

DOSSIER

L'Évaluation thérapeutique, un nouveau paradigme clinique



Stephen E. Finn,
Ph. D.

Psychologue,
centre d'évaluation
thérapeutique,
Austin, Texas, États-Unis

L'Évaluation thérapeutique : genèse, efficacité et

Si l'Évaluation thérapeutique se présente comme un paradigme d'évaluation relativement récent, comment cette méthode est-elle née ? Qu'est-ce qui la différencie réellement de l'évaluation psychologique classique ? Quels sont les fondements théoriques qui la soutiennent ? Présentation de cette approche par l'un de ses pères fondateurs.

HISTORIQUE

L'Évaluation thérapeutique et collaborative¹ connaît un intérêt grandissant depuis quelques années et s'inscrit de plus en plus dans le mouvement actuel de soins collaboratifs dans le domaine de la médecine².

Il s'agit d'un paradigme d'évaluation relativement nouveau, qui utilise les tests psychologiques comme principaux ingrédients d'une intervention psychothérapeutique brève (Finn, 2007 ; Finn, Tonsager, 1997). Cette méthode s'est inscrite dans la tradition d'évaluation collaborative et humaniste introduite par Constance T. Fischer (1985), Leonard Handler (2006) et bien d'autres, et a été développée par mes collègues et moi-même à Austin, au Texas. D'un point de vue empirique, nous avons souvent remarqué que le bilan psychologique produisait des transformations psychologiques importantes pour certaines personnes. Lorsque je faisais partie du corps enseignant à l'université du Texas à Austin, avec mes étudiants nous réfléchissions régulièrement à l'aspect potentiellement thérapeutique d'une passation de tests (Finn, Tonsager, 1992) et nous avons ensuite développé une théorie expliquant

ce phénomène. Cette théorie initiale a mené ultérieurement à un travail de recherche plus soutenu et à des ajustements méthodologiques. À l'origine, la majorité de notre travail s'effectuait avec des patients adultes. Au fur et à mesure, les techniques de l'Évaluation thérapeutique ont été élargies à l'évaluation des jeunes enfants et à ceux qui s'en occupent (Tharinger *et al.*, 2007), à des adolescents et à leurs familles (Tharinger, Gentry, Finn, 2013) et, enfin, à des couples (Finn, 2012)³.

DIFFÉRENCES ENTRE L'ÉVALUATION THÉRAPEUTIQUE ET L'ÉVALUATION TRADITIONNELLE

Il y a plus de dix ans, nous avons écrit un article avec notre collègue Mary E. Tonsager (Finn, Tonsager, 1997) pour comparer l'Évaluation thérapeutique au paradigme de l'évaluation générale qui, à l'époque, était pratiquée partout dans le monde et que nous appelions « l'évaluation par recueil de données ». Dans cette forme d'évaluation traditionnelle, les tests psychologiques sont utilisés pour poser un diagnostic et classer les patients selon des catégories de fonctionnements établis (le QI, par exemple). Cela permet de faciliter la communication entre professionnels et d'améliorer l'élaboration des prises en charge thérapeutiques. Souvent, étudiants ou psychologues proposent ces passations de manière standardisée pour conserver la fidélité et la validité des données recueillies. Ensuite, un psychologue expert les interprète de façon unilatérale (c'est-à-dire sans l'intervention du patient) et tire des conclusions qu'il partage avec d'autres professionnels (par exemple des psychiatres, des psychothérapeutes, des juges, des enseignants ou des employeurs). Ces experts se servent ensuite de ces informations pour prendre des décisions qui impacteront la vie de leur patient. Dans cet objectif, l'évaluation psychologique traditionnelle s'est développée pour encadrer les nombreuses décisions

tiq : théorisation

que doivent prendre les professionnels et contribuer ainsi à une prise de décision éclairée.

L'Évaluation thérapeutique ne perd pas de vue cet objectif, mais y ajoute l'espoir d'aider les patients et leurs proches à améliorer leur vie. Les mêmes tests psychologiques traditionnels sont encore utilisés, mais les patients sont impliqués dans chaque étape de l'évaluation – du choix des objectifs, à l'interprétation des réponses et des données, jusqu'à la mise en lumière des résultats à l'aide de leur contexte de vie. Les patients nous aident à identifier les directions à prendre, au terme de l'évaluation, et ils reprennent les retours écrits que nous leur transmettons pour y ajouter leurs commentaires et/ou leurs avis divergents. Les psychologues demeurent les professionnels des tests psychométriques, de la personnalité, de la psychopathologie et du fonctionnement cognitif, mais les patients sont reconnus comme *les experts* de leur vie et de leur propre histoire.

LE CORPUS DE RECHERCHE

On dispose aujourd'hui de nombreuses études contrôlées portant sur l'Évaluation thérapeutique ou collaborative⁴ avec des échantillons variés de patients (par exemple, ceux qui consultent en ambulatoire, ceux qui sont hospitalisés, adultes, enfants, couples, etc.) qui présentent des symptômes cliniques différents (tels que la dépression, la psychose, le PTSD, les troubles de la personnalité, la douleur chronique, les troubles comportementaux de l'enfant, etc.).

Généralement, ces études montrent que cette méthode peut avoir deux effets notables :

- une baisse des symptômes du patient, de sa honte et de sa détresse émotionnelle (Aschieri, Smith, 2012 ; Finn, Tonsager, 1992 ; Newman, Greenway, 1997 ; Miller, Cano, Wurm, 2013 ; Smith, Handler, Nash, 2010 ; Tharinger, Finn *et al.*, 2009) ;
- une amélioration de son adhésion au traitement, de son alliance thérapeutique et de la satisfaction avec

son traitement actuel ou futur, ainsi que de l'efficacité du traitement (Ackerman, Hilsenroth, Baity, Blagys, 2000 ; Saeger *et al.*, 2014 ; Ougrin, Ng, Low, 2008 ; Smith, Eichler, Norman, Smith, 2014).

L'Évaluation thérapeutique ne fonctionne pas avec tous les patients (Finn, 2007). Cependant, aujourd'hui, nous avons identifié une caractéristique qui permet d'anticiper la réussite, qui est : l'adhésion du patient au processus de passation des tests et de l'évaluation. C'est pour cela que nous estimons que cette approche est moins efficace dans des contextes où les patients sont évalués contre leur gré, lors de recrutements ou d'enquêtes judiciaires, par exemple. Cependant, les psychologues examinateurs peuvent incorporer des principes et techniques issus de cette méthode lors d'évaluations qui ne se déroulent pas sur la base du volontariat. Cela permettra de toujours considérer les patients de manière respectueuse.

COMMENT FONCTIONNE L'ÉVALUATION THÉRAPEUTIQUE ?

À ce jour, nous savons que l'Évaluation thérapeutique offre de nombreux bénéfices, mais nous recueillons encore des preuves empiriques pour élaborer une théorie solide qui pourrait expliquer comment et pourquoi elle aide nos patients. Avec Mary E. Tonsager (Finn, Tonsager, 1997), nous postulons que cette approche répond à trois →

Notes

1. CTA ou Collaborative and Therapeutic Assessment, en anglais.
2. The Working Party Group in Integrated Behavioral Healthcare, 2014.
3. Dans un recueil de cas récemment publié (Finn, Fischer, Handler, 2012), les auteurs présentent un large éventail de cas de patients souffrant de difficultés diverses qui ont tiré profit de cette approche.
4. Pour avoir un résumé exhaustif de la recherche actuelle sur l'Évaluation thérapeutique, voir Finn, Fischer et Handler, 2012.

DOSSIER

L'Évaluation thérapeutique, un nouveau paradigme clinique

→ besoins primaires : l'autovérification, l'autovalorisation et l'efficacité personnelle et la découverte de soi.

L'autovérification

L'autovérification est un terme employé pour la première fois par William B. Swann (1997) pour décrire le besoin humain de confirmer la perception de soi-même et du monde qui nous entoure. Cela permet de maintenir un sentiment de contrôle, de stabilité et de prévisibilité. En d'autres termes, nous avons tous une « histoire » implicite ou un « discours interne » que nous avons développé(e) au cours de notre vie, basé(e) sur nos différentes expériences. Les psychologues cognitivistes ont démontré que nous avons tendance à sélectionner les informations qui confirment ces histoires, pour ainsi filtrer celles qui les mettent à mal. Jean-Paul Sartre le disait si bien : « *C'est ce qui dupe les gens : un homme, c'est toujours un conteur d'histoires, il vit entouré de ses histoires et des histoires d'autrui, il voit tout ce qui lui arrive à travers elles ; et il cherche à vivre sa vie comme s'il la racontait.* » (Sartre, 1938.)

Lors de l'Évaluation thérapeutique, les cliniciens tentent de répondre au besoin d'autovérification du sujet. Ils utilisent les résultats pour confirmer – quand cela est possible – que ses perceptions sont sous-tendues par des données psychométriques. Par exemple, il y a quelques années, je travaillais avec une personne qui se demandait pourquoi elle était si mal à l'aise en soirée, entourée par beaucoup de monde. Cette personne savait qu'elle était « timide », mais avait tendance à écarter cette explication, notamment parce que sa mère disait que c'était une « excuse ». Lors d'une de nos séances, je lui ai montré son score de 75T au MMPI-2 sur l'échelle d'Introversion⁵. Je lui ai aussi expliqué que l'introversion est un trait de personnalité assez stable, qui a une forte base génétique. Je lui ai parlé de notre projet de recherche, mené par un de mes enseignants au cours de mon doctorat, qui montrait l'incroyable stabilité des scores à cette échelle du MMPI chez des hommes testés sur une période de trente ans (Leon, Gillum, Gillum, Gouze, 1979). Cela m'indiquait qu'il était peu probable que sa timidité change sans intervention majeure, mais qu'il pouvait apprendre à mieux vivre avec. Mon patient m'a répondu que ces résultats ne le surprenaient pas, car il savait déjà qu'il était timide, mais qu'il était soulagé par le fait que cette « timidité » n'était pas simplement le résultat d'un « manque d'effort » de sa part, comme le disait depuis toujours sa mère. Il disait que des scores au niveau 99 % étaient en accord avec son expérience et qu'il commençait à penser que ses difficultés émanaient du fait que la société méprise ceux qui ne sont pas extravertis. J'ai validé son interprétation, et nous avons

longuement parlé de la difficulté à survivre dans notre société en tant que personne timide, où seules la confiance en soi et l'extraversion sont récompensées. En concluant notre séance, mon patient ne cessait de s'exclamer : « *Je savais tout cela à mon sujet, mais en avoir la confirmation m'aide tellement !* »

L'autovalorisation

L'autovalorisation traduit la nécessité d'avoir une bonne image de nous-même et de se sentir aimé, accepté et valorisé par les autres. Ce besoin peut être compris comme un désir humain de base qui vise à maintenir une estime de soi élevée. Et comme tout professionnel le sait bien, nombre de patients qui viennent consulter présentent une estime de soi très diminuée !

Car, généralement, ces patients ont développé des histoires personnelles implicites où ils se dépeignent comme « mauvais », « défectueux », « incapables » ou « insignifiants ». Cela leur permet de donner du sens à la négligence, à l'abus, aux moqueries ou à l'abandon qu'ils ont subis de la part des figures précoces et significatives. La mauvaise estime de soi constitue un dilemme complexe pour les psychothérapeutes.



En effet, le besoin d'autovérification empêche la plupart de nos patients d'accueillir un quelconque *feedback* positif de la part de leurs thérapeutes ou de leurs proches, alors que, majoritairement, ils souhaitent par-dessus tout être appréciés et valorisés. Cependant, quand un thérapeute propose au sujet une interprétation bienveillante de ses défauts imaginés, elle a tendance à discréditer ces dires. En effet, ces patients se disent en leur for intérieur : « Cette personne ne me connaît pas vraiment » ou « Oui, mais je paie cette personne, donc je peux difficilement faire confiance en ce qu'elle perçoit... » Une estime de soi basse peut aussi pousser les patients à éviter des situations ou des relations dans lesquelles des informations positives les concernant pourraient venir contredire leur histoire personnelle actuelle. Dans l'Évaluation thérapeutique (ET), nous tentons de répondre à ce dilemme de diverses façons. Tout d'abord, nous abordons la question de l'autovalorisation indirectement. En les impliquant dans le processus d'évaluation, ils deviennent des collaborateurs essentiels. Nous leur transmettons donc un message qui leur indique que nous prenons en compte ce qu'ils ont à dire, car ils peuvent ainsi nous renseigner au mieux sur leur vécu.

De cette façon, ils se sentent respectés et valorisés, et, pour certains, cette expérience peut être tout à fait nouvelle – à la fois dans leur vie et dans le cadre de leur prise en charge. Se sentir valorisés les encourage à plus souvent s'exprimer sur eux-mêmes, ce qui développe, à terme, l'affirmation de soi.

Ce processus progressif peut commencer à restaurer l'estime de soi. Le désir d'autovérification demeure longtemps et, parfois, il pousse les patients

En les impliquant dans le processus d'évaluation, les patients deviennent des collaborateurs essentiels.

à « inviter » les évaluateurs, à les critiquer ou à les discréditer pour confirmer leur mauvaise estime de soi.

Je me souviens du père d'un des garçons que j'évaluais, qui refusait systématiquement de se rendre aux séances d'évaluation de son fils, en avançant qu'il devait travailler et que sa femme était la réelle experte le concernant. Comme je continuais à lui affirmer que je souhaitais un retour de sa part, il a enfin accepté de venir à quelques séances, et semblait abasourdi lorsque je l'ai remercié pour ses observations, que j'avais clairement incorporées dans ma restitution du cas et les recommandations qui en découlaient. Par la suite, il m'a remercié de l'avoir « poussé » à venir, parce qu'il avait enfin mesuré l'importance de cela vis-à-vis de son fils.

Un deuxième bénéfice de l'Évaluation thérapeutique qui s'adresse aux patients ayant une faible estime de soi provient du fait qu'elle leur permet de prendre en compte des informations valorisantes. Cette technique, que nous appelons « l'échafaudage » ou « l'étayage », est aussi désignée, dans notre communauté, par le vocable « demi-pas⁶ ». Ce concept est extrait de l'œuvre du psychologue russe Lev S. Vygotsky (Vygotsky, Cole, 1978) et demeure très utilisé dans le domaine de l'éducation (Berk, Winsler, 1995). Cette méthode nécessite la présence d'un enseignant, d'un parent ou d'un thérapeute qui apporte un soutien « suffisamment bon » pour que les enfants ou les patients puissent avancer sur leur chemin personnel ou dans leurs apprentissages. Pour être bénéfique, ce soutien doit être adapté et respecter les caractéristiques de ➔

Notes

5. Pour les lecteurs qui méconnaissent ce test, ce résultat est à 2,5 écart-types au-dessus de la moyenne pour un échantillon normatif masculin. Je lui ai expliqué que ce score signifiait qu'il était bien plus timide que 99 % des hommes dans la population générale, ce qui voulait dire que si nous trouvions 100 hommes dans la rue, il serait sans doute plus introverti que 99 d'entre eux.

6. Half-step.



→ l'individu. Car, lorsqu'il est bien adapté aux spécificités individuelles, il permet des changements positifs plus rapides. En effet, une aide trop soutenue entraverait la croissance personnelle ; trop peu d'appui pourrait mener à l'échec. Comment appliquer ce concept à l'autovalorisation ? Voici un exemple de notre pratique : lorsque nous travaillons avec un patient qui souffre de problèmes liés à l'estime de soi, nous faisons attention à ne pas trop le féliciter. En effet, nous essayons d'abord de le rejoindre sur un aspect de son autocritique *avant* de proposer un commentaire positif. Cette stratégie semble aider les patients à contourner l'envie de mettre en place une conduite d'autovérification négative.

Une aide trop soutenue entraverait la croissance personnelle ; trop peu d'appui pourrait mener à l'échec.

Cette stratégie est illustrée dans le dialogue ci-après, mené avec un patient dont l'estime de soi était particulièrement fragile. Il venait d'obtenir un score de 11 aux Cubes au test de la WAIS-III :

– S. F. (en rangeant les cubes) : *Comment vous vous sentiez pendant cet exercice ?*

– Patient : *Pas bien du tout. Je me suis senti bête tout le long, surtout lors des exercices de fin.*

– S. F. : *J'ai vu que vous éprouviez des difficultés sur les deux derniers, effectivement.*

– Patient : *Oui, et je n'ai pas eu le temps de finir avant que vous m'arrêtiez.*

– S. F. : *Oui, je l'ai remarqué. Il semblait que ces problèmes étaient peut-être trop difficiles pour vous dans le temps imparti.*

– Patient : *Ça, c'est l'histoire de ma vie. J'ai toujours échoué parce que je mets plus de temps que les autres à effectuer une tâche.*

– S. F. : *Ça doit être très difficile à vivre pour vous !*

– Patient : *Oui, ça l'est ! Après, j'ai l'impression que je vauds moins que les autres !*

– S. F. : *Je comprends... ça doit être très difficile ! (Longue pause.) Mais est-ce que vous avez remarqué quelque chose de différent dans votre façon d'aborder les deux dernières questions difficiles ?*

– Patient : *Qu'est-ce que vous voulez dire ?*

– S. F. : *Je peux me tromper, mais il me semble que vous avez essayé du mieux que vous pouviez jusqu'à la dernière seconde. N'est-ce pas ?*

– Patient : *Oui, j'avais vraiment envie de les réussir.*

– S. F. : *J'ai vu ça. Et vous savez comment la plupart des personnes auraient agi ?*

– Patient : *Non, dites-moi.*

– S. F. : *Elles auraient abandonné ! Quand elles n'arrivent pas à répondre du premier coup, elles arrêtent d'essayer avant que le temps soit écoulé.*

– Patient : *Vraiment ?*

– S. F. : *Vraiment ! Mais vous n'avez pas réagi comme ça. Et ça, c'est une de vos caractéristiques. Vous continuez à vous investir, même quand les choses s'avèrent difficiles ?*

– Patient : *Il me semble. Mes amis disent que je persévère, même quand je suis dans une impasse.*

– S. F. : *Ah bon ? Ça doit être difficile de vous investir autant parfois... Mais, dans ce cas précis, quand je vous regardais, j'admirais vraiment votre persévérance !*

– Patient : *Vraiment ?*

– S. F. : *Oui et si je ne me trompe pas... (je recompte rapidement les points)... laissez-moi regarder dans le manuel. Oui, c'est ce que je pensais... Vous voulez connaître votre score ?*

– Patient : *Oui !*

– S. F. : *Vous avez eu 11. La moyenne est de 9 à 11, donc vous vous trouvez dans la tranche haute des scores moyens. Donc vous avez réussi, votre performance n'est pas mauvaise du tout. Ces résultats me disent que vos compétences visuo-spatiales sont tout à fait dans la norme.*

– Patient : *Ah ? J'avais l'impression d'être nul !*

– S. F. : *Je sais que vous aviez cette impression. Mais vous avez très bien fait, et je crois que votre persévérance est un élément explicatif. Vous avez continué à vous concentrer et à vous investir tout au long de la tâche, même sur les deux derniers problèmes – qui sont d'ailleurs si difficiles que la plupart des personnes ne les résolvent pas.*

– Patient : *Ils n'y arrivent pas non plus ?*

– S. F. : *Non, vous ne vous souvenez pas de ce que je vous ai dit. Pour ce test, on doit continuer jusqu'à ce que vous échouiez. C'est comme ça qu'il a été conçu.*

– Patient : *Donc, en fait, il y a des choses que je sais bien faire*

– S. F. : *C'est ce que vos résultats nous disent. Vous en pensez quoi ?*

Dans cette séquence, on peut remarquer que nous avons proposé un commentaire bienveillant après avoir partagé la frustration du patient. Cela lui a permis d'accepter les commentaires positifs sur sa persévérance à la fin de la conversation. Nous sommes sûr que si nous avions commencé avec cette information, ou si nous avions été trop enthousiaste, le patient aurait rejeté ce *feedback* positif en raison de son besoin d'autovérification. Et cet échange nous a permis de lui renvoyer l'aspect

bénéfique de cette persévérance au fil de l'avancement de l'évaluation.

L'efficacité personnelle / la découverte de soi

Avec Mary E. Tonsager (Finn, Tonsager, 1997), nous avons émis l'hypothèse selon laquelle l'Évaluation thérapeutique produit un troisième bénéfice. En effet, nous estimons qu'elle permet de répondre aux besoins d'efficacité personnelle et de découverte de soi. Beaucoup de théoriciens, dont Anna Freud (1936), Heinz Hartmann (1958), Alfred Adler (1925) et Albert Bandura (1994), ont décrit le désir inné d'explorer, d'apprendre de nouvelles choses, de se développer et de se sentir compétent. Nous pensons qu'une des principales difficultés affirmées par des patients qui souhaitent entamer un travail thérapeutique est leur manque d'auto-efficacité. Bien souvent, au lieu de se considérer comme des participants actifs dans la coconstruction de leur vie, ils se voient comme des victimes impuissantes, qui ont « subi » toutes sortes de situations de la part des autres. De plus, nous estimons que le processus d'évaluation thérapeutique traditionnelle confirme, sans le vouloir, fréquemment cette croyance. Souvent, les patients s'y rendent sur recommandation d'un « expert », sans vraiment comprendre cette orientation ou la destination finale des résultats. Si les résultats sont transmis de manière sommaire, ou si les éléments relatés sont parsemés de jargon professionnel, les patients peuvent se sentir moins capables et moins efficaces. C'est la dernière chose que l'on peut leur souhaiter !

Comme nous l'avons évoqué précédemment, nous devons commencer à satisfaire le besoin d'efficacité personnelle dès la première séance de l'Évaluation thérapeutique. Nous débutons ce processus en demandant à la personne ce qu'elle souhaite apprendre sur elle-même, grâce à la passation des tests. Nous procédons de la sorte, même avec des personnes qui sont adressées par une source externe (nombre de nos patients viennent dans notre centre sur leur propre initiative). Nous les encourageons à se montrer curieux et à formuler des questions qui nous permettront d'explorer ensemble différents aspects de leur personnalité et de leurs problèmes. Par exemple, le patient du tests des Cubes, évoqué ci-dessus, s'est interrogé sur le « *Pourquoi je ne réussis jamais rien ? Suis-je bête ? Et, si ce n'est pas le cas, pourquoi j'échoue toujours ?* » Nous avons remarqué que le fait de faire émerger ces questions chez le patient l'implique davantage dans le processus d'évaluation avant même qu'il ne le commence. Ensuite, quand nous leur demandons de participer

à la discussion autour de leurs réponses et d'exprimer leur vécu au moment de la passation, ils parviennent (grâce à un étayage approprié de notre part) à entrevoir des schémas dysfonctionnels qui se reproduisent. Cela leur permet d'acquérir un *insight* important et de faire le lien entre ces nouvelles informations et leurs questions initiales.

Si tout se déroule comme prévu, les patients sont souvent capables de répondre à leurs propres questions – au moins en partie – à la fin de l'évaluation. Nous pouvons ajouter des informations grâce à nos connaissances des tests et en psychologie, que nous leur proposons de valider ou de rejeter. En leur demandant leur avis, nous leur montrons que nous les estimons compétents et capables d'appliquer ces nouvelles informations à l'amélioration de leurs conditions de vie. Nous ne sommes pas étonnés de voir qu'ils sont nombreux à ressentir un sentiment de fierté et d'efficacité personnelle à la fin d'une Évaluation thérapeutique, et cela peut expliquer leur adhésion future aux traitements psychothérapeutiques (Ackerman, Hilsenroth, Baity, Blagys, 2000 ; Ougrin, Ng, Low, 2008).

EN CONCLUSION

L'Évaluation thérapeutique (ET) semble efficace, car elle permet de modifier les « histoires » intérieures de nos patients. Ces histoires sont difficiles à transformer, car ils y sont attachés. En effet, elles leur permettent de comprendre leur environnement et les situations qu'ils rencontrent. En éveillant leur curiosité dès le début de l'évaluation, nous activons leur « moi observateur » pour ainsi leur permettre de collaborer avec nous dans l'analyse de leurs comportements dans leurs liens à leurs résultats.

En même temps que l'examineur utilise les tests psychologiques pour faire émerger son empathie vis-à-vis des problèmes de son patient. Cela nous permet aussi – grâce à un étayage adapté – de proposer à nos patients d'être, à leur tour, empathiques avec eux-mêmes. À la fin de l'évaluation, si tout s'est déroulé comme prévu, les patients commencent à formuler de nouvelles « histoires » les concernant et concernant le monde (Finn, Tonsager, 1997) qui sont plus cohérentes, justes, bienveillantes et utiles que leurs discours passés (Finn, 2007). Dans ces nouveaux récits, le patient se dépeint comme quelqu'un qui a le pouvoir de changer sa vie de façon positive. Et les études montrent que la meilleure estime de soi et l'accroissement du sentiment d'efficacité personnelle qui résultent de cette évaluation leur facilitent la prise de décision nécessaire à leur prise en charge future. ▀