol. 38, *La Revue de Médecine Interne*. 2017. p. 800-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2017.09.008>
20. Bruinsma, S.M., on behalf of UNBIASED, Brown J., van der Heide A., Deliens L., Anquinet L., *et al.* Making sense of continuous sedation in end-of-life care for cancer patients: an interview study with bereaved relatives in three European countries [Internet]. Vol. 22, *Supportive Care in Cancer*. 2014. p. 3243-52. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-014-2344-7>

21. Rietjens, J.A.C., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Maas, P.J., van der Wal, G. A comparison of attitudes towards end-of-life decisions: Survey among the Dutch general public and physicians [Internet]. Vol. 61, *Social Science & Medicine*. 2005. p. 1723-32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.03.024>
22. Morita, T., Hirai, K., Okazaki, Y. Preferences for Palliative Sedation Therapy in the Japanese General Population [Internet]. Vol. 5, *Journal of Palliative Medicine*. 2002. p. 375-85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1089/109662102320135261>
23. Sanjo, M., Miyashita, M., Morita, T., Hirai, K., Kawa, M., Akechi, T., *et al.* Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan [Internet]. Vol. 18, *Annals of Oncology*. 2007. p. 1539-47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdm199>
24. Rietjens, J.A.C., van der Heide, A., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Maas, P.J., van der Wal, G. Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making [Internet]. Vol. 20, *Palliative Medicine*. 2006. p. 685-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0269216306070241>
25. Scherrens, A.-L., Roelands, M., Van den Block, L., Deforche, B., Deliëns, L., Cohen, J. What influences intentions to request physician-assisted euthanasia or continuous deep sedation? *Death Stud.* 2018 Sep;42(8): 491-7.
26. Van der Kallen, H.T., Raijmakers, N.J., Rietjens J.A., van der Male A.A., Bueving H.J., *et al.* Opinions of the Dutch public on palliative sedation: a mixed-methods approach [Internet]. Vol. 63, *British Journal of General Practice*. 2013. p. e676-82. Available from: <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp13x673685>
27. Marcoux I., Mishara B.L., Durand, C. Confusion between euthanasia and other end-of-life decisions: influences on public opinion poll results. *Can J Public Health.* 2007 May;98(3): 235-9.
28. Trivedi, N., Peterson, E.B., Ellis, E.M., Ferrer, R.A., Kent, E.E., Chou, W.-Y.S. Awareness of Palliative Care among a Nationally Representative Sample of U.S. Adults. *J Palliat Med* [Internet]. 2019 Apr 30; Available from: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2018.0656>
29. Kozlov, E., McDarby, M., Carrington Reid, M., Carpenter, B.D. Knowledge of Palliative Care Among Community-Dwelling Adults [Internet]. Vol. 35, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. 2018. p. 647-51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/1049909117725725>

Annexe 1 Démarche de recherche

Question de recherche:

Quelles sont les représentations sociales de la population générale, par rapport aux pratiques de soins de fin de vie, plus spécifiquement la sédation palliative continue?

PICO:

Population: population générale (non professionnel)

Intervention: sédation palliative continue

Comparateur: Aucun

Outcomes: représentations sociales, connaissances et attitudes

Stratégies de recherche:

((((attitudes OR attitude OR perceptions OR perception OR opinions OR opinion OR preferences OR preference OR thoughts OR feelings OR feeling OR beliefs OR believe OR believed OR “social representation” OR “social representations” OR representation OR representations OR knowledge OR knowledges OR understand* OR convictions OR conviction OR awareness OR view OR views OR “Attitude”[Mesh] OR “Health Knowledge, Attitudes, Practice”[Mesh])) AND (“palliative sedation” OR “deep sedation” OR “continuous sedation” OR “terminal sedation” OR “Deep Sedation”[Mesh])) AND (“General population” OR “public” OR “general public” OR “Citizen” OR “Citizens” OR “Population”[Mesh])

(“General population” OR “public” OR “non-professional” OR “non-professionals” OR “general public” OR “Citizen” OR “Citizens” OR (MH “Population”) OR (MH “Urban Population”) OR (MH “Suburban Population”) OR (MH “Rural Population”)) AND (“palliative sedation” OR

“deep sedation” OR “continuous sedation” OR “terminal sedation” OR (MH “Sedation”)) AND (“Attitudes” OR “attitude” OR “perceptions” OR “perception” OR “opinions” OR “opinion” OR “preferences” OR “preference” OR “thoughts” OR “feelings” OR “feeling” OR “beliefs” OR “believe” OR “believed” OR “social representation” OR “social representations” OR “representation” OR “representations” OR “knowledge” OR knowledges” OR understand* OR “convictions” OR “conviction” OR “awareness” OR “view” OR “views” OR (MH “Attitude”) OR (MH “Knowledge”) OR (MH “Health Knowledge”))

Critères d’inclusion:

Population: Personnes atteintes d’une maladie grave et incurable; proches ayant accompagné une personne en fin de vie en soins palliatifs; proches ayant accompagné une personne âgée atteinte de démence sévère en fin de vie; personnes vivant dans une situation de précarité financière ou sociale

Intervention: Sédation palliative continue

Outcome: Connaissances; croyances; opinion; attitudes; représentations

Types d’études: Toutes études primaires

Langue: Français; anglais

Année de parution: 2000 et plus

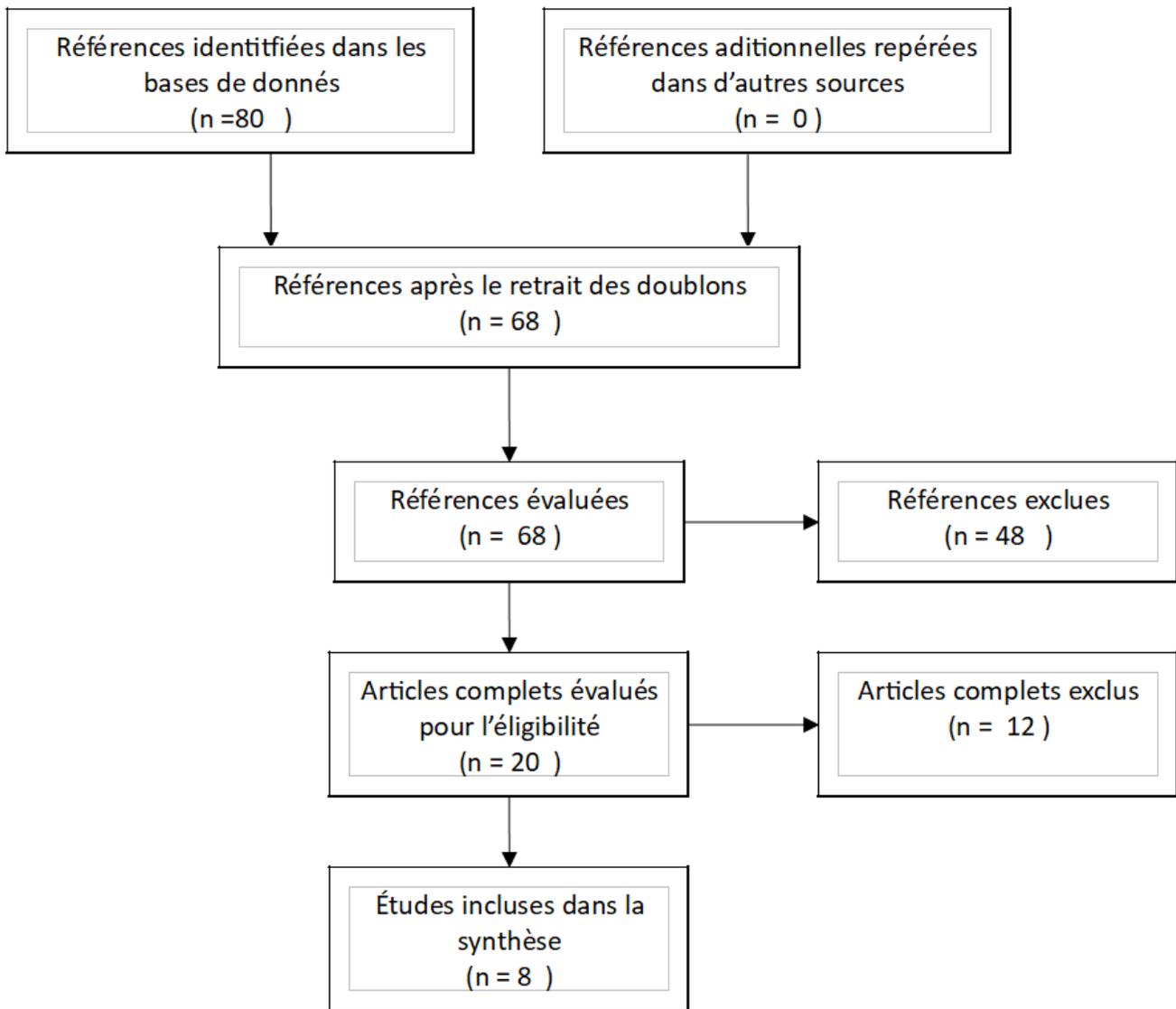
Critères d’exclusion:

Population: Professionnels de la santé; étudiants dans le domaine de la santé

Intervention: Sédation intermittente; sédation profonde dans un contexte autre que la fin de vie; sédation légère ou modérée

Outcome: Expérience

Annexe 2
Diagramme de flux



Annexe 3 Résultats

Tableau 1. Caractéristiques des études

Source	Pays	Type d'étude	Objectif	Composition de l'échantillon	Taille de l'échantillon
Toporski et al., 2017 (19)	France	Qualitative Étude descriptive qualitative	Explorer plus précisément comment le grand public s'est saisi de ces notions (en lien avec le droit à la sédation profonde) et ce qu'il pouvait en dire.	Population générale; internautes	N= 1819
Bruinsma et al., 2014 (20)	Pays-Bas, Belgique et Royaume-Uni	Qualitative Étude descriptive qualitative	Explorer les descriptions et expériences des proches en ce qui à trait à la sédation palliative continue dans les soins de fin de vie chez les patients atteints de cancer, ainsi qu'identifier et expliquer les différences entre les répondants des Pays-Bas, de la Belgique et du Royaume-Uni.	Proches de 32 personnes ayant reçu la sédation palliative	N= 32-38*
Rietjens et al., 2005 (21)	Pays-Bas	Quantitative Étude descriptive comparative (Transversale)	Comparer les attitudes du grand public néerlandais et des médecins à l'égard de trois décisions différentes en fin de vie: euthanasie active, la sédation finale et l'augmentation du dosage de morphine avec possibilité d'une mort prématurée.	Population générale membre du panel de «l'association des consommateurs»	N= 1388
Morita et al., 2002 (22)	Japon	Quantitative Étude descriptive corrélationnelle (Transversale)	Clarifier le type de sédation préféré par la population générale japonaise; identifier les facteurs qui influencent les préférences; déterminer comment la population estime que les médecins devraient les informer au sujet des thérapies de sédation.	Population générale ayant assisté à des conférences sur la santé destinées aux non-professionnels	N= 457
Sanjo et al., 2007 (23)	Japon	Quantitative Étude comparative/corrélationnelle (Transversale)	Conceptualiser de manière globale une bonne mort dans un échantillon représentatif de la population japonaise et en explorer les associations avec les préférences en matière de choix de fin de vie.	Population générale non endeuillée, population générale endeuillée, membres de la famille endeuillée d'une personne décédée d'un cancer	N= 3061
Rietjens et al., 2006 (24)	Pays-Bas	Quantitative Étude descriptive corrélationnelle	Mieux comprendre les caractéristiques d'une bonne mort pour la population générale néerlandaise, et déterminer si les attitudes envers l'euthanasie, la sédation terminale et l'utilisation de fortes doses de morphine sont associées à des attitudes envers une bonne mort.	Population générale membre du panel de «l'association des consommateurs»	N= 1388
Scherrens et al., 2018 (25)	Belgique	Quantitative Étude descriptive corrélationnelle (Transversale)	Examiner si les décisions de fin de vie sont/étaient liées aux caractéristiques sociodémographiques, au soutien social et à l'état de la santé physique et mentale	Population générale (analyse secondaire données du National Health Interview Survey 2008)	N= 9,651
Van der Kallen et al., 2013 (26)	Pays-Bas	Mixte Partie quantitative: Étude séquentielle explicative Partie qualitative: étude descriptive qualitative	Donner un aperçu de l'attitude du grand public à l'égard de la sédation palliative, dans le but d'informer les professionnels de la santé sur la manière de communiquer adéquatement et de prendre des décisions sur la fin de vie avec les patients et leurs proches.	Population générale, membre du panel	N= 1960**
				«centERpanel»	N= 16***

* Trente-huit (38) personnes ont participé à 32 entretiens. Seulement 32 personnes, soit celles considérées comme les plus impliquées dans les soins de la personne défunte, ont été sollicitées pour les questionnaires sociodémographiques.

** Échantillon pour la collecte des données quantitatives.

*** Échantillon pour la collecte des données qualitatives.

Tableau 2. Caractéristique des participants

Source	Taille de l'échantillon	Sexe (%)	Âge (moyenne) étendu	Niveau d'éducation (%)*	Croyances religieuses (%)
Toporski et al., 2017 (19)	N= 1819	ND	ND	ND	ND
Bruinsma et al., 2014 (20)**	N= 32	F = 31,3 H =68,8	ND	ND	ND
Rietjens et al., 2005 (21)	N= 1388	F = 61 H = 39	(47) 20-93	Faible = 50 Élevé = 50	Aucune = 44 Présence de = 56
Morita et al., 2002 (22)	N= 457	F =68 H =32	(51) moins de 30-plus de 70	Faible = 51 Élevé = 47	Aucune = 47 Présence de = 51,4
Sanjo et al., 2007 (23)	N= 3061	F = 60,5 H = 39,5	(ND)Moins de 49-plus de 70	ND	ND
Rietjens et al., 2006 (24)	N= 1388	F = 61 H= 39	(47) 20-93	Faible = 50 Élevé = 50	Aucune = 44 Présence de = 56
Scherrens et al., 2018 (25)	N= 9651	F = 51,9 H = 48,1	(ND)15- plus de 75	Faible = 27,5 Élevé = 72,5	ND
Van der Kallen et al., 2013 (26)	N=1960***	F = 46 H= 54	(ND)moins de 50 - plus de 70	Faible = 32 Élevé = 68	Aucune = 42 Présence de = 58
	N= 16****	F = 50 H = 50	(ND)moins de 50 - plus de 70	Faible = 31 Élevé = 69	ND

* Le niveau de scolarité a été déterminé selon le système de classification prédominant dans les études: le niveau d'éducation élevé est défini comme l'enseignement professionnel intermédiaire ou secondaire supérieur général; enseignement professionnel supérieur; université. Le faible niveau d'éducation est défini comme enseignement professionnel inférieur; enseignement secondaire inférieur général; école primaire.

** Ces résultats sont présentés en nombre (N=) dans les études; une conversion a été réalisée, en fonction de la taille de l'échantillon, afin de faciliter la lecture du tableau.

*** Échantillon pour la collecte des données quantitatives.

**** Échantillon pour la collecte des données qualitatives.

Tableau 3. Attitude

Source	Question posée*	Type d'échelle utilisée	Favorable (%) ***	Défavorable (%) ***	Taille de l'échantillon
Rietjens et al., 2005 (21)	M. Van der Buis a 61 ans et est atteint d'un cancer avec métastases étendues. Sa maladie est incurable et il souffre de douleur intense. Il fait une demande explicite d'euthanasie à son médecin. Estimez-vous qu'il est acceptable que le médecin : provoque un état d'inconscience, le patient ignorant la douleur et mourant dans la semaine?	Échelle de type Likert à 5 points.	58	ND	N=1388
	Joke Jaspema à 15 ans et souffre d'un cancer avec métastases étendues. Sa maladie est incurable et elle souffre beaucoup. Après discussion avec ses parents, elle fait une demande d'euthanasie à son médecin. Est-il acceptable que le médecin : provoque un état d'inconscience, le patient ignorant la douleur et mourant dans la semaine?	Échelle de type Likert à 5 points	60	ND	N=1388
Morita et al., 2002 (22)	Identifier pour chaque option l'acceptabilité pour de la souffrance intraitable de nature psychologique; Les options sont: (1) des soins sans sédation (2) une sédation légère (3) sédation profonde intermittente (4) sédation profonde et continue et (5) suicide assisté par un médecin (PAS)/euthanasie.	Échelle de type Likert à 4 points	29,6	71	N=457
	Identifier pour chaque option l'acceptabilité pour de la souffrance intraitable de nature physique; les options sont: (1) des soins sans sédation (2) une sédation légère (3) sédation profonde intermittente (4) sédation profonde et continue et (5) suicide assisté par un médecin (PAS)/euthanasie.	Échelle de type Likert à 4 points	27,2	72	N= 457
Sanjo et al., 2007 (23)	Si vous aviez une détresse réfractaire grave, voudriez-vous le traitement suivant? L'administration de sédatif afin de ne ressentir aucune détresse en raison d'une réduction de conscience (thérapie de sédation palliative).	Échelle de type Likert à 4 points	78,7	21,7	N=3061
Rietjens et al., 2006 (24)**	M. Van der Buis a 61 ans et est atteint d'un cancer avec métastases étendues. Sa maladie est incurable et il souffre de douleur intense. Il fait une demande explicite d'euthanasie à son médecin. Estimez-vous qu'il est acceptable que le médecin : provoque un état d'inconscience, le patient ignorant la douleur et mourant dans la semaine?	Échelle de type Likert à 5 points	56,6	39,9	N= 1388
Scherrens et al., 2018 (25)	Si vous étiez confronté à une maladie en phase terminale, pourriez-vous envisager de demander au médecin de : administrer des médicaments qui vous garderaient inconscients jusqu'à votre mort?	Échelle de type Likert à 5 points	25,8	ND	N= 6657
Van der Kallen et al., 2013 (26)	Identifier le degré d'accord avec l'acte du médecin. M. Avezaath est un homme de 70 ans atteint d'un cancer intestinal incurable avec métastases. Il souffre beaucoup. Le médecin pense qu'il a une espérance de vie de moins d'une semaine. Les médicaments contre la douleur ne peuvent pas soulager suffisamment sa douleur. Après avoir parlé à M. Avezaath, le médecin décide de recourir à la sédation jusqu'au moment de son décès pour le soulager de ses souffrances. Dans cette situation, M. Avezaath ne peut plus ni manger ni boire et des fluides ou de la nourriture ne seront pas donnés. Le médecin administre un sédatif, après quoi M. Avezaath s'endort rapidement. Il décède une semaine plus tard.	ND	81	ND	N=974

* Traduction libre.

** Ces résultats sont présentés en nombre (N=) dans les études; une conversion a été réalisée, en fonction de la taille de l'échantillon, afin de faciliter la lecture du tableau.

*** Les résultats ont été dichotomisés selon la manière prédominante dans les études: les réponses de type *oui, probablement oui* ont été considérées comme attitudes favorables, les réponses de type *non, probablement non et peut-être* ont été considérées comme attitudes défavorables.