PERSONNES À HAUT POTENTIEL

LES AIDER À UTILISER LEUR POTENTIEL

ET À NE PAS EN SOUFFRIR

- Médecine générale et prévention de la psychopathologie des personnes à haut potentiel -

Mélanie BIDAUT GARNIER - 30 janvier 2008
DCEM3 - 5è année de médecine – UFR médecine REIMS

Préalable

Ce mémoire a pour objectif de répondre aux questions suivantes, à partir des données actuelles de la science :
Les personnes à haut potentiel intellectuel ont-elles une augmentation avérée du risque de développer des troubles médicaux ?
Le médecin généraliste a-t-il les moyens de prévenir ces troubles, s'ils existent ?
Comment un médecin généraliste peut agir concrètement, sans formation spécifique, et sans trop majorer le temps de ses consultations ?

Les études consultées, dont vous trouverez les références dans la bibliographie, sont pour la plupart indexées dans *pubmed.* Elles peuvent être majoritairement trouvées à la bibliothèque universitaire (pôle santé) de Reims en format papier ou en format électronique. Les autres me sont parvenues directement par leurs auteurs, contactés par e-mail.

Les principales sources non trouvées via *pubmed* sont :

- deux livres sur le haut potentiel, l'un écrit par J. Siaud-Facchin, psychologue spécialiste et renommée, qui a par ailleurs publié plusieurs articles indexés dans *pubmed*, l'autre écrit par A. Adda, autre psychologue considérée comme une référence sur le sujet
- des textes officiels (échelles européenne et nationale), des statistiques de l'URCAM
- une recherche effectuée par des enseignants de Toulouse (le GARSEP, *cf*. références), dont le compte rendu m'a été envoyé directement par son instigatrice
- des articles publiés et mis à disposition sur Internet via l'Association pour l'Epanouissement des personnes à Haut Potentiel Intellectuel

Je remercie tous les spécialistes contactés qui m'ont apporté leur éclairage sur le sujet et/ou m'ont communiqué directement leurs articles originaux par Internet :

- Dr V. Bertot, neuropsychologue pédiatrique (CHU Reims)
- Dr A. Bessou, gériatre et spécialiste des troubles de l'apprentissage (CHU Grenoble)
- Dr L. Braillon, médecin généraliste (Bernin dans l'Isère)
- Dr C. Peyrat, pédiatre (clinique pédiatrique, Toulouse)
- Dr O. Revol, pédopsychiatre (CHU Lyon)
- Pr. A. Ziv, professeur de psychologie clinique (université de Tel Aviv, Israël)

Je remercie aussi M. Rousseau-Castex, enseignante en lycée (Toulouse), et O. Gouverne, conseillère orientation psychologue (Troyes).

Enfin il est à noter qu'aucun des quelques médecins généralistes contactés dans l'Aube et dans la Marne n'avaient de notion sur les personnes à haut potentiel et encore moins sur la prévention d'une psychopathologie.

Ce que vous allez lire présente donc les résultats de cette recherche, analyse et réflexion.

Plan

Préalable (p.2)

Haut potentiel intellectuel (p.4)

Psychopathologie liée au haut potentiel intellectuel (p.7)

Structures de prise en charge du haut potentiel intellectuel dans quelques pays (p.13)

Prévention des troubles psychopathologiques liés au haut potentiel intellectuel (p.15)

- *prévention primaire : éviter l'apparition d'une psychopathologie*
- *prévention secondaire : dépister la psychopathologie pour mieux la gérer*
- *prévention tertiaire : atténuer les souffrances pour reprendre confiance*

Médecine générale et prévention de la psychopathologie liée au haut potentiel intellectuel (p.27)

- Quand le médecin sait qu'il a en face de lui une personne à HP
- *Conseils généraux pour le médecin en interaction avec une personne à HP*
- *Médecin généraliste et environnement de la personne à HP*
    1. environnement scolaire
    2. stimulations intellectuelles
    3. environnement affectif
    4. environnement professionnel
- *Médecin généraliste et risque suicidaire des adolescents à HP*
- *Médecin généraliste et dépistage de la psychopathologie d'une personne à HP*

- Quand le médecin ne sait pas si la personne en face de lui est une personne à HP
- *le repérage d'une personne à HP par le médecin généraliste*
- *l'annonce du HP par le médecin généraliste*

Témoignage d'un pédiatre (p.37)

Histoires cliniques (p.38)

Le médecin généraliste a un rôle essentiel (p.49)

Conclusion (p.49)

Personnes ressources pour le médecin généraliste en interaction avec une personne à HP (p.50)

Bibliographie (p.53)

Guide pratique du médecin généraliste : résumé (p.56)

Il peut sembler étonnant de mêler médecine et haut potentiel intellectuel. Etre intelligent n'est pas une maladie ! Pourtant, les médecins généralistes français reçoivent nombre de personnes à haut potentiel intellectuel, venant exprimer les manifestations bien médicales d'un mal-être d'origine inconnue, en fait lié à leurs particularités intellectuelles. Les médecins ne connaissent pas ce sujet ou le sous-estiment.
L'équation est simple : l'expression de la psychopathologie des personnes à haut potentiel est parfois massive. Une prévention est possible mais non appliquée. Par conséquent, les médecins restent les grands ignorants des nombreux et divers drames dont peuvent être victimes ces personnes, drames qu'ils auraient pu aider à éviter.

« *L'intelligence est un double mal : elle fait souffrir et personne ne songe à la considérer comme une maladie.* »

in Comment je suis devenu stupide, *Martin Page*

Haut potentiel intellectuel

Il importe, avant de parler des personnes dites à haut potentiel intellectuel, de définir la notion de ce haut potentiel intellectuel (HP).

En 1904, le ministre de l'Instruction publique crée une commission, dont fait partie Alfred Binet, pour déterminer la meilleure méthode pour sélectionner les sujets d'intelligence inférieure, afin d'organiser l'enseignement des anormaux. En 1905, Alfred Binet et Théodore Simon mettent en place la première version d'un test qui mesurerait l'intelligence[1]. Mais l'intelligence n'a jamais eu de définition consensuelle. Le test mesurant le Quotient Intellectuel ou QI permet surtout un classement objectif, fiable et reproductible de l'efficience des sujets sur des exercices standardisés. La comparaison des individus est alors possible.
Les QI de la population forment une courbe de Gauss répartie autour de la valeur de 100 (voir schéma A, courbe 1). Statistiquement, environ 2 à 2.5 % de la population a un QI inférieur à 70. Environ 2 à 2.5 % de la population a un QI supérieur à 130 ; 5 % supérieur à 125. Ainsi sont définies

- les personnes normales, ou dans la moyenne
- les personnes présentant une arriération mentale, ou débilité, ou handicap mental
- les personnes présentant une précocité intellectuelle, ou surdon, ou haut potentiel intellectuel

Parmi les a-normaux – ceux qui ne sont pas dans la norme :

- Les débiles bénéficient d'un diagnostic et d'une prise en charge médicale.

La prise en charge du handicap mental est enseignée à tous les étudiants en médecine de France dans l'item 52 du programme du deuxième cycle des études médicales[2].

- Le HP n'est actuellement pas une problématique médicale et le lien entre troubles médicaux et HP est peu étudié.

Les personnes à haut potentiel ont généralement un QI supérieur à 125-130, mais on ne peut pas définir le haut potentiel sur un chiffre isolé de QI. En effet les personnes à HP en souffrance peuvent avoir un QI inférieur à 125. A mesure que le trouble psychologique s'améliore, le chiffre de QI augmente.

Voici les courbes des QI des enfants recueillis pour troubles du comportement en internat psychothérapique, à Salies-de-Béarn, entre 1956 et 1977 (schéma A)[3].

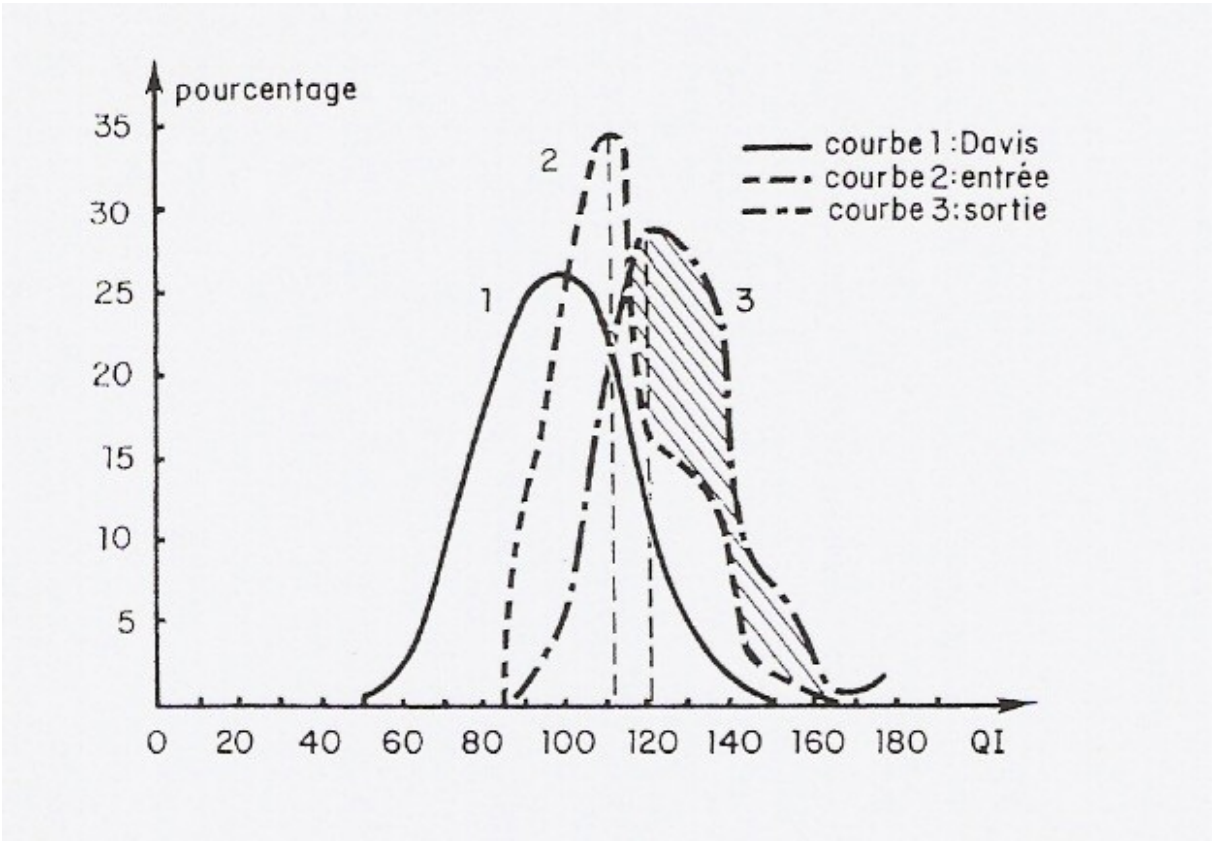


Schéma A :
courbe 1 : population scolaire normale selon Davis
courbe 2 : QI des enfants à leur entrée à l'institut
courbe 3 : QI des mêmes enfants à leur sortie d'internat

La zone hachurée correspond aux enfants considérés à l'entrée comme ayant une intelligence normale, parfois médiocre, et qui ont en réalité un QI supérieur ou très supérieur à 130. Ainsi, Bernard avait un QI de 88 à l'entrée mais un QI de 137 à la sortie, Sylvie : 101 puis 140, André : 119 puis 178, etc.
De ce fait, il y aurait plus de personnes à HP que ne le laisseraient présager les statistiques.

Il faut en outre prendre en compte le profil psychométrique du QI des personnes à HP.

Le test de QI utilisé dans les études publiées jusqu'en 2008 se subdivise en une échelle des aptitudes verbales et une de performance. L'échelle *verbale* comprend les subtests : information, similitude, arithmétique, vocabulaire, compréhension et mémoire des chiffres. L'échelle de *performance* comprend les subtests : complètement et arrangement d'images, cube, assemblage d'objets, code, labyrinthes, symboles. La moyenne des scores obtenus pour ces 2 échelles correspond au chiffre de QI.

Il est à noter que depuis 2005, un nouveau test de QI est utilisé pour les enfants : le WISC IV (Wechsler Intelligence Scale for Children, ou échelle d'intelligence de Wechsler pour les enfants). Dans ce test il n'y a plus de subdivision en 2 échelles mais en 4.

Ainsi 4 scores composent le QI, scores en *compréhension verbale*, en *raisonnement perceptif*, en *mémoire de travail*, et en *vitesse de traitement*, comme il est résumé dans le tableau suivant :

Compréhension verbale	*Raisonnement perceptif*	*Mémoire de travail*	*Vitesse de traitement*
Similitudes Vocabulaire Compréhension, information Raisonnement verbal	Cubes Identification de concepts Matrices Complètement d'images	Mémoire des chiffres Séquence lettres -chiffres Arithmétique	Code Symboles Barrage

Subdivision du QI en 4 groupes d'épreuves dans le test de QI le plus récent (2005)

La lecture des résultats psychométriques du WISC IV est donc légèrement différente.

Dans les études publiées, les personnes à HP ont généralement un score à l'échelle verbale supérieur ou égal au score de l'échelle performance. Cette différence variait de 0 à 42 points (en moyenne 14.08), dans une étude[4] réalisée sur 245 enfants à HP. En moyenne, chez ces enfants, le score à l'échelle verbale était de 137.85, alors que celui de performance était de 126.00… donc inférieur à 130.
En outre, le même profil psychométrique est retrouvé chez tous ces enfants, quel que soit l'âge, le QI total, le sexe, et la différence entre les scores verbal et performance (schéma B).

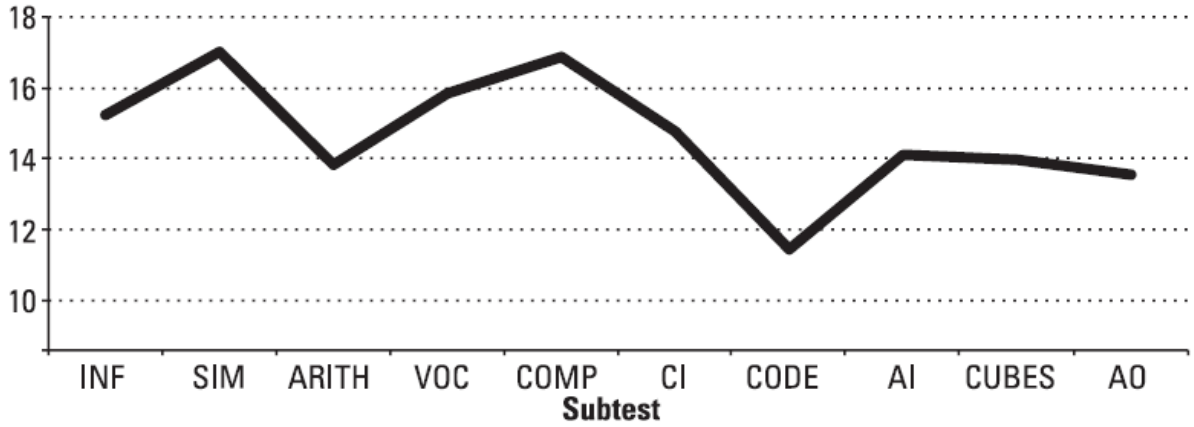


Schéma B :
Moyennes des scores obtenus aux différents subtests chez 245 enfants ayant un QI > 130, de 5 à 16 ans, quelle que soit la différence entre les scores verbal et performance [(4)]
(INF : information, SIMI : similitude, ARITH : arithmétique, VOC : vocabulaire, COMP : compréhension, CI : complètement d'images, AI : arrangement d'image, AO : assemblage d'objets)

Les personnes à HP ont donc plutôt un score verbal supérieur ou égal au score performance (anciens tests de QI), avec une réussite particulière aux épreuves de similitude et de compréhension, et une chute du score en code et arithmétique.

Du fait de la différence parfois considérable entre les différents scores, l'analyse qualitative de leur profil serait plus fiable que la considération quantitative de la moyenne de ces scores, c'est-à-dire le QI total.
Ainsi on peut définir les personnes à haut potentiel comme des personnes qui ont un QI >130 tant qu'elles ne sont pas en grande souffrance psychique. Ces personnes ont surtout un fonctionnement mental particulier objectivé par un profil psychométrique particulier qu'il faut prendre en compte lors de toute identification.

Psychopathologie liée au haut potentiel intellectuel

Fort heureusement, le haut potentiel n'est pas systématiquement associé à une psychopathologie, et le haut potentiel *n'est pas* une psychopathologie. Mais :
- parmi les personnes à HP, le pourcentage de personnes ayant une psychopathologie pourrait être plus grand par rapport à la population générale[5, 7, 9, 10],
- le pourcentage de personnes à HP parmi les patients présentant une psychopathologie est plus élevé que dans la population générale[3].

Parmi les enfants accueillis en internat psychothérapique, entre 1956 et 1977, à Salies-de-Béarn[3] (schéma B, courbe 3), 23.66% étaient des enfants à HP (QI supérieur à 130 à la sortie de l'internat) ! Le décalage par rapport à la répartition de la population scolaire normale est net.

La surreprésentation des enfants à HP par rapport à la population scolaire normale selon Davis (courbe 1 schéma B) dans cet internat atteignait :
- 4.5 fois plus pour les enfants ayant un QI entre 130 et 140
- 151 fois plus avec un QI entre 140 et 150
- 587 fois plus avec un QI entre 150 et 160
- 830 fois plus avec un QI de 160 ou plus.

Ces chiffres ne sont néanmoins pas extrapolables à la population générale, car les enfants avec un QI trop bas ont peut-être été orientés préalablement vers d'autres établissements. Ils ne montrent qu'une tendance. Plus la personne a un QI est élevé, plus son risque de présenter un état mental pathologique est élevé, et plus cette personne sera fragile.

La psychopathologie observée chez les enfants de cet internat n'est pas, selon l'auteur, différente de celle présentée par les autres enfants ; mais les névroses sont plus fréquentes et « plus dramatiques ». De même, le traitement psychothérapique n'a eu d'efficacité qu'en prenant en compte les particularités intellectuelles de ces enfants : de leur HP et des difficultés liées.

En outre, plusieurs études constatent que les personnes à HP ont un pourcentage plus élevé de troubles psychopathologiques que la population générale[5, 6, 8]. Mais ces études ne prennent en compte que des personnes préalablement connues comme à HP. Il est donc possible que ces personnes aient eu majoritairement un test de QI suite à des difficultés scolaires,

comportementales ou médicales. Mais les personnes non détectées peuvent aussi bien être sans problème particulier qu'être porteuses de troubles non étiquetés. Ainsi, dans toutes ces études, les biais de recrutement imposent la prudence.

* Dans une première étude[5] comparant 23 enfants de 9 à 13 ans à QI>130, scolarisés dans des classes spécialisées pour les personnes à HP, et 23 enfants au QI moyen de 106.04 (groupe contrôle apparié), la moyenne des scores obtenus sur l'échelle de la dépression du questionnaire d'Achenbach[6] était significativement plus élevée (+ 2.42 au test statistique de Student) pour les personnes à HP.

Le questionnaire d'Achenbach est un instrument de mesure standardisé et validé de la psychopathologie infantile, très utilisé en recherche et pratique clinique. Les auteurs de cette étude ont utilisé la version française de ce questionnaire, initialement utilisé aux Etats-Unis à la fin des années 70.

Les auteurs ont de même montré que l'augmentation du score de l'échelle de dépression était corrélée à la diminution du score au test de l'estime de soi, en particulier l'estime de soi scolaire. Plus le score d'estime de soi est faible, plus le score de dépression augmente. La variation de l'estime de soi scolaire explique dans cette étude 42 % de la variance du score de dépression chez les enfants à HP (chiffre obtenu par régression statistique multiple).

Enfin, l'analyse des résultats de cette étude montre que chez ces enfants, plus l'estime de soi scolaire est basse, plus les scores de dépression, d'hyperactivité, de troubles de la communication, de symptômes somatiques et d'échelle totale de psychopathologie sont élevés. Cette corrélation n'est pas retrouvée pour les enfants du groupe contrôle. Pour les 2 groupes, l'estime de soi familiale et l'estime de soi sociale ne sont pas corrélées aux scores du questionnaire d'Achenbach.

Le fait que l'étude porte sur un faible nombre de sujets, et sur des enfants à HP recrutés uniquement à partir d'écoles spécialisées, diminue la portée des résultats et la possibilité d'une extrapolation fiable.

* Une autre étude en cours[7] montre dans ces résultats préliminaires que les enfants à HP (n = 196) présentent un score d'anxiété en moyenne environ deux fois plus élevé que pour les enfants du groupe contrôle (n = 226) au questionnaire d'Achenbach (différence statistiquement significative), et environ deux fois plus élevé pour le score d'agressivité (différence statistiquement significative) (schéma C). Cette étude semble confirmer les résultats de l'étude précédente.

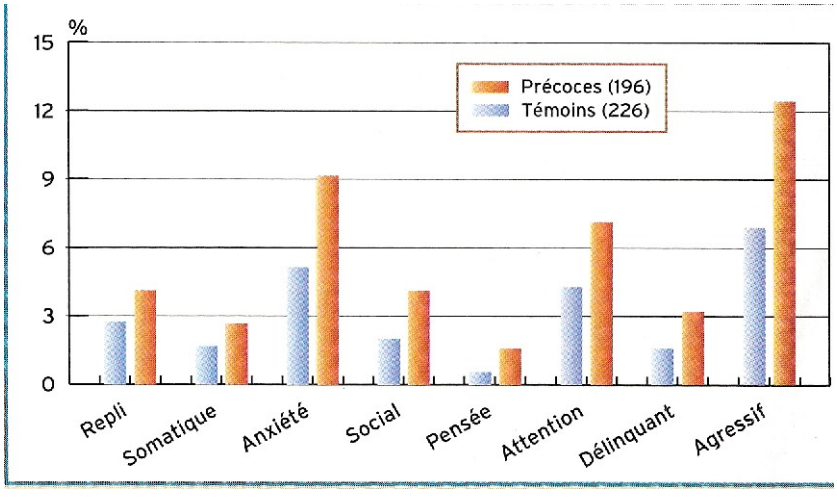


Schéma C : comparaison des scores obtenus au questionnaire d'Achenbach par 196 enfants à HP (en rouge) et 226 enfants d'un groupe contrôle (en bleu) [7, 17]

* Les troubles du sommeil ont été étudiés parallèlement. Dans un article[8] sur les signes particuliers des enfants à HP, les auteurs présentent les résultats de cette étude[9] (schéma D).
Les insomnies (difficultés au coucher, éveils nocturnes), parasomnies (cauchemars), et impressions parentales subjectives d'un sommeil de mauvaise qualité, sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants à HP étudiés que dans le groupe contrôle.

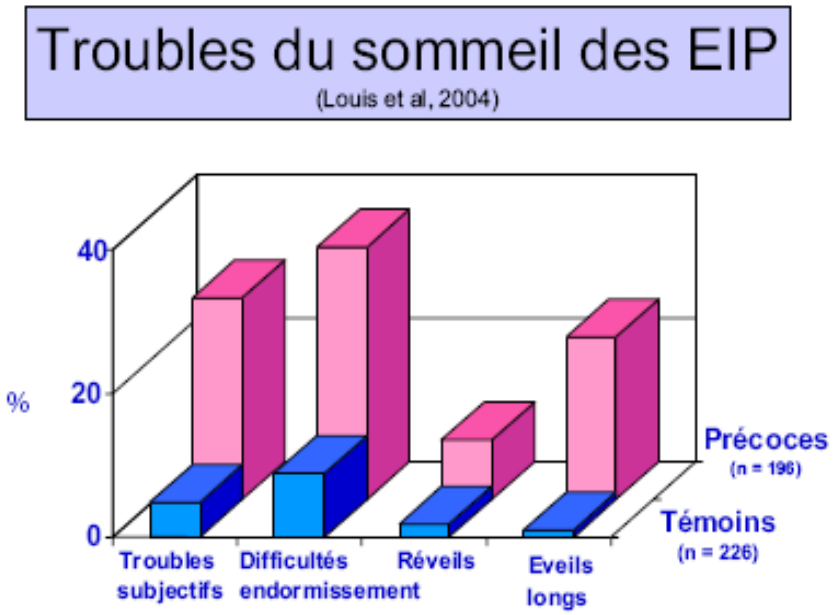
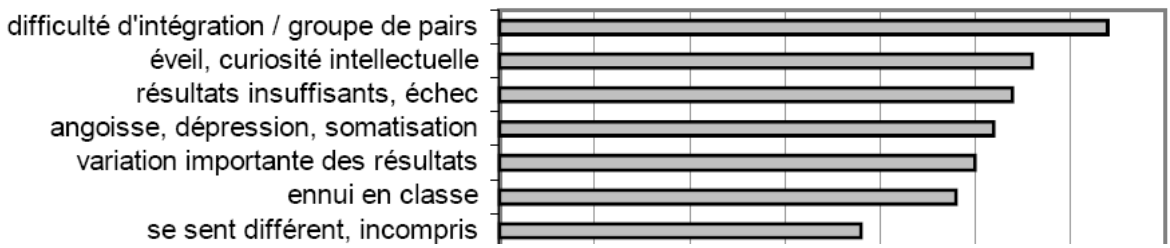


Schéma D : comparaison du pourcentage d'enfants ayant des troubles du sommeil entre 196 enfants à HP et 226 enfants d'un groupe contrôle
(EIP : Enfants Intellectuellement Précoces ou enfants à HP)

* Des professeurs de collège et lycées de l'académie de Toulouse ont aussi mené une étude devant l'observation empirique d'échec scolaire et de souffrance psychique intense des enfants à HP. Ils ont formé le Groupe Académique de Recherche sur la Scolarité des Enfants Précoces en 2000, ou GARSEP. Le GARSEP, assisté du Docteur en psychobiologie B. Jeunier, a ainsi analysé chronologiquement 100 témoignages spontanés et non directifs de parents d'enfants à HP, qui cherchaient soit des informations sur le HP et sur la prise en charge possible, les associations existantes, les activités conseillées, soit une écoute pour parler des difficultés scolaires, sociales et/ou familiales[10].
Un enfant à HP sur 4 (26 %) était signalé comme ayant souffert d'angoisse, de somatisation, de dépression (définition médicale) au cours de sa scolarité (schéma E).



0 5 10 15 20 25 %

Schéma E : les 7 items les plus fréquemment cités de manière spontanée, concernant des enfants à HP, sur 100 témoignages spontanés (10)

Bien qu'il n'y ait pas eu de comparaison avec des enfants à QI < 130, la fréquence des témoignages d'angoisse, somatisation et dépression retrouvée par le GARSEP est donc assez élevée pour alerter et confirmer la tendance observée dans les différentes études de la littérature scientifique.

* Mais voici une autre étude[11] contradictoire qui a recherché les idéations suicidaires et le risque de suicide dans l'équivalent d'un lycée pour jeunes à HP aux Etats-Unis (Indiana) : « high school for academically gifted adolescents » chez 152 sujets. Dans ce « lycée » sont recrutées les personnes à HP motivées et brillantes sur le plan scolaire, avec notamment une épreuve écrite (dissertation) discriminante et la recommandation obligatoire par 3 professeurs. Ces jeunes, une fois admis, restent 2 ans dans cette école, éloignés de leurs parents (un des critères de sélection est ainsi la motivation à la fois des parents et de l'enfant en ce qui concerne l'éloignement familial). Cette étude ne montre pas de différence statistiquement significative entre les jeunes à HP et les autres, dans cette population très particulière.

- En ce qui concerne les adultes

Bien peu d'études ont été réalisées.

* Un article[12] fait le point sur le sujet. Il y est rapporté que dans l'étude Terman, qui a étudié 1528 enfants à HP en Californie en 1921 et qui les suit encore aujourd'hui, les sujets à HP de 80 ans présentent une forte satisfaction de vie malgré le fait que *30 % n'ont pas obtenu de diplôme supérieur*. Malgré tout, il existe un biais de recrutement puisque les enfants à HP recrutés au départ, étaient d'abord choisis par leur professeur comme les plus prometteurs, avant d'être sélectionnés par un test de QI.

* Dans une autre étude[13], française, sur la satisfaction de vie de 28 adultes à HP de 65 ans et plus (venant de l'association MENSA pour les personnes à QI>130) l'anxiété est présente dans 25 % des cas, et 14 % ont une dépression, contre 8 % dans la population prise pour référence, malgré une forte satisfaction de vie (78.6 % aussi heureux que lorsqu'ils étaient jeunes).

De toutes ces études, on peut donc conclure :

- aucune étude, en 2008, ne permet d'extrapoler ces résultats à l'échelle de la population entière des personnes à HP
- mais un sujet à HP *peut* parfaitement vivre heureux et être satisfait de sa vie
- l'anxiété semble être fréquemment une constante chez le sujet à HP, à tous les âges de sa vie ; il semblerait que ces personnes soient plus souvent anxieuses que la population générale
- il en serait de même pour les troubles du sommeil chez l'enfant
- les enfants à HP qui ont une réussite et une bonne adaptation scolaire *peuvent* ne pas exprimer d'augmentation du risque de psychopathologie (satisfaction de vie, risque suicidaire)
- il existe une sous-population, dont la prévalence n'est pas évaluée, qui a des difficultés scolaires et/ou des difficultés sociales et qui présente une augmentation du risque de psychopathologie
- il est possible que le risque d'échec scolaire soit plus grand pour les enfants à HP

- le risque de psychopathologie lors de l'enfance et de l'adolescence, puis à l'âge adulte, pourrait être lié à l'estime de soi scolaire lors de l'enfance du sujet à HP
- il reste que la surreprésentation d'enfants à HP (plus de 1 enfant sur 5) parmi les enfants venant à l'institut psychothérapique de Salies-de-Béarn, interpelle.

Les personnes à HP sont donc peut-être des personnes psychiquement fragiles, mais peut-être que l'inadaptation de certains enfants à HP à leur environnement scolaire en fait des enfants tout simplement malheureux.

Quand les personnes à HP expriment une psychopathologie, celle-ci est aspécifique et variée.
Les enfants de l'internat psychothérapique à Salies-de-Béarn[3] présentaient :

- des Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC)
- des troubles phobiques
- des troubles de l'affectivité avec blocage de l'évolution affective
- des états névrotiques et névroses de caractère, d'angoisse, phobo-obsessionnelles

Mais les syndromes majeurs les plus fréquents étaient :

- instabilité psychomotrice (40/141 soit près de 30 %)
- intériorisation : rêverie dissimulant tristesse, anxiété
- tendances suicidaires
- troubles du sommeil (cauchemars surtout)
- troubles de l'humeur : agressivité, jalousie, opposition, intolérance à la frustration
- troubles de l'appétit : anorexie, boulimie
- énurésie, encoprésie
- tics, bégaiements

Au niveau scolaire :

- retard scolaire
- dyslexie, dysorthographie, dysgraphies
- déscolarisation par exclusion du milieu scolaire

Le retard scolaire était la conséquence de certains troubles :

- inhibition intellectuelle
- inappétence ou désintérêt scolaire
- névrose d'échec (l'enfant pense qu'il va déplaire et être rejeté s'il est premier)
- phobie scolaire : refus total et physique d'aller à l'école

L'inhibition intellectuelle est illustrée par le décalage entre la courbe 2 et la courbe 3 du schéma A : le traitement psychothérapique, l'acceptation des particularités intellectuelles et affectives de ces enfants a permis une augmentation du QI rapide et de grande ampleur.

Hors du contexte de cet internat particulier de Salies-de-Béarn, le département de médecine générale de l'université de Liège en Belgique décrit[14] les troubles suivants :

- dyssynchronie[15] sociale : difficulté à trouver des camarades du même âge avec les mêmes centres d'intérêt, rejet par les camarades qui perçoivent une différence et ne l'acceptent pas
- dyssynchronie[15] interne : les gestes moteurs ne suivent pas le rythme de la pensée de l'enfant
- souffrances affectives : par hypersensibilité et lucidité, caractéristiques du HP ; intolérance à la frustration, émotions intenses vécues de manière solitaire, anxiété, angoisse face à la mort dès la maternelle, sentiment de différence, rêverie, troubles du sommeil

- relations familiales difficiles : opposition et questionnement de l'autorité, insuffisance de stimulation intellectuelle
- difficultés scolaires : manque d'organisation, sens critique qui s'exerce aussi sur les professeurs (peut être perçu comme de l'insolence), automutilation intellectuelle.

Selon ce département de médecine générale, le médecin généraliste est ainsi consulté principalement pour trouble du comportement : insomnie, instabilité psychomotrice, opposition, trouble de l'humeur (anxiété ou dépression), échec scolaire, mais aussi : dyslexie, dysgraphie, dysorthographie, dyspraxie, dysphasie. Les enfants à HP, hypersensibles, seraient de « bons candidats à une somatisation de leurs difficultés ».

Finalement, on peut conclure de ces listes que la psychopathologie observée est globalement de même nature en consultation courante de médecine générale et en institut psychothérapique pour graves névroses. La psychopathologie est simplement exprimée à une échelle de gravité différente.

Deux points restent à préciser :

- La dépression de la personne à HP a des aspects spécifiques[16]
- L'instabilité psychomotrice de la personne à HP a des aspects spécifiques[17]

En ce qui concerne la dépression, Siaud-Facchin, psychologue clinicienne qui exerce dans le centre français de diagnostic et de prise en charge des troubles des apprentissages scolaires de Marseille, décrit[16] des caractéristiques singulières :

- « La dépression du vide » : l'adolescent (ce serait les adolescents les plus touchés) a pour objectif de ne plus penser, car c'est penser qui fait souffrir. Penser est un danger. La peur de penser est intense. L'adolescent n'exprime ni souffrance, ni douleur, ni émotion. Il reste indifférent aux tentatives d'aide et refuse toute intrusion dans son monde intérieur.
- « La quête existentielle » : l'adolescent analyse sans tristesse la vie et la juge avec lucidité. Il est inquiet pour l'avenir de l'humanité. Il cherche à trouver le sens de la vie, de sa vie. Il se pose scientifiquement et philosophiquement LA question de la vie et de la mort. Il est envahi par cette quête de réponses impossibles.
- « Le deuil du plaisir intellectuel » : enfant, il voulait découvrir les trésors du savoir, mais maintenant, il n'a plus confiance, ne veut plus penser ; rien n'a de sens pour lui, il fait le deuil du plaisir intellectuel.
- « La culpabilité » : l'adolescent a l'impression d'avoir trahi ses espoirs d'enfants, alors qu'il était confiant en ses possibilités intellectuelles et qu'il imaginait un avenir cognitif enthousiaste.
- Tableau souvent polymorphe avec modalités dépressives successives diverses : par exemple, anorexie, puis troubles du comportement, puis repli sur soi, puis insomnie rebelle etc.
- Début très insidieux.
- Le désinvestissement scolaire peut être absent : dans l'ordre d'apparition de la symptomatologie, c'est le dernier à apparaître (signe de gravité).
- Résistance thérapeutique médicamenteuse.
- Résistance thérapeutique des psychothérapies tant que les particularités intellectuelles et affectives du HP ne sont pas prises en compte
- Risque de chronicisation à bas bruit à l'âge adulte : absence d'épanouissement intellectuel, social, professionnel ; l'adulte est désabusé, désinvestit tout apprentissage

(inhibition intellectuelle), met à distance toute émotion et n'a pas de projet de vie (car la vie n'a aucun sens).

- L'apparition d'une dépression est donc secondaire à une interaction non satisfaisante entre la personne à HP et son environnement. C'est une dépression réactionnelle.

Quant à l'instabilité psychomotrice de la personne à HP, celle-ci recouvre : déficit de l'attention, hyperactivité motrice et impulsivité (critères DSM IV pour le Trouble de Déficit de l'Attention avec Hyperactivité ou TDAH). Mais ces symptômes ne s'expriment qu'en milieu scolaire pour l'enfant à HP (alors que l'enfant s'ennuie) [17]. En effet le véritable TDAH doit s'exprimer identiquement à l'école, au cours des activités de loisir, et dans le milieu familial. Le questionnaire de Conners (avec description des symptômes lors de différentes situations de la vie quotidienne), diffusé largement par Revol[17], obtient un score pathologique uniquement pour le milieu scolaire, alors que le score est normal dans les autres situations, où il n'existe pas d'ennui.

Les personnes à haut potentiel intellectuel *peuvent* donc avoir un risque significativement plus élevé que la population générale de développer une psychopathologie, et ce risque est alors d'autant plus élevé que le QI est plus élevé (chiffre de QI pris en compte en l'absence d'inhibition intellectuelle).
Cette psychopathologie est variée et recouvre tous les troubles classiques de l'enfance, bien connus des médecins. Certaines caractéristiques sont pourtant singulières : l'inhibition intellectuelle et la crainte de penser, en partie liée au milieu scolaire ; l'anxiété secondaire à la lucidité face aux difficultés qui existent dans le monde ; la dépression conséquence de ces troubles, avec son tableau de symptômes polymorphes et son début insidieux ; l'instabilité psychomotrice dans les situations d'inadaptation intellectuelle.
Enfin, la psychopathologie peut s'exprimer à tous les âges ; son expression commencerait avec la scolarisation. Les risques majeurs sont la chronicisation d'une dépression masquée à l'âge adulte et finalement l'absence d'épanouissement de la personne.

Il faut donc se demander, devant toute personne à HP, si cette personne souffre, et ceci à tous les âges de la vie.

Structures de prise en charge des personnes à haut potentiel intellectuel dans quelques pays

La prise en charge est très différente selon les idéologies et la politique qui en découle.

En Europe :

L'assemblée parlementaire du conseil de l'Europe a émis des recommandations[18] relatives à « l'éducation des surdoués » en 1994.
Elle conseille de repérer les enfants à HP et de leur apporter une éducation spécifique, adaptée à leurs besoins. Elle conseille un repérage conduit par tous ceux qui ont affaire à des enfants, y compris les médecins :

Recommandation 1248, 5è proposition :

« *(…) l'Assemblée recommande que le Comité des ministres demande aux autorités compétentes des États signataires de la Convention culturelle européenne de tenir compte des considérations suivantes dans leur politique d'éducation :*

I. (…) Les enfants surdoués, comme les autres enfants, ont besoin de conditions d'enseignement adaptées qui leur permettent de développer pleinement leurs possibilités ;

II. La recherche fondamentale sur les notions de « don » et de « talent » et la recherche appliquée, par exemple pour améliorer les procédures d'identification, devraient être développées parallèlement. La recherche sur les « mécanismes du succès » pourrait aider à combattre l'échec scolaire ;

*III. En attendant, les programmes de formation continue des enseignants doivent prévoir des processus d'identification des enfants ayant de grandes capacités ou un talent spécial. Tous ceux qui ont affaire à des enfants (enseignants, parents, **médecins**, travailleurs sociaux, ministère de l'Éducation, etc.) devraient disposer d'informations sur les enfants surdoués* »

L'application de ces recommandations est diverse :

- En France :

La prise en charge débute avec les difficultés des personnes à HP, et pratiquement uniquement pour les enfants. La prévention est un thème très peu abordé, voire inexistant en pratique.
Une ressource médicale spécialisée intéressante pour les enfants à HP est l'Unité pour Surdoués en Difficulté[19], unique en France, qui a ouvert ses portes en 2005 au CHU de Rennes.

- En Belgique :

Il existe un réseau interuniversitaire d'écoute et d'accompagnement des jeunes à HP[14], composé de psychologues et de psychopédagogues des 5 universités en communauté française de Belgique. Des chercheurs ont pour mission d'accueillir, d'accompagner, d'orienter, de prendre en charge les jeunes à HP.
Ce réseau collabore avec les établissements scolaires et les partenaires éducatifs, les centres psycho-médico-sociaux, les professionnels médicaux, les centres thérapeutiques.

- En Grande Bretagne :

Une association très active (National Association for the Gifted Children in the United Kingdom, NAGC), prend en charge environ 7000 enfants et leur famille par an[20]. Elle aide les familles qui rencontrent des problèmes de tout ordre, mais aussi informe médecins, enseignants, psychologues, inspecteurs de la santé… Le Ministère de la santé subventionne chaque année l'association pour une permanence gratuite qui reçoit les familles en situation de crise (et elles seraient nombreuses !).

En Israël[21]

Un débat a lieu dans les années 60 et sa conclusion est la certitude que les enfants à HP doivent avoir une éducation spécialisée. Dans les années 70, il est alors question des

modalités de cette éducation. A partir de 1974, des classes spécialisées sont créées pour les enfants à HP, où des enseignants formés dispensent des enseignements spécifiques à un rassemblement de ces enfants. Cette formule est rapidement généralisée.

Ainsi, actuellement encore, tous les enfants passent un test de QI à l'âge de 8 ans. Les résultats sont ensuite communiqués aux parents et si le QI est supérieur à 130, il leur est proposé :

- soit d'entrer dans une classe spécialisée
- soit de recevoir un cours d'enrichissement, une journée par semaine
- soit de recevoir un enseignement par groupe dans les universités

La décision finale appartient aux parents, qui peuvent refuser toute éducation spécifique.

Le Professeur Avner Ziv, qui enseigne la psychologie à l'université de Tel Aviv en Israël et qui a crée plusieurs classes spécialisées pour enfants à HP dans ce pays, a analysé[22] les conséquences de la création de ces classes spéciales. Il témoigne que « *les problèmes spécifiques des enfants intellectuellement doués sont liés plutôt aux relations sociales, aux problèmes d'apprentissage et de frustration liés à l'école, et des problèmes avec les parents qui ne les comprennent pas toujours* ». « *L'un des problèmes majeurs de ces enfants est lié à l'école.* » Ils s'ennuient à l'école et « *cet ennui peut provoquer des conflits avec les enseignants, de la frustration* ». « *Dans les relations sociales, ces enfants cherchent à se lier avec des enfants ayant un même niveau intellectuel, et ceci n'est pas facile dans une classe "ordinaire". Ils ont souvent le sentiment qu'ils ne sont pas compris par les autres et ceci peut mener à la solitude affective, avec toutes ses conséquences.* »

Selon lui, « ***les médecins ont besoin d'une formation générale concernant ces enfants car ils peuvent développer des problèmes affectifs ou sociaux qui peuvent avoir des conséquences psychosomatiques****, pour lesquels les parents vont aller voir un médecin. Celui-ci, s'il ne connaît pas les enfants intellectuellement doués, peut faire de mauvais diagnostics et surtout ne saura pas comment aider les enfants et leurs parents.* »
La prise en charge éducationnelle spécifique diminuerait les symptômes psychopathologiques, ainsi « ***les enfants*** [à HP] ***qui vont mal dans leur école et rentrent dans les classes spéciales n'ont pas autant de problèmes*** [psychopathologiques] ***que ceux qui restent dans les écoles où ils s'ennuient ou se trouvent socialement isolés.*** »

<u>Prévention des troubles psychopathologiques liés au haut potentiel intellectuel</u>

La prévention est d'autant plus souhaitable que la psychopathologie n'est pas inéluctable.

- *Prévention primaire : éviter l'apparition d'une psychopathologie*

Aucune étude ne le prouve, mais tous les spécialistes (en particulier A. Bessou, G. Prat, O. Revol, J. Siaud-Facchin, J.-C. Terrassier, C. Peyrat), de par leur expérience, pensent que le

risque de psychopathologie ou tout simplement le risque de non épanouissement des personnes à HP diminue à partir du moment où la personne a découvert qu'elle est à HP. Ainsi est posé la question d'un dépistage, qui fait débat actuellement en France.

Pour J. Siaud-Facchin[16] « *le risque pathologique est corrélé à l'âge du diagnostic : plus le diagnostic est posé jeune, moins l'enfant développe de pathologie spécifique. A l'inverse, un diagnostic tardif favorise l'apparition et le développement de troubles plus ou moins graves. La gravité des troubles dépend de la bienveillance du milieu (familial, scolaire…) dans lequel grandit l'enfant* »

Ainsi deux éléments seraient primordiaux : reconnaître les personnes à HP le plus tôt possible et entourer l'enfant à HP (comme tous les enfants) d'un environnement favorable quelque soit sa différence avec son entourage humain.

Une autre question est alors à prendre en compte : qu'en est-il du risque d'étiqueter une personne à HP et de l'enfermer dans cette étiquette ?
Un élément de réponse serait dans la manière d'annoncer à la personne son HP. L'annoncer, ce n'est pas mettre un adjectif sur une personne, mais donner une explication scientifique à ses particularités intellectuelles. Ce n'est pas parce qu'une personne est considérée comme âgée car elle a plus de 70 ans, qu'elle est réduite à un état de vieillesse. C'est une personne comme une autre mais qui a des particularités indubitables au niveau du fonctionnement de son organisme. De la même façon, ce n'est pas parce qu'une personne est considérée comme à HP car elle a un QI supérieur à 130, qu'elle est réduite à un seul haut potentiel intellectuel. C'est une personne comme une autre mais qui a des particularités indubitables au niveau de son fonctionnement psychique. C'est une particularité à prendre en compte, et à apprendre à prendre en compte, ni plus ni moins.

En revanche, il n'y a pas de consensus sur la manière dont doit se faire cette reconnaissance – ou dépistage. Faut-il dépister systématiquement les personnes à HP parmi la population générale ou faut-il dépister le HP seulement quand des signaux permettent de le suspecter chez une personne ?

Israël est le seul pays au monde à avoir fait le choix, peut-être idéologique, de procéder à un dépistage systématique. Compte tenu du contexte socio- économique et géopolitique, les personnes à HP seraient l'espoir de la nation. La France n'a pas le même contexte ni les mêmes idéologies.

Les critères scientifiques pour décider d'un dépistage systématique d'une maladie sont[23] :

- présence d'une morbidité et/ou mortalité fréquente et/ou grave
- histoire naturelle bien définie
- incidence élevée
- phase asymptomatique durant laquelle la détection peut permettre une prise en charge diminuant la morbidité et/ou la mortalité
- dépistage simple, fiable, sans danger, reproductible, qui permet la détection durant la phase asymptomatique
- prise en charge efficace existante à la phase asymptomatique
- prise en charge plus efficace à la phase asymptomatique qu'à la phase symptomatique

- rapport coût/efficacité favorable

Le HP **n'est pas** une maladie, mais il peut être intéressant d'examiner ces critères dans le cas particulier de la problématique du dépistage systématique des personnes à HP.

- Les troubles psychopathologiques existent avec certitude mais la fréquence de l'expression de ces troubles n'est pas connue. Savoir si le HP est un problème de santé publique dépend de l'opinion de l'Etat sur le HP et ses répercussions éventuelles sur la société.
- Une histoire naturelle est souvent décrite empiriquement par les spécialistes[16, 24] : les troubles psychopathologiques, *quand ils s'expriment*, apparaissent plus ou moins tôt au cours de la scolarité, à partir de la maternelle, puis s'aggravent en l'absence de prise en charge spécifique. Ces troubles sont polymorphes et capricieux. Ils peuvent disparaître transitoirement durant les interactions avec certains professeurs, en compagnie de certains camarades, ou durant les vacances scolaires, puis réapparaître brusquement, lors d'un changement de l'environnement scolaire, socio affectif, lors des rentrées scolaires. En parallèle des troubles psychopathologiques, peuvent être observés un isolement social, un échec scolaire, des conflits avec le corps professoral. Puis, après l'adolescence, soit l'adulte a accès à des études supérieures, avec ou sans prise en charge adaptée, soit il n'est jamais parvenu à un niveau suffisant pour continuer ses études, car la prise en charge est intervenue trop tardivement, ou bien il n'a pas été dépisté. Dans le premier cas l'adulte à HP réussit finalement à s'épanouir, dans le deuxième il est presque certain que l'adulte à HP développe une dépression à bas bruit, résistante aux thérapeutiques classiques. S'il est alors dépisté comme adulte à HP, il y a toujours un espoir de vaincre cette dépression, ou tout simplement d'être moins malheureux, mais c'est plus difficile chez l'adulte, et d'autant plus quand l'âge augmente.
- L'incidence est relativement élevée : plus de 2 % de la population selon la courbe Gaussienne des QI obtenus par la population, 5 % de la population si l'on considère le seuil de 125 de QI.
- L'enfant à HP qui n'a jamais été scolarisé n'a jamais été décrit comme un enfant plus malheureux que les autres enfants, ou comme un enfant exprimant une psychopathologie particulière. La période précédant son entrée en maternelle est même souvent décrite comme « les temps heureux »[24]
- Le test de QI est reproductible, simple, non dangereux, fiable en l'absence d'inhibition intellectuelle (donc en l'absence de psychopathologie, c'est-à-dire en phase asymptomatique)
- L'efficacité d'une prise en charge des enfants à HP avant l'expression de troubles psychopathologiques n'est pas évaluée, ni celle de la prise en charge suite aux troubles, même si empiriquement, la situation en Israël est en faveur d'une efficacité.
- Le rapport coût/efficacité n'est pas évalué (dépend des honoraires des psychologues).

Au niveau scientifique, il manque donc des éléments pour conclure au bien-fondé d'un dépistage systématique, et au niveau humain, les réticences idéologiques à faire systématiquement pratiquer un test de QI sont nombreuses.
Le ministère français de l'Education Nationale a statué[25] en 2007 que « *l'organisation d'une* ***formation systématique*** *des psychologues scolaires ainsi que des conseillers d'orientation psychologues* ***sur le dépistage des enfants intellectuellement précoces****, l'accompagnement des familles, et les informations à apporter aux enseignants* [est nécessaire]. (…) ***Il n'y a pas lieu de conduire un dépistage systématique****. En revanche, chaque fois qu'un élève manifeste*

un mal être à l'école ou au collège, un trouble de l'apprentissage ou du comportement, ou simplement que ses parents en font la demande, la situation doit être examinée sans attendre, et les éventuelles mesures adaptées doivent être prises. »
En accord avec ce texte de loi et la recommandation européenne de 1994 (*cf.* p.14), la prévention consiste donc d'abord à, au moins, savoir reconnaître des caractéristiques cliniques des personnes à HP. Actuellement et dans le contexte français, le test de QI systématique est peu envisageable.

- *Caractéristiques stables dans le temps qui évoquent la présence d'un HP*

Les différentes caractéristiques des personnes à HP sont diverses, peu sensibles et aspécifiques. Pour autant leur association et leur intensité peuvent être évocatrices. A tous les âges, on peut observer chez la personne à HP :
- des passions multiples, une attitude passionnée[24]
- une grande curiosité[8]
- une hypersensibilité[8]
- l'expression de questionnements existentiels[8]
- un refus ou une demande de justification des règles[8]
- l'humour[24]

Des questionnements permanents sur la vie et sur la mort, une soif de savoir avec des questionnements passionnés et sans limite sur tous les champs de connaissance, l'extrême susceptibilité face à toute remarque négative, le besoin de définir sur des bases scientifiques toute règle imposée, et l'aptitude naturelle et spontanée à faire rire, doivent absolument faire penser au HP, surtout si ces caractéristiques sont associées. Cependant leur absence n'infirme pas la possibilité d'être une personne à HP.

- *Caractéristiques du développement des nourrissons et petits enfants à HP*[26]

Des chercheurs sur le développement de l'enfant et sur les troubles de l'apprentissage, ont étudié rétrospectivement le développement d'une cohorte en suivi longitudinal de 60 enfants, reconnus ultérieurement comme enfants à HP. Ces enfants ont été recrutés à partir de la consultation de pédiatrie en protection maternelle et infantile. Ces consultations sont destinées au suivi d'enfants tout-venant bien portants.
Les enfants à HP acquièrent plus tôt que les autres enfants les différents progrès psycho-sensori-moteurs :
- à la naissance : durée d'état de veille calme > 8 minutes (enfants standards : entre 4 et 5 minutes) ; état d'alerte du nouveau-né avec réponse de fixation et poursuite oculaire intenses aux stimulations visuelles et verbales de l'examinateur

- au cours des 2 premières années de vie, les acquisitions motrices sont plus précoces (schéma F (a)) : *port de la tête dans l'axe* en moyenne à 1 mois (2 mois 4 jours pour les autres enfants), *station assise* en moyenne à 6 mois (8 mois 6 jours), *marche autonome* en moyenne à 12 mois (14 mois 20 jours). Les écart-types sont très resserrés et la différence entre les moyennes des âges des enfants à HP et des autres enfants sont statistiquement significatives avec le test statistique de Student.

- de même, au niveau des acquisitions verbales, des indices font penser à un enfant à HP (schéma F (b)) : *premiers mots* en moyenne à 9 mois (contre environ 12 mois pour les autres enfants), *première phrase* en moyenne à 18 mois (contre 20 à 21)

Comparaison entre les items observés du développement moteur de notre échantillon d'enfants à « hautes potentialités » suivis en longitudinal ($n = 60$) et les normes développementales françaises sur les deux premières années de vie

Items observés	Échantillon $n = 60$ en moyenne d'âge et écart-type[a] (mois, semaines)	Normes Dev-Mot (ECPA, 1997) moyenne d'âge et écart-type (mois, jours)	Normes Brunet-Lézine révisé (EAP, 1997) réussite à 50 – 90 % (mois)
– Tient sa tête dans l'axe	1 mois ± 1 semaine	2 mois 4 jours ± 1 mois 1 jour	3 mois
– Préhension volontaire	3 mois ± 1 semaine	4 mois 10 jours ± 1 mois 2 jours	8 mois
– Retournements	4 mois ± 4 semaines	6 mois 10 jours ± 1 mois 9 jours	8 mois
– Station assise sans soutien	6 mois ± 3 semaines	8 mois 6 jours ± 1 mois 2 jours	10 mois
– Se met assis seul	7 mois ±3 semaines	8 mois 24 jours ±1 mois 6 jours	10 mois
– Se hisse debout avec appui	8 mois ± 4 semaines	10 mois 18 jours ± 1 mois 18 jours	10 mois
– Quatre pattes	8 mois ± 3 semaines	10 mois 12 jours ± 1 mois 3 jours	9 mois (rampé ou 4 pattes)
– Saisit la perle entre le pouce et l'index	8 mois ± 2 semaines	9 mois 10 jours ± 1 mois 6 jours	9 mois
– Marche autonome	12 mois ± 4 semaines	14 mois 20 jours ± 2 mois 6 jours	14 mois
– Commence à manger seul à la cuillère	12 mois ± 2 semaines	18 mois 14 jours ± 1 mois 2 jours	17 mois
– Monte et	15 mois ± 2 semaines	17 mois 4 jours ± 1 mois 10 jours	–
– Descend un escalier avec aide sans changer de pied	16 mois ±3 semaines	19 mois 1 jours ± 1 mois 2 jours	–
– Tour d'au moins 8 cubes	23 mois ± 4 semaines	29 mois 1 jours ± 1 mois 2 jours	30 mois
– Monte seul sans support en changeant de pied	24 mois ± 1 semaines	34 mois 1 jours ± 2 mois 1 jour	–
– Met ses chaussons seul	24 mois ± 3 semaines	30 mois 8 jours ± 1 mois 5 jours	30 mois
– Fait du tricycle ou du vélo (avec stabilisateurs)	24 mois ± 3 semaines	36 mois 3 jours ± 1 mois 1 jour	–

[a] [Items significatifs (t de Student, ddl = 118), $p < 0.01$, comparé aux normes Dev-Mot]

(a)

Moyennes d'âge obtenues sur le développement du langage oral et écrit dans notre échantillon d'enfants à « hautes potentialités », au cours des trois premières années de vie comparées aux normes existantes du Brunet- Lézine

Moyennes d'âge obtenues aux items observés	Référence Brunet-Lézine EAP 1951	révisé 1997
– Babillage (consonnes) : moyenne 4 mois ± 3 semaines.	7 mois	8 mois
– Premiers mots (au moins trois) : moyenne 9 mois ±1 semaine. 12 mois	12 mois	10–17 mois
– Répétition de mots de façon exponentielle à partir de 12 mois ± 4 semaines	18 mois	17 mois
– Première phrase (association 2 mots) : moyenne 18 mois ± 2 semaines.	21 mois	20 mois

(b)

Schéma F : moyennes et écart-types des âges de différentes acquisitions au cours du développement de 60 petits enfants, connus ultérieurement comme à HP, comparés aux normes françaises sur les 2 premières années de vie[26]
(a) : acquisitions motrices et (b) : acquisitions verbales

- la latéralité est mise en place précocement entre 30 et 46 mois

- des simulacres d'écritures, ressemblant à des lettres sont dessinés spontanément par les enfants à HP autour de 34 mois.

Ainsi, repérer ces acquisitions toutes précoces permettrait déjà un bon repérage de ces tout jeunes enfants à HP.

L'auteur du manuscrit remarque aussi dans son interprétation des résultats qu'aucune psychopathologie n'est remarquée (troubles du sommeil, dyssynchronie entre les domaines intellectuel et moteur), de même le profil psychométrique de ces jeunes enfants (testés entre 4 et 7 ans) est très homogène avec un score à l'échelle verbale homogène au score de l'échelle de performance (*cf.* « haut potentiel intellectuel », schéma B p.6). L'auteur conclut que le profil psychométrique particulier observé dans la littérature correspond au profil des enfants qui ont déjà développé des troubles de l'adaptation à leur environnement et une psychopathologie consécutive. Le développement moteur serait parallèle au développement intellectuel, tant que leur rythme de développement serait respecté. Le risque serait, de seulement développer les capacités intellectuelles au détriment des capacités motrices (puisqu'on ne commence pas à apprendre à écrire les lettres à 34 mois mais bien plus tard !), d'où un comportement moteur malhabile souvent observé chez ces enfants.

Ainsi cette étude souligne que non seulement on pourrait repérer ces enfants dès leurs premières années de vie, mais surtout que c'est à cette période qu'une prévention des futurs troubles serait le plus efficace. Quel que soit le rythme de développement d'un enfant, il faut toujours le respecter, que ce soit dans un sens ou dans un autre ; cette adaptation de rythme serait à mettre en place le plus tôt possible.

- *Caractéristiques aux différents âges de l'enfant à HP scolarisé et de l'adulte*

Il existe des caractéristiques plus spécifiques des personnes à HP au cours des âges de la vie, avec et après la scolarisation. Celles-ci sont liées à la psychopathologie qu'elles peuvent exprimer. Ceci fait qu'on repère plus les personnes ayant une psychopathologie que celles qui vont bien. (*cf.* « prévention secondaire », p.23)

La première étape d'une prévention bien conduite est de savoir si la personne est à HP. Il faut ensuite savoir que faire.

On ne peut être sûr que la personne est à HP que si son QI est supérieur à 125-130. En deçà l'incertitude demeure. Une inhibition intellectuelle est-elle à l'origine d'un chiffre de QI inférieur au seuil reconnu pour définir le HP ?

Devant un ensemble de signes cliniques évocateurs (développement verbal, moteur, caractéristiques de personnalité), il faut discuter la pratique d'un test de QI. Le test de QI ne doit pas être considéré comme un chiffrage de l'intelligence. L'intelligence n'a pas de définition, et les personnes à HP ont une intelligence, ou plutôt un fonctionnement neuropsychique, qualitativement différent, singulier, particulier. Le test de QI, le profil psychométrique, permettent donc de mieux comprendre la personne quel que soit le résultat. Ce n'est jamais préjudiciable… en dehors du coût financier. La pratique d'un test de QI en milieu libéral n'est pas remboursée par la Sécurité Sociale. Elle reste cependant gratuite si elle a lieu en centre médico psychologique, en milieu hospitalier, ou si elle est effectuée par un psychologue scolaire ou un conseiller d'orientation psychologue.

Dans mon expérience, la difficulté principale est que les parents sont très réticents à l'idée de faire un test de QI à leur enfant. Contrairement à cette idée erronée d'une famille arrogante et orgueilleuse, qui a le fol espoir que son enfant soit « plus intelligent », et qui veut absolument le « faire tester », souvent les parents d'enfants à HP ont peur que leur enfant soit anormal,

différent de la majorité. Ils n'ont pas l'impression que leur enfant soit « plus intelligent ». Il ne fait rien d'exceptionnel, n'a pas 20/20 dans toutes les matières scolaires, ne récite pas l'annuaire par cœur, etc. La personne à HP elle-même, et c'est particulièrement flagrant pour les adultes, est plus consciente de ses lacunes et difficultés que de ses compétences, qui sont pour elle identiques voire inférieures à celles des autres. Alors pourquoi se faire tester ? Il est difficile de croire à l'éventualité du HP, pour des parents comme pour des adultes à HP.

En l'absence de psychopathologie, il n'y a bien sûr aucune urgence à faire pratiquer un test de QI. En cas de présomption et en l'absence de certitude à court ou à moyen terme, une surveillance simple peut suffire. Ici la prévention secondaire a toute sa place.

Le test de QI peut être pratiqué à partir de 2-3 ans, mais il serait plus fiable à partir de 6 ans. Un test de QI pratiqué avant 6 ans doit être confirmé après cet âge.

Une fois la certitude que la personne est à HP, il faut le lui annoncer. Annoncer le chiffre exact n'est pas forcément utile à la personne ; ce point fait débat parmi les spécialistes. L'essentiel est de mieux se connaître, comprendre ses réactions et celles des autres, qui ne sont pas à HP, d'avoir une image de soi-même cohérente, et d'apprendre à vivre avec ses particularités neuropsychiques sans en souffrir : vivre ses différences neuropsychiques avec sérénité, éviter la souffrance et la psychopathologie correspondante.

Ainsi, Ludovic, petit patient de 7 ans et demi de J. Siaud-Facchin[16]
« *Dis madame, je voudrais m'enlever être surdoué.*
- Explique-moi mieux ce que tu veux dire.
- C'est que je veux plus être surdoué, ça m'embête.
- Et qu'est-ce qui t'embête ?
- Je veux être pareil que les autres, je veux pas être différent ! »

Parallèlement, voici le témoignage que G. Prat (de l'institut psychothérapique de Salies-de-Béarn) a écrit[3], en 1979, « *Au regard de tels risques* [de psychopathologie]*, et compte tenu de leur fragilité particulière, il serait donc souhaitable (...) que le plus rapidement possible (...) ils soient bien dans leur peau. Parallèlement, il serait bon que leurs éducateurs (parents ou enseignants) détectent précocement chez ces enfants (...) leurs aptitudes ; qu'ils permettent d'aller (...) à son rythme* [de l'intelligence] *(...) ; qu'ils acceptent avant tout qu'il y ait des différences.*

Plusieurs pistes pour aider à apprendre à vivre avec un HP peuvent être avancées.

Comme dans toute affection ou particularité chroniques, l'information et l'éducation -au sens de l'aide pour la vie de tous les jours- de la personne à HP sont essentielles.

En adéquation avec l'article 35 du code de déontologie des médecins, « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état », adaptée à l'âge de la personne et à son fonctionnement psychique (à son niveau de compréhension élevé, à sa curiosité et soif de connaissance). Cette information permet d'expliquer ce qu'est le HP au niveau neuropsychique, ce qu'est un test de QI. Elle permet d'expliquer les comportements et capacités de la personne. Elle permet d'expliquer les

comportements de la population générale, de comprendre le fonctionnement psychique des personnes à QI entre 75 et 125.

Il faut insister sur le fait qu'un QI élevé n'est pas une preuve d'intelligence quantitativement plus élevée mais surtout de fonctionnement mental différent qui peut avoir plus d'efficacité. Il faut aussi expliquer qu'être à HP ne veut pas dire être meilleur moralement[21].

Pour expliquer le fonctionnement neuropsychique, on peut par exemple évoquer les travaux[27] du Pr. Grubar (professeur de psychologie environnementale) sur les rapports entre sommeil et potentiel intellectuel. Le Pr. Grubar constate que

- La latence d'apparition de la première phase de sommeil paradoxal est diminuée chez les enfants à HP, augmentée chez les enfants déficients mentaux, et le taux de sommeil paradoxal est augmenté chez les premiers et diminué chez les seconds. Ceci correspondrait à une plasticité cérébrale augmentée chez les enfants à HP et diminuée chez les enfants déficients mentaux
- Le rapport des fréquences oculomotrices (mouvements oculaires durant le sommeil paradoxal) est augmenté chez les enfants à HP et est diminué chez les déficients mentaux. Ceci correspondrait à une capacité à organiser les informations augmentée chez les premiers et diminuée chez les seconds.

Il peut être intéressant d'évoquer les hypothèses actuelles en cours d'étude, concernant la vitesse de l'influx nerveux qui serait augmentée chez les personnes à HP.

De même, on peut expliquer que les personnes à HP pensent par analogie, c'est-à-dire qu'elles traitent plusieurs données en même temps, comme si les pensées étaient organisées en arborescence[16]. Ceci fait qu'au même exercice, une personne à HP et une autre personne n'auront souvent pas le même cheminement pour arriver au même résultat.

On peut tout autant exposer les particularités affectives des personnes à HP et les différences par rapport à la population générale (hypersensibilité exacerbée, empathie extrême). La personne à HP a souvent l'impression que les autres personnes partagent son hypersensibilité affective, et ne comprend donc pas les réactions des autres, quand ils paraissent indifférents là où la personne à HP est bouleversée[24]. Ainsi en est-il pour nombre de ses particularités.

Il est également possible, mais il n'y a rien d'obligatoire, d'aborder des difficultés qui ont des chances de survenir :

- l'anxiété (les parents doivent être encouragés à rassurer régulièrement leur enfant à HP sur ses questionnements existentiels, sur leur amour inconditionnel, sur ses capacités qui ne peuvent disparaître, etc.)
- le niveau scolaire et la manière d'aborder les connaissances, ne seront pas forcément adaptés à son fonctionnement neuropsychique, mais il existe des solutions (activités extra scolaires, arrangements avec les professeurs, etc.)
- la dépréciation et les psycho somatisations (il faut apprendre à bien se connaître et savoir reconnaître la causalité entre symptômes physiques et perturbations psychiques, et ne pas hésiter à revenir en consultation si on doute sur soi-même et de son avenir)
- les difficultés graphiques scolaires (dyssynchronie) peuvent être résolutives avec le temps et la patience (il faut inviter les parents à rassurer leur enfant sur ses difficultés passagères, et si besoin discuter avec le professeur pour dédramatiser la situation et peut-être privilégier transitoirement les activités orales)

Le choix de l'information donnée dépend évidemment du contexte et de la personne à HP.

Mais ce qui est primordial est de faire comprendre que quoi qu'il arrive, il y a là une personne qui comprend la personne à HP et ses particularités, qui est à l'écoute, et qui connaît les difficultés sociales, affectives, familiales et scolaires possibles.

Enfin, dans le même temps de l'annonce du HP, il faut savoir orienter vers les associations locales et nationales de personnes à HP, vers le personnel adapté, disponible et compétent, pour toute difficulté ou demande d'information. Il n'est pas obligatoire d'être spécialiste ; pour obtenir une prévention efficace de toute psychopathologie, il faut juste comprendre, être à l'écoute des particularités des personnes à HP, et savoir les orienter quand un besoin est mis à jour.

- *Prévention secondaire : dépister la psychopathologie pour mieux la gérer*

Un mot d'ordre : il faut repérer ceux qui souffrent.

Il est fréquent que des personnes à HP souffrent *sans savoir pourquoi*… et sans en parler. Il faudra alors, d'abord les reconnaître en tant que personnes à HP, avant de pouvoir les prendre en charge correctement.

Il est indispensable d'effectuer ce double repérage -du HP et de la psychopathologie- le plus précocement possible pour avoir une efficacité sur le court et le long terme. G. Prat, de l'institut de Salies-de-Béarn, a ainsi écrit[3] : « *si, malgré ces précautions* [c'est-à-dire la mise en œuvre de la prévention primaire de la psychopathologie : repérage des personnes à HP, acceptation des différences, respect du rythme et particularités du fonctionnement mental], *les troubles du comportement s'installaient, les problèmes scolaires se posaient, je voudrais insister sur l'importance capitale qu'il y aurait à les résoudre, à les guérir avant la puberté (…). Alors tout est possible, tout est récupérable. Les éléments névrotiques peuvent être abordés par la psychothérapie ; l'évolution affective peut reprendre ; l'inhibition intellectuelle se lever ; le retard scolaire être comblé. Or (…) on assiste à la multiplication de ces enfants doués et surdoués qui arrivent à 14 ou à 15 ans, mais pour lesquels nous ne pouvons plus rien faire. Alors oui, on peut dire quel gâchis ! (…) et parfois quel désastre !* »

Devant tout trouble du comportement, il faut savoir évoquer la possibilité du HP, et ceci est conforme aux directives de l'Education nationale de 2007 (*cf.* p.17). Le test de QI peut être demandé directement, car quelle que soit l'étiologie des troubles, ce test permettra d'apporter un éclairage sur le fonctionnement cognitif de l'enfant. Le test de QI devra être demandé à plus forte raison si la personne présente certaines des caractéristiques énoncées plus haut (*cf.* « prévention primaire », p.18), ou si la psychopathologie semble caractéristique des personnes à HP (instabilité psychomotrice uniquement en milieu scolaire, particularités du tableau de la dépression de la personne à HP, syndrome de dyssynchronie, (*cf.* « psychopathologie des personnes à haut potentiel intellectuel », pp.11, 12,13).

À cet égard, les travaux du GARSEP (enseignants de Toulouse) [10] sont intéressants. L'analyse de témoignages spontanés de parents d'enfants à HP (*cf.* p.9) leur a permis de brosser le tableau des jeunes à HP en difficulté, qui doit faire évoquer à l'enseignant le HP (Schéma G (a) et (b)).

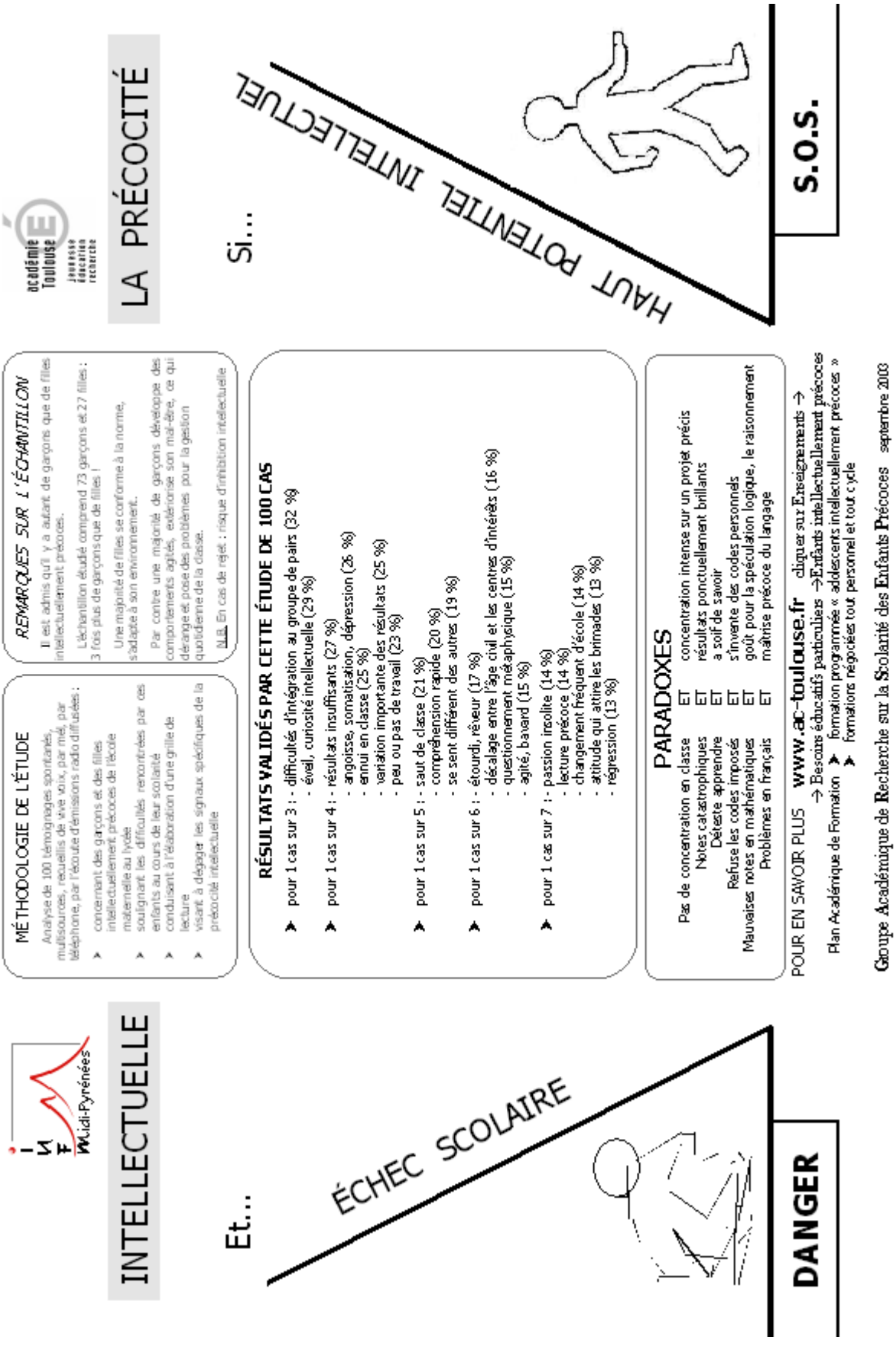

LA PRÉCOCITÉ
Si...
HAUT POTENTIEL INTELLECTUEL
S.O.S.
Et...
ÉCHEC SCOLAIRE
DANGER
INTELLECTUELLE
MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE
Analyse de 100 témoignages spontanés, multisources, recueillis de vive voix, par mél, par téléphone, par l'écoute d'émissions radio diffusées :
concernant des garçons et des filles intellectuellement précoces de l'école maternelle au lycée
soulignant les difficultés rencontrées par ces enfants au cours de leur scolarité
conduisant à l'élaboration d'une grille de lecture
visant à dégager les signaux spécifiques de la précocité intellectuelle
REMARQUES SUR L'ÉCHANTILLON
Il est admis qu'il y a autant de garçons que de filles intellectuellement précoces.
L'échantillon étudié comprend 73 garçons et 27 filles : 3 fois plus de garçons que de filles !
Une majorité de filles se conforme à la norme, s'adapte à son environnement.
Par contre une majorité de garçons développe des comportements agités, extériorise son mal-être, ce qui dérange et pose des problèmes pour la gestion quotidienne de la classe.
N.B. En cas de rejet : risque d'inhibition intellectuelle
RÉSULTATS VALIDÉS PAR CETTE ÉTUDE DE 100 CAS
pour 1 cas sur 3 : - difficultés d'intégration au groupe de pairs (32 %)
- éveil, curiosité intellectuelle (29 %)
pour 1 cas sur 4 : - résultats insuffisants (27 %)
- angoisse, somatisation, dépression (26 %)
- ennui en classe (25 %)
- variation importante des résultats (25 %)
- peu ou pas de travail (23 %)
pour 1 cas sur 5 : - saut de classe (21 %)
- compréhension rapide (20 %)
- se sent différent des autres (19 %)
pour 1 cas sur 6 : - étourdi, rêveur (17 %)
- décalage entre l'âge civil et les centres d'intérêts (16 %)
- questionnement métaphysique (15 %)
- agité, bavard (15 %)
pour 1 cas sur 7 : - passion insolite (14 %)
- lecture précoce (14 %)
- changement fréquent d'école (14 %)
- attitude qui attire les brimades (13 %)
- régression (13 %)
PARADOXES
Pas de concentration en classe ET concentration intense sur un projet précis
Notes catastrophiques ET résultats ponctuellement brillants
Déteste apprendre ET a soif de savoir
Refuse les codes imposés ET s'invente des codes personnels
Mauvaises notes en mathématiques ET goût pour la spéculation logique, le raisonnement
Problèmes en français ET maîtrise précoce du langage
POUR EN SAVOIR PLUS www.ac-toulouse.fr cliquer sur Enseignements → → Besoins éducatifs particuliers →Enfants intellectuellement précoces
Plan Académique de Formation formation programmée « adolescents intellectuellement précoces »
formations négociées tout personnel et tout cycle
Groupe Académique de Recherche sur la Scolarité des Enfants Précoces septembre 2003

Schéma G (a)

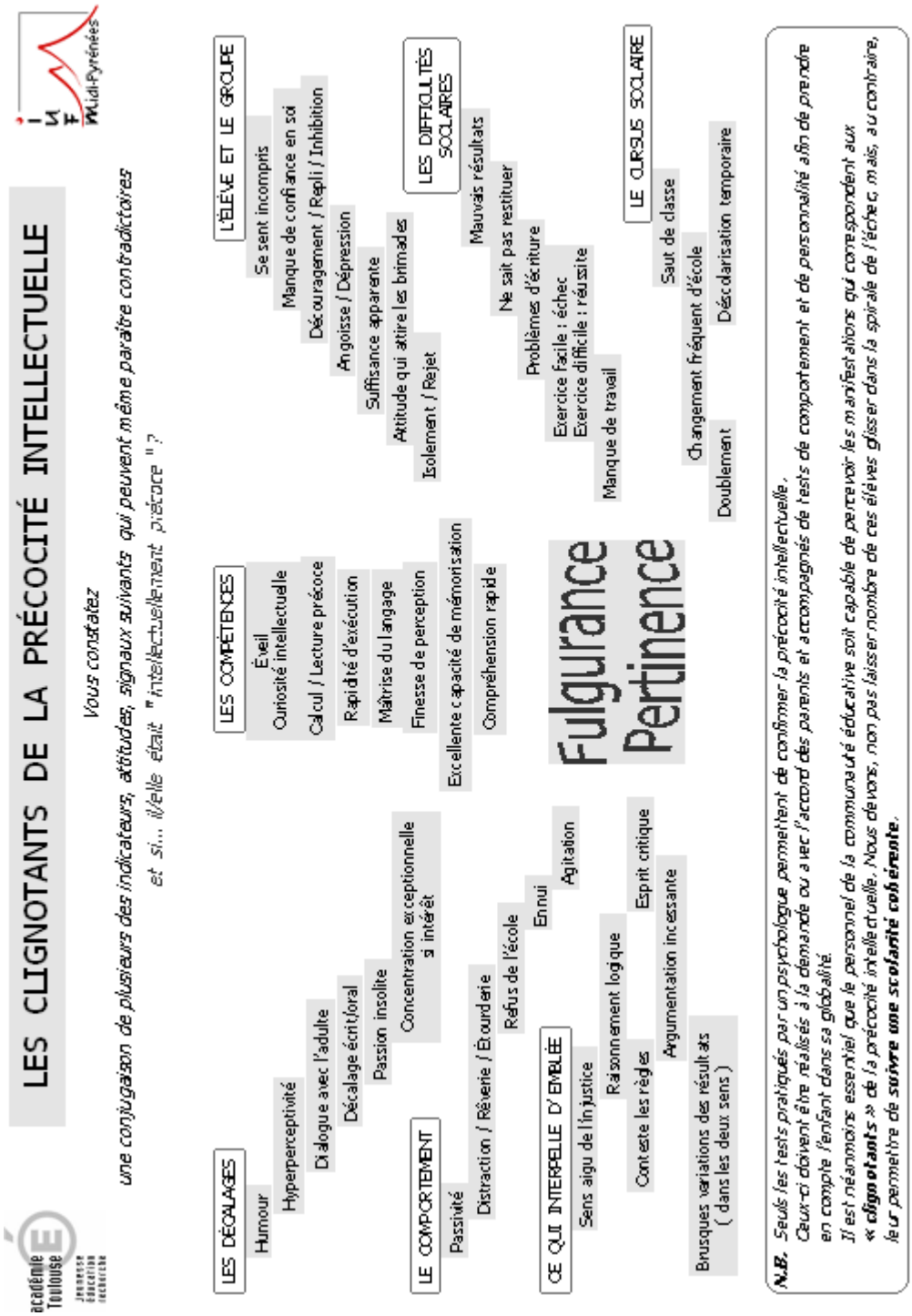


Schéma G (b)
Affichette présentant les résultats de l'analyse de 100 témoignages spontanés de parents d'enfants à HP à propos de leur scolarité, recueillis par le GARSEP[10] (affichette destinée au milieu enseignant, mais aussi aux personnes et structures accueillant des enfants, notamment les médecins scolaires).

(a) : recto et (b) verso

Précisons que le repérage de la dépression est primordial. La dépression de la personne à HP, selon O. Revol[17], est fréquente, mal connue et rarement identifiée. Toujours selon lui[8], la dépression de 2 à 6 ans se manifeste surtout par une agressivité, une hyperactivité motrice, un isolement social. De 6 à 12 ans, elle se caractérise par une dévalorisation, des mensonges, des fugues, des refus et échecs scolaires. L'adolescent lui, est irritable et désinvestit les loisirs. La présence de ces caractéristiques associée aux caractéristiques de la dépression décrite par J. Siaud-Facchin (*cf.* p.12) impose une prise en charge globale, multidisciplinaire et rapide, comprenant un test de QI et des tests de personnalité, avec notamment l'aide d'un spécialiste des troubles liés au HP dès sa suspicion.

Au stade de la prévention secondaire, la présence d'une psychopathologie est rarement un présage de catastrophe, car la prise en charge adaptée et précoce permet une disparition des troubles souvent très rapide, sans utilisation de médication. À l'institut psychothérapique de Salies-de-Béarn, les médecins ont été très surpris de la récupération « *énorme* » dont sont capables les enfants à HP[3]. Ainsi, l'inhibition intellectuelle « *se lève aussi facilement qu'elle s'installe* », les retards scolaires, parfois de plusieurs années, sont rattrapés, les névroses disparaissent[3]. Ceci justifie d'autant plus la présence d'une prévention secondaire efficace, avant que les troubles ne s'enkystent à l'adolescence et à l'âge adulte.

La prévention secondaire de la dépression concerne surtout les enfants et adolescents, car les dépressions de l'adulte à HP sont souvent secondaires aux traumatismes scolaires ou autres difficultés de l'enfance et adolescence, et relèvent ainsi d'une prévention tertiaire. Un enfant à HP qui a toujours vécu heureux a moins de risque de développer une dépression ou autre psychopathologie liée au HP à l'âge adulte.

Enfin, il ne faut pas oublier l'information et l'éducation à apporter à la famille et à la personne concernée pour comprendre le HP et pour apprendre à vivre avec, comme il est autant utile de savoir orienter vers le réseau associatif et les autres structures existantes.

- *prévention tertiaire : atténuer les souffrances pour reprendre confiance*

Il arrive qu'une personne adulte à HP n'ait pas réussi à s'épanouir. Elle n'a jamais compris en quoi elle était différente des autres, elle a cherché à ne pas être différente et en a souffert, car ses efforts ont été vains. Ce cas, qu'on espère rare mais qui existe réellement (décrit par tous les spécialistes) est le plus difficile à gérer car il est presque *trop tard*, la personne a fini la construction de sa personnalité, est souvent en échec professionnel secondaire à l'échec scolaire. Elle n'a pas le métier dont elle rêvait peut-être, étant plus jeune.
C'est le cas décrit plus haut : chronicisation à bas bruit de la dépression à l'âge adulte, avec la résistance aux thérapeutiques classiques (médications, psychothérapies classiques).

La première action à entreprendre est, d'abord et toujours, repérer les caractéristiques du HP. On ne peut absolument pas être efficace si on ne sait pas que la personne qui souffre est à HP : c'est toute la prise en charge qui en est modifiée.

La pratique du test de QI est la première action thérapeutique. Brutalement, l'adulte prend alors conscience de ce qui fait qu'il se sent toujours différent des autres.

Il faut alors, encore et toujours, informer, expliquer : ce qu'est le HP, les conséquences avec les difficultés possibles, le pourquoi de ses difficultés endurées. Il faut l'accompagner, être à l'écoute.
Ce n'est pas suffisant mais c'est déjà beaucoup. Pour la première fois, l'adulte à HP a des éléments scientifiques pour se comprendre et comprendre les autres. Pour la première fois, il est compris dans ses difficultés. Pour la première fois peut-être, il se sent moins seul.

Le problème suivant est que l'adulte à HP est englué dans des questionnements métaphysiques et dans l'incertitude douloureuse du sens de la vie. Puis, il a tellement souffert qu'il n'a plus confiance. Evidemment, on ne peut lui donner de réponse à ses questions sur le sens de la vie. Mais, selon J. Siaud-Facchin, un élément efficace[16] est constitué par les stimulations intellectuelles, telles que l'adulte n'en a plus durant ses loisirs ni durant sa profession. Le but serait qu'il se passionne pour un nouveau domaine, il serait de réamorcer sa curiosité autrefois insatiable, mais aujourd'hui éteinte. Passion rime avec projet, et projet rime avec confiance en ses capacités. Quand on a confiance et qu'on a des projets, alors on peut dire que la dépression commence à s'éteindre…

Limiter les dégâts est donc possible mais difficile, et demande beaucoup de patience. Diminuer la psychopathologie d'un adulte à HP est plutôt une question de relations humaines, longues et incertaines, qu'une affaire de recettes miracles.

<u>Médecine générale et prévention de la psychopathologie liée au haut potentiel intellectuel</u>

Le rôle du médecin généraliste dans la prévention de la psychopathologie n'est pratiquement pas abordé dans la littérature (une publication[14]). Pourtant nous avons vu que de nombreux éléments pourraient inciter à une participation active des médecins généralistes (*cf.* recommandation européenne de 1994 p.14, avis du Pr. Ziv, avis de G. Prat). O. Revol, contacté à ce sujet, déclare de même : « *Le rôle du médecin généraliste est fondamental pour le dépistage* ».

Le médecin généraliste est la personne la plus accessible pour toute personne en souffrance, à de multiples niveaux :

- au niveau de la proximité géographique et quelquefois humaine,
- au niveau de l'assez court délai d'attente pour obtenir un face à face,
- au niveau de son désintéressement financier qui ne peut être qu'intègre, et du coût raisonnable d'une consultation,
- au niveau de son statut de premier recours en cas de trouble de tout ordre,
- au niveau du suivi des individus à long terme –qui lui confère une vision extérieure objective et de qualité de la personne et de son environnement,
- au niveau de la relation médecin - patient qui est unique et irremplaçable, surtout quand cette relation est marquée par la confiance.

En Champagne-Ardenne, un médecin généraliste a en moyenne 1638 patients[28]. Il a donc dans sa clientèle environ 33 patients à HP (si l'on prend la norme de 2 % de personnes à HP dans la population), 66 patients environ avec la norme de 125 de QI pour parler de personne à HP. À l'échelle de la France, le nombre moyen de patients s'élève à 1550, soit environ 30 patients à HP (60 patients) par généraliste.
Un médecin généraliste suit donc en moyenne entre 30 et 70 patients à HP au cours de leur vie.
Le médecin généraliste, en plus de son accessibilité, a de multiples atouts et possibilités de prévention et de prise en charge adaptées de la personne à HP.

- Il est le témoin du développement psychomoteur de l'enfant à HP, et peut donc opérer un premier repérage rapide, objectif, facile et sans perte de temps.
- De par son statut, il est à même d'apporter des éclairages scientifiques pour comprendre le HP.
- Il connaît les acteurs de soins et devrait être capable d'orienter vers le psychologue adapté si besoin.
- Par son suivi des patients au cours de leurs différentes affections, il peut opérer un soutien psychologique simple sans dramatiser et médicaliser à outrance les personnes à HP. Une simple écoute régulière des difficultés et expressions des particularités neuropsychiques du patient peut être extrêmement profitable et rentable.
- Les familles d'enfants à HP, souvent vindicatives, n'espèrent en fait que dialogue et compréhension, qu'un médecin généraliste pourrait apporter avant d'en arriver à des conflits de familles épuisées et en souffrance.

Le rôle du médecin généraliste serait d'apporter la prévention décrite plus haut, dans la mesure de ses moyens.

Les conseils qui vont suivre ont pour principale source mes propres réflexions et déductions d'après la littérature et mon expérience. L'interaction d'un médecin généraliste et d'une personne à HP n'a en effet pas du tout été étudiée jusqu'à aujourd'hui.

- <u>Quand le médecin sait qu'il a en face de lui une personne à HP :</u>

- *Conseils généraux pour le médecin généraliste en interaction avec une personne à HP*

La personne à HP ressent le besoin de tout comprendre, de trouver le sens dans chacune des actions entreprises. De façon plus générale elle cherche un sens dans tout ce qui constitue son environnement.
Favoriser une relation de qualité entre la personne à HP et son médecin passe par la prise en compte de ce besoin.
L'enfant comme l'adulte à HP ne manifeste pas forcément cette attente de sens, et n'interroge pas toujours son entourage sur les sens des choses, des êtres et des actions. En effet, il lui est signifié très souvent, à l'école, ou avec ses amis, que poser trop de questions ennuie, énerve, est étrange ou dérangeant.

À l'école,

- l'enfant à HP doit laisser répondre les autres (« tais-toi, je sais que tu sais ») : *point de vue du professeur*, et
- ses réponses étonnent les autres enfants, qui le regardent un peu bizarrement, puis se retrouvent entre eux, c'est-à-dire sans lui, entre jeunes ayant les mêmes particularités (cohésion du groupe) : *point de vue des jeunes de son âge*.

Quand il se retrouve avec des jeunes de son âge en dehors de l'école, il essaie de se mêler au groupe et d'avoir les mêmes idées et envies. Il tait ses questionnements existentiels, qui paraissent suspects et étranges pour les autres.
Ceci se retrouve exactement pour l'adulte à HP en désillusion. La personne à HP apprend bien vite à se résigner avec efficacité, et à ne plus exprimer quoi que ce soit de ce qui la préoccupe ou de ce qui pourrait la différencier des autres.

Aussi je pense que le médecin devrait devancer les interrogations de son patient à HP. Quand il le reçoit pour une quelconque affection, il doit lui expliquer le sens de chacune de ses actions, dans la mesure du temps disponible :
Par exemple, pour un enfant : *Là je cherche la tension artérielle*, *quand je comprime le bras j'empêche le sang de couler dans tes artères, en arrêtant de comprimer, le sang coule à nouveau, je l'entends passer avec mon stéthoscope. Quand je l'entends, je regarde l'aiguille et cela m'indique ta tension.*
On peut même préciser : *Si le sang coule bien avec la bonne pression, cela veut dire que le cœur éjecte bien le sang.*
Cet exemple doit être modulé par les réactions de l'enfant : s'il ne comprend pas, il faut simplifier le discours ou plus expliquer les notions. Mais ce qui est plus probable, c'est qu'une étincelle se mette à briller dans les yeux de l'enfant et qu'il pose d'autres questions, d'abord timidement, puis, se sentant autorisé, avec de plus en plus d'ardeur. Ici le médecin risque fort de devoir augmenter le niveau de complexité de ses explications… ou même de devoir stopper le flot des questions, car le temps passe et d'autres patients attendent. Dans ce cas, le médecin peut parfaitement expliquer, avec logique : *beaucoup de personnes attendent en salle d'attente, je ne peux répondre à toutes tes questions ce jour*. *Mais au prochain rendez-vous, j'y répondrai.*

Autre exemple pour les adultes : *La température du corps doit être constante. Certaines bactéries ou virus libèrent des substances, appelées endotoxines, qui dérèglent la régulation de la température. Si vous avez de la fièvre, c'est peut-être parce qu'une bactérie circule dans votre sang.*
Ici encore, il faut complexifier ou simplifier le discours, suivant les connaissances que l'adulte à HP a déjà acquises de par sa curiosité.

Le médecin qui n'a pas le temps de justifier toutes ses actions peut parfaitement étaler ces justifications sur diverses consultations. Ainsi, une première consultation peut apporter une explication sur la tension artérielle, une deuxième consultation, une explication sur le mécanisme des vaccins, une troisième sur la transmission de la rhinopharyngite, etc. Ce petit « jeu » peut même créer une attente joyeuse : *Que vais-je apprendre cette fois ci ?*

Expliquer et justifier le maximum d'actions renforceront drastiquement la confiance d'une personne à HP avec son médecin. La personne à HP parlera d'autant plus à son médecin en cas de difficultés liées au HP, et la prévention en sera d'autant plus efficace.

Il faut préciser qu'il ne faut pas préjuger du niveau de compréhension d'un enfant à HP par son aspect, son âge ou son comportement affectif. Un chétif enfant de 8 ans, au visage « poupin », qui suce son pouce, peut parfaitement flirter avec bonheur avec les caractéristiques scientifiques des planètes du système solaire. Aussi je pense qu'il vaut mieux adopter d'emblée un discours complexe, au niveau du vocabulaire comme des notions abordées, puis de l'adapter suivant la compréhension ou l'incompréhension de l'enfant. Les enfants (comme les adultes) à HP adorent apprendre de nouveaux mots complexes qui leur donnent le sens du monde…

Remarque : *sur les particularités relationnelles avec une personne à HP*

La personne à HP analyse sans y penser tous les comportements et réactions de son vis-à-vis. Elle interprète chaque parole et devine souvent ce que celui qui lui fait face veut ou va dire avant même qu'il ait parlé. À un niveau de plus elle devine la réponse que son interlocuteur aimerait avoir, pour trouver ou justifier un diagnostic, par exemple. La personne à HP va alors tenter de le manipuler[16], de façon naturelle, sans avoir de mauvaises intentions, par exemple en répondant ce que l'autre attend d'elle (ce qui est quelquefois radicalement opposé à ce la personne à HP pense), ou en l'amenant à aborder un sujet autre que celui prévu.
Si le vis-à-vis s'en rend compte et ne se laisse pas faire, la personne à HP sera soulagée et ne tentera plus de le manipuler. Sinon, elle ne lui fera plus confiance.
De même, la personne à HP a parfois une idée précise du diagnostic. Elle cherche à amener habilement son médecin sur ce diagnostic. Cette manœuvre est parfois efficace. En revanche, le diagnostic n'est parfois pas le bon…

Exemple concret : interrogatoire pour rechercher la cause de somatisations multiples d'une personne à HP. Recherche de trouble affectifs familiaux ou de difficultés oedipiennes. La personne à HP comprend bien vite ce que le médecin cherche. Elle l'aide alors à trouver, pour soulager cette perplexité face à un problème dont le médecin ne cerne pas d'emblée la nature. Elle lui conte une anecdote réelle ou inventée, et lui fait habilement comprendre que cela a constitué un traumatisme pour elle. Le médecin est soulagé : il a trouvé. La personne à HP est soulagée : la tension psychique du médecin a disparu. Mais il s'est laissé manipuler, ce n'est donc pas à lui que la personne à HP se confiera, car désormais elle ne le pense pas capable de l'écouter et de la comprendre. La personne à HP n'a senti en lui que ses tensions psychiques, pas de vraies capacités à l'aider à surmonter ses problèmes.

Le médecin, quand il parle, devrait être vigilant et sûr de ce dont il veut parler avant de débuter tout discours. Il devrait de même être vigilant et observer attentivement son patient à HP avant de prendre en compte ses paroles. Simplement lui demander s'il est sûr de sa réponse peut être suffisant pour que le patient à HP soit rassuré sur les capacités de son médecin à l'empêcher de le manipuler.

En ce qui concerne le médecin, il faut le mettre en garde contre une attitude extrême (contre transfert) avec son patient à HP. Il devrait se garder d'être fasciné par son patient à HP, ou à l'inverse, d'avoir tendance à rejeter ses particularités. Ce n'est pas si facile quand la personne à HP sait ce qu'il faut dire ou faire pour que son vis-à-vis soit fasciné. Celui-ci, voulant s'en défendre, peut facilement tomber dans le rejet… Ceci a été décrit initialement chez les psychologues des enfants à HP[16].

- *Médecin généraliste et environnement de la personne à HP*

Nous avons vu que l'expression de la psychopathologie liée au HP apparait quand les particularités neuropsychiques de la personne ne sont pas respectées (*c'est à toi de t'adapter !* lui dit-on souvent) et/ou que celles-ci ne sont pas acceptées par l'entourage (solitude affective - *il n'a pas d'ami* - disent les parents)

Le médecin généraliste, dans sa prévention, doit donc tenir compte de cet environnement et savoir se positionner. Avant d'orienter vers les associations, psychologues ou autre, il doit pouvoir donner quelques conseils.

1. Environnement scolaire :

Le médecin généraliste n'étant pas un spécialiste de l'éducation, il ne peut qu'informer sans décider des adaptations à apporter.

- l'enfant peut être bien adapté à sa classe
- l'enfant parait adapté. Il *(ou elle, le plus souvent)* a des notes correctes, il n'exprime aucune plainte. Méfiance ! Est-ce un enfant résigné à des stimulations intellectuelles insuffisantes, le cerveau en sommeil[24] ? Le risque est que cet enfant ne s'épanouisse pas. Une psychopathologie peut apparaître secondairement, quand l'enfant ne supportera plus d'attendre de nouvelles stimulations, qui ne viennent jamais. Il faut chercher le plus tôt possible de nouvelles sources de stimulation intellectuelle : saut de classe, loisirs, etc.
- si l'enfant n'est visiblement pas adapté, il faut rechercher pourquoi : ennui, solitude affective dans la classe, raisonnement utilisé différent du professeur et donc compté comme faux ? La première étape importante est de prendre conscience de la nature de ces difficultés. Ensuite il faut prôner le *dialogue avec les professeurs* pour discuter simplement de la nature des difficultés. Si ce dialogue est impossible ou stérile, il peut être temps de se tourner vers le réseau associatif ou d'autres spécialistes (psychologues surtout) pour avis
- en dehors d'aménagements avec les professeurs, sont possibles : le *saut de classe*, le *changement d'école* pour une école plus compréhensive ou pour une école spécialisée (mais rares sur le territoire français), et dans certains cas particuliers, en dernière ressource, la *déscolarisation, au mieux transitoire*. Il ne faut pas avoir peur de ces mesures, elles sont toutes possibles et peuvent toutes améliorer le quotidien de l'enfant à HP tout en diminuant la psychopathologie éventuelle. Quelquefois ce sont même les seules mesures pouvant diminuer la souffrance de ces enfants. Il faut bien comprendre que le choix de l'environnement scolaire se fait pratiquement toujours par défaut et qu'il s'agit plus d'une balance entre les inconvénients des différentes solutions, la solution choisie étant celle ayant le moins d'inconvénients. Le calcul des ces inconvénients peut être initié par les professeurs, les psychologues, mais il doit surtout être effectué par les parents et l'enfant.

Ainsi le médecin doit accompagner et encourager la réflexion sans influencer dans un sens ou dans un autre la décision finale.

Remarque : sur le saut de classe

Le saut de classe est demandé par un professeur, cas le plus simple, ou par les parents. Les parents qui demandent un saut de classe doivent adresser une lettre exposant la demande et ses motifs, à l'inspection académique dont ils dépendent. L'inspecteur d'académie demande souvent un entretien avec les parents et recherche les avis des professeurs de l'école de l'enfant. Les parents exposent alors leurs arguments, dont les avis de psychologues, médecins. L'inspecteur s'assure dans le même temps de la motivation des parents et de l'enfant et de la qualité du soutien parental à l'enfant.
L'inspecteur d'académie est influencé par ses propres convictions sur le sujet, et par l'avis des professeurs, qu'il ne veut souvent pas désavouer. Les professeurs sont souvent contre le saut de classe, ce qui décourage nombre de parents qui se sentent moins compétents que les professeurs pour décider. Mais les professeurs jugent souvent de l'opportunité d'un saut de classe sur les notes aux contrôles. (*Il n'a pas les bases !* disent nombre de professeurs).
En fait, quand la complexité des tâches augmente, les stimulations intellectuelles augmentent ; le rythme de l'enfant étant mieux respecté, il peut ainsi être plus performant et augmenter ses notes initialement basses. L'enfant s'épanouit. Quant aux « bases » qui n'ont pas été intégrées, l'enfant à HP les intègre aussi bien après son saut de classe, car même les notions nouvelles sont précédées de brefs rappels. En revanche, souvent, sans saut de classe, l'enfant n'est pas assez stimulé intellectuellement, il ne comprend pas l'intérêt des tâches qu'on lui soumet, et finalement n'intègre pas ces « bases » qui n'ont aucun sens pour lui tant que ne lui sont pas présentées les applications potentielles apprises dans les classes supérieures.
Après la discussion avec les parents, et si ceux-ci montrent une motivation suffisante, l'enfant bénéficie d'un bilan gratuit, effectué par un psychologue scolaire. Un test de QI est effectué. Le psychologue rend ensuite les résultats et donne son avis sur la possibilité d'un saut de classe. L'inspecteur donne ensuite sa décision finale. Avoir un QI > 130 ne donne pas droit à un saut de classe automatique, mais il aide à juger de la situation. On peut à l'inverse avoir un QI < 130 et sauter une classe.
Le médecin généraliste devrait recommander, si les parents lui soumettent le débat, de demander l'aide d'associations de personnes à HP, pour constituer leur dossier et énumérer leurs arguments. Les parents sont souvent désarçonnés par le moindre argument qu'on leur oppose (les notes scolaires trop faibles, une immaturité affective, etc.). Il faut se préparer à répondre à ces arguments, qui ne sont pas forcément valables pour l'enfant à HP, mais que les non-spécialistes emploient fréquemment. En revanche, peu de parents ont assez de ténacité pour discuter les arguments prétendument intangibles d'un inspecteur d'académie…
On peut sauter une classe en maternelle, en primaire, au collège, et pourquoi pas en lycée (mais les cas sont rares !). Tout est possible. Le fait que peu de personnes sautent une classe au collège n'est pas un argument recevable pour refuser un saut de classe au collège. Enfin, il n'y a pas un nombre limité possible de sauts de classe pour un enfant. Les parents sont seuls juges, ce sont eux qui connaissent le mieux leur enfant.
Ceci ne veut pas dire que les sauts de classe sont toujours bénéfiques. Mais parfois, ils constituent la solution par défaut, ou « moins mauvaise solution », en l'absence d'aménagements spécifiques. C'est néanmoins une solution très coûteuse en énergie…
Aussi, le médecin doit donner du courage aux parents et les rassurer sur leurs convictions quelles qu'elles soient, même si elles diffèrent de celles communément partagées en France. L'enjeu est l'épanouissement d'un enfant.
Alors du courage, de l'innovation, de la confiance en ses convictions !

2. Stimulations intellectuelles (en dehors du cadre scolaire ou professionnel)

L'enfant

La famille confie parfois au médecin ses difficultés à choisir sa conduite à tenir. Dans ce cas, quelques conseils :
Le médecin doit déculpabiliser les parents. Quand un enfant a envie d'apprendre une notion en avance sur le programme scolaire, il ne faut pas l'en empêcher (respect du rythme de l'enfant). L'enfant risquerait de mutiler sa curiosité, mal accueillie, et d'exprimer secondairement une psychopathologie (risque d'inhibition intellectuelle, de dépression, etc.). Il est préférable de respecter le rythme de l'enfant plutôt que de craindre l'ennui futur de l'enfant quand il abordera la notion en classe. Au moins aura–t-il bien intégré la notion une fois dans sa vie (car à l'école, le non-respect de son rythme fait qu'il intègre souvent peu et mal les notions).

Le petit enfant qui a envie d'apprendre à lire et qui demande quantité de livres avant le primaire doit obtenir satisfaction. Inscrire l'enfant à la bibliothèque et lui lire des histoires est alors profitable.

L'adulte

Il est plus difficile de majorer les stimulations intellectuelles chez l'adulte désabusé que chez l'enfant qui garde un peu d'espoir. De manière générale, pour savoir si le patient adulte à HP est épanoui, il faut s'enquérir régulièrement de ses passions et les encourager. Expliquer avec toute leur complexité certains gestes médicaux peut être un premier essai de stimulation intellectuelle, peu coûteux et accessible. Pour aller plus loin, il faut que l'adulte ait confiance en lui et ait envie de stimulations intellectuelles, ce qui est difficile pour les adultes à HP ayant une dépression à bas bruit avec les particularités décrites par J. Siaud-Facchin[16].
Chez un adulte peu épanoui et en souffrance, le médecin ne peut que tenter de mettre à jour des passions nouvelles ou anciennes, puis encourager à les développer. Au besoin, il peut conseiller à l'adulte d'entrer dans l'association MENSA, pour personnes, enfants comme adultes, à HP, ou d'autres associations.
Il faut encourager tout projet avec enthousiasme, et rassurer l'adulte sur ses capacités à le mener.

3. Environnement affectif

En cas de solitude affective, il peut être envisagé :

Pour l'enfant
- d'inscrire l'enfant à des activités extra scolaires de son choix. Souvent, il y est plus facile de se faire des amis, grâce aux passions extra scolaires communes
- d'inscrire l'enfant à une association pour enfants à HP, qui organise des activités intellectuelles ou ludiques entre enfants à HP
- de faire comprendre à l'enfant son fonctionnement neuropsychique et celui des autres, pour mieux comprendre les difficultés relationnelles, et savoir mieux se comporter : ne pas se vanter d'un QI élevé, par exemple
- simplement écouter et encourager l'enfant à exprimer sa solitude pendant quelques minutes contribue à atténuer la souffrance liée à cette solitude affective : c'est une attitude rentable et peu coûteuse pour l'enfant et sa famille, avant de prendre rendez-vous chez un psychologue spécialiste du HP. Néanmoins, cette alternative ne doit pas faire penser à l'enfant qu'il est « malade », « fou » ou « anormal ».

Pour l'adulte
On peut de même conseiller des activités de loisir, musique, sport, ou autre, et l'inscription à MENSA ou autre association. Comme toujours, il faut rassurer l'adulte : MENSA n'est pas un regroupement de personnes orgueilleuses aux possibilités extraordinaires, comme réciter un annuaire par exemple. C'est une association de personnes qui lui ressemblent et qui cherchent à se faire des amis et partager des passions communes. L'écoute des difficultés par le médecin est de même primordiale, mais l'adulte peut être assez réticent à se confier à quiconque.

4. Environnement professionnel

L'adulte à HP a parfois un environnement inadapté à ses capacités et particularités. Il occupe un emploi de subalterne, travaille avec peu d'entrain, se sent incompétent, est plus ou moins résigné à son sort, et finalement n'est pas épanoui. Ce non-épanouissement peut se traduire par des addictions, des arrêts de travail répétés, une dépression ou une morosité simple, etc.. Ce cas est majoritairement celui de l'adulte qui ne sait pas qu'il est à HP. Dans ce cas, il faut repérer les signes du HP, affirmer par un test de QI que l'adulte est à HP -si l'adulte à HP l'accepte, et tenter une réconciliation entre lui et son fonctionnement neuropsychique. Le médecin peut alors encourager l'adulte à HP qui se découvre, à entreprendre des cours du soir pour avoir un métier convenant à ses aspirations. Là comme ailleurs, l'aspect financier peut être décisif dans l'action entreprise.
Si l'adulte à HP est motivé pour un changement d'environnement professionnel, mais ne sait comment faire, le médecin peut l'orienter vers un Centre d'Information Orientation (CIO). Les CIO font partie du service public, leur consultation est donc gratuite. L'adulte s'y verra offrir un entretien personnalisé avec un Conseiller Orientation Psychologue (COP), puis des propositions concrètes adaptées à son cas.
Les formations pour adultes sont parfois peu onéreuses. Les CIO représentent une banque d'informations insoupçonnées extrêmement nombreuses, leur consultation peut donc être encouragée sans retenue.

- *Médecin généraliste et risque suicidaire des adolescents à HP*

Le suicide des jeunes est un problème de santé publique[29], et les adolescents à HP sont concernés comme les autres, à plus forte raison si une souffrance existe.
Un médecin généraliste ayant en consultation un adolescent peut utiliser le test « TSTS », évalué en 2007 en médecine générale, pour grader le risque de suicide[29].
T : traumatologie : as-tu déjà eu des blessures ou un accident, même très anodin, cette année ?
S : sommeil : as-tu des difficultés pour t'endormir le soir ?
T : tabac : as-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté)
S : stress scolaire ou familial : es-tu stressé ou tendu par le travail scolaire ou par la vie de famille, ou les deux ?

Ces questions doivent être distillées au cours de la consultation, pour ne pas être vécues comme intrusives.

A chaque réponse positive obtenue, il faut rechercher les clés de gravité « CAFARD »[29]
C : cauchemars (= troubles de sommeil) : fais-tu souvent des cauchemars ?
A : agression (= antécédents traumatiques) : as-tu été victime d'une agression physique ?
F : fumeur (= as-tu déjà fumé du tabac) : fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ?
A : absentéisme (= travail scolaire avec stress) : es-tu souvent absent, ou en retard à l'école ?
RD : ressenti désagréable familial (= vie de famille tendue) : dirais-tu que ta vie familiale est tendue ?

Parler du risque suicidaire, quand il est mis à jour, est une bonne prévention du suicide en lui-même. Une fois le risque identifié, il est plus facile de prendre en charge l'adolescent.
On peut remarquer que les critères qui font penser à un risque suicidaire correspondent en partie à la psychopathologie aspécifique exprimée lors de la souffrance des personnes à HP.

Mais rappelons que la prise en charge doit prendre en compte le HP, surtout si la souffrance de l'adolescent est liée à une inadaptation avec son environnement.

- *Médecin généraliste et dépistage de la psychopathologie d'une personne à HP*

Lors des consultations avec les personnes à HP, il faut être à l'écoute pour identifier toute souffrance, sa cause, son lien éventuel avec les difficultés avec le HP. Il faut identifier les manifestations de la souffrance liée au HP, décrites dans la partie « psychopathologie de la personne à HP », pp.7-13.
Mais, alors que la consultation était motivée par un autre motif, et que le temps disponible est réduit, rechercher une psychopathologie peut être vaste et difficile.
Le médecin peut d'abord rechercher le risque de psychopathologie en posant ces 3 questions plus ou moins systématiquement :

1. rechercher les difficultés dans la relation à l'Autre. Il est possible de poser la question : « où en es-tu *(êtes-vous)* dans ton *(votre)* rapport à l'Autre ? ». Il ne faut pas hésiter à utiliser un vocabulaire complexe, au besoin on peut le simplifier ensuite.
2. rechercher les questionnements existentiels : « où en es-tu *(êtes-vous)* dans ta *(votre)* quête existentielle ? »
3. rechercher la qualité de l'estime de soi : « où en es-tu *(êtes-vous)* avec tes *(vos)* projets d'avenir ? Comment penses-tu *(pensez-vous)* utiliser tes *(vos)* compétences ? »

Ces questions permettrait de dépister efficacement l'apparition de psychopathologie, et, peut-être, ferait naître une complicité de compréhension entre une personne et son médecin.

Il peut aussi s'aider du test « TSTS » chez les jeunes.

Si le médecin pense qu'un risque d'expression de psychopathologie existe, il doit rechercher l'expression d'une psychopathologie. Le médecin généraliste peut suivre pour ce faire plus ou moins le plan suivant :

Sommeil, appétit, douleurs, agitation,
Anxiété, passions,
Résultats scolaires ou réussite professionnelle,
Amis

Sont ainsi balayées les principales manifestations d'une souffrance en quelques questions, distillées au cours de la consultation.

Après l'identification d'un risque ou d'un trouble, le médecin doit

- INFORMER (des troubles liés à une souffrance, de la souffrance elle-même qui pourrait être reliée au HP)

- S'interroger sur l'ENVIRONNEMENT de la personne à HP, rechercher avec la famille de l'enfant à HP ou l'adulte à HP des adaptations possibles, puis si besoin orienter vers associations et/ou spécialistes, CIO, etc..

- <u>Quand le médecin ne sait pas si la personne en face de lui est une personne à HP</u>

- *le repérage d'une personne à HP par le médecin généraliste*

Laurence Braillon, médecin généraliste dans l'Isère, explique qu'elle pense repérer facilement les personnes à HP : les enfants, par leur difficulté dans leur relation avec les autres enfants de leur âge ; pour les adultes, par leur facilité d'intégrer les explications médicales. Après une anamnèse sur le comportement de l'enfant ou de l'adulte, son développement, confirmant la possibilité d'un HP, le test de QI leur est conseillé, mais les parents ou l'adulte à HP sont souvent réticents. Des petits conseils, donnés au moment opportun, paraissent suffire. Enfin, le plus important, c'est que les personnes à HP savent que leur médecin est disponible pour eux en cas de besoin.

Le médecin généraliste qui suit un nourrisson ou un petit enfant doit être interpellé si celui-ci parait plus vieux que son âge réel : s'il tient sa tête à 1 mois de vie, s'il tient assis sans appui à 6 mois, s'il dit ses premiers mots à 9 mois et s'il marche dès 12 mois. Une avance maintenue pour toutes ces acquisitions est prédictive d'un HP. Si en plus, le petit patient parait très curieux (intensité du regard, exploration visuelle), et manifeste dès le début de son langage un humour naturel, alors il est pratiquement certain qu'il est à HP.
Dans ce cas, il faut étudier le comportement de l'enfant à son domicile par l'anamnèse, pour confirmer l'orientation vers un HP. Selon le contexte, le médecin peut s'ouvrir immédiatement aux parents de sa suspicion, et les informer comme il est décrit plus haut (prévention primaire) en attendant la pratique d'un test de QI. Si le contexte n'est pas propice, le médecin doit simplement surveiller le risque de psychopathologie, particulièrement au début de la scolarité. Petit à petit, il doit essayer de convaincre les parents de réaliser un test de QI, ou, si le risque de souffrance de l'enfant à HP parait faible, et son environnement, favorable, il peut simplement suivre le cheminement intellectuel de son patient, en attendant que, peut-être, celui-ci s'interroge sur ses particularités intellectuelles.
Je pense néanmoins qu'il faut systématiquement proposer un test de QI, car cela permet à une personne de mieux se connaitre, et donc de mieux vivre. Mais cette opinion se discute.
Dans tous les cas, le médecin peut appliquer les différents « *Conseils pour le médecin généraliste en interaction avec une personne à HP* » décrits pp.28-30, et les moduler suivant la réaction de l'enfant puis de l'adulte.

Si le médecin découvre un enfant ou un adolescent sans avoir suivi son évolution, son attention doit être attirée par les caractéristiques stables dans le temps évoquant un HP comme l'humour, la passion ou les questionnements philosophiques, décrits p.18 (prévention

primaire), mais aussi par une solitude affective majeure et durable alors que l'enfant ne parait pas asocial face au médecin. Il doit être attentif à toute psychopathologie inexpliquée par le contexte socio familial, ou tout trouble du comportement scolaire. Dans le cas d'une psychopathologie, l'anamnèse devrait rechercher les particularités du développement de l'enfant à HP, les caractéristiques de personnalité fréquentes du HP, un échec scolaire progressif alors que les débuts étaient brillants, etc.. Il faut pratiquer un test de QI s'il existe une psychopathologie, car dans ce cas ce test sera utile quelque soit le résultat. Sinon, cela dépend du contexte, exactement comme dans le paragraphe précédent.

Le raisonnement est le même pour un adulte.

Une caractéristique repérable supplémentaire serait la facilité à comprendre et à appréhender les explications médicales. L'adulte à HP assimilerait facilement et rapidement, sans que le médecin ait besoin de réitérer ses explications sur plusieurs consultations.
L'adulte étant souvent très réticent à passer tout test de QI (coût financier, peur d'être évalué, peur de se découvrir différent comme il le craignait, peur d'envisager sa vie sous un autre angle en se découvrant de nouvelles capacités), le médecin doit conseiller de passer ce test surtout en cas de psychopathologie ou de dépression chronique résistante aux thérapeutiques. Néanmoins, le test de QI n'est pas indispensable dans un premier temps. Bien sûr l'urgence est d'abord d'évaluer la psychopathologie, notamment le risque suicidaire. La prise en charge se fait ensuite sur le long terme.

- *l'annonce du HP par le médecin généraliste*

Le médecin généraliste est rarement la personne qui annonce, car le psychologue qui fait pratiquer les tests de QI doit présenter ses résultats, et annoncer si la personne est à HP.
Mais le médecin peut réexpliquer et préciser les particularités du fonctionnement psychique de la personne à HP dans certains contextes. De même, l'information sur le HP fait partie de la thérapeutique et/ou de la prévention de la psychopathologie liée au HP. Enfin, certaines fois, les spécialistes qui font passer le test de QI se contentent de dire aux parents d'un enfant à HP : « il est intelligent, ne vous inquiétez pas ! », ce qui est une aberration.
La partie « prévention primaire », pp.15-24, développe ce que le médecin peut dire, quand, comment, et pourquoi, pour aider le patient qui se découvre HP à vivre correctement et sans en souffrir.

<u>Témoignage d'un pédiatre</u>

Pédiatre à Toulouse, Christian Peyrat est à la fois spécialiste de la prise en charge des personnes à HP et des personnes présentant un retard mental.

« *Je reçois en consultation une quinzaine de précoces* [= enfants à HP] *en difficulté par mois, depuis 15 à 18 ans environ. Ils viennent de la région Midi Pyrénées ou PACA en règle générale, parfois depuis des régions extérieures mais rarement. Les troubles les plus fréquents que je rencontre sont des troubles dits « du comportement », avec notamment ennui, phobie scolaire, isolement, dépression,…*
Un point très important à comprendre : l'enfant met son intelligence au service de ses besoins stratégiques en matière de relations humaines, cherchant à exister au sein de ses pairs, notamment en milieu scolaire, afin d'éviter à tout prix la solitude : il est prêt à payer très cher (acceptation d'humiliations, etc.) pour appartenir à un groupe, s'il ne lui est pas

possible (ce qui est souvent le cas) de trouver son alter ego au sein de l'établissement scolaire où il évolue pendant plusieurs années. »
Selon lui, il n'y a pas d'augmentation prouvée de psychopathologie chez les personnes à HP. Mais cette psychopathologie existe réellement. C'est pour ne pas en arriver là que la prévention est primordiale. Le médecin généraliste, par son suivi de proximité, est une ressource fondamentale dans cette prévention. Ainsi C. Peyrat participe régulièrement à des congrès sur le sujet et diffuse sur Internet depuis plusieurs années une lettre à ses confrères pédiatres et généralistes[30].

Histoires cliniques

L'enfant A (cas rapporté par le médecin généraliste Dr I. Rosner[31]) est, lors de ses 6 premières années de vie, vive, gaie, curieuse, volontaire, assoiffée d'apprentissages.
Elle déclare à un an et demi « ze veux être glande tout de suite » « poul faile ze que ze veux ».
Elle apprend à lire au CP en 3 semaines. Puis, en quelques semaines, devient asthénique, isolée et sans amis, ne veut plus aller à l'école. Elle est pâle, triste, marche penchée en avant.
En dehors du milieu scolaire, soir et week-end, l'enfant A retrouve son attitude habituelle : entrain et passion.
Semaine après semaine, la situation s'aggrave. Elle parle « bébé », commet des fautes d'orthographe inhabituelles par rapport à précédemment. Elle refuse le moindre effort intellectuel. Elle reçoit moqueries et coups de pied en classe et en cours de récréation, ne se défend pas. L'enfant A déclare à ses parents qu'elle n'est pas normale et qu'elle veut être comme les autres. En fait, elle n'est bien qu'en compagnie d'adultes ou d'enfants plus âgés.
Le médecin généraliste reçoit cette enfant et ses parents. Aurait-elle une dépression ?

Comment analyser rapidement cette situation ?
Caractéristiques paraissant stables dans le temps (en dehors d'une psychopathologie) : attitude passionnée, grande curiosité et soif de savoir.
Développement neuropsychique : parle à 18 mois en utilisant le « je ». Apprend à lire à l'âge habituel, très rapidement (3 semaines).
Psychopathologie – souffrance : inhibition intellectuelle.
Environnement affectif : isolement social, pas d'ami, rejet social.

Qu'en déduire ?
Ce n'est pas une dépression puisque les troubles sont situationnels (scolaires).
L'enfant A rassemble :
- des traits de personnalité fréquents chez les personnes à HP
- un développement neuropsychique précoce et rapide
- une psychopathologie classiquement retrouvée chez l'enfant à HP
- un environnement affectif déficient avec inadaptation entre les autres et l'enfant A

Le HP doit donc être évoqué, ne serait-ce que parce que des troubles du « comportement » scolaire existent.

Que faire ?
Le médecin généraliste suspecte un HP et envoie les parents vers une psychologue habituée aux enfants à HP (*dépister le HP et la souffrance liée chez les personnes à HP*).
Résultat : QI > 130. Les parents décident de demander un saut de classe, qu'ils obtiennent après bien des difficultés et malgré la réticence notamment du milieu scolaire (*prévention de*

l'aggravation des troubles et prise en charge de la souffrance par action sur l'environnement à l'origine des troubles).

Résultat de cette prévention et prise en charge :

Régression puis disparition de l'inhibition intellectuelle, de l'asthénie, de l'absence de motivation et curiosité scolaire.

En fin d'année, l'enfant A est première de sa classe.

L'adolescent B (cas rapporté par le médecin généraliste Dr I. Rosner[31]), 15 ans, est **renfermé, peu épanoui, et a des difficultés scolaires. Son père, inquiet, l'emmène, un peu de force, voir le médecin de famille.**

L'adolescent B, scolarisé en 3è, est excellent dans certaines disciplines et moyen-faible dans d'autres, où les professeurs jugent qu'il « peut mieux faire ». L'adolescent B est en conflit ouvert avec ces professeurs.

Le médecin apprend après entretien que l'adolescent B est largement premier de classe dans les seules matières où le professeur est jugé sympa. Mais partout, il s'ennuie, car il en connait plus par ses lectures personnelles que par ses cours. Les cours ne vont pas assez loin dans les explications. De plus, quand l'adolescent B obtient d'excellents résultats, les camarades deviennent hostiles et jaloux.

Il explique qu'il n'est pas épanoui car il se sent incompris par ses parents. Il ne peut pas leur parler de l'incompréhension de ses professeurs, ni se plaindre de la jalousie des autres. Il ne comprend pas pourquoi il a des problèmes qu'il parait, seul, connaître.

Analyse de l'observation :

Caractéristiques stables dans le temps : passions sur certains sujets
Environnement scolaire : l'adolescent parait inadapté à sa classe (camarades et niveau)
Stimulations intellectuelles : paraissent insuffisantes
Environnement affectif : isolement socio-affectif
Retentissement d'une souffrance : non-épanouissement manifeste

Qu'en déduire ?

Tableau plus difficile à interpréter, pour un non-spécialiste, car ne pas être épanoui et avoir des résultats scolaires moyens est fréquent à cet âge. Mais l'association d'un isolement affectif, d'un ennui et d'une demande explicite de stimulations intellectuelles chez cet adolescent qui peut être vivement passionné, sont des arguments hautement évocateurs de HP.

A noter qu'il est très classique, et même typique chez un enfant ou adolescent à HP, d'avoir des résultats scolaires très variables, qui ne dépendent pas du travail effectué mais du rapport affectif avec le professeur.

Cet adolescent est à haut *risque de développer une psychopathologie* :

- rapport à l'autre difficile
- questionnements existentiels qui paraissent douloureux
- pas de projet d'utilisation des compétences

Que faire ?

Le médecin généraliste est certain que l'adolescent B est un adolescent à HP. Après ce *repérage*, il l'*informe de ses particularités intellectuelles* (l'incompréhension des autres est normale quand on a un fonctionnement particulier, et quand rien n'est fait pour l'éducation spécifique des élèves à HP) et le rassure sur son ressenti (il est normal de s'ennuyer quand les cours ne sont pas adaptés). Puis il *l'informe des risques psychopathologiques* (l'ennui peut se compliquer de retard scolaire et de régression intellectuelle) et de moyens de les combattre (se

connaitre et comprendre l'attitude des autres ; savoir user d'un effort pour surmonter son ennui).

Résultat immédiat de cette prévention et prise en charge :

L'adolescent B part rassuré de la consultation. Demande s'il peut revenir reparler de ses difficultés et de ses particularités (*prévention de psychopathologie par suivi simple*).

L'enfant C a beaucoup d'humour. On le dit très éveillé, depuis son plus jeune âge. Il a de grandes passions : émissions télévisées scientifiques en maternelle ; l'Egypte ; la calligraphie, la culture et la langue chinoise à partir du collège. Il adore aussi le sport et enchaîne les performances. Néanmoins, il est très sensible à la moindre remarque négative, se sent malheureux, pleure, si on lui fait remarquer une contre performance ou si on lui reproche une conduite. Au niveau familial, il n'accepte aucune règle sans les discuter. Enfin, il en parle peu mais est très anxieux face à la mort. Voici son histoire :

À 7 mois, l'enfant C exprime un fort désir de marche autonome. Peu avant 12 mois, il marche.

L'enfant C commence à apprendre à lire entre 2 et 3 ans, seul, mais le cache pendant longtemps.

À 2 ans, il sait nommer et reconnaître toutes les couleurs, primaires et intermédiaires, avec toutes leurs nuances.

L'enfant C connait des difficultés scolaires dès la première année de maternelle. Trois semaines après la rentrée, puis tout au long de l'année, il refuse d'aller à l'école, y part malheureux et crispé. Il se cache et il faut longuement le chercher avant de pouvoir l'emmener. Dans le même temps, au cours de la nuit, il a des « cauchemars » récurrents : toujours à la même heure, il hurle, tout en paraissant exprimer une peur intense, ce qui réveille toute la famille. Il est alors très pâle, en sueur, hypertonique, et garde les yeux grands ouverts. Le contact verbal est impossible, et ne sort pas l'enfant de sa transe. Au matin il ne se souvient de rien.

Les parents s'étonnent que lors des week-ends et vacances scolaires, leur enfant est pratiquement asymptomatique.

Le médecin généraliste est consulté. L'enfant C a alors 3 ans et quelques mois.

Analyse de l'observation :

Caractéristiques stables dans le temps : humour, passions, curiosité, hypersensibilité, questionnements existentiels (la mort), refus et demande de justification des règles

Développement neuropsychique : rapide avec acquisitions psychomotrices précoces (lecture, reconnaissance des couleurs, motricité)

Environnement scolaire : non épanouissement manifeste dans cet environnement, dont la cause est difficile à cerner chez ce jeune enfant

Psychopathologie : anxiété, phobie scolaire, troubles de sommeil à type de terreurs nocturnes typiques

Qu'en déduire ?

L'enfant C rassemble les caractéristiques les plus fréquentes des personnes à HP, ainsi qu'une rapidité de développement neuropsychique évocatrice. L'enfant C exprime de plus une psychopathologie situationnelle (expression uniquement dans la période scolaire), aspécifique et très variée. Le tableau clinique fait donc *évoquer* un patient à HP exprimant une psychopathologie reflet de la souffrance d'une inadaptation entre ses particularités neuropsychiques et l'environnement scolaire.

Que faire ?
Il faut rechercher la *confirmation de la présence du HP* : anamnèse plus approfondie, proposition d'un test de QI, information générale sur le HP, et indication de coordonnées (associations, livres, etc.). De cette façon, les parents pourront se faire leur propre opinion sur l'éventualité d'un HP. Il faut *chercher à connaître la cause du non épanouissement scolaire* : insuffisance de stimulations intellectuelles, isolement affectif, difficulté d'adaptation à une scolarisation avec éloignement des parents, etc. ? C'est le point le plus crucial pour la prise en charge immédiate et ultérieure. Encourager le *dialogue avec le maître ou la maîtresse*, est aussi pertinent. Explorer la psychopathologie par un solide examen clinique, permet d'éliminer une cause organique en recherchant un point d'appel.
Si l'hypothèse première se confirme, il faut *agir rapidement sur l'environnement scolaire*, une thérapeutique médicamenteuse n'étant à envisager qu'en dernier ressort (rapport bénéfices/risques non favorable). Si les aménagements mis en place en collaboration avec l'école sont inefficaces, et si les stimulations intellectuelles sont insuffisantes, un saut de classe est à discuter (bilan de la psychologue scolaire dont test de QI, gratuit).
Le médecin peut dans le même temps *augmenter son niveau de complexité d'explication* de la consultation médicale avec son petit patient, et lui *expliquer* avec des mots simples qu'il est possible qu'il ne réfléchisse « pas tout à fait pareil que les autres ». Ceci permet d'amorcer une relation de confiance et peut-être de désamorcer la « crise psychopathologique ».
Enfin, il me semble que rassurer, et encore rassurer les parents inquiets, est indispensable. Une action est toujours possible, la psychopathologie n'est pas irrémédiable et peut très vite disparaître.

Attitude du médecin consulté :
Malheureusement, le médecin généraliste qui reçoit l'enfant C ne connaît pas le HP, ou ne pense pas à l'évoquer. Il prescrit une thérapeutique médicamenteuse pour les terreurs nocturnes, qui s'avère inefficace.
Les parents n'arrivent pas à déterminer l'origine des troubles de leur enfant. Celui-ci reste muet en ce qui concerne ses activités scolaires. Les parents finissent par conclure que l'enfant C est perturbé par le changement radical entre le milieu familial et le milieu scolaire.

Les parents retrouvent la même situation en deuxième année de maternelle, dans une classe à 2 niveaux. L'enfant C répète fréquemment que « L'école, c'est nul. » Il se cache toujours pour retarder le moment de partir à l'école.
Toutes les nuits, les terreurs nocturnes perdurent à la même fréquence qu'en première section de maternelle.
L'enfant C finit par expliquer à demi-mot : « J'ai pas le droit [de répondre aux questions destinées aux grands de 3ème année de maternelle]. L'école c'est pas pour moi, c'est pour les autres. » Il avoue que malgré l'interdiction, c'est lui qui répond à toutes les questions de la maîtresse, dès qu'elle tourne la tête, mais que celle-ci ne s'aperçoit de rien. Les parents demandent alors un saut de classe « parce qu'il faut faire quelque chose ».
Le saut de classe est accepté « aux risques et périls » des parents.
La rentrée en CP, à 4 ans 10 mois, se fait sans heurt. La symptomatologie de l'enfant disparait. L'enfant C est de nouveau heureux de vivre et d'aller à l'école.
Les difficultés reprennent l'année suivante, où de nouveau, l'ennui devient majeur. Un mois après la rentrée, l'enfant C déclare qu'il trouve le temps long et s'étonne de « refaire les choses de l'année dernière ». Au niveau somatique, l'enfant C a très peu d'appétit. Il est constipé chronique avec 1 selle toutes les 2 semaines en moyenne. Les douleurs abdominales sont pratiquement permanentes, mais sont exacerbées lors des périodes scolaires. Elles s'estompent pendant le week-end et les vacances.

Le tableau devient aigu quand la constipation empêche soudainement la marche. Les douleurs abdominales sont intenses. L'enfant C est en rétention aiguë d'urine.
Nouvelle consultation en urgence du médecin généraliste.

Analyse

Environnement scolaire : adapté au CP, inadapté de nouveau l'année suivante (ennui)
Psychopathologies : nouvelles expressions : instabilité psychomotrice scolaire, anorexie, constipation.

Qu'en déduire ?

Les parents ont eu dans la situation précédente les bonnes intuitions pour réduire les souffrances de leur enfant, mais l'efficacité n'a été que transitoire, car aucune prévention n'a été appliquée. La situation exposée ci-dessus est finalement la même que la précédente, avec une variation de la psychopathologie chez un enfant plus âgé.

Que faire ?

Traitement somatique, en aigu, de la constipation, et règles hygiéno diététiques en chronique.
Ne pas laisser seuls les parents inquiets par cette intense souffrance et interrogatifs face à toute cette psychopathologie persistante et rebelle.
Même prise en charge globale.

Attitude du médecin consulté :

Le médecin débute un traitement symptomatique seul sans s'interroger sur un possible contexte favorisant. Ce traitement permet de surmonter la crise mais ne réduit que peu la constipation chronique.

C'est alors que les parents trouvent par hasard des informations sur le HP et ont la surprise d'y reconnaître leur enfant. Ils consultent alors un pédopsychiatre dans un Centre Médico Psycho Pédagogique, qui instaure une psychothérapie dans ce centre.
Le thérapeute retrouve un enfant dépressif à l'image narcissique très attaquée. Il reconnaît d'emblée le HP.
Malgré la psychothérapie, la situation scolaire et somatique perdure et empire l'année suivante, au CE2. Selon l'enfant C, « la maîtresse dit des choses qui ne sont pas vraies » lors de ses leçons. L'année scolaire est marquée par un absentéisme répété pour des céphalées, douleurs abdominales, fièvre isolée récurrentes. Le médecin prescrit à chaque fois un traitement symptomatique. Ces manifestations s'amendent lors des vacances scolaires, où l'enfant C parait recouvrir une excellente santé…
En février de son CE2, l'enfant C demande à aller finir l'année en CM2, car il veut aller en 6ème à la rentrée. Il a 7 ans et demi.
Les parents demandent un nouveau saut de classe, le premier ayant été une solution miracle transitoire. Mais d'après le personnel éducatif, les notes de l'enfant C sont largement insuffisantes.
L'inspecteur d'académie, après de multiples discussions avec les parents, accepte finalement que l'enfant C aille en CM2 à la rentrée suivante, et préconise un changement d'école.
Cette décision est bénéfique. Les douleurs abdominales, les terreurs nocturnes deviennent plus rares. L'absentéisme disparaît. Les résultats scolaires augmentent. La psychothérapie commence à sortir l'enfant de sa vision noire de la vie.
L'entrée au collège est catastrophique. Cette fois, les difficultés relationnelles sont majeures. Les violences physiques avec ses camarades sont quotidiennes. Il est qualifié « d'original ». Lors des cours, il s'ennuie, car le rythme de progression est « trop lent ». L'enfant C parait

inhibé, malheureux, très anxieux. Les terreurs nocturnes réapparaissent. Il va à l'école résigné en déclarant que « l'école, c'est nul ».

Analyse
Environnement scolaire : inadaptation en 6ème, apparente adaptation au CM2
Environnement affectif : préservé jusque là, dégradation brutale en sixième : rejet, isolement, conflits
Stimulations intellectuelles : très insuffisantes en 6ème
Psychopathologies : anxiété, dépression ?

Qu'en déduire ?
On peut remarquer qu'une thérapie ne peut améliorer les symptômes de l'enfant que si des actions concomitantes sur l'inadaptation avec l'environnement sont engagées.

Que faire ?
Même prise en charge globale.

Les parents, après bien des hésitations, décident de déscolariser l'enfant C, l'année de la 5ème.
Cette solution est bénéfique. L'enfant C travaille les programmes de cinquième, quatrième et troisième de collège en 2 ans.
Toujours en psychothérapie, l'enfant C guérit de sa dépression, et des autres manifestations somatiques qui témoignaient de sa souffrance psychique.
L'enfant C, 11 ans et demi, décide en concertation avec ses parents d'être re-scolarisé en lycée. Dans la foulée, il met un terme à sa psychothérapie, qui lui a « apporté tout ce qu'elle devait [lui] apporter ».
Le bilan de la seconde est mitigé. Il n'est pas isolé au niveau relationnel. Mais le rythme de progression en classe lui apparaît trop lent, il ne s'entend pas avec tous les professeurs. De nouveau, il exprime de nombreuses algies, surtout musculaires, diffuses, cette fois. Il se renferme de plus en plus et devient de moins en moins accessible au dialogue.
Les professeurs imposent le redoublement devant les notes trop faibles.
L'adolescent C, 12 ans et demi, consulte un neuropédiatre.

Que faire ?
Le neuropédiatre procède à une anamnèse approfondie et cherche à comprendre la logique du parcours de l'adolescent C. Après plusieurs entretiens, il diagnostique une hyperactivité avec déficit de l'attention (prédominance du pôle déficit attentionnel) masquée par un HP. Le HP permet à l'adolescent C de rester concentré plusieurs heures sur une tâche suffisamment stimulante au niveau intellectuel malgré un déficit de l'attention véritable. Cette nouvelle donnée expliquerait en partie ses résultats relativement faibles.
Le neuropédiatre instaure un traitement par un psycho stimulant (Ritaline®) lors des derniers jours scolaires ainsi qu'un soutien psychologique. Il prévoit la mise en place pour sa deuxième seconde d'un Projet d'Accueil Individualisé avec tiers-temps.

Premiers résultats de cette prise en charge
Suite à l'instauration de la Ritaline®, l'adolescent C dit se sentir transformé, « mieux dans [lui] ». Ce traitement suffira-t-il pour l'aider à utiliser son potentiel sans en souffrir ?

Analyse
La solution extrême de la déscolarisation permet de restaurer transitoirement l'adaptation à l'environnement et permet le maintien de stimulations intellectuelles à un niveau acceptable. L'isolement social n'est pas forcément exacerbé par cette mise à distance. Grâce aux activités extra scolaires, une socialisation non conflictuelle peut être maintenue.

Psychopathologie : contractures musculaires généralisées durant la seconde, consécutives à la tension interne de l'adolescent C entre lui-même, l'école et ses baisses de performance.
Le déficit attentionnel n'est pas ici une conséquence de sa souffrance mais en est une cause surajoutée. A noter que l'hyperactivité avec déficit de l'attention n'est pas rare chez les personnes à HP, sans qu'on sache avec certitude s'il existe un lien. Il faut surtout retenir que les signes cliniques de ce syndrome sont modifiés en présence du HP. La révélation de l'hyperactivité avec déficit de l'attention ainsi que le cortège de difficultés engendrées par ce syndrome sont plus tardives lors de l'existence d'un HP.
Le plus inquiétant est sans doute la difficulté croissante à dialoguer. L'adolescent C exprime son désenchantement et son désespoir d'un avenir jamais meilleur.

Et à l'avenir ?
La prise en charge par le neuropédiatre, qui comprend ses difficultés, est heureuse.
Au niveau intellectuel, trouver une personne qui peut échanger passionnément avec lui sur des sujets de haut niveau, dépourvus d'enjeux scolaires, pourrait réconcilier cet adolescent avec lui-même. Apprendre à gérer son mental, (c'est-à-dire apprendre à maîtriser ses évocations mentales, matières de la pensée) selon les travaux de La Garanderie[32] pourrait aussi être bénéfique.
Renouer le dialogue avec le lycée et les professeurs est souhaitable.

Analyse globale de l'observation
Les *caractéristiques stables dans le temps* fréquemment rencontrées sont presque toutes présentes, le *développement neuropsychique* est rapide. L'inadaptation avec *l'environnement scolaire* est flagrante et récurrente. Le besoin de *stimulations intellectuelles* est très élevé. L'*environnement affectif* est fréquemment perturbé. La *psychopathologie* est malheureusement classique : aspécifique, très variée et à recrudescence scolaire. La résistance thérapeutique médicamenteuse est bien illustrée chez l'enfant C en l'absence de reconnaissance du lien avec le HP. Enfin, l'évolution des troubles est tout à fait caractéristique, avec l'expression de conséquences d'une souffrance dès que l'environnement de l'enfant devient trop inadapté.
La particularité ici est la présence d'une hyperactivité avec déficit de l'attention surajoutée, qui ajoute de nouvelles difficultés à la prise en charge.
L'histoire de l'enfant C illustre que, sans prévention, ce qui n'est pas au départ une maladie peut malheureusement finir par se médicaliser…

L'enfant D, 11 ans, **consulte avec ses parents un centre référent des troubles des apprentissages pour des difficultés scolaires**.

Il est décrit comme inventif, ayant le goût pour la réflexion, curieux et avide de connaissances, comprenant tout rapidement, ayant un vocabulaire très riche. Il n'aime pas se faire remarquer et se démarquer des autres. Depuis tout petit, c'est aussi un enfant angoissé, anxieux et très peu autonome. Son développement psychomoteur est dit normal.

L'enfant D présente dès son entrée en école primaire une insomnie d'endormissement et des difficultés relationnelles (peu d'amis). En classe, il est qualifié d'absent et parait manquer de motivation. Une psychothérapie est alors organisée, de 7 à 10 ans, essentiellement pour l'anxiété et ses retentissements au Centre Médico Pédago Psychologique (CMPP) local. De plus, l'enfant D a un trouble dysgraphique et un trouble dysorthographique, qui se sont atténués avant l'entrée au collège.

En 6ème, ses résultats sont moyens, l'enfant D ne se sent pas à son aise. Le collège conseille aux parents de consulter le centre référent des troubles des apprentissages pour mieux le comprendre.

Durant l'entretien, l'enfant D parait triste, mais se montre appétant à l'échange. Il explique facilement qu'en classe, il comprend rapidement, avant les autres, et qu'ensuite il s'ennuie. Paradoxalement, l'enfant D se sent « nul », et présente des angoisses tous les matins avant d'aller au collège. Il a peur de ne pas réussir, et se sent mal à l'aise dans sa classe, où il n'arrive pas à s'identifier aux autres, élèves brillants.

Analyse :
Caractéristiques stables dans le temps : curiosité, inventivité
Développement neuropsychique : parait sans particularité - compréhension rapide
Environnement scolaire : ennui, déficit attentionnel, angoisse : inadaptation possible
Environnement affectif : isolement affectif
Stimulations intellectuelles : avidité de connaissances/ennui : semblent insuffisantes
Psychopathologies : insomnie d'endormissement, trouble anxieux, dysgraphie et dysorthographie, faible estime de soi – parait peu épanoui

Qu'en déduire ?
L'enfant D parait avoir un haut niveau de réflexion (rapidité, inventivité, avidité de connaissances), mais n'est pas épanoui (psychopathologie variée aspécifique), ceci étant en rapport avec l'environnement scolaire (isolement affectif et manque probable de stimulations intellectuelles).

On ne peut conclure avec certitude à un diagnostic, mais ces données sont suffisantes pour évoquer un HP et des troubles liés, au moins en partie, au HP.

Que faire ?
La démarche est identique à celle décrite dans les précédentes histoires cliniques. Il faut confirmer ou infirmer la présence d'un HP, d'abord par une anamnèse plus approfondie (L'enfant D a-t-il de l'humour ? des passions ? est-il hypersensible ? À quel âge s'est-il tenu assis ? debout ? À quel âge a-t-il parlé ? Etc.), puis par la pratique d'un test de QI.

Il faut ensuite chercher exactement la cause de son inadaptation au milieu scolaire, tout en explorant des facteurs psychologiques liés (par exemple familiaux). De cette analyse découlera : une action sur le milieu scolaire : par exemple aménagements spécifiques, saut de classe, changement d'école etc., une action concomitante sur les autres troubles (anxieux notamment), avec recherche de dépression, et prise en charge par psychothérapie spécifique avec prise en compte du HP.

Attitude du médecin consulté
La neuropédiatre qui reçoit l'enfant D évoque un HP et fait pratiquer un bilan neuropsychologique. La neuropsychologue retrouve un QI verbal largement supérieur au QI performance (145 contre 114).
Les épreuves les mieux réussies sont celles de vocabulaire, information, compréhension, similitudes. L'épreuve de code est un échec et fait chuter le QI performance.
La mémoire est excellente.
La présence de HP est donc confirmée.
Une psychothérapie centrée sur l'affirmation de soi est débutée. L'infirmière du collège est contactée pour aider l'équipe éducative à comprendre l'enfant D en classe.

Remarquons que ce profil de QI est le même que celui présenté dans la première partie (« Haut potentiel intellectuel », p.6) avec la classique chute dans l'épreuve de code. Ce cas clinique est donc une illustration de l'importance à considérer les différentes épreuves de QI plutôt que le chiffre global, peu informatif.

Résultats de cette prise en charge
Après une satisfaction provisoire, à 13 ans l'enfant D demande à changer de psychothérapie en indiquant l'évolution de ses besoins.
Au niveau scolaire, la dégradation des résultats se poursuit. L'enfant D se sent incompétent.
Il est isolé : il « craint toujours de causer des torts aux gens ou de les peiner ». Il voudrait « savoir à l'avance comment ils vont réagir ». Durant la consultation de suivi, l'enfant D reste silencieux et renfermé. Un nouveau bilan psychologique révèle des éléments dépressifs, bien qu'il ait encore recours à l'humour pour désamorcer les tensions.

Analyse
Caractéristiques stables dans le temps : hypersensibilité (peur de peiner les autres), humour
Environnement scolaire : aggravation de l'inadaptation probable
Environnement affectif : isolement qui se majore, incompréhension probable des particularités neuropsychiques des autres (vouloir deviner les réactions des autres = ne pas pouvoir les anticiper = probablement ne pas vraiment les comprendre)
Psychopathologie : amorce d'une dépression

Qu'en déduire ?
Le rapport à l'Autre est difficile, les questionnements existentiels sont douloureux, les projets d'utilisation de compétences paraissent inexistants. Une psychopathologie secondaire a tous les risques de s'exprimer, ce qui est confirmé par le bilan psychologique.
L'absence de véritable action sur l'inadaptation entre l'enfant D et son environnement explique en partie la dégradation sur tous les plans de l'enfant D et la majoration de sa souffrance. Détecter le HP a été ici insuffisant. La prise en charge s'est limitée aux symptômes, conséquences de l'inadaptation, mais n'a pas permis à l'enfant de connaître ses particularités et celles des autres. À l'évidence, l'enfant D n'a pas eu la possibilité d'apprendre à utiliser son potentiel et à ne pas en souffrir…

Attitude de l'équipe médicale
Renforcement de la prise en charge psychologique.
On peut se demander si le (la) psychologue de l'enfant D connaît bien le HP et sait le prendre en compte comme un élément central dans sa psychothérapie, ou ne le considère que comme un élément périphérique.

Evolution
À 14 ans, l'enfant D est amené aux urgences pour des troubles dépressifs avec insomnie, angoisses et idéations suicidaires.
Un psychologue le reçoit en urgence. L'enfant D confie qu'il a « peur de penser »…

Analyse et conclusion
Histoire banale d'une personne à HP sans dépistage précoce, en décalage entre ses particularités neuropsychiques et son environnement scolaire et humain.
L'enfant D a suivi l'histoire naturelle des personnes à HP qui n'arrivent pas à s'adapter à leur environnement. Sa « peur de penser » illustre son entrée dans la dépression classique de l'adolescent à HP décrite par J. Siaud-Facchin, particulièrement difficile à soigner. L'adolescent n'a plus confiance, il n'est plus question d'utiliser son HP, qui n'est devenu qu'une source de souffrance…

L'enfant E lit à partir de 4 ans. Dès son entrée à l'école, il a des résultats brillants : il est premier de sa classe sans effort. Il saute le CM1. Il trouve les cours faciles. D'ailleurs, il n'a pas besoin de les apprendre, il suffit d'écouter en classe. Pour lui « rien n'est difficile ». Il est aussi excellent dans ses activités extra scolaires : le dessin et l'escrime. Ses loisirs sont la lecture, pratiquée abondamment. En revanche, il n'a pas d'ami véritable, mais s'accommode bien de son isolement. Il répète volontiers qu'il n'est pas comme les autres, et refuse d'avoir de véritables relations avec ses camarades tant que ceux-ci n'ont pas prouvé une valeur intellectuelle suffisante. Il se bat souvent, mais comme il a le dessus, rapidement ses camarades vont le laisser tranquille jusqu'à la fin de sa scolarité.
L'enfant E est toujours premier de classe en toutes les matières en primaire, mais ses résultats baissent à partir de la 5ème. Il est de plus en plus en conflit ouvert avec ses professeurs. Il refuse le travail scolaire ; il veut travailler autrement. En 4ème, ses résultats deviennent moyens. Il n'apprend toujours pas ses cours, et s'y désintéresse. En revanche, il débute les championnats de France d'escrime et se classe 2ème à sa première participation.
En seconde, les résultats scolaires de l'adolescent E deviennent à peine suffisants pour assurer son passage. En première, les résultats deviennent catastrophiques. Le professeur de français le qualifie de « fumiste » et lui prédit l'échec au bac de français.
L'adolescent E choisit le sujet de réflexion au bac de français et obtient la meilleure note de la ville. Puis en terminale, ses résultats sont trop faibles, il redouble.
Le jeune adulte E choisit ensuite, un peu par hasard, sa formation professionnelle : il se lance dans des études d'ingénieur laitier. Mais il trouve les cours vraiment trop faciles, ennuyeux, et il démissionne au bout de quelques mois. Il devient maître d'internat et y donne des cours d'escrime.
À 20 ans, l'adulte E débute son service militaire de 18 mois. L'armée fait passer des tests intellectuels aux nouvelles recrues pour les trier. Après une sévère sélection, il se retrouve avec les 16 meilleurs sur 12 000 personnes, ce qui lui donne droit à certains avantages matériels, ainsi qu'à des cours spécifiques adaptés à son niveau, à l'institut français du pétrole. Il apprécie ces cours, ainsi que ses 16 autres camarades qui suivent le même parcours. Mais il ne travaille pas plus assidûment ses cours, puisqu'il se débrouille avec ses camarades pour subtiliser transitoirement les sujets des examens à l'avance. Il réussit donc facilement l'examen final, et sur la suggestion d'un de ses pairs, à la fin de son service militaire, il entame des études de kinésithérapie après une brillante réussite à l'examen d'entrée.
Pour la première fois peut-être, il se lance dans l'apprentissage assidu et constant d'un savoir livresque. À l'examen final, il est reçu, 2ème sur 1000, à un quart de point près.

Après des années d'activités professionnelles intenses de kinésithérapie, l'adulte E diversifie son activité. Construction et location de maisons et d'appartements, aïkido, entreprises commerciales, conseil financier… Il s'épanouie dans l'action, la nouveauté, et cherche à chaque fois la meilleure performance possible.

L'adulte E se considère curieux et bon humoriste.
Il explique qu'il n'a jamais accepté des règles sans justification irréfutable. Refusant toute règle arbitraire, il préfère imposer ses propres lois.

Très tôt dans sa jeunesse, il s'est construit sa propre philosophie et a élaboré des réponses à ses questionnements existentiels. Ainsi a –t-il décidé qu'il n'y avait rien à attendre des autres, et que dans sa vie, seul compterait son propre cheminement.
L'adulte E constate qu'il n'a jamais eu vraiment d'amis. Vivre autonome sans le soutien des autres, a été pour lui une décision fondamentale, inébranlable, et fondatrice de tout son parcours de vie.

Analyse
Le *développement neuropsychique* de l'enfant E semble très rapide. Il est curieux, il a de l'humour, il ressent une obligation de justification de toute règle pour les accepter. L'enfant puis adulte E a donc certaines des *caractéristiques* classiques du HP.
Les tests intellectuels lors du service militaire étaient vraisemblablement des tests de QI, et l'excellent score de l'adulte E laisse présumer que son QI est supérieur à 130, ce qui confirme le HP.
L'environnement scolaire parait très vite inadapté aux particularités neuropsychiques de l'enfant E, non seulement pour la trop grande facilité et lenteur des cours prodigués (ennui), mais aussi sur le plan qualitatif. L'adolescent E aurait certainement préféré un travail de réflexion de fond, au lieu d'apprentissage de données brutes prodiguées par les professeurs. Ainsi les résultats scolaires, diminuent progressivement de manière typique. L'enfant E n'apprend pas à travailler scolairement. Dans les classes supérieures, la simple écoute des cours ne suffit plus…
L'enfant puis adolescent E n'a pourtant pas manqué de *stimulations intellectuelles*, grâce à ses multiples activités extra scolaires sportives, artistiques et de lecture. C'est certainement ce qui lui a permis de ne pas exprimer de psychopathologie véritable.
En revanche, *l'environnement affectif* de l'enfant puis adulte E est un désert. L'originalité, dans cette observation, est qu'il n'en souffre pas, en tout cas pas explicitement. Il accepte très tôt que les autres sont différents, et il décide alors que cette différence est certainement en sa faveur. Ainsi il n'a pas besoin des autres pour vivre, ce qui le conduit certes à l'appauvrissement des relations affectives, mais lui permet de ne pas souffrir et de continuer son parcours sans sombrer dans une dépression, inhibition intellectuelle, ou autre psychopathologie.

C'est finalement dans la recherche constante de nouveaux défis professionnels que l'adulte E réussit à utiliser son HP sans en souffrir.

Ainsi :

Rapport à l'autre : fixé définitivement sans modification possible
Questionnements existentiels : éludés
Projets d'utilisation des compétences : sans cesse renouvelés, incessants

Le schéma, fixé, pour les 2 premiers items, permet d'éviter toute réflexion émotionnelle, qui pourrait être douloureuse.

L'adulte E s'épanouit dans l'intellect.

Le médecin généraliste a un rôle essentiel dans le repérage des personnes à HP, sur des caractéristiques de personnalité, sur le développement neuropsychique et neuromoteur, et sur la relation du patient avec son environnement scolaire, professionnel et socio affectif. Le médecin a aussi le devoir d'évoquer le HP lors de l'existence d'une psychopathologie, à plus forte raison quand la psychopathologie parait avoir des caractéristiques fréquentes chez les personnes à HP.
Ce simple repérage, puis l'accompagnement de la personne à HP dans son apprentissage à vivre en harmonie dans la société, c'est-à-dire, apprendre à utiliser son potentiel sans en souffrir, devrait être un devoir pour le médecin généraliste.
Trop souvent il passe à côté d'une souffrance cachée. Trop souvent il soigne des psychopathologies, sans en comprendre les causes, ou en se trompant sur leur étiologie. Trop souvent il se trompe de diagnostic à cause d'une anamnèse mal informative, la personne à HP l'ayant entraîné vers des considérations inexactes.
J'ai essayé d'exposer scientifiquement et avec clarté les données de la science disponibles en 2008. J'ai tenté de proposer des solutions concrètes et réalistes pour les médecins généralistes dans leur activité de prévention.
Tant que les activités de prévention ne seront pas du domaine pratique, celles-ci ne pourront être évaluées, et l'accompagnement des personnes à HP restera un domaine de spécialistes, qui essaient de soigner des souffrances déjà bien ancrées. Les personnes à HP qui souffrent de par l'inadaptation entre leurs particularités neuropsychiques et leur environnement sont condamnées à errer longuement avec leur souffrance incomprise.
Repérer, informer, expliquer, comprendre, accepter, puis *accompagner* sont finalement les mots clés, banals, de la prévention de la psychopathologie liée au HP.
Mais ce qui est banal n'est-il pas ce qui est le plus souvent oublié ?

Conclusion

Les personnes à HP risquent de souffrir chaque fois qu'elles ressentent une inadaptation avec leur environnement. Elles peuvent alors exprimer des symptômes médicaux variés et aspécifiques. Cependant, le risque de psychopathologie liée au HP est difficilement quantifiable. On ne peut donc conclure, en 2008, à une augmentation avérée du risque de développer des troubles médicaux des personnes à HP, par rapport à la population générale.
Le médecin généraliste a des moyens de prévenir l'apparition de psychopathologie liée au HP. En prévention primaire, le repérage des particularités neuropsychiques et leur reconnaissance, puis l'évaluation de l'adaptation entre la personne à HP et son environnement sont fondamentaux. La prévention secondaire consisterait à dépister les personnes à HP en souffrance par l'analyse de leur rapport à l'Autre, de leurs questionnements existentiels et de leurs projets d'utilisation des compétences, en tenant compte de leur environnement. En prévention tertiaire, la reconnaissance de la souffrance de la personne à HP et de son origine doit précéder la recherche d'un meilleur équilibre avec son environnement.
Tenter de comprendre la personne à HP sans la juger, est finalement le meilleur levier préventif et thérapeutique pour le médecin généraliste. Quelques questions judicieuses et une

écoute de qualité devraient permettre une prévention efficace sans trop majorer la durée de la consultation.

Il ne s'agit pas de savoir si les personnes à HP sont trop ou trop peu médiatisées, il s'agit de savoir si ces personnes souffrent et de les aider à dépasser cette souffrance.
Le médecin a, dans sa mission humanitaire, un rôle de prévention de toute souffrance. La relation avec une personne à HP est donc bien une facette de son métier, et une facette des plus humaines dans sa relation de personne à personne.
Personnes ressources pour le médecin généraliste en interaction avec une personne à HP

Une information précise, scientifique, et des exemples concrets de conduites à tenir possibles peuvent suffire au médecin généraliste pour amorcer une relation de qualité avec une personne à HP. Ainsi, sauf s'il le souhaite, le médecin généraliste n'a pas à être un spécialiste des personnes à HP. Savoir cerner les particularités neuropsychiques de son patient à HP, savoir cerner ses difficultés par rapport à son environnement, savoir reconnaître son éventuelle souffrance, et finalement savoir lui en faire part, est à la portée de tout médecin généraliste.

En revanche, le médecin doit aussi savoir orienter ses patients à HP vers les bonnes personnes au bon moment. Or, il n'existe pas de réseau spécifique au HP bien établi, comme dans d'autres pays. Voici donc quelques indications.

Au niveau médical, les professionnels les plus aptes sont les neuropédiatres. Pour les adultes, malheureusement, les spécialistes médicaux qui peuvent apporter une aide sont quasi inexistants.
Une autre solution est d'adresser le patient à l'Unité pour les Surdoués en Difficulté du CHU de Rennes, qui reçoit des patients de toute la France ou les adresse à un spécialiste d'un réseau, en cours de création, pour la prise en charge du HP en France.
Rendez-vous : tel 02.99.32.91.75 (du lundi au vendredi, 9h à 17h)
Contact mail : usd@ch-guillaumeregnier.fr
Contact écrit : 154 rue de Châtillons - 35200 Rennes
Site Internet : http://www.usd-web.com/

Au niveau paramédical, on peut contacter un psychologue averti, ou un neuropsychologue.

Au niveau Education Nationale, dans les centres d'information et d'orientation (CIO), les conseillers orientation psychologues peuvent réaliser des bilans psychologiques (tests de QI et autres tests), et conseiller enfants (à partir de la 6ème de collège) comme adultes sur les études et carrières adaptées à leurs particularités neuropsychiques.
Pour les adultes, des formations peu onéreuses et de qualité existent !
La consultation en CIO est gratuite.
À cette adresse Internet on peut trouver les coordonnées du CIO localement le plus proche du patient :
http://www.education.gouv.fr/pid500/orientation-rencontrer-un-conseiller-dans-votre-region.html

À titre d'exemple, à Reims (51) :
Adresse : 36 rue Boulard – 51100 Reims
Tél : 03 26 88 22 32
Mail : ce.0510072B@ac-reims.fr

Finalement *le réseau associatif* constitue la plus grande ressource, par leur accueil, mais aussi par leur connaissance souvent approfondie de listes de contacts intéressants pour la prise en charge des personnes à HP.
Les associations sont primordiales, et serviront souvent de premier recours.
Il ne faut *jamais* hésiter à les contacter.
Le médecin peut *toujours* conseiller aux personnes à HP ou à leurs parents de prendre contact avec elles.
Voici le nom de quelques associations.

Pour les enfants :

Au niveau national, plusieurs associations peuvent être contactées :

L'Association Française pour les Enfants Précoces (AFEP) a un site Internet (www.afep.asso.fr) qui peut être facilement lu par les parents d'enfants à HP. C'est une association très puissante, et très organisée, agréée par le ministère de l'éducation nationale.
Contact écrit au 111 bd Carnot, 78110 Le Vésinet
Contact téléphonique : 01 34 80 03 48 ou 01 34 80 61 26
Contact par mail : secreteriat@afep.asso.fr

L'Association Nationale Pour les Enfants Intellectuellement Précoces (ANPEIP) a aussi un site Internet intéressant (www.anpeip.org), qui peut être conseillé aux parents d'enfants à HP. Le site permet de rechercher les associations locales affiliées à l'ANPEIP. L'ANPEIP a constitué un intéressant réseau national de spécialistes et de professionnels de domaines divers, et s'engage dans la formation des personnes au contact des enfants à HP, notamment des médecins.
Contact écrit : 7 rue de la providence, 06300 Nice
Contact téléphonique : 05 49 86 73 28
Contact mail : fede.familles@anpeip.org

Ce sont les associations les plus connues et reconnues.

Si le médecin recherche plus spécifiquement un moyen pour permettre à son patient à HP de participer des activités de loisirs avec d'autres enfants à HP, il peut s'adresser à l'Association nationale et internationale, de Loisirs, de Rencontre et d'Education, pour les enfants et adolescents Précoces (ALREP). C'est une association de plus de 25 ans d'existence, qui offre de multiples activités aux enfants précoces. Elle a aussi constitué un solide réseau de spécialistes, et elle est régulièrement consultée par le ministère de l'éducation nationale. Elle est agréée par le ministère de la Jeunesse et des Sports.
Elle est très ouverte à toutes les interrogations du professionnel comme du tout venant.
www.alrep.org
Contact écrit : 15, av. Franklin Roosevelt, 30000 Nïmes
Contact téléphonique : 04 66 64 82 51
Contact mail : info@alrep.org

L'Association pour l'épanouissement des Enfants à Haut Potentiel Intellectuel (AE-HPI) est une association plus récente organisant la plupart de ses activités à Paris. C'est une association qui se distingue par son parrainage par un comité de personnalités scientifiques de haut niveau, dont membres de l'Académie des Sciences. Ses organisateurs sont motivés,

spécialistes du sujet et acteurs de terrain. Le site Internet de l'association (www.ae-hpi.org) regroupe des textes de qualité, écrits par de multiples spécialistes très qualifiés, scientifiques, pédagogues, médecins, chercheurs, psychologues, etc. Certains textes sont très novateurs et permettent d'ouvrir sur une réflexion profitable.
Les informations délivrées par ce site sont très fiables. Peut-être à réserver à un public averti.
Contact écrit : BP 35, 78170 La Celle Saint Cloud
Contact mail : ae-hpi@wanadoo.fr

Au niveau local, il n'y a pas toujours d'association géographiquement proche. Il faut se renseigner auprès de sa mairie ou de la maison des associations locale, ou encore directement sur Internet. Elles peuvent parfois être plus accessibles que les grandes associations nationales.

En Champagne Ardennes, on peut signaler l'association Albatros (à Troyes, 10000), contact mail albatros_eip@hotmail.fr
À Reims (51100), une antenne ANPEIP existe, 8 place Corot. Tel : 03 26 88 93 88, et adresse mail : anpeip.chapard@tiscali.fr

Pour les adultes :

Les adultes à HP ont moins de ressources faciles d'accès et spécifiques à leurs particularités d'adulte à HP.

L'association MENSA est la plus connue. C'est une association internationale ancienne de plus de 50 ans. Elle permet à des adultes à HP de se retrouver et d'échanger sur leurs domaines de prédilection. Elle est aussi pourvoyeuse d'informations pour le public tout venant.
Site international : www.mensa.org
Site français : www.mensa.fr
Contact écrit : 20 rue Léonard de Vinci, 75116 Paris
Contact téléphonique : 06 61 22 68 78
Contact par mail pour demande d'informations : informations@mensa.fr, ou pour les enfants : douance@mensa.fr

Pour les adultes à l'estime de soi très diminuée, l'association MENSA peut être inadaptée, car on ne peut y entrer qu'en ayant prouvé un QI > 132 par des tests. Ces adultes se sentent souvent peu capables de passer de tels tests. Le médecin peut leur conseiller le site d'une association qui peut se révéler particulièrement adaptée :

GAPPESM : Groupement Associatif de Protection des Personnes Encombrées de Surrefficience Mentale (gappesm.net)
Contact écrit : 25 rue de la Halle, 46200 Souillac
Contact par mail : il faut passer par les forums du site du GAPPESM. Pour une demande d'informations ou de documentations l'adresse mail est : secretaire@gappesm.net

Le nom de cette association parle de lui-même. Les forums du site Internet du GAPPESM permettent d'échanger sereinement sur ses questionnements existentiels, sans peur d'être jugé.

Il n'est point besoin de prouver une quelconque « valeur » pour y débuter des échanges, que ce soit sur le HP ou sur tout autre sujet. Le médecin généraliste peut donc conseiller sans retenue à l'adulte à HP la visite et lecture de ce site et de ses forums.
C'est un moyen de renouveler le dialogue avec l'adulte à HP en souffrance, rebelle à toute idée de « compétences extrêmes » que lui confèrerait un HP, à lequel il ne croit d'ailleurs pas.
L'adulte à HP épanoui trouvera néanmoins tout autant sa place dans le GAPPESM. Il lui suffira de se sentir concerné par les difficultés que peuvent vivre les personnes à HP.

Bibliographie

[1] BINET A, SIMON T. *Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux*, L'année psychologique, 1905
[2] Bulletin officiel du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche du 7 juin 2007

[3] PRAT G. *Vingt ans de psychopathologie de l'enfant doué et surdoué en internat psychothérapique*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1979, 27 (10-11), 467-474
[4] BESSOU A., MONTLAHUC C., LOUIS J., FOURNERET P., REVOL O. *Profil psychométrique de 245 enfants intellectuellement précoces au WISC III*, ANAE, 2005 ; 81 ; 23-28

[5] BENONY H., VAN DER ELST D., CHAHRAOUI K., BENONY C., MARNIER J.-P. *Lien entre dépression et estime de soi scolaire chez les enfants intellectuellement précoces*, L'Encéphale, 2007 ; 33 :11-20
[6] ACHENBACH TM. *Manual for the Child Behaviour Checklist and Revised Child Behaviour Profile.* Burlington, VT: University of Vermont. Department of Psychiatry, 1983

[7] REVOL O., LOUIS J., FOURNERET P. *Les troubles du comportement de l'enfant précoce*, Actualité de l'enfant précoce (ANAE) 2003 ; 73 : 159-63
[8] REVOL O., LOUIS J., FOURNERET P., *L'enfant précoce : signes particuliers*, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 52 (2004) 148-153
[9] LOUIS J. *et al*, *Le sommeil de l'enfant précoce*, ANAE 2004 (sous presse)

[10] GARSEP ou Groupe Académique de Recherche sur la Scolarité des Enfants Précoces (Académie Toulouse - jeunesse éducation recherche, et IUFM Midi Pyrénées), *La scolarité des enfants précoces,* synthèse du rapport final, Recherche formation 2000-2003, disponible sur http://ash.edres74.ac-grenoble.fr/IMG/garsep_bis-2.pdf

[11] CROSS T. L., CASSADY J. C., MILLER K. A., *Suicide Ideation and Personality Characteristics Among Gifted Adolescents*, Gifted Child Quaterly, 2006; 50; 295 (on behalf of National Association for Gifted Children)

[12] BESSOU A., TYRELL J., YZIQUEL M., *Parcours scolaire et professionnel de 28 adultes dits surdoués,* Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2004, 52 : 154-159

[13] BESSOU A., TYRELL J., YZIQUEL M., BOSSON J.-L., MONTANI C., FRANCO A., *Satisfaction de vie de 28 surdoués parvenus à l'âge de 65 ans et plus,* La Presse Médicale, 2003 ; 32 : 734-9

[14] VANMEERBEEK M., VAN ONCKELEN S., BOUUAERT C., BURETTE P., *Les enfants à haut potentiel : attitude du médecin traitant*, Presse Med. 2006 ; 35 : 86-90 ©2006, Masson, Paris

[15] TERRASSIER J.-C., *Le syndrome de dyssynchronie,* Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1979, 27 (10-11), 445-450

[16] SIAUD-FACCHIN J., *Les risques de troubles psychologiques chez l'enfant surdoué*, L'enfant surdoué, l'aider à grandir, l'aider à réussir, éd. Odile Jacob, 2002, pp197-223

[17] REVOL O., BERTHIER A., ABOU-SHAHEEN A., FOURNERET P., *Les troubles du comportement de l'enfant précoce*, La Revue du Praticien, 2006 ; 56 : 402-403

[18] PRÉAMBULE-RECOMMANDATION 1248 DE L'ASSEMBLÉE PARLEMENTAIRE DU CONSEIL DE L'EUROPE- Relative à l'éducation des enfants surdoués (7 octobre 1994)

[19] TORDJMAN S., *Enfants surdoués en difficulté : de l'hyperactivité avec déficit attentionnel à la dépression et l'échec scolaire,* Revue Médicale Suisse 2006 ; 2 : 533-7
[20] COLLIS H., *L'Association Nationale britannique pour les enfants surdoués,* Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 1979, 27 (10-11), 451-455

[21] BITAN D., *L'éducation des enfants surdoués en Israël : problème de théorie et problèmes de pratique*, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 1979, 27 (10-11), 475-479

[22] ZIV A*., Counselling the Intellectually gifted child*, Université de Toronto, Canada, 1989.

[23] LABBÉ L., MARECHAUD R., HADJADJ S., *Critères à réunir pour entreprendre le dépistage d'une maladie,* Dépistage et traitement des complications micro vasculaires du diabète, Revue du Praticien, 2007 ; 57 : 1437
[24] ADDA A., *Le livre de l'Enfant Doué*, Paris, éd. Solar, 1999

[25] Bulletin Officiel de l'Education Nationale, n°38, du 25 octobre 2007, Parcours scolaire des élèves intellectuellement précoces ou manifestant des aptitudes particulières à l'école et au collège

[26] VAIVRE-DOURET L., *Les caractéristiques développementales d'un échantillon d'enfants tout venant « à hautes potentialités » (surdoués) : suivi prophylactique,* Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 52 (2004) 129-141
[27] GRUBAR J.-C., *Approche psychophysiologique du potentiel intellectuel*, Association pour l'Epanouissement des enfants à Haut Potentiel Intellectuel, rapporté sur Internet à l'adresse http://www.ae-hpi.org/jeu%20de%20cadre.htm

[28] Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladies (URCAM), Nombre moyen de patients par médecin généraliste APE (APE : Actif à Part Entière, praticiens exerçant à temps plein et âgés de moins de 65 ans), données datant de 2004

[29] BINDER P., CHABAUD F., *Dépister les conduites suicidaires des adolescents,* Revue du Praticien 2007 ; 57 : 1187-99

[30] PEYRAT C., *Lettre à mes confrères, le pédiatre face au HPI*, diffusé depuis environ 2004, disponible notamment sur http://www.ae-hpi.org/jeu%20de%20cadre.htm (site *ae-hpi* : Association pour l'Epanouissement des enfants à Haut Potentiel Intellectuel)

[31] ROSNER I., La pratique médicale, regard critique – succès et erreurs en pratique quotidienne, éd du Médecin généraliste, pp 86-89
[32] LA GARANDERIE (de) A., Profils pédagogiques, Pédagogie des moyens d'apprendre, Comprendre et imaginer, Ed Centurion

Guide pratique du médecin généraliste : résumé

Un patient en face de vous…

À haut potentiel intellectuel ?
Une cinquantaine de patients environ
Passions, curiosité, hypersensibilité, questionnements existentiels, demande de justification des règles, humour ?
Assis sans soutien 6 mois, marche autonome 12 mois, phrases 18 mois, lecture avant 6 ans ?
Résultats scolaires brillants en primaire, puis qui chutent progressivement ?

À risque ?

Rapport à l'Autre, questionnements existentiels, projets d'utilisation des compétences ?

En souffrance ?

Sommeil, appétit, douleurs, agitation, anxiété, passions, performances scolaires/professionnelles, amis ?

Mener la consultation…

Tout justifier, tout expliquer, tout complexifier
Attention manipulation, fascination, rejet

Éduquer…

Particularités neuropsychiques et mode de pensée différent qui ne rendent pas meilleur moralement

Prévenir…

Le comprendre
Lui apprendre à relier des manifestations somatiques à un éventuel mal-être psychique lié à une inadaptation
Environnement scolaire, professionnel ?
Stimulations intellectuelles ?
Environnement affectif ?

Orienter ?

Associations toujours
Test de QI souvent
Suivi psychologique spécialisé parfois
Centre d'Information et d'Orientation éventuellement
Suivi médical spécialisé rarement