

Comprendre, poser les mots, établir un diagnostic...

Propos de la neuropsychologue et directrice de recherches 1ère classe au CNRS, fondatrice et la Présidente de l'association « Les Yeux dans la Tête », Sylvie Chokron

- Merci beaucoup pour l'invitation...

Jean-Claude Drousseau :

Moi, je vous connais, et vous allez voir, elle est passionnante !

Sylvie Chokron :

Il ne faut pas dire des choses comme ça, il y a une trop grosse pression ! Merci beaucoup pour l'invitation. J'ai en effet plusieurs casquettes, je suis directrice de recherche au CNRS, responsable d'une équipe dans un laboratoire de neurosciences, mais aussi la fondatrice d'un institut qui s'appelle l'institut de Neuropsychologie, Neurovision et Neurocognition, où on reçoit des bébés à partir de un mois qui sont nés dans des conditions de vulnérabilité sur le plan neurologique, des enfants, des adultes, et notre but est de prévenir les troubles, de prendre en charge, de diagnostiquer, d'aider au mieux ces patients et, donc, j'ai à la fois une valence recherche et clinique et puis, en plus de ça, comme M. Drousseau l'a dit, je suis très impliquée dans l'association Les Yeux dans la tête, qui vise à mieux comprendre, mieux informer, mieux former les cliniciens sur les troubles cognitifs et certains troubles particuliers qu'on connaît peu qu'on appelle les troubles neurovisuels. Pour toutes ces raisons, je suis très contente d'être là parce que c'est la poursuite de mon travail, et d'être là aujourd'hui avec vous, c'est un peu l'intégration de toutes mes casquettes. Donc, aujourd'hui... je ne sais pas si on peut avoir la première diapo... ? Oui, je ne m'inquiète pas ! Donc, du coup, aujourd'hui, comme vous aviez ce thème de mettre des mots sur des maux, moi, j'ai choisi de vous parler de l'importance de poser un diagnostic dans le domaine des troubles du neurodéveloppement, domaine que je connais le mieux, et de vous expliquer qu'il y a un monde entre la gêne, le trouble, et que, parfois, actuellement, on souffre du fait que ces troubles du neurodéveloppement, ces troubles « dys », ont été très médiatisés. On pourrait se dire que ça a été une très bonne chose de les médiatiser, mais

leur surmédiatisation aboutit à beaucoup d'erreurs diagnostiques et beaucoup de confusion entre une gêne, un trouble, et c'est ce dont je vais essayer de vous parler. Ah, la télécommande ne marche pas... Du coup, je vais vous dire parce que, visiblement, ça ne marche pas... avant de vous parler des troubles des apprentissages et du neurodéveloppement, un mot sur l'apprentissage. On commence à apprendre déjà in utero, donc, même, par exemple, si on ne perçoit pas visuellement, in utero, les yeux envoient un message au cerveau et le cerveau renvoie un message aux yeux et on a une espèce de rodage du système visuel même s'il n'y a rien à voir. On sait que le bébé va commencer à apprendre, à apprendre à écouter, à toucher, son système visuel va se roder, et cet apprentissage ne va pas s'arrêter tout au long de la vie. Diapositive suivante. Merci.

Et donc, par exemple, chez les adultes, si on demande à des adultes d'apprendre à jongler et qu'on les entraîne pendant plusieurs heures par semaine à jongler avec trois balles, au bout de quelques semaines, on va se rendre compte qu'il y a une petite région dans leur cerveau qui se spécialise, chez des adultes qui n'avaient jamais jonglé avant, tout ça pour vous expliquer que tout apprentissage tout au long de la vie va modifier le cerveau, grâce à ce qu'on appelle la plasticité cérébrale. Et si je vous parle de la plasticité cérébrale, c'est aussi parce que, lorsqu'on va pouvoir mettre des mots sur des maux, justement, lorsqu'on va pouvoir faire un diagnostic, c'est aussi ce mécanisme de réorganisation cérébrale, on pourrait dire de flexibilité, d'adaptabilité du cerveau qui va permettre, si on a fait le bon diagnostic, de mettre en place la bonne prise en charge et de pouvoir restaurer une fonction chez des patients qui auraient eu un dysfonctionnement, que ce soit autour de la naissance, dans l'enfance, ou même à l'âge adulte. Cette plasticité, on pensait qu'elle était réservée à la toute petite enfance. Pas du tout, jusqu'aux âges les plus avancés de la vie, tout apprentissage, toute expérience modifie le cerveau. Diapositive suivante.

Donc, on apprend dans tous les domaines, on croit toujours qu'on n'apprend qu'à lire, à écrire, à parler, à marcher, pas du tout. On apprend à voir, à entendre, à toucher, à agir, on apprend à percevoir l'art, à raisonner et ainsi de suite. Il n'y a pas de limite à nos capacités d'apprentissage. Diapo suivante. Et donc, du coup, avant de vous expliquer comment ces apprentissages peuvent être troublés, je voulais juste faire une distinction entre les acquisitions et les apprentissages. Les acquisitions, c'est ce qui s'acquiert grâce au milieu environnant. Un bébé va apprendre à parler non pas grâce à une orthophoniste mais grâce au milieu verbal dans lequel il

est, et de la même manière, il va apprendre à marcher grâce aux stimulations du milieu. Les acquisitions sont ce qu'il va développer grâce aux stimulations naturelles autour de lui. Et un apprentissage, c'est ce qu'il va acquérir grâce à un adulte spécialiste qui va l'éduquer, par exemple un enseignant en maternelle ou à l'école. Et vous allez voir que c'est important pour la suite. Diapositive suivante. Donc, un bébé, il va commencer à faire des acquisitions, il va apprendre à marcher, il va apprendre à reconnaître ce qu'il voit, ce qu'il entend, ce qu'il touche, il va apprendre à faire des gestes, à parler. Diapo suivante. Ces acquisitions vont lui permettre ensuite de faire des apprentissages et donc, à l'école, il va apprendre à lire, à écrire, l'orthographe, le calcul, les apprentissages fondamentaux. Mais ce qui est très important, diapositive suivante, c'est que ces acquisitions, ces apprentissages sont sous la dépendance d'un certain nombre de facteurs, et donc, évidemment, les premiers facteurs sont des facteurs neurobiologiques. Pour qu'un enfant acquiert la capacité à parler, à marcher, à reconnaître, qui sera donc un prérequis pour les apprentissages fondamentaux, il faut que son cerveau mature correctement, se développe, qu'il soit stimulé de manière adaptée, parce que vous savez que la particularité du cerveau des bébés, c'est que, lorsqu'ils naissent, leur cerveau est immature, et donc, le développement du cerveau est soumis, d'une part, à des facteurs vraiment neurobiologiques, inhérents au bébé, mais aussi aux stimulations de l'environnement. Par exemple, les bébés qui ont été en orphelinat en Roumanie, on le sait, n'ont pas un développement cérébral qui est attendu parce que, pendant un certain nombre de semaines, de mois, après la naissance, ils n'ont pas été stimulés comme ils l'auraient dû. Le développement du cerveau est une interaction entre facteurs neurobiologiques et stimulations adaptées et le cerveau va ainsi développer les capacités de sensori-motricité, de perception, d'attention, de raisonnement, de mémoire, etc. Mais ce n'est pas tout. Les acquisitions et les apprentissages sont sous la dépendance de facteurs psychologiques également, et donc, le cerveau va aussi se développer, et en particulier les processus cognitifs, si le bébé est dans un état émotionnel qui lui permet de recevoir ces stimulations, qui lui permet d'apprendre, de se développer. On dit qu'il faut une certaine disponibilité intellectuelle pour que l'enfant puisse faire ses acquisitions et ses apprentissages, mais il faut aussi que la relation soit de bonne qualité. Si un enfant, à chaque fois qu'il articule mal un mot, il est fouetté, évidemment qu'il ne va pas apprendre à parler comme un enfant qui serait dans un milieu où on va valoriser tous ses premiers mots. Et donc, ces facteurs psychologiques, ils

ont un effet sur le développement cognitif, un effet sur les acquisitions, les apprentissages, voire même sur le développement du cerveau. Et ça ne s'arrête pas là, il y a une dernière case, ce sont les facteurs culturels. La culture dans laquelle évolue l'enfant, le niveau socio-culturel dans lequel il est, les stimulations auxquelles il est soumis, mais aussi le type d'école dans lequel il est, le type d'enseignement qu'on lui délivre, tout ça va influencer les acquisitions et les apprentissages, et par exemple, il y a des cultures où il n'y a pas de dyslexie, où ça n'existe pas, parce que ce sont des cultures avec une tradition orale, sans lecture. Donc, pas de lecture, pas de dyslexie. Mais on sait que les méthodes de lecture qui vont être employées peuvent, chez certains enfants, créer des gênes pour apprendre à lire qui ne seront peut-être pas des dyslexies mais qui seront peut-être liées aux méthodes. Si je vous montre toutes ces cases, c'est pour vous expliquer que, diapositive suivante, lorsqu'un enfant va présenter des troubles des apprentissages, qu'on peut appeler dys, dyslexie, dysorthographe, dyscalculie, dysgraphie, etc., mais qu'on pourrait appeler aujourd'hui troubles du neurodéveloppement, au cours du temps, on les a appelés troubles de l'apprentissage, dys, et maintenant, troubles du neurodéveloppement, mais on parle de la même chose, c'est juste qu'on ne met pas l'accent sur les mêmes choses. Un enfant avec une dyslexie, une dysorthographe, etc., l'énorme difficulté, c'est de savoir où est le problème. Est-ce qu'il y a une case qui a posé problème ? Le développement neurobiologique ou les processus cognitifs, qui ne se sont pas mis en place comme ils devraient ? Ou les acquisitions qui ne se seraient pas faites comme ça devrait ? Un enfant avec un trouble du langage oral par exemple est à risque pour le trouble de la lecture. Ça peut être aussi des facteurs psychologiques et des facteurs culturels, et ça peut être aussi plusieurs facteurs associés. Donc, toute la difficulté des neuropsychologues comme moi qui vont recevoir ces enfants, ça va être d'avoir une vision intégrée du développement de l'enfant et d'essayer de comprendre ce qui a amené à cette difficulté et, autre question, est-ce que cette difficulté est une gêne ? L'enfant est gêné pour lire mais parce qu'il a un autre trouble, par exemple visuel ? Ou est-ce que l'enfant a un véritable trouble de la lecture spécifique, qui n'est pas dû à un trouble primaire qu'on n'aurait pas diagnostiqué ? Diapositive suivante. Donc, dès la naissance, l'enfant va faire toutes ses acquisitions, apprendre à voir, apprendre à entendre, apprendre à toucher, apprendre à lier toutes les modalités sensorielles, c'est-à-dire que, quand il voit un objet, il sait ce que ça va faire quand il va le toucher, apprendre à attraper, parler, se

déplacer, etc. Toutes ces acquisitions, il va faire ensuite tous ces apprentissages, donc, apprendre le pré-graphisme, apprendre à manipuler, à dénombrer, à compter... Tous ces apprentissages vont dériver directement de toutes les acquisitions qu'il aura faites. Diapositive suivante. Et donc, certains enfants vont être gênés au moment des apprentissages pour apprendre à calculer, à lire, à écrire, l'orthographe, pour apprendre... pour faire tous ces apprentissages formels fondamentaux qui vont être proposés à l'école. Donc, historiquement, on a appelé ces troubles « troubles des apprentissages », puis les gens se sont dit : mais un apprentissage, ce n'est pas une fonction, un apprentissage, ça ne peut donc pas être troublé, donc ce n'est pas le bon terme, puis les gens ont donc utilisé le terme « dys », utilisé en référence à la neurologie adulte, car un adulte qui perd le langage, on dit qu'il est aphasique, on s'est dit qu'un enfant qui n'arrive pas à parler, il allait être dysphasique. Pareil pour la dyslexie, la dysorthographe... Tous ces termes ont été dérivés des troubles acquis chez les adultes. On parle aujourd'hui de troubles du neurodéveloppement. Pourquoi ? Parce que, pendant des années, ces troubles ont été dans le champ de la pédopsychiatrie et puis, il y a une dizaine ou une quinzaine d'années aux Etats-Unis, tout le monde s'est accordé à dire que, malgré tout, ces enfants qui ont une gêne dans ces fonctions, ces fonctions, elles sont gérées par le cerveau, et que, donc, il fallait remettre le focus sur le cerveau, parce que, en mettant le focus sur les aspects psychiatriques, on n'avait pas abouti à une prise en charge efficace. On est donc retombé dans le champ de la neurologie, c'est pourquoi ils s'appellent troubles du neurodéveloppement. On les définit en disant que ce sont des difficultés qui font obstacle à la réussite scolaire, on ne les définit pas de manière très spécifique, on dit : c'est un enfant qui a du mal à apprendre à lire, à écrire... C'est plus ou moins spécifique parce que vous avez des enfants qui sont gênés dans plusieurs domaines. Et en général, c'est plus ou moins associé à un retard global des acquisitions, mais si je vous décris la situation en vous disant que c'est un peu un flou artistique, c'est parce que les troubles du neurodéveloppement sont le domaine par excellence dans lequel il y a un problème au moment de la pose du diagnostic, et donc, finalement, comment un enfant est-il diagnostiqué avec un trouble du neurodéveloppement ? En général, on se dit : cet enfant, il est intelligent, donc, si on a fait passer un test de QI, il est quasiment dans la norme, mais il est en échec scolaire, et c'est ça et juste ça qui va permettre le plus souvent de poser le diagnostic. On va dire : il n'arrive pas à lire, mais il est intelligent, il doit avoir une dyslexie.

Et finalement, donc, quand on fait le diagnostic, il n'y a pas vraiment de critère d'exclusion. On dit juste : ah, il n'arrive pas à lire alors qu'il n'y a pas de cause évidente. Mais on ne recherche pas forcément toutes les causes qui pourraient l'empêcher d'apprendre à lire. Et le critère d'inclusion, c'est une cause qui est donc intrinsèque à l'enfant. On se dit : voilà, il est dans une école où les enfants ont l'air d'apprendre à lire, il est dans un milieu où il est stimulé, il est intelligent, il n'arrive pas à apprendre à lire, il doit être dyslexique. Mais ce n'est pas si simple que ça. On parle aujourd'hui d'une constellation de ces troubles dys, donc, à l'époque, on était encore dans ce registre des troubles dys, on décrivait donc la dysorthographe, la dysgraphie, la dyspraxie, plus l'autisme et les troubles envahissants du développement, plus l'hyperactivité et les troubles de l'attention et aussi la précocité. Pourquoi mettre la précocité intellectuelle dans cette constellation ? Parce qu'on peut avoir une précocité intellectuelle et des troubles de l'apprentissage très souvent. Je pourrais répondre à des questions si vous en avez sur ce sujet. Aujourd'hui, on parle de troubles du neurodéveloppement, et du coup, on a changé de cadre, mais c'est simplement parce que le cadre, au niveau de l'origine de ces difficultés, s'est un petit peu élargi. Donc, on conçoit qu'on a les mêmes troubles qui s'appellent parfois un petit peu différemment, mais qui sont exactement les mêmes. On a rajouté à ça l'inhibition intellectuelle, les enfants qui n'arrivent pas à utiliser leurs capacités alors qu'ils en ont, et on rajoute à ça les troubles neurovisuels qui sont ces troubles dont je m'occupe, qui sont des difficultés à percevoir, à analyser, à comprendre ce qu'on voit, non pas à cause d'une lésion des yeux mais une lésion cérébrale. Et ce que ce paradigme des troubles neurodéveloppementaux a apporté, c'est que, maintenant, on relie ces troubles-là à des causes qui sont le retard de croissance intra utérine, la prématurité, une détresse respiratoire au moment de la naissance, un diabète gestationnel, des étiologies cardiaques, le stress prénatal et ainsi de suite, c'est-à-dire qu'on va maintenant rechercher toutes les causes possibles avant la naissance, au moment de la naissance et autour de la naissance qui pourraient empêcher le cerveau de fonctionner comme il doit fonctionner, pour que les enfants puissent faire toutes ces acquisitions. Et donc, on essaye d'étudier l'effet de facteurs environnementaux, comme la prise de médicaments pendant la grossesse, par exemple, ou, vous en entendez beaucoup parler, les solvants, les perturbateurs endocriniens... Et des facteurs aussi liés au développement du bébé qui peuvent être génétiques, donc, vraiment dans le patrimoine génétique de l'enfant, ou qui peuvent être épigénétiques,

c'est-à-dire liés plus à l'environnement. Diapo suivante. La prévalence de ces troubles du neurodéveloppement, elle est très variable en fonction des études. Et si elle est très variable, il y a des études qui disent qu'il y a 5% de troubles du neurodéveloppement et d'autres qui arrivent à 15% de troubles du neurodéveloppement ; si c'est tellement variable, c'est d'une part parce que, je vous le disais, au fur et à mesure que ces troubles ont été médiatisés, il y a eu une reconnaissance de plus en plus grande de ces difficultés, mais avec des fois aussi un sur-diagnostic, c'est-à-dire des gens qui avaient des particularités comportementales, qui étaient diagnostiqués avec des traits autistiques ou un syndrome d'Asperger, des gens qui avaient une gêne pour apprendre à lire qui étaient diagnostiqués dyslexiques, des gens qui ont du mal à se contrôler qui sont diagnostiqués avec des troubles de l'attention, et ainsi de suite. Du coup, les critères diagnostics sont tellement flous qu'on a une prolifération du nombre d'enfants identifiés avec des troubles du neurodéveloppement, et toute la difficulté aujourd'hui, c'est de savoir si tous ces enfants qui sont diagnostiqués avec ces troubles ont réellement ces troubles-là ou si, comme je vous l'ai montré tout au début, ils ont été victimes de difficultés dans une des cases que je vous ai montrées, qui va les gêner au moment des apprentissages, mais qui n'est pas un véritable trouble en soi de la lecture ou de l'écriture ou de l'orthographe ou de l'attention. Par exemple, on sait que, aujourd'hui, je vous donne l'exemple des troubles de l'attention, il y a une inflation de diagnostics de troubles de l'attention et d'hyperactivité. Il y a un nombre de plus en plus grand d'enfants qui sont mis sous Ritaline, qui est le traitement qui est censé les aider à se contrôler. Parmi eux, il y a des enfants à qui on n'a pas appris à se contrôler, d'autres qui étaient dans des milieux avec des limites un peu floues, des enfants dans une classe de 35 où on ne peut pas supporter des enfants qui se comportent un peu différemment, donc, des tas de facteurs environnementaux, culturels, familiaux, d'éducation qui peuvent aboutir à ce diagnostic chez des enfants qui n'ont pas de trouble de l'attention en soi. Diapositive suivante. On a un problème de définition et de critères diagnostics aujourd'hui parce que, finalement, en termes de signes, de sémiologie, la seule chose qui permet de dire, pour l'instant, de faire le diagnostic, c'est, comme je vous le disais, de se dire : il n'y a pas de déficience intellectuelle, il y a une discordance entre QI et performance scolaire, ça ne marche pas comme ça devrait marcher à l'école, et parfois, il y a une dissociation du QI entre certains domaines, comme le langage, qui marchent bien, et d'autres qui marchent moins bien, et ces enfants ont

donc un diagnostic de trouble neurodéveloppemental, des apprentissages ou de troubles dys, ça revient au même, tout simplement parce qu'on se dit qu'ils ne réussissent pas à l'école comme ils le devraient, mais en termes de spécificité, ce n'est pas très spécifique, en termes de comorbidité, on a des enfants qui ont plein de gênes mais qui, à côté de ça, sont intelligents, donc, on est face à des troubles très peu spécifiques, et de plus en plus, il y a des enfants qui sont diagnostiqués multi-dys, c'est-à-dire avec plein de dys parce qu'on ne comprend pas très bien ce qui se passe, et au lieu d'aller chercher une origine commune à toutes les gênes, eh bien, on va les mettre dans une nouvelle case qui s'appelle multi-dys. Donc, la problématique de ces troubles du neurodéveloppement, c'est une problématique de case. Donc, on se dit : il a du mal à lire, il est dyslexique, il a du mal à faire attention, il a un trouble de l'attention, il a plusieurs choses, il est multi-dys. Et en faisant ça, on se dit qu'on a réglé le problème, mais ce n'est pas exactement la réalité. Diapositive suivante. Donc, la notion de trouble, elle est importante à poser parce qu'on peut être gêné dans un domaine sans avoir un trouble spécifique pour ce domaine. Donc, je vais vous expliquer tout de suite pourquoi c'est important de différencier la gêne et le trouble. Et en particulier dans des troubles comme la dyslexie, la dysgraphie, la dysorthographe. Imaginez un enfant qui n'arrive pas à lire le mot « Monsieur », il ne comprend pourquoi pas, il est en fin de CE1, il ne comprend toujours pas que le « on » dans « monsieur » se dit « e » et pas « on ». Voire, même, il n'arrive pas à lire ce mot. Cet enfant qui ne lit pas ce mot, il peut très bien avoir un trouble visuel, c'est-à-dire qu'il se peut qu'il ait un trouble de la mémoire visuelle et qu'il n'arrive pas à mémoriser l'orthographe du mot Monsieur et se souvenir que c'est un mot irrégulier. Deuxième origine, il peut avoir un trouble du langage, au départ, et du coup, c'est son trouble du langage qui va l'empêcher de traduire chaque lettre en un son. Evidemment, je ne vous l'ai pas dit, il peut avoir un trouble visuel de base, c'est-à-dire ne pas voir ou reconnaître les lettres, trouble visuel, ophtalmologique ou neurovisuel. Il peut avoir un trouble attentionnel, c'est-à-dire qu'au moment où il explore le mot, il ne regarde pas comme il faudrait, il n'a pas fait attention les fois où on lui a appris ça, c'est donc ça qui va le gêner. Il peut avoir un problème affectif, c'est-à-dire que cet enfant est pris par une problématique gravissime, pour lui, affective, l'empêche d'être disponible pour les apprentissages, donc, on lui a répété mille fois comment se prononçait ce mot, mais lui, il est tellement pris par sa problématique affective qu'il n'est pas disponible pour ça. Il peut avoir un problème de

motivation : pourquoi il apprendrait à lire alors qu'il a envie d'aller jouer, faire autre chose, il est encore très immature, il ne voit pas l'intérêt d'apprendre à lire ce mot, quand est-ce que ça va lui servir ? Et vous avez vu que toutes ces causes-là sont pas directement une dyslexie. La dyslexie, c'est l'incapacité à apprendre à convertir un signe écrit en un son. C'est un trouble spécifique de la région du cerveau qui fait ça. Mais l'enfant qui est gêné pour lire « monsieur », sa gêne peut venir de plein d'origines différentes. On peut donc être gêné pour apprendre à lire sans avoir de dyslexie. C'est bien là le problème. Quand, ensuite, on va recevoir un enfant comme ça, si on considère que, parce qu'il n'a pas pu lire « monsieur », il est dyslexique, alors, on va l'envoyer chez une orthophoniste qui va le recevoir avec cette étiquette de dyslexie, elle va mettre en place une rééducation pour une dyslexique, et six mois plus tard, on va se rendre compte que l'enfant n'apprend toujours pas à lire, parce que peut-être que le problème, c'est un problème visuel, il ne reconnaît pas les lettres, et si on ne lui apprend pas, il ne va pas pouvoir apprendre à lire. Ou bien, il a un problème, et moi, je vois des enfants qui ont des handicaps visuels massifs encore aujourd'hui qui n'ont pas été diagnostiqués au moment de l'apprentissage de la lecture. Donc, on va s'acharner à les rééduquer comme des dyslexiques alors que le problème est purement au niveau des yeux ou des aires visuelles. Donc, diapositive suivante, tout ça pour vous dire que le fait de poser un diagnostic, c'est absolument crucial, parce qu'on ne peut pas considérer qu'un enfant a un trouble des apprentissages juste parce qu'il ne réussit pas à l'école comme il devrait. On doit faire l'effort d'aller chercher quelle est l'origine de son trouble. Et là, j'attire votre attention sur le fait que, lorsqu'on fait passer par exemple un QI à un enfant qui a un problème visuel ou verbal ou auditif ou quoi que ce soit, qu'on n'a pas diagnostiqué, on le met à risque pour le diagnostiquer avec une déficience intellectuelle alors que, en réalité, il a une gêne sur le plan instrumental (moteur, visuel, auditif), et c'est cette gêne qui va le gêner pendant la réalisation des tests qui va faire croire qu'il a une déficience intellectuelle, donc, la question du diagnostic est cruciale pour tout le monde. Diapositive suivante. Donc, le but du bilan neuropsychologique, c'est justement d'aller rechercher quelle est l'étape qui dysfonctionne, sachant que cette étape peut être partout parmi le schéma que je vous ai montré tout à l'heure, donc, le neuropsychologue ne va pas se cantonner aux processus cognitifs, il va essayer de comprendre si, associé à la gêne, il n'y a pas un problème sur le plan culturel en général, mais qui inclut tout : l'école, les méthodes, la famille, le milieu,

tout... Sur le plan affectif et psychologique, sur le plan neurobiologique et sur le plan purement cognitif. On va donc rechercher l'étape précise qui est déficitaire mais aussi aller chercher les capacités qui fonctionnent bien. Pourquoi ? J'ai parlé de plasticité cérébrale tout à l'heure, et la rééducation de ces enfants va consister à surstimuler ce qui marche bien pour aller réparer dans le cerveau ce qui ne fonctionne pas comme ça devrait fonctionner. On a donc besoin de faire le diagnostic de ce qui est dysfonctionnel et de quelle est l'étape qui pose problème et on a besoin de savoir aussi tout ce qui marche bien, c'est de ça qu'on va se servir pour aller rééduquer ce qui ne marche pas. On va aller chercher des signes associés, des troubles dans différents domaines, ou des dissociations, par exemple, un enfant qui réussit parfaitement dans un domaine et qui échoue dans un autre, et il y a toujours à la clé une suspicion de dysfonction au niveau cérébral. Ce n'est pas un gros mot, ce n'est pas qu'on va rechercher un AVC forcément, une grosse lésion, c'est qu'il ne faut jamais oublier que les apprentissages, ils sont permis par le cerveau, et que s'ils ne se font pas comme ils devraient, c'est qu'il y a, dans le cerveau, quelque chose qui ne fonctionne pas comme ça irait, et notre travail est de comprendre quoi et d'aller le restaurer. Diapositive suivante.

Alors, ce qui va être très important... j'ai mis ce schéma d'éléphant parce que ça représente très bien la réalité... c'est un dessin qui est connu. Pour vous montrer à quel point, si on est focalisé sur un détail, on va tout analyser à la lumière de ce détail. Vous voyez, cet éléphant, si on regarde sa trompe, on va dire : c'est une corde. Si on regarde son corps, on va dire : c'est un mur. Si on regarde sa queue, on va dire que c'est une corde, sa trompe, on va dire que c'est un serpent, et ainsi de suite. En fait, l'éléphant est tellement grand et a tellement de parties que, si vous ne le regardez pas de manière intégrée, chaque sous-partie va être interprétée comme un élément signifiant, et dans le domaine des troubles du neurodéveloppement, c'est la même chose, si on ne regarde que les aspects visio et spatiaux, on dit que c'est une dyspraxie, si on ne regarde que la lecture, on va dire que c'est de la dyslexie, et ainsi de suite, et parfois, on a découpé l'enfant en petits morceaux comme ça et on dit : il est multi-dys. Sauf que, parfois, c'est un trouble qui génère toutes ces gênes, donc, l'enfant n'a pas dix troubles, il a un trouble, qu'il soit visuel, auditif, du langage, peu importe, d'une grande fonction, qui donne des gênes dans plusieurs domaines, mais un trouble qui donne plusieurs gênes pour un enfant, ce n'est pas du tout la même chose que de lui dire : tu as plein de troubles, ce n'est pas non plus la même chose pour l'école, ni pour les

parents. Du coup, on a une responsabilité d'aller chercher le trouble qui gêne dans différents domaines, avant de dire : non, moi, j'ai diagnostiqué ça, ça, ça... et l'enfant se retrouve avec 10 troubles et 10 rééducations alors que ce n'est pas du tout la réalité clinique. Diapositive suivante. Du coup, c'est important de poser un diagnostic précis dans les troubles du neurodéveloppement. Premièrement, pour éviter les confusions diagnostiques... Je ne vous raconte pas combien d'enfants sont dans des IME simplement parce qu'ils ne peuvent pas être à l'école sans diagnostic clair posé, avec une prise en charge qui dépend de la nature de l'IME, plutôt pour des troubles autistiques, plutôt pour des troubles du langage... Ils sont là, ils n'ont pas eu de diagnostic précis, mais ils sont là parce qu'ils ne pouvaient pas rester à l'école et que, au fur et à mesure, la dernière étape, c'est l'IME, mais sachez que, dans le IME, il n'y a pas forcément de personne qui pose un véritable diagnostic, ils se retrouvent là par défaut, ces enfants. Donc, pour éviter les confusions diagnostiques, parce que ce n'est pas du tout la même chose de rééduquer par exemple un trouble neurovisuel et une dyslexie, pour réduire l'errance médicale, pour mettre en place les aménagements et les prises en charge adaptées le plus tôt possible, parce que c'est une chose de prendre les enfants précocement, mais il faut encore les rééduquer pour ce qu'ils ont et pas pour quelque chose qui ne correspond pas ; pour faire reconnaître le trouble par l'enfant, par sa famille, par l'école, par les autres élèves car, si vous expliquez à l'école et aux autres enfants, ce qu'est le trouble, il faut vraiment qu'il y ait un vrai diagnostic qui ait été posé, parce qu'il n'y a rien de pire pour un enfant que d'être aidé pour un trouble qu'il n'a pas alors qu'il est gêné pour autre chose. Du coup, il n'est même pas reconnu dans ce qu'il est. Donc, pour améliorer les capacités métacognitives... Ce n'est pas un gros mot, je vous explique ce que c'est : la métacognition, c'est la connaissance de notre propre fonctionnement cognitif. Donc, un enfant, il va besoin de savoir ce qu'il arrive à faire, ce pourquoi il est gêné, pourquoi il est gêné pour le faire, comment on va l'aider pour qu'il ne soit plus gêné pour le faire, et tout ça va lui permettre d'apprendre comment sont ses capacités et comment il doit s'en servir. C'est le socle de l'estime de soi. Si on a une certaine confiance en nous, c'est parce qu'on sait ce qu'on sait et on sait ce qu'on ne sait pas, et l'enfant a besoin d'être dans cette situation aussi. Et puis, évidemment, pour améliorer le dépistage et la compréhension des troubles, car tant que les troubles ne seront pas diagnostiqués comme ils devraient, les données épidémiologiques valent ce qu'elles valent et ne sont pas forcément très fiables et même pour des aspects de recherche

clinique et d'épidémiologie, on a besoin que les diagnostics soient posés de manière plus stricte et précise, pas seulement pour les patients, mais pour tout le monde, en termes de santé publique. Et évidemment aussi pour prévenir des troubles associés. Un exemple : si un enfant est né prématurément, il a un risque d'avoir une dysfonction dans des lobes qu'on appelle les lobes pariétaux, qui sont ici, et qui vont gérer plusieurs fonctions. Par exemple, l'écriture, par exemple le calcul, le toucher, la reconnaissance au toucher, le geste, l'espace. Et, donc, si on fait le diagnostic de ce type de difficultés, chez un enfant prématuré, grand prématuré, on va pouvoir se dire : ah, attention, il a une fragilité dans ses lobes pariétaux, il va falloir être très vigilant à tous les domaines qui peuvent être touchés (geste, calcul, écriture, attention...), tout ça est lié à une seule chose : il n'est pas dyspraxique, trouble de l'attention, dyscalculique, etc. C'est important aussi de faire le bon diagnostic parce qu'on va être très vigilant sur ce qui pourrait arriver, et si, à l'hôpital, on prend en charge les bébés à partir d'un mois, c'est que le but est de pouvoir prévenir l'apparition de troubles avant que l'enfant soit en situation d'apprendre à calculer, à écrire, on va rééduquer ces fonctions, c'est pour ça que j'ai montré les premières diapos au début, au niveau des acquisitions, avant d'être au niveau des apprentissages. Comment améliorer le diagnostic ? C'est une question vraiment cruciale. Il y a aujourd'hui, et les gens ne le savent pas assez, de nouvelles structures qui ont été mises en place qui s'appellent les plateformes de coordination et d'orientation, les PCO. Il y en a au moins une par département, il y en a une à Paris, par exemple, et ces plateformes sont constituées d'un médecin et de professionnels spécialisés dans les troubles du neurodéveloppement, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes... Et leur rôle est de recevoir des enfants adressés par le médecin de première ligne, soit le généraliste, soit le pédiatre, qui suspectent quelque chose, et le médecin suspecte les troubles grâce au livret de repérage qui a été édité par la Délégation interministérielle à l'autisme et aux troubles du neurodéveloppement, et j'en profite pour faire une parenthèse, quand j'ai été invitée à cette journée j'ai mis en relation votre association avec la délégation, parce qu'elle s'appelle « interministérielle », et cette délégation interministérielle édite un livret de repérage auquel j'ai participé qui permet, avec des questionnaires adaptés à chaque âge, six mois, dix-huit mois, deux ans, six ans... qui permet aux médecins de première ligne de faire, de poser ces questions et de dépister des enfants qui vont être adressés ensuite aux plateformes de coordination et d'orientation, qui vont,

elles, faire le diagnostic du trouble et, ensuite, adresser à des cliniciens en ville pour la prise en charge. Moi, de mon côté, je travaille beaucoup justement, grâce à l'association Les Yeux dans la tête, à la formation et l'information des cliniciens, des enseignants, je me déplace dans les écoles, des familles... Le but étant de sensibiliser, et c'est pour ça que je suis là aujourd'hui, un maximum de gens à la nécessité de poser le bon diagnostic dans les troubles du neurodéveloppement pour pouvoir guider les parents qui sont dans une errance diagnostique inimaginable, pour pouvoir superviser les cliniciens et les aider dans leur prise en charge, et donc, le projet qu'on a, avec l'association, mais encore faut-il qu'on trouve les financements, c'est de pouvoir envoyer des équipes mobiles dans les écoles, y compris dans les écoles maternelles, donc, on a déjà des collaborations avec les PMI, qui, dans certains départements, vont dépister des troubles déjà, donc, l'idée, c'est d'avoir des équipes mobiles qui pourraient aller faire du dépistage pour qu'enfin le bon diagnostic soit posé pour chaque enfant et que la bonne prise en charge puisse être mise en place, plutôt que... encore la semaine dernière, j'ai été contactée par une jeune adulte qui, à l'entrée dans la vie professionnelle, finalement a découvert qu'elle a probablement un trouble neurodéveloppemental qui n'a pas été correctement diagnostiqué dans l'enfance, parce que c'est souvent au passage de la vie d'enfant à la vie professionnelle adulte que les jeunes adultes se rendent compte qu'ils ont un trouble qui est resté inexploré, non pris en charge et qui les gêne. Dernière diapositive, la diapositive de l'association et mon mail pour toutes les personnes qui seraient intéressées. Merci beaucoup.

Jean-Claude Dourousseaud :

Je vous remercie. Je vous avais dit qu'elle était passionnante, je n'avais pas menti ! Je ne suis pas un menteur... Je suis un gros menteur ! On a débordé, mais comme les tables rondes sont longues on peut être élastique avec le timing. Poser les mots sur le bon... enfin, établir le bon diagnostic pour donner les bons mots aux patients, qu'ils reçoivent leur diagnostic et qu'ils puissent avancer avec leur diagnostic, vous l'avez démontré avec l'exemple des dys, qui sont un fourre-tout, en fait...

Sylvie Chokron :

On dit un terme parapluie.

Jean-Claude Dourousseaud :

Est-ce que c'est libérateur pour les gens de savoir ce qu'ils ont ?

Sylvie Chokron :

Absolument. Moi, mon métier, c'est d'annoncer les diagnostics. Les enfants qui ont des troubles du neurodéveloppement, quand ils sont grands, surtout, qu'ils ont été traînés dans des dizaines de séances de rééducation, ils se disent : encore un bilan, encore quelqu'un qui va essayer de trouver quelque chose, mais je suis sûr que ça ne va pas m'aider... Et quand, à la fin du bilan, vous expliquez à l'enfant : est-ce que c'est ça que tu ressens ? Est-ce que tu as l'impression que c'est ça qui est difficile, et que ça, c'est plus facile, et est-ce que tu ne comprends pas pourquoi c'est plus facile pour les autres enfants de faire ça alors que c'est difficile pour toi ? Et qu'on leur explique avec leurs mots, c'est comme s'ils déposaient un gros fardeau sur votre bureau, ils se disent : celle-là, elle a l'air d'avoir compris. Elle est différente des autres. Et vous sentez qu'il se passe quelque chose. L'autre chose, c'est quand vous expliquez aux parents ce qu'a leur enfant. Je vous donne un exemple qui est à l'image de ma pratique... Moi, je m'occupe de ces troubles neurovisuels, donc, je vois des enfants qui ont galéré jusqu'à 10, 12, 15 ans, même des jeunes adultes, et qui, en fait, chez qui le diagnostic n'avait jamais été fait du fait qu'ils ne voient que la moitié de leur champ visuel, par exemple, ou que ça. Ou qu'ils voient mais qu'ils ne comprennent pas ce qu'ils voient, et personne n'avait jamais fait ce diagnostic. Et ces troubles sont six fois plus fréquents que l'autisme. Et donc, un jour, je vois un enfant qui avait... le cas classique, il avait 10 ans, il ne lisait toujours pas, il avait fait plein de rééducation, il était diagnostiqué tous les dys possibles, et quelqu'un me l'adresse au final, et là, je me rends compte que cet enfant ne voit que la moitié droite de son champ visuel. Tout ça, il ne le voit pas. Allez apprendre à lire quand vous ne voyez que la moitié du monde ! J'ai dit à sa maman : votre fils, quand il vous regarde dans les yeux, il ne voit que la moitié droite de votre visage. Et la mère dit à son fils : mais tu ne me l'as jamais dit ! Et son fils lui dit : mais tu m'as jamais dit que, quand on regarde quelqu'un dans les yeux, on doit voir les deux moitiés du visage. Et ça, c'est une scène classique, c'est-à-dire qu'il y a des choses évidentes qui peuvent passer inaperçues, même à Paris, même en France, même dans les grandes villes, qui vont gêner les enfants pendant des années, les empêcher d'apprendre à lire, à compter, à se déplacer... Le diagnostic n'a jamais été fait et personne n'a imaginé qu'il pouvait y avoir ce type de trouble parce que les enfants grandissent avec des difficultés dont ils ne

savent pas qu'ils ne devraient pas les avoir, donc, quand on dit : poser des mots sur des maux, ce n'est pas juste ça, c'est poser des mots sur un vécu, c'est-à-dire que les enfants ne savent pas que les gens ne vivent pas la même vie qu'eux. C'est donc poser des mots sur un comportement, sur un vécu...

Jean-Claude Dourousseaud :

Ça veut dire aussi qu'il faut entendre les mots du patient. Ce n'est pas simplement un tableau clinique, un patient, c'est son histoire.

Sylvie Chokron :

Bien sûr. Et quand vous arrivez à verbaliser l'expérience de vie de cet enfant, lui, il se dit non seulement que, enfin, quelqu'un comprend ce qu'il vit, parce qu'un enfant qui a un trouble, il voit bien que la vie est plus facile pour les autres, mais il ne comprend pas pourquoi c'est plus facile pour les autres enfants en classe que pour lui, donc, quand vous arrivez à lui expliquer pourquoi c'est plus facile pour les autres, pourquoi c'est dur pour lui, qu'est-ce qu'il a ou qu'est-ce qu'il n'a pas qui devrait fonctionner différemment, que vous arrivez à l'expliquer aux parents et à l'école, là, tout le monde comprend que l'enfant ne le fait pas exprès, qu'il n'est pas déficient intellectuel, etc., que c'est juste ça le problème.

Jean-Claude Dourousseaud :

Est-ce qu'on a des questions, du côté de la modération ? Je les ai pris par surprise ! Est-ce qu'on a des questions dans la salle ? Oui, j'ai entendu oui, mais... Moi, vous savez, je ne vois pas bien ! Là-bas.

Attendez, on va essayer de vous passer un micro pour que les gens à distance vous entendent, ils ne vont pas vous voir mais ils vont vous entendre.

Sylvie Chokron :

Sinon, je peux répéter la question.

Une participante dans la salle, Sylvie Barbe :

Bonjour. Une fois que le diagnostic a été posé, donc, je suppose que ce sont des tests que vous... ?

Sylvie Chokron :

C'est tout : l'examen clinique, les tests...

Sylvie Barbe :

Donc, admettons que les personnes soient diagnostiqués dyslexiques ou autre, est-ce qu'on l'est à vie ?

Sylvie Chokron : Non. C'est ce qu'on a raconté aux gens, c'est encore dans certains manuels comme le DSM. Non. Le changement de paradigme, et merci pour la question, parce que le changement de paradigme de la pédopsychiatrie à la neuropédiatrie, c'est l'idée aussi qu'on est face à des troubles liés au cerveau, que le cerveau est plastique, et que si on rééduque une hémiplégié chez un adulte de 80 ans qui a eu un AVC, moi qui viens du monde de l'adulte, on ne va pas me dire qu'un enfant avec ces difficultés, on ne peut pas restaurer ces fonctions. Ma conviction, et c'est plus qu'une conviction parce que c'est ce qu'on fait depuis des dizaines d'années, c'est que l'étape la plus importante, c'est le diagnostic, parce que si vous n'avez pas diagnostiqué l'étape déficitaire et ce qui fonctionne bien, vous ne pourrez pas restaurer. Mais une fois qu'on a fait le bon diagnostic, la restauration est possible. Donc, non, ce n'est pas une fatalité. Les enfants qui sont encore dyslexiques ou dysorthographiques à l'âge adulte, c'est parce qu'on n'a pas fait le bon diagnostic et qu'on n'a pas mis en place la bonne prise en charge. Je ne parle pas des enfants pour qui les lésions cérébrales sont tellement importantes que ce sont des enfants qu'on appelle « non coopérants » parce qu'ils ont énormément de troubles, je vous parle des enfants... vous me posez la question de la dyslexie, la dysorthographie, la dyscalculie, non, ce n'est pas une fatalité, et d'ailleurs, il y a des adultes qui fonctionnent, et je ne peux pas les citer parce qu'il y a des gens qui sont connus, il y a des gens que vous connaissez, qui sont des personnalités publiques qui étaient des dyslexiques, des personnes avec trouble de l'attention, etc., chez qui vous n'imaginez pas qu'il y a ces troubles.

Jean-Claude Drousseau :

Une autre question ici, ça va être peut-être la dernière parce qu'on ne va pas non plus prendre trop de retard.

Un participant dans la salle :

Vous avez parlé des enfants qui étaient soumis à différents examens, qui passaient de cabinet médical à cabinet médical, ils pouvaient se lasser, mais votre diagnostic, sur quelle durée peut-il... ?

Sylvie Chokron :

Combien de temps ça prend de poser un diagnostic ? Ça prend en général deux ou trois rendez-vous. On n'en a pas pour des années. Comme c'était une courte question, on peut peut-être prendre la dernière ici ?

- Allez-y, il n'y a pas de problème. Bien sûr.

C'est vrai que ça pose le problème de l'errance diagnostique.

- D'où l'intérêt de la formation.

Un participant dans la salle, Sébastien Humbert :

Bonjour. Je suis infirme moteur cérébral de naissance, et en fait, votre exposé me paraît très intéressant, mais ce que je voulais savoir, c'est : est-ce que l'aspect rééducation peut être entamé chez l'adulte ? Parce que vous avez beaucoup parlé de l'enfant, mais est-ce que, par exemple, chez quelqu'un comme moi, pour parler simplement, est-ce que ce serait quelque chose de profitable, est-ce que... ?

Sylvie Chokron :

Je veux vous répondre de manière très directe : oui, il n'y a pas d'âge auquel ce n'est pas profitable. Nous, on a appris à des jeunes adultes de 25 ans à lire, qui n'avaient jamais pu apprendre à lire. C'est d'autant plus profitable que les personnes qui ont eu un souci autour de la naissance, qui ont grandi, qui sont arrivées à l'âge adulte, elles ont mis aussi elles-mêmes en place des compensations, des stratégies, certaines très efficaces, certaines sont coûteuses parce qu'elles prennent beaucoup d'attention et que vous êtes en permanence en double voire en triple tâche, et du coup, la prise en charge peut aider à réduire ces modes de compensation, à restaurer certaines fonctions et surtout à utiliser ce qui marche bien et que vous avez réussi à mettre en place. Le message, donc, en fait, c'est que, pour le cerveau, il y a quelques exceptions, par exemple quelqu'un qui n'a jamais parlé, il y a une fenêtre pour l'apprentissage du langage et ce sera très dur de lui apprendre à parler à 10 ou 15 ans, mais pour quasiment toutes les fonctions, il n'y a pas de fenêtre et du coup, le cerveau a ça de magique que son travail, c'est de se réorganiser en fonction de l'expérience, donc, si on lui apprend à faire autrement, il va faire autrement, et si c'est autrement et plus facile, ça aidera les gens.

Jean-Claude Dourousseaud :

Et Sébastien est un jeune homme !

Sébastien Humbert :

Bien sûr.

Jean-Claude Dourousseaud :

Merci beaucoup. Si vous voulez continuer le dialogue, on rappelle le nom de votre association...

Sylvie Chokron :

Les Yeux dans la tête. J'avais mis mon mail : sylvie.chokron@gmail.com.

Jean-Claude Dourousseaud :

Et si on vous suit sur les réseaux sociaux, vous verrez quelques exemples, vous verrez à quel point le cerveau peut être plastique et à quel point c'est étonnant. On a fait une interview sur le blindsight, on ne va pas vous expliquer ce que c'est parce qu'on va prendre trop de retard, mais c'est bluffant d'exemples de plasticité du cerveau. Merci beaucoup d'être passée. Merci.

Thibaut Langlois / modérateur :

- Une personne faisait remarquer dans le chat que cette conférence très intéressante ne concerne pas directement la situation des travailleurs handicapés, et une autre personne disait que ça pouvait concerner des personnes avec un trouble du neurodéveloppement qui n'ont pas eu de diagnostic, ou des personnes qui l'ont vécu et qui ont eu ce chemin difficile vers poser les mots. Ça peut aussi faire écho à la situation des parents.

Jean-Claude Dourousseaud :

Merci pour la précision. Je ne suis pas tout à fait d'accord, parce que, à travers cet exemple, en fait, et à travers ces chemins de vie, d'enfants dys, on pose le problème du diagnostic, des bons mots, des mots à entendre pour intégrer le diagnostic, des mots à dire pour soulager les parents, et en cela, on rejoint plus généralement le problème du handicap. C'est la réponse que j'apporterai, je ne sais pas si vous êtes d'accord avec cette réponse-là... On ne vous entend pas...

Sylvie Chokron :

C'est surtout que, quand on travaille sur ces troubles du neurodéveloppement, de fait, on travaille sur le champ de la neurodiversité, et la neurodiversité, c'est l'acceptation que, justement, dans une entreprise, on a des personnes qui sont sur un gradient, qui ont plus ou moins de mal à fonctionner dans un domaine, et au final, ça concerne quand même tous les travailleurs qui ne sont pas exactement dans la norme de ce qui est attendu, mais qui sont sur un continuum, avec des difficultés plus ou moins importantes dans tous les domaines.

Jean-Claude Drousseau :

Voilà. On va maintenant passer à la table ronde. Première table ronde intitulée : « Ce que les mots font aux patients ». Je vais demander aux participants de cette table ronde de me rejoindre, en premier Bertrand Quentin, vous êtes docteur en philosophie, vous êtes maître de conférences et directeur du LIPHA, vous avez publié *La Philosophie face au handicap*. Je demande également à Louis Bertrand de nous rejoindre. Vous venez de Belgique, si je ne me trompe pas, vous êtes sociologue, vous faites des recherches sur le handicap, les handicaps rares, vous êtes rattaché à l'École des Hautes Etudes en sciences sociales. Géraldine Toledano, elle est là, vous êtes médiatrice familiale au sein de l'association ESPEREM. Bernadette Grosyeux, je ne sais pas si elle est là, ce matin... Non, elle n'est pas là. Et Geoffroy... Ça fait deux fois que je dis Geoffroy, alors que c'est Geoffrey Bugnot ! Vous, les mots, ça vous connaît, puisque vous êtes humoriste. On vous voit sur YouTube. Votre spectacle en ce moment tourne du côté de Lyon, de Villeurbanne, le spectacle s'appelle : « Ça dérape »... Faites attention de ne pas déraiper en nous rejoignant. Vous préparez votre prochain show que l'on retrouvera en fin d'année. Thibaut Langlois... Non, vous n'étiez pas au courant ? Si, si, vous allez nous rejoindre ! Vous êtes agent du ministère des Finances et adhérent de l'APAHF-Finances. Cette table ronde, on a une grosse heure et demie ensemble. C'est Bertrand Quentin, philosophe, qui va intervenir en premier pour planter le décor et préciser un certain nombre de notions qui seront utiles au débat. Puis, on va entamer la discussion avec les différents intervenants, et après le dernier tour d'horizon qu'on va faire avec les intervenants, on va ouvrir les questions avec la salle. Avant de passer la parole à Bertrand Quentin, une petite digression sur l'importance des mots. En fait, les mots, c'est important de connaître les mots, leur

définition, pas simplement leur définition, mais leur ressenti, la manière dont les mots et les notions sociales évoluent avec les mots. Je cherchais un exemple pour caractériser ça. Si je vous dis « anormal », par exemple, la définition d'anormal, c'est « hors norme », et le ressenti, par contre, lui, il est péjoratif, stigmatisant, excluant. L'évolution sociale, en plus, fait que, de plus en plus, on refuse les normes, on refuse d'être mis dans des boîtes, donc, ça montre bien que l'utilisation des mots, elle est extrêmement sensible, et c'est important de s'entendre sur les mots, de comprendre les mots, les mots d'autant plus qu'ils sont l'outil indispensable du dialogue, l'outil indispensable du diagnostic, on l'a vu avec Sylvie Chokron, un patient qui explique bien ce qu'il a, un médecin qui écoute bien son patient, qui lui pose la bonne question, c'est l'outil du dialogue, et c'est le début du bon diagnostic. On ne peut pas se comprendre si on n'a pas les bons outils et si on ne peut pas dialoguer ensemble. En conclusion, les mots sont à manier avec une extrême précaution, mais moi, je ne suis pas philosophe, et donc, je vais vous passer la parole, Bertrand Quentin, pour que vous nous expliquiez mieux tout ça, en tout cas beaucoup mieux que moi. On l'applaudit quand même ! .