

Université Joseph Fourier
Faculté de médecine de Grenoble

Année 2008

Le dépistage des surdoués en consultation psychiatrique

Thèse

Présentée pour l'obtention du doctorat en médecine

Diplôme d'état

Par **Damien CROUZET**

Né le 22 Septembre 1977 à La Tronche (38)

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble, le 2 décembre 2008, devant le jury composé de :

- Pr. Thierry Bougerol, président du jury
- Dr Philippe Narang, directeur de thèse
- Pr. Luc Barret
- Pr. Pierre-Simon Jouk

Avant-propos

Extraits de l'Ecclésiaste, chapitre 1 :

« Vanité du travail

12 Moi, l'Ecclésiaste, j'ai été roi d'Israël à Jérusalem. *13* J'ai appliqué mon cœur à rechercher et à sonder par la sagesse tout ce qui se fait sous les cieux: c'est là une occupation pénible, à laquelle Dieu soumet les fils de l'homme. *14* J'ai vu tout ce qui se fait sous le soleil; et voici, tout est vanité et poursuite du vent. *15* Ce qui est courbé ne peut se redresser, et ce qui manque ne peut être compté. *16* J'ai dit en mon cœur: Voici, j'ai grandi et surpassé en sagesse tous ceux qui ont dominé avant moi sur Jérusalem, et mon cœur a vu beaucoup de sagesse et de science. *17* J'ai appliqué mon cœur à connaître la sagesse, et à connaître la sottise et la folie; j'ai compris que cela aussi c'est la poursuite du vent. *18* Car avec beaucoup de sagesse on a beaucoup de chagrin, et celui qui augmente sa science augmente sa douleur. »

Remerciements

- Ma famille et notamment Stéphanie, pour leur soutien inconditionnel.
- Philippe Narang dont l'enthousiasme pour cette thèse ne s'est jamais tari.
- au Centre d'investigation clinique de Grenoble pour ses avis.
- aux patients qui ont accepté de répondre au questionnaire.
- à tous les sages présents et passés qui ont partagé leur sagesse avec les autres, dont A. Einstein qui a dit « Il y a deux choses qui soient infinies : l'univers et la bêtise humaine, mais pour l'univers je n'en ai pas encore la certitude absolue ».

Table des matières

-Avant-propos.....	2
-Remerciements.....	2
-Table des matières.....	3
-Le dépistage des surdoués en consultation psychiatrique.....	5
1. Introduction.....	5
2. Méthodes.....	6
2.1. Méthode de sélection.....	6
2.1.1. Les soignants.....	6
2.1.2. Les patients.....	7
2.2. Méthode d'intervention.....	7
2.3. Méthode d'observation.....	9
2.3.1. Fiche patient.....	9
2.3.2. Classification des pathologies.....	9
2.4. Méthode statistique.....	9
3. Résultats.....	10
3.1. Description de la population.....	10
3.1.1. Sexe.....	10
3.1.2. Âge.....	11
3.1.3. Catégorie socioprofessionnelle.....	12
3.1.4. Niveau d'études.....	13
3.1.5. Durée de la psychothérapie.....	13
3.1.6. Pathologies.....	14
3.2. Analyse des résultats des tests.....	14
3.2.1. Résultats des tests.....	14
3.2.2. Résultats des tests d'intelligence antérieurs.....	16
3.2.3. Classification des patients selon les classes du SPM.....	17
3.2.4. Classification des patients selon onze classes normalisées.....	19
3.3. Description des patients de la classe I.....	20
3.3.1. Sexe.....	21
3.3.2. Âge.....	21
3.3.3. Catégorie socioprofessionnelle.....	22

3.3.4. Niveau d'études.....	23
3.3.5. Durée de la psychothérapie.....	24
3.3.6. Pathologies.....	24
3.4 Analyse statistique.....	25
3.4.1. Classe I.....	25
3.4.2. Classe normalisée 10.....	27
4. Discussion.....	29
4.1. Les pathologies.....	29
4.1.1 Pathologies et troubles psychiatriques.....	29
4.1.2. Pathologie(s) des surdoués.....	33
4.2. L'intelligence et la douance.....	35
4.2.1. Le concept d'intelligence.....	35
4.2.2. Les surdoués.....	38
4.3. Les tests de raisonnement.....	39
4.3.1. Intérêt des tests.....	39
4.3.2. Les différents tests d'intelligence.....	40
4.3.3. Défauts des tests.....	42
4.3.4. Discussion sur les résultats aux tests.....	44
4.4. Biais intrinsèques à cette étude.....	50
4.4.1. Biais géographique.....	50
4.4.2. Biais de sélection.....	50
4.4.3. Partie statistique.....	51
4.4.4. Conclusion.....	51
4.5. Les résultats de l'étude.....	52
4.5.1. Facteurs motivant la consultation.....	52
4.5.2. Facteurs freinant la consultation.....	53
4.5.3. Les raisons essentielles de la souffrance.....	53
5. Conclusion.....	57
- Épilogue.....	59
- Références bibliographiques.....	61
- Annexes.....	62
- Résumé.....	68

Le dépistage des surdoués en consultation psychiatrique

1. INTRODUCTION :

De nombreux travaux, notamment chez les enfants et les adolescents, montrent une tendance à l'anxiété chez les surdoués, bien qu'il existe une controverse sur les difficultés psychologiques alléguées des enfants surdoués. Pour certains auteurs (dont Terman) ils auraient moins de difficultés d'adaptation que les autres enfants, mais pour d'autres (De Ajuriaguerra) ils auraient au contraire une psychopathologie particulière. Comment expliquer ces troubles mentaux ?

La dyssynchronie sociale, c'est à dire le décalage lié aux différences entre les capacités du surdoué et celles de son entourage, peut engendrer des mécanismes pathologiques telles que l'inhibition intellectuelle, l'attitude d'échec ou la solitude et le repli sur soi. En outre, l'intelligence elle-même peut être source d'angoisse. Les surdoués peuvent développer des troubles du comportement et de la personnalité, comme l'indique De Ajuriaguerra : *« les surdoués sont des enfants facilement anxieux : l'angoisse existentielle (questions sur la mort, sur Dieu), l'angoisse névrotique, peuvent d'ailleurs aboutir à constituer de véritables organisations pathologiques, en particulier névrotiques : l'apparition de conduites obsessionnelles en raison de cette extrême maturité du Moi est aussi fréquente »* (1). Enfin, le surdoué, grâce à son intelligence, est plus conscient que la normale de ses imperfections voire de son imperfectibilité. Cela explique sans doute que peu de surdoués se reconnaissent spontanément comme tels et se dévalorisent fréquemment.

Un point essentiel est à signaler. Si les travaux concernant les enfants et adolescents abondent, les adultes sont laissés à l'écart des recherches. Les difficultés rencontrées dans l'enfance n'ont-elles pas de répercussion sur la vie ultérieure, et ces difficultés disparaissent-elles ?

Cependant toute étude sur les surdoués est difficile car tous les surdoués ne sont pas détectés. En considérant que les surdoués sont les individus dont le Quotient Intellectuel (QI) sur l'échelle de Wechsler (dont l'écart-type est 15) est supérieur ou

égal à 130 (valeur la plus communément admise), 2,2 % de la population peuvent alors prétendre être surdoués. Cela constitue de ce fait un nombre important de personnes à l'échelle d'une nation. Or seule une quantité infime de ces individus se savent surdoués, et c'est sur cette fraction qu'ont été effectuées les différentes études.

Deux questions nous viennent alors à l'esprit. Si les surdoués ont une souffrance psychique plus importante que la normale, ne devrait-on pas les retrouver plus fréquemment en consultation de psychiatrie ? D'autre part, comment étudier la souffrance psychologique chez l'ensemble des surdoués ? La solution la plus simple consisterait à prendre l'ensemble de la population pour lui faire passer des tests psychotechniques et pour détecter des troubles psychologiques. Pour des raisons de moyens, nous allons prendre ce problème à l'envers en disant que si la proportion de surdoués est grande et très supérieure à 2 % chez les patients consultant en cabinet de psychiatrie, alors, sachant que la proportion de surdoués n'est que de 2 % dans la population générale, il est fort probable que les surdoués consultent plus, vraisemblablement car ils souffrent plus.

Pour finir, mon expérience montre que la découverte et l'acceptation du statut de "surdoué" améliore nettement la santé psychique des patients "surdoués". C'est pour cela que cette thèse a vu le jour. Néanmoins, je dois d'abord prouver que les individus "surdoués" puissent présenter une souffrance particulière avant d'entamer une étude sur son traitement.

2. METHODES :

2.1 Méthode de sélection

2.1.1 Les soignants

Les soignants participant à l'étude étaient interne en médecine générale, et docteur en médecine possédant un DES de psychiatrie et exerçant en cabinet. Ils ont accepté de proposer cette étude à leurs patients. Une lettre d'information concernant l'objectif et les modalités de l'étude a été envoyée préalablement aux soignants.

En pratique, un seul psychiatre, exerçant dans la région grenobloise (Echirolles) a participé à l'étude. Les autres médecins ont refusé de participer.

2.1.2 Les patients

Les soignants ont proposé les tests à leurs patients. Une affiche informative destinée aux patients a été fournie à tous les soignants participant à l'étude. Les patients ont accepté de répondre au questionnaire bénévolement pendant 25 minutes. Comme ils consultaient en cabinet de psychiatrie ou de psychologie, ils présentaient aussi un trouble mental et ils n'étaient pas hospitalisés.

Les patients réputés « surdoués », c'est-à-dire les patients ayant déjà passé des tests d'évaluation de l'intelligence avec des résultats confirmant la douance, ou des patients consultant pour une douance suspectée, pouvaient participer à l'étude mais en notant cette particularité. En effet, les exclure de l'étude serait revenu à créer un biais et à sous-estimer la population surdouée.

2.2 Méthode d'intervention

Les patients de l'étude ont passé bénévolement le test Progressive Matrices Standard (SPM) de Raven pendant 25 minutes (cinq minutes d'explications puis vingt minutes de travail effectif). Il s'agit d'un questionnaire de soixante questions ne présentant pas de risque. Les patients ont néanmoins rempli préalablement un formulaire de consentement. Les patients étaient libres de répondre comme ils le souhaitaient et d'arrêter avant la fin du test. Nous avons laissé la possibilité à ceux qui le souhaitaient de poursuivre dix minutes supplémentaires. Les résultats sur vingt minutes et trente minutes ont été notés de manière séparée. En effet, il existe des étalonnages pour les passations en trente minutes et nous ne voulions pas frustrer les patients les plus motivés. Néanmoins, les résultats en trente minutes sont notés et communiqués aux patients mais ne sont pas exploités car nombre de patients n'ont pas pris de temps supplémentaire. Les résultats communiqués ici étaient sous la forme d'un nombre de réponses exactes sur soixante.

En théorie, la passation peut être individuelle ou collective, en adéquation avec les consignes d'administration du SPM. En pratique, certains patients préférant garder secret leur suivi psychiatrique ont souhaité que les tests soient passés individuellement. Néanmoins, le manuel du SPM (2) indique que les normes pour l'administration individuelle du test tendent à être inférieures à celles obtenues soit en auto-administration individuelle, soit en collectif. En conséquence de quoi « il serait bon, en cas d'administration individuelle, de retrancher 2 des scores exigés pour atteindre un centile donné dans les tables figurant dans le manuel ». C'est ce que nous avons fait pour la classification des patients. La fiche informative sur le SPM est fournie en annexe 1.

Le passage des tests s'est fait dans une ambiance calme et silencieuse sous surveillance et en respectant les consignes d'administration du SPM. Par ailleurs, nous avons eu des soucis au début de notre étude car certains patients ont passé les tests après la consultation. Or celle-ci avait pu troubler quelques patients. Nous avons rapidement tenté de faire passer les tests avant ou en dehors de la consultation sans toujours y parvenir. Après recueil des feuilles de réponse, nous avons noté le nombre de réponses exactes trouvées en vingt minutes pour les cinq séries A, B, C, D, E du test. Ce score fut comparé aux étalonnages des tableaux SPM 2 (BAC à BAC +4), SPM 3 (6ème à 3ème et 1ère techno), SPM 5 (3ème à terminale), SPM 8 (BEP, CAP, BEPC) fournis dans le manuel. Ces étalonnages prennent en compte le niveau d'études, donc le résultat d'un patient au test est comparé aux résultats d'un ensemble d'individus de même niveau d'études. Cela permît de trouver la classe à laquelle appartenait le patient. Il existe cinq classes :

I : **“Capacité intellectuelle supérieure”** si le score atteint ou dépasse le centile 95.

II : **“Capacité intellectuelle nettement au dessus de la moyenne”** si le score atteint ou dépasse le centile 75. (On peut dire classe II + si le score atteint ou dépasse le centile 90).

III : **“Capacité intellectuelle moyenne”** si le score se situe entre les centiles 25 et 75. (On peut dire classe III + si le score atteint ou dépasse le centile 50, et de classe III – s'il est inférieur à 50).

IV : **“Capacité intellectuelle nettement inférieure à la moyenne”** si le score se situe au centile 25 ou au dessous. (On peut dire classe IV - si le score se situe au centile 10

ou au dessous).

V : “**Déficiência intellectuelle**” si le score se situe au centile 5 ou au dessous.

Les patients de la classe I pouvaient être informés de leur douance, en accord avec le psychiatre, et s'ils le souhaitaient. Nous avons estimé qu'ils pouvaient en tirer bénéfice. Au dessus de la classe III-, nous indiquions aux patients que leurs résultats étaient normaux et supérieurs à la moyenne. En dessous de la classe III+, nous indiquions que les résultats étaient normaux (dans la normale des 95 %). Dans la classe V, le psychiatre pouvait tirer lui même les conclusions des résultats et nous indiquions que les résultats du patient n'apportaient pas d'élément de réponse quant à ses troubles psychologiques, selon notre étude.

2.3 Méthode d'observation

2.3.1 Fiche patient

Sur la fiche patient sont recueillies des informations de base : nom, prénom, sexe, date de naissance, profession, niveau d'études, résultats des tests antérieurs s'il en existait, nom du médecin, date de la première consultation. Pour des raisons simplement pratiques, nous avons noté si le test avait été passé avant une consultation, ou après, ou en dehors de la consultation, ainsi que la date de la passation du test. Néanmoins ces dernières données n'ont pas été exploitées. Voir en annexe 2.

2.3.2 Classification des pathologies

Les soignants ont noté la pathologie du patient selon la classification du DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4) de l'American Psychiatry Association, cela afin de donner la preuve que l'individu passant le test est bien affecté d'un trouble mental.

2.4 Méthode statistique

Nous n'avons pas effectué de tests dans une population témoin car nous n'en avons pas les moyens. Cependant, nous nous fions aux échantillons de population

grâce auxquels les étalonnages ont été réalisés. Ces données sont fournies dans le manuel du SPM.

Les valeurs quantitatives sont décrites par la moyenne et l'écart-type. Les valeurs qualitatives sont décrites par l'effectif et la fréquence.

Le test utilisé est le test du chi-deux d'ajustement, ou d'adéquation, qui compare globalement la distribution observée dans un échantillon statistique à une distribution théorique. Voir annexe 3.

3. RESULTATS :

Par souci de commodité, certains résultats non présents dans ce chapitre seront décrits dans l'annexe 4. Notons que l'effectif total est 100, donc les effectifs et les pourcentages de chaque groupe sont identiques.

3.1 Description de la population

3.1.1 Sexe :

Diagramme en secteur pour le sexe

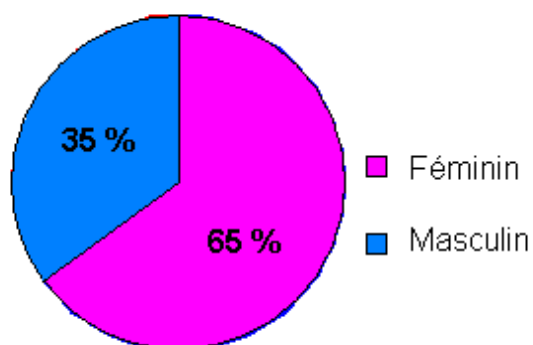
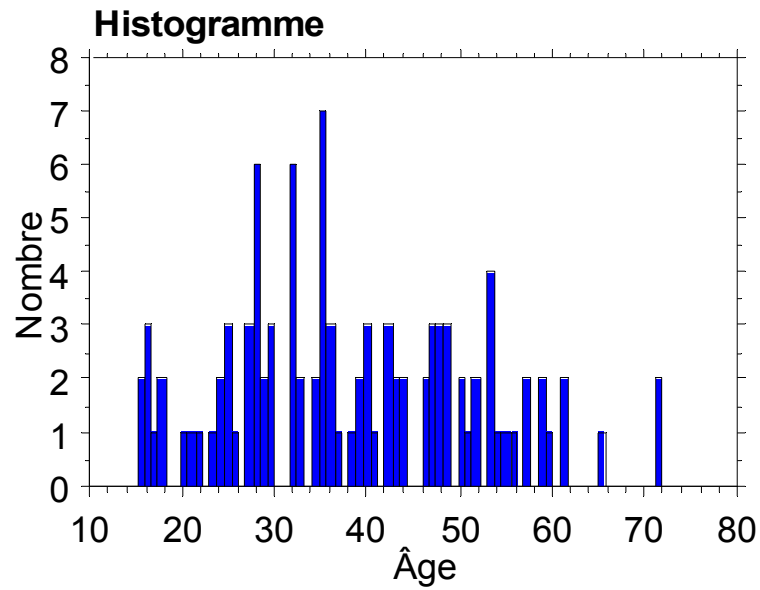


Diagramme en secteur 1 : Proportion de femmes et d'hommes dans l'échantillon de l'échantillon de population testé. Les femmes sont sur-représentées dans notre échantillon, représentant 65 % de notre échantillon.

3.1.2 Âge :

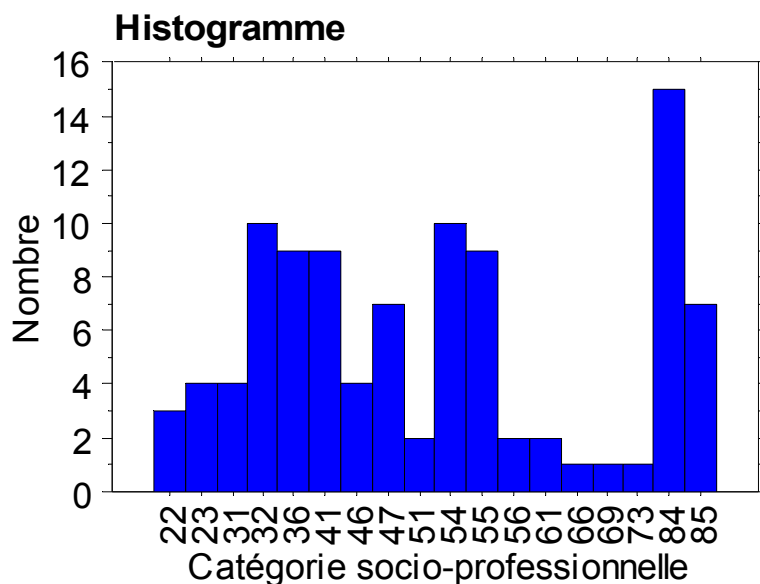


Histogramme 1 : Répartition du nombre de patients par âge. On observe bien l'éventail d'âges des patients testés.

Moyenne	38,35
Médiane	36
Déviation standard	13,333
Erreur Standard	1,333
Minimum	15
Maximum	72

Tableau 1 : Statistiques descriptives pour l'âge en années. Les patients ont entre 15 et 72 ans. La moyenne d'âge est 38,35 ans avec une déviation standard de 13,33 ans.

3.1.3 Catégorie socioprofessionnelle :



PCS 2003 Niveau 2 - Liste des catégories socioprofessionnelles de publication courante :

Code Libellé

- 10 Agriculteurs exploitants
- 21 Artisans
- 22 Commerçants et assimilés
- 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
- 31 Professions libérales et assimilés
- 32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
- 36 Cadres d'entreprise
- 41 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
- 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
- 47 Techniciens
- 48 Contremaîtres, agents de maîtrise
- 51 Employés de la fonction publique
- 54 Employés administratifs d'entreprise
- 55 Employés de commerce
- 56 Personnels des services directs aux particuliers
- 61 Ouvriers qualifiés
- 66 Ouvriers non qualifiés
- 69 Ouvriers agricoles
- 71 Anciens agriculteurs exploitants
- 72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
- 73 Anciens cadres et professions intermédiaires
- 76 Anciens employés et ouvriers
- 81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
- 84 Élèves, étudiants
- 85 Personnes sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)

Histogramme 2 : Répartition du nombre de patients de l'échantillon en fonction de leur catégorie socio-professionnelle (CSP). Les catégories socio-professionnelles sont codées et libellées selon le deuxième niveau de classification de l'INSEE, mises à part les CSP 84 et 85 qui appartiennent au troisième niveau de classification et qui permettent dans ce cas d'apporter plus de précision sur l'échantillon. On constate en effet la présence de nombreux étudiants ou de personnes sans activité. Dans le deuxième niveau, ces CSP auraient été classées dans 82 : inactifs divers.

3.1.4 Niveau d'études :

Quatrième	1
Troisième	1
Seconde	5
Première	4
Terminale	1
BEP, CAP, BEPC	9
BAC, BAC +1	14
BAC +2	28
BAC +3 et au delà	37
Total	100

Tableau 2 : Nombre de patients pour chaque niveau d'études. Les patients ont été classés en six groupes en fonction de leur niveau d'études. En effet, le manuel du SPM donne des étalonnages différents pour ces six niveaux d'études. Par exemple, le score à atteindre pour appartenir à la classe I est plus bas dans le groupe « Troisième » que dans le groupe « BAC +3 et au-delà ». Le groupe dont le niveau d'études est supérieur à BAC +3 est le plus représenté, totalisant 37 % de notre échantillon.

3.1.5 Durée de la psychothérapie :

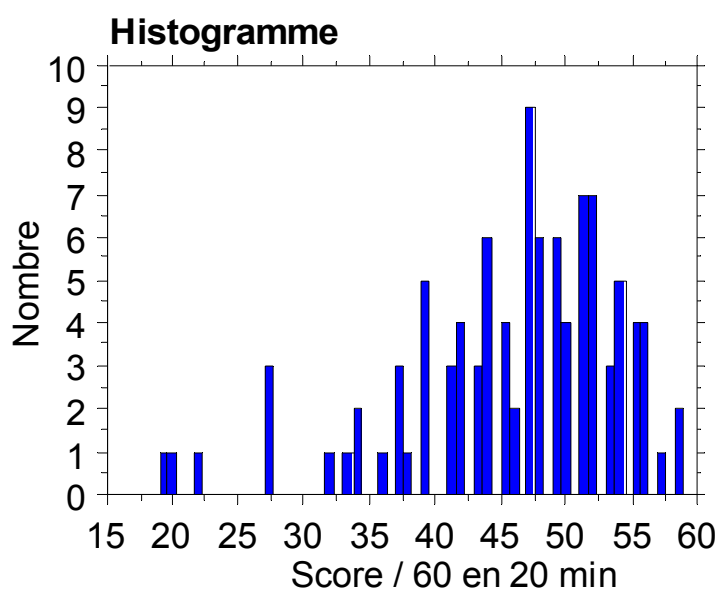
Les résultats sont regroupés dans le chapitre 3.2.5.

3.1.6 Pathologies :

Ces données trop nombreuses et variées sont rassemblées dans l'annexe 4.

3.2 Analyse des résultats des tests

3.2.1 Résultats des tests :



Histogramme 3 : Répartition du nombre de patients par score au SPM. Le score est noté sur 60. Ce score correspond au score du SPM sur une durée de 20 minutes.

Moyenne	45,85
Médiane	47
Erreur standard	0,828
Déviatoin standard	8,281
Variance	68,57
Minimum	19
Maximum	59

Tableau 3 : Tableau descriptif des scores au SPM.

Le score moyen est 45,85 sur 60 avec une déviation standard de 8,281 points. La médiane est 47. Le meilleur score est 59. Le score le plus bas est 19. Il n'est pas possible pour cet échantillon de fournir la moyenne théorique pour le SPM étant

donné que les scores sont interprétés en fonction du niveau d'études. Les moyennes au SPM sont donc différentes pour chaque niveau d'études. Or notre échantillon de population présente un éventail de différents niveaux d'études.

Pour information, selon les tableaux SPM2 du manuel du SPM, pour la catégorie BAC+3 et au-delà (catégorie la plus importante de notre échantillon), la moyenne théorique est 48,01 et l'écart type 5,62. Le SPM indique que les scores de 44 à 49 correspondent à la classe III-. Pour la catégorie BAC+2, la moyenne théorique est 48,90 et l'écart type 5,18. Les scores de 46 à 49 correspondent à la classe III-.

Donc la médiane et la moyenne de notre échantillon sont inférieures aux chiffres théoriques. Néanmoins, il s'agit ici de scores bruts. Comme il est indiqué dans le manuel du SPM et comme nous l'avons signalé précédemment, lors des passations individuelles il est nécessaire de retirer deux points aux scores exigés pour atteindre un centile donné, ce qui revient aussi à ajouter deux points à chaque patient pour comparer leurs scores aux scores exigés pour chaque centile. Dans ce cas, la moyenne passerait à 47,85 et la médiane à 49 et se rapprocheraient de la valeur théorique fournie par le manuel.

Niveau d'études	Nombre de patients	Score moyen	Déviati on standard	Moyenne théorique	Déviati on standard théorique
Quatrième	1	20	-	44,62	8,13
Troisième	1	56	-	44,43	5,18
Seconde	5	47,60	5,177	44,283	7,085
Première	4	39	11,225	44,283	7,085
Terminale	1	49	-	44,283	7,085
BEP, CAP, BEPC	9	37,778	11,627	45,95	5,45
BAC, BAC +1	14	45,214	8,285	47,54	6,78
BAC +2	28	46,571	5,467	48,9	5,18
BAC +3 et au delà	37	48,351	6,873	48,01	5,62
Total	100	45,85	8,281	-	-

Tableau 4 : Scores au SPM par niveau d'études. Ce tableau montre le nombre de patients dans chaque catégorie de niveau d'études, avec le score moyen et la déviation standard pour l'ensemble des patients de chaque catégorie. La partie droite du tableau indique la moyenne et la déviation standard théoriques selon les références du manuel

du SPM pour chaque niveau d'études.

3.2.2 Résultats des tests d'intelligence antérieurs :

Un patient avait passé le test WAIS III en décembre 2006 montrant une efficacité intellectuelle conforme à la moyenne de sa population, mais des difficultés à utiliser sa mémoire de travail. Son QI total était 98, avec un QI performance de 98 et un QI verbal de 97. Son point fort était le vocabulaire et ses points faibles étaient les chiffres (8/19), la séquence lettres-chiffres (8/19) et la mémoire de travail (indice 82). Il avait un score pathologique en arithmétique (5/19). Il avait obtenu 9/19 à l'épreuve d'arrangement d'images et 9/19 au code. Son score au SPM fut 37 (-2 -1 +1 -2 +4). Il a donc été classé dans la classe IV- et la classe normalisée 1.

Un patient, adressé par une psychologue, avait passé un test WISC à 9 ans à la suite d'un bilan conseillé par le milieu scolaire et de problèmes grapho-moteurs. Les résultats communiqués révèlent un QI total de 140 avec QI verbal de 138 et QI performance de 129. Son score au SPM fut 56 (0 0 +1 -1 0). Il a donc été classé dans la classe I et la classe normalisée 10.

Un patient a accepté de passer un test WAIS III au décours de ses consultations. Son QI total était 147 avec un QI verbal de 123 et un QI performance de 155. Son score au SPM fut 59 (0 0 0 0 0). Il a donc été classé dans la classe I et la classe normalisée 10.

Un patient avait passé un test de QI : QI performance 135, QI verbal 150, QI total 150. Cependant son score au SPM fut 49 (0 +1 +1 0 -2) et il fut classé dans la classe II- et la classe normalisée 7. Il semblerait donc qu'il s'agisse ici d'un faux-négatif dans la recherche des surdoués par le SPM. C'est probablement lié au QI performance proche des 130.

Un patient avait passé un test WISC III : QI performance 95, QI verbal 115. Son score au SPM fut 43 (+1 -1 +2 -1 -1) et il fut classé dans la classe III+ et la classe normalisée 5.

Un patient avait passé un test WISC IV : QI performance 94, QI verbal 132. Son score au SPM fut 51 (-1 +1 +1 -2 +1) et il fut classé dans la classe II+ et la classe normalisée 9.

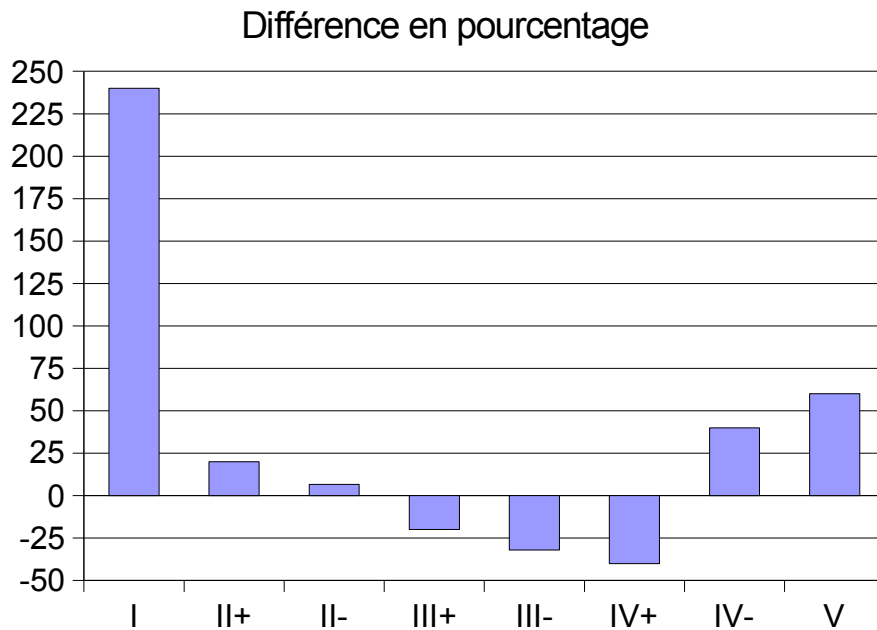
Au total, parmi les patients ayant bénéficié d'un test antérieur, deux patients dont le QI était supérieur à 130 ont été classés dans la classe I. Un patient dont le QI était supérieur à 130 a été classé dans la classe II- (faux négatif ?). Les trois autres patients dont le QI était inférieur à 130 n'ont pas été classés dans la classe I. On observe une certaine corrélation entre les résultats des tests de QI et ceux du SPM.

3.2.3 Classification des patients selon les classes du SPM :

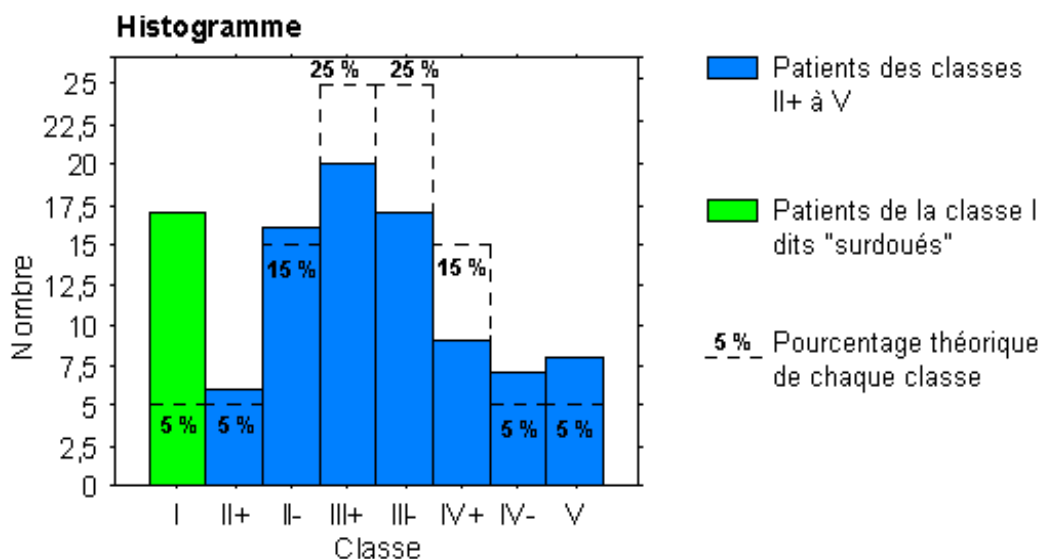
Classe	Nombre ou pourcentage observé (p1)	Pourcentage théorique attendu (p2)	Différence en %
I	17	5	+240
II+	6	5	+20
II-	16	15	+6,7
III+	20	25	-20
III-	17	25	-32
IV+	9	15	-40
IV-	7	5	+40
V	8	5	+60
Total	100	100	-

Tableau 5 : Nombre ou pourcentage de patients dans chaque classe. 17 patients appartiennent à la catégorie intellectuelle supérieure (classe I), soit 17 % des patients. La classe I regroupe en théorie 5 % des patients. Les 83 autres patients, soit 83 % des patients, appartiennent aux autres classes II- à V. Ces classes regroupent en théorie 95 % des patients. La différence du pourcentage observé par rapport au pourcentage théorique est exprimée en pourcentage, et calculée par :

$$(((p1 - p2) \times 100) / p2)$$
.



Histogramme 4 : Excès ou déficit de patients pour chaque classe. Ces valeurs sont calculées en fonction de la différence du pourcentage observé par rapport au pourcentage théorique pour chaque classe, et exprimée en pourcentage. Cette différence est calculée par $((p_1 - p_2) \times 100) / p_2$. Pour la classe I, le pourcentage observé (17 %) est 240 % plus élevé que le pourcentage théorique (5 %).



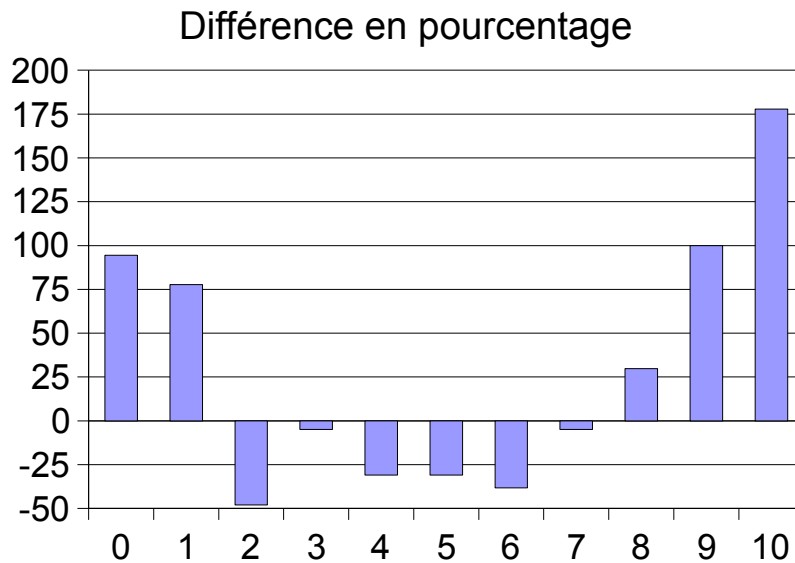
Histogramme 5 : Répartition du nombre de patients dans chaque classe. Les patients de la catégorie intellectuelle supérieure, dits « surdoués » appartiennent à la classe I. Ils représentent 17 % de notre échantillon. Ce nombre ou pourcentage est figuré est

vert. Les classes ont été étalonnées de manière à ce que, dans l'ensemble de la population, la proportion de chaque classe atteigne les pourcentages théoriques figurés en pointillé. En l'occurrence, les individus de la classe I devraient représenter 5 % de la population. Nous constatons que dans notre échantillon, la proportion de chaque classe avoisine les pourcentages théoriques, excepté pour la classe I où le pourcentage mesuré est supérieur au triple du pourcentage théorique.

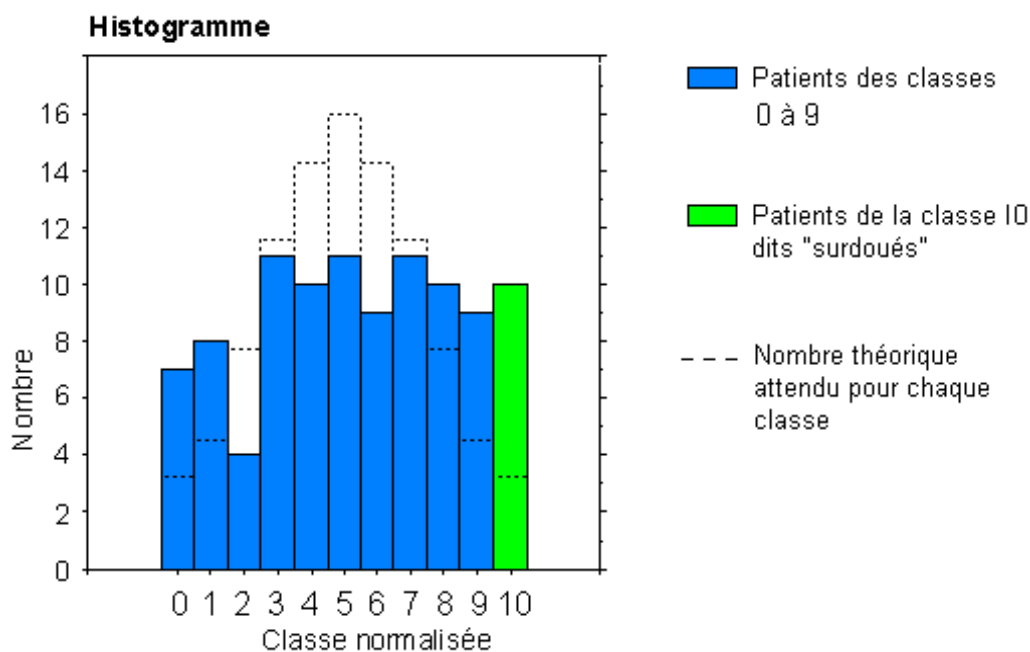
3.2.4 Classification des patients selon onze classes normalisées :

Classe normalisée	Nombre ou pourcentage observé (p1)	Pourcentage théorique attendu (p2)	Différence en %
0	7	3,6	+94,4
1	8	4,5	+77,7
2	4	7,7	-48
3	11	11,6	-5
4	10	14,6	-31
5	11	16	-31
6	9	14,6	-38,3
7	11	11,6	-5
8	10	7,7	+29,8
9	9	4,5	+100
10	10	3,6	+177,8
Total	100	100	-

Tableau 6 : Nombre de patients dans chacune des onze classes normalisées. Dix patients appartiennent à la classe 10, soit 10 % des patients. La classe 10 est celle qui représente les individus dits « surdoués ». Le manuel décrit que la classe 10 représente théoriquement 3,6 % de la population, donc 3,6 individus sur un échantillon de 100. Les 90 autres patients, soit 90 % des patients appartiennent aux classes 0 à 9. Le manuel décrit que ces classes représentent théoriquement 96,4 % de la population. La différence du pourcentage observé par rapport au pourcentage théorique est exprimée en pourcentage, et calculée par $(((p1 - p2) \times 100) / p2)$.



Histogramme 6 : Excès ou déficit de patients pour chaque classe normalisée. Ces valeurs sont calculées en fonction de la différence du pourcentage observé par rapport au pourcentage théorique pour chaque classe, et exprimée en pourcentage. Cette différence est calculée par $((p_1 - p_2) \times 100) / p_2$. Pour la classe 10, le pourcentage observé (10 %) est 178 % plus élevé que le pourcentage théorique (3,6 %).



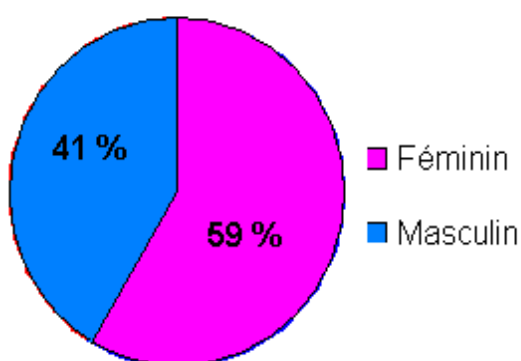
Histogramme 7 : Répartition du nombre de patients pour chaque classe normalisée. Le nombre de patients est égal au pourcentage puisque l'échantillon est de 100 patients. Les patients faisant partie de la classe 10 représentent les individus dits

« surdoués ». Ils représentent 10 % de notre échantillon. Ce nombre ou pourcentage est figuré en vert. Les classes ont été étalonnées de manière à ce que, dans l'ensemble de la population, la proportion de chaque classe atteigne les pourcentages théoriques figurés en pointillé. En l'occurrence, les individus de la classe 10 devraient représenter 3,6 % de la population. Nous constatons que dans notre échantillon, la proportion de chaque classe avoisine les pourcentages théoriques, excepté pour la classe 10 où le pourcentage mesuré est presque le triple du pourcentage théorique.

3.3 Description des patients de la classe I

3.3.1 Sexe :

Diagramme en secteur du sexe



Distribution en fréquence

	Nombre	Pourcentage
Féminin	10	58,82
Masculin	7	41,18
Total	17	100,00

Diagramme en secteur 2 : Proportion de femmes et d'hommes dans la classe I.

Tableau 7 : Nombre et pourcentage d'individus de chaque sexe parmi les patients de la classe I.

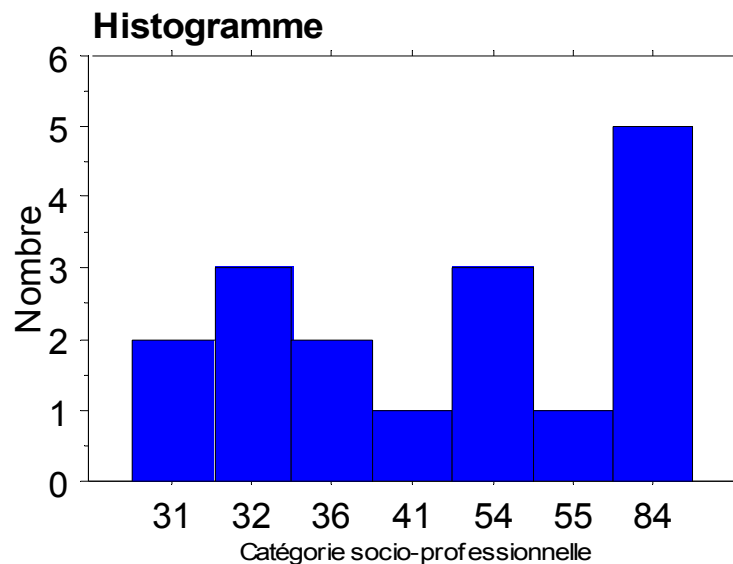
3.3.2 Âge :

Moyenne	30,176
Médiane	31
Déviation standard	7,836
Erreur standard	1,901
Variance	61,404
Minimum	15
Maximum	43

Tableau 8 : Données statistiques sur l'âge des patients de la classe I. Ce groupe a un

âge moyen de 30 ans, avec environ 8 ans de déviation standard, contre 38 ans en moyenne pour l'ensemble des patients testés. Les patients de la classe I ont entre 15 et 43 ans.

3.3.3 Catégorie socioprofessionnelle :



PCS 2003 Niveau 2 - Liste des catégories socioprofessionnelles

Code	Libellé
31	Professions libérales et assimilés
32	Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques
36	Cadres d'entreprise
41	Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés
54	Employés administratifs d'entreprise
55	Employés de commerce
84	Étudiants

Histogramme 8 : Nombre de patients de la classe I pour chaque catégorie socioprofessionnelle. Les catégories socioprofessionnelles sont codées et libellées selon le deuxième niveau de classification de l'INSEE, mise à part la CSP 84 qui appartient au troisième niveau de classification.

3.3.4 Niveau d'études :

Niveau d'études	Nombre de patients
Troisième	1
Seconde	1
BEP, CAP, BEPC	1
BAC +2	3
BAC +3 et au-delà	11
Total	17

Tableau 9 : Nombre de patients de la classe I pour chaque niveau d'études.

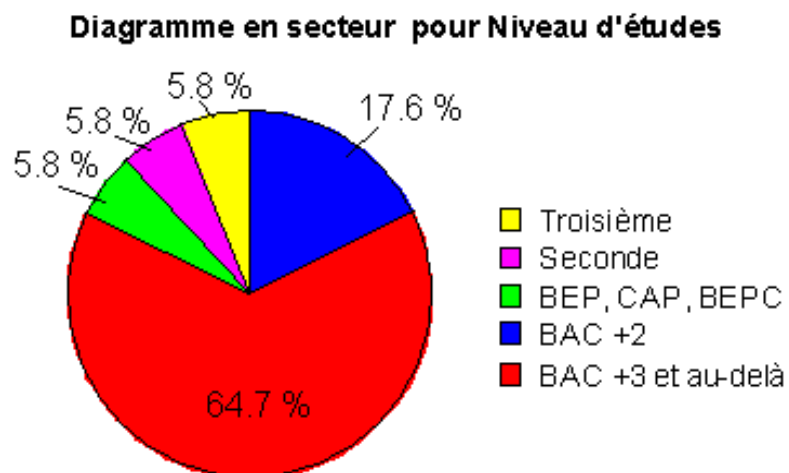


Diagramme en secteur 3 : Pourcentage de patients de la classe I pour chaque niveau d'études. On constate que la majorité des patients de la classe I ont fait des études longues (au minimum trois années d'études après le baccalauréat).

3.3.5 Durée de la psychothérapie :

	Classe I	Ensemble des patients
Moyenne	1,760	2,03
Médiane	1,609	1,33
Déviation standard	1,268	2,14
Erreur standard	0,300	0,21
Variance	1,600	4,58
Minimum	0,340	0,11
Maximum	5,260	13,14

Tableau 10 : Durée de la psychothérapie des patients de la classe I, en années.

3.3.6 Pathologies :

DSM IV	Nombre de patients
F10,1	1
F12,1	1
F31,8	1
F32,x	1
F33,x	1
F34,1	1
F40,1	2
F41,1	3
F42,x	1
F43,0	1
F50,2	1
F50,x F60,9	1
F51,0	1
F90,9	1
Total	17

Tableau 11 : Pathologies des patients en classe I selon la classification du DSM IV.

Les pathologies retrouvées sont : phobie sociale (F40,1) pour deux patients, trouble obsessionnel compulsif (F42,x), anxiété généralisée (F41,1) chez trois patients,

déficit de l'attention / hyperactivité (F90,9), abus d'alcool (F10,1), abus de cannabis (F12,1), trouble bipolaire type II dépressif (F31,8), trouble dépressif récurrent (F33,x), trouble dysthymique à début précoce (F34,1), trouble dépressif isolé (F32,x), état de stress aigu (F43,0), boulimie (F50,2), trouble des conduites alimentaires non spécifié purgatifs (F50,x), trouble de la personnalité (F60,9), insomnie (F51,0).

Les patients de la classe I présentaient généralement plusieurs des caractéristiques suivantes selon les conclusions du psychiatre : anxiété, troubles du sommeil, impulsivité, exigences élevées ou anxiété de performance, troubles de la personnalité.

3.4 Analyse statistique

3.4.1 Classe I :

Test du Chi-2 d'adéquation (ou d'ajustement)

La classe est une variable nominale à 8 modalités : I à V. Ces modalités apparaissent dans l'échantillon avec les fréquences précisées dans le tableau du nombre ou pourcentage de patients dans chaque classe .

Nous faisons deux catégories :

- A : Patients appartenant à la catégorie intellectuelle supérieure, ou classe I, donc les 5 % de patients ayant eu les meilleurs scores au test SPM. Leur nombre est $n_a = 17$. La probabilité théorique d'appartenir à cette catégorie est $p_a = 5 \%$, selon l'étalonnage du SPM.
- B : Patients appartenant aux autres catégories, classes II+ à V. Leur nombre est $n_b = 83$. La probabilité théorique d'appartenir à cette catégorie est $p_b = 95 \%$, selon l'étalonnage du SPM.

Au total, nous avons bien testés $n = n_a + n_b = 100$ patients au total.

Par ailleurs, nous formulons l'hypothèse **H0** selon laquelle la distribution observée est conforme à la distribution théorique, avec un risque d'erreur r .

Ce test peut être utilisé si $n.p$ est supérieur ou égal à 5, avec n = nombre de patients testés = 100, et p = pourcentage de patients de chaque catégorie A ou B.

Or, $n.pa = 100 \times 0,05 = 5$

Et, $n.pb = 100 \times 0,95 = 95$

Ces deux produits sont supérieurs ou égal à 5. Le test peut donc être appliqué.

	Effectifs observés	Pourcentages théoriques
Classe I	17	5
Autres classes	83	95
Total	100	100

$$\text{Chi}^2 = \frac{(na - n.pa)^2}{n.pa} + \frac{(nb - n.pb)^2}{n.pb}$$

Le Chi2 calculé est environ 30,315. Il y a un seul degré de liberté.

En conclusion, avec un risque r inférieur à un pour mille, nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle **H0** et donc dire que la différence entre la proportion d'individus appartenant à la classe I de notre échantillon et la proportion théorique est statistiquement hautement significative. Par conséquent, cette différence ne paraît pas liée au hasard. Il reste l'hypothèse que cette différence est liée à un biais de sélection.

Comparaison de pourcentage :

Il est aussi possible de faire une comparaison des pourcentages d'individus de la classe I. La comparaison entre un pourcentage observé P_o sur n cas et un

pourcentage théorique P est basée sur l'écart réduit ϵ . Si $|\epsilon| \geq 1,96$, la différence est statistiquement significative.

Avec $P_0 = 17\%$, $P = 5\%$, $Q = 100 - P = 95\%$ et $n = 100$.

$$\epsilon = \frac{P_0 - P}{\sqrt{\frac{P \times Q}{n}}}$$

ϵ vaut environ 5,50. La différence est hautement significative avec un risque d'erreur d'environ un pour mille.

3.4.2 Classe normalisée 10 :

Il est possible d'obtenir un degré de précision supplémentaire en utilisant les classes normalisées fournies par le manuel. L'étalonnage est réalisé de telle manière que la distribution des résultats réponde à la loi normale théorique (courbe de Gauss) . Les patients sont classés dans onze classes normalisées (de 0 à 11). Dans ce cas, la classe 10 correspond aux 3,6 % d'individus ayant obtenu les meilleurs scores. Elle est donc plus restreinte que la classe I qui regroupe les 5 % d'individus ayant obtenu les meilleurs scores.

Nous faisons deux catégories :

A : Patients surdoués appartenant à la classe 10. Leur nombre est $n_a = 10$. La probabilité théorique d'appartenir à cette catégorie est $p_a = 3,6\%$, selon l'étalonnage du SPM.

B : Patients appartenant aux autres catégories, classes 0 à 9. Leur nombre est $n_b = 90$. La probabilité théorique d'appartenir à cette catégorie est $p_b = 96,4\%$, selon l'étalonnage du SPM.

Or dans ce cas, avec $n =$ nombre de patients testés = 100

$n.p_a = 3,6$, donc $n.p_a$ est inférieur à 5.

et $n.p_b = 96,4$

Le test du chi2 ne sera pas statistiquement significatif par manque de patients dans notre échantillon. En effet il faut davantage de patients pour étudier une caractéristique plus rare. Nous allons calculer néanmoins le Chi2. En effet, même si le résultat n'est pas significatif, il peut confirmer l'excès de surdoués en consultation de psychiatrie. Pour en avoir la certitude, il faudrait seulement tester davantage de patients.

Test du Chi-2 d'adéquation (ou d'ajustement)

	Effectifs observés	Pourcentages théoriques
Classe 10	10	3,6
Autres classes	90	96,4
Total	100	100,0

Nous formulons l'hypothèse **H0** selon laquelle la distribution observée est conforme à la distribution théorique, avec un risque d'erreur α .

$$\text{Chi}^2 = \frac{(na - n \cdot pa)^2}{n \cdot pa} + \frac{(nb - n \cdot pb)^2}{n \cdot pb}$$

Le Chi2 calculé est environ 11,80. Il y a un seul degré de liberté.

En conclusion, avec un risque α inférieur à un pour mille, nous pouvons estimer que l'hypothèse nulle H0 devrait être rejetée et donc dire que la différence entre la proportion d'individus appartenant à la classe 10 de notre échantillon et la proportion théorique est statistiquement significative. Mais il faudrait pour cela effectuer des tests supplémentaires.

4. DISCUSSION :

4.1 Les pathologies

4.1.1 Pathologies et troubles psychiatriques

Il est souvent complexe de classer les troubles qui affectent le surdoué et celui-ci est parfois troublé par le diagnostic qu'on lui apporte. En effet, en dehors des pathologies psychiatriques très nettes comme par exemple les états maniaques, la sémiologie psychiatrique est complexe. Ainsi, dans la population, il est commun de trouver des individus ayant des composantes psychotiques ou névrotiques, sans que pour autant l'on puisse classer les troubles de ces individus dans l'une ou l'autre des pathologies psychiatriques connues. Et, bien entendu, vouloir classer des troubles dans une catégorie de pathologie efface la spécificité de l'individu, les causes et conséquences de ses troubles. La classification du DSM IV par exemple est contestable. Nous l'avons choisie pour les besoins de l'étude, cependant la précision que cette classification apporte n'est pas suffisante pour déterminer précisément les troubles ou symptômes du surdoué.

Qu'est ce qu'une pathologie psychiatrique ? Le dictionnaire médical MASSON propose une définition de la maladie mentale : « *Terme générique qui désigne l'ensemble des maladies d'origine fonctionnelle ou organique ayant une symptomatologie psychique (névrose, psychose, perversion, névrose organique, démence, oligophrénie).* ». Et pour maladie : « *Toute altération de l'état de santé se traduisant habituellement de façon subjective par des sensations anormales* ». (3)

Le ministère de la santé donne aussi un point de vue intéressant : « *La santé mentale comporte trois dimensions : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.* » (4)

En somme, la santé mentale comporte une vaste gradation d'états, de la simple souffrance à la pathologie grave. Les pathologies psychiatriques sont certains de ces états. La bonne santé est un état. Pourtant il existe d'autres états entre l'épanouissement et les différentes pathologies psychiatriques répertoriées. Est-on malade dès qu'il y a souffrance ? Mais combien de personnes ne souffrent jamais ? Peut-on parler de souffrance dès lors que l'individu n'est pas parfaitement épanoui ? Je présume que non bien qu'un tel individu puisse tirer profit d'une aide psychologique. Est-on malade dès qu'il y a incapacité à vivre dans notre société ou qu'il existe un risque pour l'intégrité du patient ou de son entourage ? A mon avis, c'est la définition des pathologies psychiatriques graves. Entre les deux, il existe une variété importante de troubles. On pourrait d'ailleurs faire une distinction entre pathologie (grave avec impossibilité de subvenir à ses besoins ou à vivre en société, associée à un syndrome) et trouble (de moindre gravité, avec seulement des composantes pathologiques, et qui comprendrait ce que le ministère de la Santé appelle la détresse psychologique ou la santé mentale positive lorsqu'elle n'est pas arrivée à son terme qui est l'épanouissement personnel complet).

Dans le cas du surdoué, on peut retrouver certains éléments pathologiques et faisant évoquer un trouble psychiatrique voire diagnostiquer une pathologie psychiatrique, mais laquelle ? Le comportement ou la manière de penser du surdoué sont fréquemment jugés incompréhensibles par le soignant. Or, qu'est ce que l'incompréhensible ? Cela correspond pour un individu à la limite de sa compréhension. De plus, en pratique, la psychologie est interprétative, c'est-à-dire que les réactions et propos du patient sont interprétés par le psychologue mais avec sa propre intelligence, ses propres connaissances, sa propre émotivité et son propre tempérament. Donc une pathologie psychiatrique est jugée en fonction de la capacité et du mode d'expression du patient, et de compréhension du soignant et il est parfois difficile de trouver à quelle pathologie connue associer la souffrance du surdoué. Notons que la capacité d'expression comprend les performances verbales et corporelles du patient mais aussi les propriétés et limites de son langage.

Est-ce l'anormalité, notamment d'un point de vue comportemental, qui est une pathologie ? Si cette réponse n'est pas la plus juste, elle est néanmoins largement

répandue dans l'inconscient collectif. Dans ce cas, les surdoués qui sont par définition anormaux ou non conventionnels sur le plan intellectuel et comportemental peuvent être classés, faute de mieux, dans les personnalités pathologiques, ou comme on l'entend parfois "borderline" ou "schizoïdes" ou "états limites". Cela dit, l'anormalité ne se borne pas à la différence sur le plan de l'intelligence et certaines personnes non surdouées peuvent bien entendu avoir un comportement non conventionnel ou anormal.

Les tableaux 5 et 6 du chapitre des résultats laissent plutôt entrevoir que ce ne serait pas l'anormalité qui serait une pathologie mais que peut-être l'anormalité serait source de pathologie, car la proportion de patients de chaque classe semble d'autant plus supérieure à sa valeur théorique que ces classes s'éloignent des classes moyennes. Entendons, que les individus des classes moyennes III+ à IV+ ou 2 à 7 sont moins nombreux en consultation que ce que les pourcentages théoriques laissaient présager, alors que les individus des classes les plus éloignées de la moyenne, I à II- et V, ou 0 à 1 et 8 à 10 sont plus nombreux en consultation que ce que les pourcentages théoriques laissaient présager. Ainsi, des causes différentes peuvent avoir des effets similaires.

En outre, l'anormalité ne cause pas toujours une souffrance. Tout dépend de la façon dont cette anormalité est perçue, et sans doute du contexte du patient. Effectivement, certains traits anormaux pourront être acceptés voire valorisés. Par exemple une forte originalité ou un caractère rêveur peuvent être mieux perçus dans certains milieux, artistiques notamment que dans d'autres milieux, disons plus stricts. L'individu ayant ces traits sera souvent qualifié « d'original, de marginal, de spécial... ». Il peut aussi cultiver cette différence s'il en tire un bénéfice intellectuel ou autre, si cette différence est tolérée ou acceptée, ou s'il peut partager cette différence avec d'autres individus. Par contre, plus cette différence est marquée, plus l'isolement est probable. Or si un tel individu consulte en psychiatrie pour une raison ou une autre, cette anormalité peut interpeller le soignant alors que le patient ne lui accorde pas beaucoup d'importance dans l'origine de ses problèmes. Dans le cas du surdoué, l'anormalité en effet une conséquence (de la douance) et non une cause des problèmes. Mais il est vrai que le soignant, ne pouvant pas connaître d'emblée le statut intellectuel du patient, puisse s'interroger sur l'existence d'une composante

psychotique ou d'une personnalité schizoïde.

Ainsi, il est fréquent de rencontrer des patients que l'entourage ou les soignants trouvaient inquiétants et incompréhensibles, mais qui ne sont en fait " que " des surdoués ! Par exemple, grâce à leurs capacités intellectuelles, leur pensée rapide et leur mémoire de travail, les surdoués font des rapprochements entre des faits dont le lien n'est pas évident au premier abord, ce qui leur permet de passer rapidement d'un sujet à l'autre ; ils pensent à plusieurs choses à la fois, font plusieurs choses à la fois, remarquent, analysent et s'étonnent de faits en apparence anodins, ont un sens de l'humour très particulier, sont rendus anxieux par leurs analyses du monde qui d'ailleurs peuvent échapper au commun des mortels, ne s'intéressent pas aux mêmes activités que leurs congénères, agissent souvent en solitaire et parfois même en opposition avec leurs congénères... Cela n'évoque-t-il pas le comportement de patients psychotiques ? Pourtant la relation du surdoué au monde n'est pas altérée comme c'est le cas pour le patient psychotique. Le surdoué ne souffre donc pas d'une psychose. Par exemple, le patient psychotique est anxieux car son jugement est erroné et il vit dans l'Erreur. Le surdoué est inquiet par la réalité des choses. Une angoisse excessive chez le surdoué correspond plus à une névrose. Car la compréhension de la réalité, si terrible soit-elle, ne doit pas susciter une angoisse source de souffrance.

En termes plus simples, pour l'Homme en général et le soignant en particulier, il est difficile voire impossible de comprendre ce qui nous dépasse. L'Homme commet souvent l'erreur de croire qu'il puisse tout comprendre pour peu qu'on le lui explique. D'autre part, il est difficile de comprendre ce que l'on n'a pas vécu soi-même, et par conséquent de juger les personnes qui le vivent. Aussi, quel que soit le degré d'intelligence, on peut toujours imaginer quelqu'un de beaucoup plus intelligent qui pourra paraître incompréhensible.

Enfin, c'est dans un souci d'apaisement que je souhaite ne pas créer de relation entre douance et pathologie psychiatrique. C'est souvent le cas chez les patients, particulièrement les enfants et encore plus leur famille, qui au décours d'une consultation pour des motifs divers (troubles psychologiques ou difficultés scolaires par exemple) passent un test de QI et découvrent leur douance. Le raccourci est alors

simple : c'est la douance qui est la cause de tout. Mais ce raccourci facilement emprunté n'est pas exact jusqu'à preuve du contraire. De surcroît, une idée reçue circule, renforcée par les propos de quelques psychologues : les surdoués auraient fréquemment des troubles associés. Il n'existe néanmoins pas de véritable étude le confirmant. C'est donc plutôt une idée reçue. Comprenons bien ce qui amène à cette conclusion : les enfants (car c'est bien d'eux qu'il s'agit dans ce cas) sont testés lors d'une consultation pour un trouble psychologique ou psychotechnique (dysgraphie, trouble psycho-moteur, etc...), donc les enfants que l'on dépiste comme « surdoués » ont obligatoirement un trouble associé. Or on estime à 400 000 le nombre d'enfants surdoués en France en âge de scolarité (de 6 à 16 ans), soit 4 % de la population, mais seuls 3 à 5 % d'entre eux seraient détectés. Par conséquent, 3 à 5 % des enfants « surdoués » sont dépistés car généralement ils ont un trouble associé et l'on généralise leur problème aux 95 à 97 % de « surdoués » non dépistés, qui ne sont pas dépistés car probablement ils n'ont pas de trouble associé. Sous-entendre que la douance est une pathologie psychiatrique ou qu'elle en engendre, en plus d'être faux, serait nuisible pour les surdoués eux-mêmes et pour l'image qu'en a le reste de la population.

Finalement, il est difficile de classer les troubles d'un surdoué dans une classification de type DSM IV. Cependant nous l'avons fait pour des raisons scientifiques afin de cerner plus aisément les pathologies des surdoués.

4.1.2 Pathologie(s) des surdoués

Le surdoué est sans cesse à la limite de la psychose sur le plan symptomatologique. En effet, le psychotique a souvent du mal à décerner ce qui est réel et imaginaire; donc il a du mal à choisir entre le rationnel et l'irrationnel, le logique et l'illogique. Le surdoué, lui, ne parvient pas à savoir ce qui est convenable et ce qui ne l'est pas. Car il sait ce qui est bien et ce qui est mal, ce qui est vrai et ce qui est faux. Mais autour de lui, les gens tiennent parfois pour vrai ce qui est faux, et réciproquement. Ils tiennent pour bien ce qui est mal, et réciproquement. Ils trouvent parfois convenable ce qui est absurde ou faux, et réciproquement. En somme, ce qui paraît correct ou convenable pour le surdoué ne correspond pas ou est en décalage

avec le point de vue du reste de la population. Le surdoué ne sait plus ce qui est convenable et ce qui ne l'est pas. Donc le surdoué ne sait pas ce que les gens attendent de lui, s'ils attendent de lui une réponse logique, rationnelle et exacte, ou bien une réponse illogique, irrationnelle et fausse. Il entre dans un dilemme : "Dois-je dire la vérité ? Car si je la dis mais qu'elle entre en contradiction avec ce que pensent mes interlocuteurs, cela va causer une discorde, et personne ou presque ne me donnera raison. Mais si je ne la dis pas, je serai dans l'erreur. Cependant sur le plan social, mieux vaut être approuvé et félicité dans l'erreur, qu'isolé et critiqué dans la vérité.". Donc il y a un stress puisque jusqu'à ce que les auditeurs aient donné leurs points de vue, le surdoué n'a aucun moyen de savoir si ce qu'il fait sera bien ou mal accueilli, même si c'est la vérité. Et il ne sait pas non plus jusqu'à quel point il doit voiler ou masquer la vérité pour qu'elle soit acceptée. Cela peut expliquer le perfectionnisme et le besoin d'être guidé, non pas parce que le surdoué ignore où est la vérité, mais parce qu'il ignore comment et s'il peut la dire...

Au-delà de cette considération, il est utile de s'interroger sur l'origine des pathologies psychiatriques affectant le surdoué. Trois origines sont possibles.

Soit le surdoué présente un comportement, un caractère spécifique et difficile à comprendre par un individu tout-venant (un soignant par exemple). La non-reconnaissance de la douance par le soignant peut aboutir au diagnostic erroné de trouble mental. Dans ce cas, le surdoué ne souffre pas, donc ne présente pas de pathologie ni de trouble mental. Il ne vient donc pas en consultation.

Soit le surdoué présente un syndrome que l'on pourrait nommer « Mal-être du surdoué » et qui serait à l'origine d'une souffrance. Il y a alors deux sous-catégories :

- la totalité des surdoués présentent ce syndrome de « Mal-être » (sous réserve de déterminer une corrélation entre le niveau d'intelligence et la gravité de ce syndrome). Ce syndrome étant mal connu, il peut être mal identifié par les soignants qui ne découvrent que certains symptômes, et il est donc associé de manière erronée à certaines pathologies psychiatriques.

- une fraction des surdoués peut présenter, dans des circonstances à établir, un « Mal-être ». Dans ce cas, la douance n'est qu'un facteur de risque de présenter ce syndrome,

et ce syndrome ne se manifeste que lors d'une décompensation. Par contre, dans ce cas aussi, le surdoué ne présente pas de pathologie psychiatrique identifiable à celles de l'ensemble de la population.

Soit le surdoué présente des caractéristiques psychiques particulières, or celles-ci peuvent dans certaines circonstances entraîner des troubles mentaux. Dans ce cas, la douance est un facteur de prédisposition à faire des pathologies psychiatriques identiques à celles de l'ensemble de la population.

Je pense que les surdoués présentent du fait de leur vécu, de leur émotivité, de leur sens aigu de la morale à l'origine de leur tension intellectuelle, un terrain propice aux troubles mentaux. Cependant ceux-ci se déclarent à l'occasion d'une décompensation liée à l'accumulation de difficultés. En fait, je pense que ce n'est pas l'intelligence qui est la cause de la souffrance, mais le choix dans son utilisation et son utilisation malhabile, plus particulièrement lors de situations difficiles. Ce qui est bon, ce n'est pas un esprit sur-efficient qui tourne en rond et se laisse entraîner dans un engrenage malsain (un processus mental pathologique) que l'esprit lui-même crée et pérennise, mais plutôt un esprit qui retrouve son juste sens.

Bien entendu, le surdoué peut trouver une solution à ses problèmes, donc ne plus souffrir de sa douance et vaincre ce « Mal-être », principalement en rétablissant la juste utilisation de son intelligence.

4.2 L'intelligence et la douance

4.2.1 Le concept d'intelligence

Ce sujet est fortement controversé, en rapport avec les passions que ce thème soulève. L'article « L'état de la recherche sur les enfants dits " surdoués " » (5) permet de comprendre les difficultés à définir et à décrire l'intelligence. Force est de constater que chacun trouve la définition de l'intelligence qui lui convient... Il en va de même pour les mesures. Chacun ayant sa définition, comment évaluer l'intelligence ?

Bien souvent, la réussite scolaire ou professionnelle est utilisée comme critère. C'est une vision très utilitariste. L'individu intelligent se dirige-t-il obligatoirement vers un poste de président directeur général ? Ce métier est-il la référence à utiliser ? En outre, paradoxalement, on nous répète que les surdoués se retrouvent fréquemment en échec scolaire. Et dans les associations dites de surdoués, on trouve des individus sans emploi ou avec des emplois modestes.

Pour être franc, il existe un grand nombre de tests visant à mesurer l'intelligence mais qui sait ce qu'ils mesurent exactement ? Les études faites pour la conception des tests peuvent être biaisées par l'échantillon passant le test (sexe, âge, niveau d'étude, etc...). Elles montrent simplement que certains individus ont de meilleurs résultats que d'autres et que la majorité des gens ont des résultats moyens. Pour améliorer la mesure de l'intelligence, de nouveaux tests nécessitant un processus intellectuel sont créés, sans déterminer les caractéristiques des groupes ayant de bons ou de mauvais résultats aux tests. Ces tests peuvent être de petits problèmes, des calculs arithmétiques, des tests de vocabulaire, d'observation, de logique ou de mémoire... Il est facile de s'entraîner gratuitement sur internet ou dans des livres pour améliorer ses résultats mais à la fin malheureusement, il est difficile d'interpréter le résultat.

Il existe un débat entre les partisans des formes multiples d'intelligence, et ceux de l'intelligence générale (ou facteur g). En effet, il est possible pour un individu d'avoir d'excellents résultats dans un domaine particulier, idem d'avoir une forme d'intelligence très développée. Mais un surdoué aurait une intelligence générale lui permettant d'être au-dessus de la normale dans la plupart des capacités intellectuelles testées, même si ses résultats à chacun des tests ne seraient pas parfaitement homogènes. Et, les tests actuels ne mesureraient que la partie émergée de l'iceberg. Aussi, si toutes les facultés intellectuelles pouvaient être testées exhaustivement, il est imaginable qu'un individu possédant une haute intelligence générale réussirait la plupart de ces tests de fonctionnement intellectuel et cognitif. Il faut voir le facteur g comme une donnée empirique et non comme une définition de l'intelligence : le facteur g a été inventé après la constatation que les surdoués réussissaient l'ensemble des tests.

Attention ! Un surdoué n'a pas des résultats parfaitement identiques à tous les tests. D'après Wechsler (1974), le QI Verbal (QIV) et le QI Performance (QIP) sont considérés comme non homogènes si l'écart entre les deux est d'au moins 15 points. Silver et Clampit ont fait une étude en 1990 (5) en se basant sur l'étalonnage du WISC-R réalisé par Kaufman (1979) sur un échantillon représentatif de 2200 enfants américains âgés de 6,5 à 16,5 ans. Les auteurs prennent l'exemple d'un écart de 21 points (QIV > QIP) : si l'on se réfère aux données du manuel, cet écart ne s'observe que pour 5 % de la population générale. Mais cette fréquence passe à 20% chez les enfants dont le QI Total est de 130 et à 25% chez les enfants dont le QIT est supérieur à 140. Cette variabilité intra-individuelle ne doit donc pas être considérée comme rare chez les enfants à haut potentiel intellectuel et ne doit pas nécessairement être associée à une pathologie quelconque.

J'ajoute que cette étude ne mesurant que l'intelligence fluide, les surdoués harmonieux ou les surdoués dysharmonieux avec une intelligence fluide élevée sont davantage détectés. Les surdoués dysharmonieux avec une intelligence fluide moins élevée peuvent ne pas être détectés. Un surdoué harmonieux est un surdoué dont toutes les capacités intellectuelles sont élevées. Un surdoué dysharmonieux est un surdoué dont les capacités, par exemple verbales et spatiales, sont très contrastées. Il est possible que du fait de capacités abaissées - et parfois en-dessous de la moyenne – dans certains domaines, un surdoué dysharmonieux éprouve plus de difficultés qu'un surdoué harmonieux. De plus, il se peut que des capacités faibles dans un domaine précis, par exemple verbales, soient mieux supportées que des capacités faibles dans un autre domaine, par exemple visuo-spatiales, ou le contraire...

À quoi peut tenir cette efficacité mentale, et l'intelligence ne serait-elle pas qu'une notion subjective et abstraite ? De nombreuses études, en partie expliquées dans le document « L'état de la recherche sur les enfants dits « surdoués » » (5), montrent des différences anatomiques, physiologiques voire histologiques entre les individus normaux et les surdoués... Différentes méthodes sont utilisées dans ces études : l'EEG, l'IRM, les enregistrements du sommeil, le PET, etc....

Les détracteurs des tests de QI diraient quant à eux que les tests ne mesurent

que l'une des propriétés de l'esprit et que les « hauts QI » ne sont que des individus avec des caractéristiques intellectuelles particulières. Une chose est sûre, c'est que l'on observe des similitudes entre les surdoués et que ces gens présentent des facilités dans divers domaines. Des profils psychologiques caricaturaux ont été réalisés et dans lesquels les surdoués se reconnaissent globalement. Voyez par exemple l'inventaire d'identification des surdoués à partir de 6 ans de Jean Charles Terrassier (6).

Finalement, ce que montrent les tests de QI ou de facteur g n'est pas simplement l'intelligence, c'est aussi et surtout la distance d'un point de vue intellectuel, du sujet par rapport à la normale. En effet, on dit qu'un surdoué est un individu dont le QI est supérieur à 130 dans l'échelle de Wechsler, ce qui sous-entend que son QI est situé au-delà de la moyenne majorée de deux écarts types de 15. Un surdoué est ainsi quelqu'un qui est particulièrement rare et éloigné de la normale d'un point de vue intellectuel. La normale pour une caractéristique donnée pourrait se définir par l'intervalle regroupant 95 % de la population. Du fait de cette particularité, il est logique d'une part que les surdoués paraissent différents et étranges, et d'autre part qu'ils développent des comportements anormaux que l'on peut aisément classer comme pathologiques.

4.2.2 Les surdoués

- Définition :

Il est communément admis qu'un surdoué est un individu dont le QI est supérieur à 130 sur l'échelle de Wechsler (l'écart type est de 15). L'inconvénient est que cette définition impose la passation d'un test de QI, ce qui en pratique est rarement le cas.

Le SPM ne donne pas de chiffre de QI, mais un résultat sur 60 points, qui peut être corrélé aux cinq classes précédemment citées. Dans ce test, les surdoués sont les individus appartenant à la classe I (capacités intellectuelles supérieures). Cette classe regroupe en théorie 5 % des individus.

- Le lien de la douance avec la souffrance.

Avec cette définition du surdoué, on crée une distinction sur le QI uniquement et non sur le ressenti. Par exemple, entre un individu qui a un QI élevé bien que légèrement inférieur à 130 mais qui souffre à cause de son intelligence, et un individu dont le QI est supérieur à 130 mais qui ne souffre pas. Ou encore deux individus de QI proches mais dont l'un souffre et l'autre non seront mis dans la même catégorie. Ma question est donc : peut-on se fier uniquement au QI ?

Rappelons que l'intelligence n'est pas binaire. Il existe toute une gradation dans l'intelligence et il en va de même pour les hauts potentiels. Un surdoué ayant un QI de 150 peut se sentir aussi différent d'un surdoué avec un QI de 130, que ce dernier peut se sentir différent d'un individu normal avec un QI de 100. En outre, plus un surdoué a un QI élevé plus il lui sera difficile de trouver des semblables avec un QI proche du sien. On imagine que cela augmente l'isolement du surdoué avec tout ce que cela implique (sentiment de différence, problèmes de compréhension, de communication,...)

Ainsi, le test de QI fournit une gradation dans les résultats, ce qui implique que plus les résultats s'élèvent, plus le diagnostic de surdoué est certain, mais qu'aux alentours de 130, le diagnostic devient discutable.

Il me semble bon aussi de répéter que pour moi l'intelligence n'est pas corrélée à un niveau de souffrance mais simplement à un facteur de risque de ressentir une souffrance.

4.3 Les tests de raisonnement

4.3.1 Intérêt des tests

Il est difficile pour un individu, y compris le soignant ou le surdoué lui-même, de faire le diagnostic de "surdoué". Les tests permettent d'objectiver voire de quantifier les capacités intellectuelles, autrement dit, d'éliminer toute subjectivité. Et

surtout, il donne une preuve au patient de son intelligence, ce dont souvent il doute.

Pour preuve, les résultats des tests de cette étude ont parfois surpris le psychiatre qui ne diagnostiquait pas ou diagnostiquait par erreur la douance. Autre élément : si notre échantillon de patients n'est pas biaisé et que dans l'ensemble des patients consultant en psychiatrie on retrouve 17 % de surdoués, et sachant que les psychiatres parlent rarement de surdoués, on peut imaginer que la raison est que les psychiatres ne détectent pas les surdoués.

En outre, l'étude SOFRES sur les enfants surdoués (7) montre que les professionnels de santé proposent peu de faire des tests d'intelligence, soit par méconnaissance du sujet, soit par la non-reconnaissance de l'intelligence des surdoués. Ce sujet pourrait être approfondi pour déterminer si les psychiatres sont plus performants que les tests, cependant les premiers essais réalisés dans notre étude ne furent pas convaincants et le psychiatre a préféré abandonner. De surcroît, peu de psychiatres ont participé à cette étude et la totalité des patients étaient ceux d'un seul psychiatre, donc nous aurions pu au mieux mesurer la capacité de ce psychiatre à dépister les surdoués.

D'autre part, on peut se poser la question suivante : les psychiatres ont-ils besoin de connaître le résultat du test pour soigner le patient ? Pour le savoir, il faudrait effectuer une étude comparative avec un échantillon de patients effectuant le test et un échantillon témoin de patients ne l'effectuant pas. Cependant, afin de ne pas brûler les étapes, nous nous contentons de chercher dans cette étude si le dépistage des surdoués a un sens, et nous n'étudions pas les adaptations de thérapie que l'on pourrait mettre en place.

4.3.2 Les différents tests d'intelligence

- *La référence internationale : WAIS - III (Wechsler Adult Intelligence Scale)*

Utilisée pour les adultes de 16 à 89 ans, elle mesure le QI verbal et le QI de performance et inclut quatre indices qui constituent des mesures plus spécifiques de

certaines facteurs et domaines : compréhension verbale, organisation perceptive, vitesse de traitement et mémoire de travail.

L'étalonnage a été effectué sur un échantillon large (1200 sujets représentatifs) et le WAIS-III a été l'objet de nombreuses études.

Néanmoins, la durée, de 90 minutes pour les sub-tests de base et 30 minutes pour les sub-tests complémentaires, est trop longue pour un dépistage en cabinet. De plus, le coût minimum de 150 € par patient (en fonction des honoraires du psychologue faisant passer le test, et en pratique le tarif est souvent beaucoup plus élevé), est prohibitif.

- *Standard Progressive Matrices de Raven (SPM)*

Ce test a été sélectionné pour plusieurs motifs :

- Coût par patient faible.
- Durée courte : 25 minutes (5 minutes d'explications et 20 minutes de travail effectif), ce qui permet une meilleure acceptation du test par les patients.
- Passation individuelle ou collective. En pratique, les tests peuvent être passés individuellement afin de permettre une confidentialité du passage des tests, les patients préférant garder secret leur suivi psychiatrique.
- Test identique pour tous les patients, ce qui permet une comparaison entre les patients, et ne fractionne pas l'échantillon de population.
- Temps de correction de 1 minute, ce qui est avantageux dans le cas où l'utilisation de ces tests serait généralisée.
- Étalonnage approprié à notre recherche : sujets à partir de 7 ans et de niveaux d'études variés.
- Ce test présente un inconvénient. Il classe les patients en fonction de leur niveau d'études car bien sûr les résultats en dépendent. Or selon moi, les résultats doivent être comparés à la moyenne de la population du même âge, donc de la normale, car c'est l'écart par rapport à l'ensemble des individus du même âge qui dévoile le surdoué, et non l'écart par rapport à une catégorie intellectuelle auquel cas un biais est créé. Ce classement existe pour les enfants mais pas pour les adultes français. De plus la plupart des étalonnages ont été réalisés lors de tests de recrutement. L'étalonnage du tableau SPM 2 pour les passations en 20 minutes, par exemple, date de 1998, et a été

effectué sur des candidats à des emplois jeunes, ce qui peut constituer un biais supplémentaire.

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes servi des étalonnages français afin de pas créer un éventuel biais, et nous avons utilisé les étalonnages les plus récents de manière à ce que nos résultats ne subissent pas l'effet Flynn (du nom de son découvreur J.R. FLYNN) qui correspond à l'augmentation quasi-régulière du QI tout au long du XX^e Siècle. Elle imposait un réétalonnage régulier des tests de QI mais cet effet est maintenant arrêté.

Nombre de chercheurs, de Spearman à Matarazzo, ont montré dans leurs travaux que la mesure des deux principales composantes du facteur g par le SPM et le MHV permet d'acquérir une information aussi fiable et utile, tant sur le plan global que différentiel, que celle fournie par des tests de QI beaucoup plus longs et lourds à manier (2). Aussi concernant le dépistage ou le diagnostic, le SPM et le MHV sont amplement suffisants.

4.3.3 Défauts des tests

Les tests d'intelligence, ou de QI ont une sensibilité et une spécificité inconnues mais sans doute imparfaites. Gardons donc en mémoire que le facteur g mesure la partie émergée de l'iceberg. Si cette partie est faible, on peut imaginer que la partie cachée est réduite aussi ; et inversement.

Les tests possèdent de nombreux biais. Les professeurs de lettres par exemple auront des facilités pour les épreuves verbales. Les professeurs de mathématiques ou les informaticiens auront des facilités pour les tests logiques et mathématiques. Cela est en relation avec l'entraînement dans un certain type d'épreuve. De même, les étudiants auront l'entraînement nécessaire pour résoudre certains types de problèmes. Il est aussi prouvé que la mémoire dépend énormément de l'entraînement. Cet entraînement se perd avec le temps. Les personnes ayant déjà passé des tests d'intelligence ont aussi un avantage. Bref, il est possible qu'un individu ait des facultés élevées dans le domaine testé mais que ses aptitudes par ailleurs ne lui

confère pas véritablement la qualité de surdoué.

Le fait d'avoir une capacité isolée dans un domaine ne semble pas être un signe fort de douance. Les surdoués ont, au contraire des centres d'intérêts et des compétences très variées. C'est leur différence d'un point de vue global qui semble être à l'origine de leurs troubles.

Néanmoins, il est permis de s'interroger sur les liens de causalité entre capacité et profession. Est-ce parce qu'on est mathématicien que l'on a des capacités logico-mathématiques ou parce que l'on a ces capacités que l'on s'oriente vers les mathématiques ? Par exemple, d'après mon expérience personnelle de certaines associations de surdoués, je constate qu'une grande proportion de surdoués s'oriente vers l'informatique.

Du côté des faux négatifs, il est possible de discuter de la fiabilité de ces tests parfois très courts (vingt minutes) pour évaluer l'intelligence des individus, ainsi que le caractère restrictif des compétences testées. Et, ces tests ont une marge d'erreur : un individu avec un QI de 132, est-il plus doué qu'un autre avec un QI de 128 qui ne sera pas comptabilisé comme un surdoué ?

En somme, il faut garder en mémoire que si les tests d'intelligence sont imparfaits, comme tant d'autres tests, ils sont à l'heure actuelle le seul moyen de dépister l'intelligence et restent un bon compromis entre durée et coût, et évaluation de l'intelligence. À ce titre, il peut être préférable de les appeler tests de raisonnement plutôt que test d'intelligence.

Le test doit être considéré comme un outil ou examen de diagnostic et non comme un critère absolu. Le résultat au test doit être compris comme un indice de l'intelligence et non pas comme sa valeur chiffrée. Pour un résultat au test de QI proche de 130, il est difficile de dire si l'individu est un surdoué ou non, mais il a sans doute des capacités intellectuelles supérieures à la moyenne. De même, il paraît arbitraire de faire une différence entre deux individus aux QI proches. Notons que la valeur seuil de QI pour les surdoués est fixée à 130 pour des raisons statistiques et non

pour des raisons psychiatriques ou philosophiques.

En revanche, plus le QI s'élève, moins il est raisonnable de douter de la fiabilité. Enfin, pour des valeurs de QI supérieures à 150, rien ne prouve que les résultats au test de QI aient une réelle signification. Entendons qu'un sujet ayant un QI supérieur à 150 est évidemment surdoué mais que la corrélation entre le niveau d'intelligence et le résultat au test perd de la précision. Rappelons que le test de QI était initialement prévu pour mesurer la détérioration mentale, mais l'on s'est aperçu que des individus avaient des résultats très supérieurs à la moyenne. Certaines associations de surdoués ont proposés des tests comme le G-test, l'Eureka test ou le mega test, mais la question est de savoir ce que peut apporter la mesure des très hauts QI si elle est possible (dans le cas de ces associations, il s'agissait de sélectionner ses membres). Les matrices progressives avancées (APM) sont plus étudiées. Toutefois, ce test ne peut être appliqué qu'aux individus doués et donc il ne nous aurait pas été utile dans cette étude puisqu'il n'aurait pas pu s'appliquer à l'ensemble des patients. Pour simplifier, le SPM est utile pour le dépistage des surdoués, tandis que l'APM est plus utile pour la mesure de l'intelligence.

J'ajoute que si cette étude n'avait pas montré une grande proportion de surdoués parmi les consultants, cela n'aurait pas nécessairement signifié que les surdoués consultassent moins, mais aussi que peut-être ce test ou d'autres tests ne furent pas adéquats pour dépister les surdoués, en particulier en consultation psychiatrique.

4.3.4 Discussion sur les résultats aux tests

- Absence du test de vocabulaire Mill Hill.

C'est l'intelligence fluide qui est l'une des deux composantes du facteur g (l'intelligence générale) qui est mesurée dans cette étude. Selon Spearman, g a une seconde composante : l'aptitude reproductive. C'est l'aptitude à se remémorer et à utiliser un stock culturel de concepts explicites, verbalisés. Elle est mesurée par le test de vocabulaire Mill Hill (MHV), qui pour des raisons financières et pratiques n'a pas

pu être réalisé. En effet, il fut difficile d'imposer aux patients un test du type SPM sachant que l'étude s'adressait aux bénévoles et que ceux-ci devaient consacrer 25 minutes au test.

- *Variabilité des résultats.*

Un même individu peut obtenir des résultats variables pour le même test. Il est possible d'imaginer toutes sortes de facteurs influençant la concentration et les résultats : bruit extérieur, soucis, humeur, fatigue, rythme circadien, traitements médicamenteux, etc... Le passage des tests aurait donc dû se faire dans les mêmes conditions pour tout le monde, ce qui fût difficile en pratique. Nous avons aussi remarqué lors de l'étude que certains patients manquaient de motivation ou étaient impatients, bien que, sauf exceptions, les patients aient souhaité obtenir l'interprétation de leurs résultats.

Dans l'étude présente, les troubles psychiatriques tels la dépression ou les troubles bipolaires, peuvent provoquer des variations importantes du QI. Ces troubles peuvent affecter l'humeur et entraîner un ralentissement psychomoteur, jouant en la défaveur du patient. Ainsi, un mauvais résultat au test ne signifie pas obligatoirement que le patient n'est pas surdoué. La population testée, consultant en psychiatrie, est une population particulière (différente de la population générale) donc les résultats de cet échantillon ne sont a priori pas identiques à ceux de la population générale. En revanche, un résultat élevé est incontestable, l'effet du hasard étant minimisé dans ces tests.

Il faut aussi tenir compte de l'inhibition intellectuelle (on entend parfois automutilation intellectuelle), c'est-à-dire le fait pour un enfant surdoué non reconnu de se limiter intellectuellement pour essayer de ressembler aux autres. J.C. Terrassier parle d'effet Pygmalion négatif, c'est-à-dire de pression à la conformité. L'inhibition intellectuelle est plus grave que la simple simulation : l'enfant lui-même se croit souvent idiot, ce qui ne serait pas le cas s'il jouait un rôle consciemment. Elle peut aller jusqu'à provoquer une chute du QI, ce qui peut en rendre le diagnostic direct (avant psychothérapie) impossible. A partir de là, on peut se demander si les

surdoués qui réussissent les tests ne sont pas ceux qui souffrent le moins de leur différence... La deuxième question est la suivante : si les patients testés ont été suivis par un psychologue depuis une longue période, leur état psychique aurait dû s'améliorer (pour peu que la psychothérapie soit efficace), donc leurs résultats aux tests devraient être améliorés. Leurs résultats auraient-ils été identiques si le test avait été effectué au début de la psychothérapie ? Donc la durée de la psychothérapie précédant les tests de cette étude peut-elle jouer un rôle ? Dans notre étude, les durées de psychothérapie des patients surdoués et des autres patients diffèrent peu mais les patients surdoués sont en nombre trop restreint pour en faire une analyse statistique.

Par conséquent, du fait du recrutement des patients en cabinet de psychiatrie, et du fait de l'inhibition intellectuelle, il est probable que l'on minore la proportion de surdoués détectés par le test. Les autres facteurs influençant les résultats ne sont pas propres à l'étude ; ils sont une contrainte appliquée à tous les individus passant les tests.

D'autre part, une affiche et quelques minutes d'information avant le test permettent d'optimiser la concentration des patients.

- Maîtrise du français et niveau d'éducation.

Le SPM ne nécessite pas de connaissance en français. Il est dit aculturel.

En ce qui concerne le niveau d'éducation, le problème est complexe. Être surdoué ne signifie pas forcément avoir de bons résultats scolaires et sauter des classes. Et inversement, avoir de bons résultats et sauter des classes ne signifie pas être surdoué, comme l'explique Arielle ADDA (8). Selon elle, les surdoués qui réussiront le mieux seront ceux qui auront bénéficié d'un solide soutien affectif et social. Sans ce soutien, les surdoués peuvent facilement tomber dans l'engrenage de l'échec.

Butler-Por (9), Feger & Prado (10) et Peters, Grager-Loidl & Supplee (11) distinguent chez les surdoués plusieurs facteurs déterminant les groupes à risques

d'échec scolaire. Ces données montrent la difficulté à créer des liens entre la douance et le niveau d'éducation. En outre, Je pense que ces facteurs peuvent aussi avoir une influence chez le surdoué à l'âge adulte :

- 1) Facteur géographique-écologique : vivre dans une région qui offre peu de défis en raison de facteurs géographiques ou écologiques.
- 2) Facteurs ethniques : être membre d'une population discriminée sur la base de raisons idéologiques ou religieuses.
- 3) Facteur économique : vivre dans la pauvreté, manquer de possibilités de développer des habiletés.
- 4) Facteur de genre : dans bien des cas, les filles se trouvent dans des positions désavantageuses.
- 5) Privations éducatives : souvent dues aux facteurs ci-dessus, mais également dues à d'autres facteurs tels qu'un environnement scolaire proposant peu de stimulation.
- 6) Facteur culturel : grandir au sein d'une culture déviante de la culture dominante.
- 7) Difficultés physiques ou psychologiques : maladie physique ou mentale qui a des répercussions négatives sur l'accomplissement.
- 8) Facteurs familiaux : relations conflictuelles entre parents et enfants, notamment lorsqu'un enfant est rejeté, non-désiré, ou qu'il y a des stress familiaux tels que divorce.
- 9) Activités hors normes : prendre part dans des activités délinquantes.
- 10) Être hautement créatif : les enfants de cette catégorie peuvent être mis sous pression pour devenir plus conformistes.

- Le rôle de l'environnement sur l'intelligence.

Plusieurs auteurs, dont Jensen ou Brandt ont taché de démontrer l'héritabilité de l'intelligence. Ces auteurs sont controversés car ils ont par la même occasion voulu démontrer que pour des raisons génétiques, certaines races avaient une intelligence moyenne supérieure à d'autres. Néanmoins, il ressort plusieurs points incontestables :

A - le facteur g est une qualité dont héritent les enfants de leurs parents, et le QI ne fournit pas de résultats plus significatifs en ce domaine.

B - L'héritabilité du facteur g du QI varie avec l'âge pour un même individu (12), c'est à dire qu'en fonction de l'âge, la proximité entre le QI d'un individu et celui de ses parents varie. Ainsi, on constate l'affaiblissement chez les adultes des effets environnementaux (par exemple le revenu, l'éducation, et l'environnement familial) sur le QI . Tout se passe comme si les enfants étaient malléables et s'adaptaient à leur environnement, ce qui a pour conséquence que leur QI est en rapport avec leur environnement (donc l'éducation donnée par les parents). En grandissant, l'adolescent se détache de ses parents et des contraintes environnementales, jusqu'à recréer à l'âge adulte un environnement en adéquation avec ses capacités intellectuelles (son QI), lui permettant d'exprimer son potentiel.

En conclusion, dans cette étude réalisée chez des adultes, les facteurs environnementaux existent et ne sont pas négligeables, néanmoins leur importance doit être relativisée.

- Catégorie socioprofessionnelle :

La profession peut avoir un lien avec le niveau intellectuel, puisque certaines professions exigent des temps de réflexion poussée et prolongée. Notre échantillon de surdoués n'est pas suffisamment vaste pour pouvoir déterminer si les catégories socioprofessionnelles des surdoués diffèrent de la normale.

Par ailleurs, J.E. Young et J.S. Klosko notent que les surdoués présentent parfois le schéma « exclusion » (13). Selon eux, ce schéma peut grandement influencer le choix de carrière :

« Vous (NDR : qui présentez ce schéma,) êtes sans doute attirés par les sphères d'activité qui requièrent une interaction sociale minimale. En fait, exceller dans une activité solitaire qui pourrait déboucher sur une carrière est un bienfait inattendu de ce schéma. Vous êtes peut-être un artiste, un scientifique, un écrivain ou un journaliste. Vous optez pour une profession qui exige de nombreux voyages ou que vous pouvez exercer à la maison. L'informatique est un domaine de prédilection pour les personnes qui ont ce schéma. Si vous fondez votre propre entreprise, vous pouvez exercer un meilleur contrôle sur vos activités sociales et vous n'avez pas à vous

préoccuper d'être accepté ou rejeté par autrui. En revanche, vous opterez rarement pour une profession ou votre ascension dépend de vos contacts et de vos relations sociales. La profession de cadre d'entreprise dont l'ascension professionnelle repose sur une stratégie d'influence ne vous convient pas. »

- Inadéquation entre le seuil de la douance et la souffrance

Le seuil de QI de 130 fixé pour définir la douance est plutôt arbitraire. Il correspond au niveau de QI que seuls 2 % des patients peuvent dépasser et définit donc la faible proportion d'individus à l'intelligence très développée. Les répercussions de cette intelligence ne sont pas prises en compte.

Il est probable que de nombreux facteurs influencent la survenue d'un problème psychiatrique. Tous les facteurs agissant sur le déclenchement d'un trouble psychiatrique ou d'une décompensation chez un individu normal agissent potentiellement sur un surdoué. En outre, bien que cette thèse vise à montrer des similitudes entre surdoués, il ne faut pas oublier que les surdoués sont tous différents avec des personnalités propres, donc des réactions variées face à un stimulus.

Toutefois, dans la douance, les choses ne sont pas binaires. L'intelligence ressemble plus à un facteur de risque qu'à un facteur déclenchant. Toute la gradation de l'intelligence couplée avec la multitude de facteurs environnementaux créent à leur tour toute une gradation dans les troubles psychologiques.

En effet, Hollingworth (15), Nevill, Lewis, Terman et Oden qui se sont intéressés aux enfants dont le Q.I. dépasse 180 prétendent qu'il y a autant d'écart entre ces enfants et les autres surdoués qu'entre les surdoués et les enfants normaux. Ils mentionnent d'importantes difficultés d'adaptation et de développement étant donné que celles-ci augmentent à mesure que le Q.I. s'élève et insistent également sur les problèmes posés par leur instruction. Chauvin confirme ceci en affirmant que « *Plus fort est le Q.I., plus sévères sont les problèmes d'ajustement social, et plus graves sont les persécutions à l'école* » (14).

Hollingworth (15) a suivi 12 enfants au Q.I. supérieur à 180. Parmi les

problèmes qu'elle mentionne, la plupart sont similaires à ceux rencontrés par les surdoués dont le Q.I. est supérieur à 140. Les surdoués dont le Q.I. est supérieur à 180 rencontrent d'importants problèmes d'adaptation, notamment vis-à-vis de leurs camarades. Ils risquent de s'isoler socialement et de rencontrer d'importants problèmes d'ajustement de la personnalité et d'adaptation émotionnelle qu'ils compensent généralement par des fantasmes. Terman confirme ceci lorsqu'il note que leurs scores aux tests d'adaptation émotionnelle et sociale sont moins bons que ceux des enfants au Q.I. moins élevé. « *On note que 50% d'entre eux sont très nerveux mais que seulement 3% souffrent de névrose grave* »

4.4 Biais intrinsèques à cette étude

4.4.1 Biais géographique

L'étude a été réalisée sur Grenoble et ses environs. La taille de cette ville, avec de nombreuses universités, centres de recherche, et une technopôle, a une influence sur la démographie. De même que le choix de la ville a un effet sur le type de profession, les niveaux de salaire, le taux de chômage, la variété ethnique. De plus, l'accessibilité à un psychiatre est différente dans une grande ville et à la campagne. Les mentalités aussi peuvent différer entre les populations rurales et urbaines, et d'une ville à l'autre.

4.4.2 Biais de sélection

Il est à noter que l'étude est réalisée chez un psychiatre libéral, ce qui exclut les patients consultant exclusivement leur médecin généraliste ainsi que les patients hospitalisés. Néanmoins, nous pensons que les patients nécessitant une hospitalisation doivent regrouper plus d'individus aux pathologies lourdes et dont le facteur g est abaissé que le reste de la population, ce qui diluerait la proportion de surdoués.

Le psychiatre conventionné dans le secteur 2 propose des honoraires supérieurs à ceux du secteur 1, ce qui peut décourager des patients avec peu de moyens financiers.

Le psychiatre reçoit des enfants adressés par l'A.N.P.E.I.P (Association Nationale Pour les Enfants Intellectuellement précoces). Il va de soit qu'il a été spécifié dans la présente étude que ces patients ont été adressés par cet organisme. En pratique, nous n'avons qu'un jeune homme entrant dans cette catégorie.

Par ailleurs, le recrutement des patients est biaisé par la réputation des psychiatres, et le type de thérapie qu'ils proposent (ici : psychothérapie cognitivo-comportementale).

Enfin, il existe un biais du fait du refus du test par certains patients, mais aussi par l'ensemble des psychiatres qui n'ont pas souhaité effectuer cette étude.

Ainsi, n'ayant testé les patients que d'un seul psychiatre, il existe une possibilité que l'échantillon de patients ne soit pas représentatif de l'ensemble des patients. En pratique, il a été impossible de trouver d'autres psychiatres volontaires malgré les nombreuses demandes.

4.4.3 Partie statistique

Pour des raisons de moyens, nous n'avons pas d'échantillon témoin et donc, nous n'avons pas pu comparer les résultats de nos patients à ceux d'un échantillon de témoins ou d'individus ne consultant pas en psychiatrie. Par conséquent, nous n'avons pas effectué de test d'indépendance.

4.4.4 Conclusion

L'intérêt de cette étude n'est pas de montrer les bénéfiques thérapeutiques d'un dépistage pour le patient et le soignant mais de vérifier si les surdoués consultent davantage. Effectivement, si la proportion de surdoués est grande en consultation, cette caractéristique devrait être prise en compte à l'avenir lors des études faites dans ce domaine.

Afin d'éliminer la présence de biais de sélection, il faudrait poursuivre les

études à plus grande échelle.

4.5 Les résultats de l'étude

4.5.1. Facteurs motivant la consultation

Les individus de la catégorie intellectuelle supérieure ou « surdoués » consultent plus. Pourquoi ? Nous pouvons émettre diverses hypothèses plus ou moins probables :

- Disposition d'esprit incitant à consulter plus facilement, liée par exemple à la connaissance ou la confiance en la psychiatrie, au désir de comprendre ses problèmes ou de mieux se connaître, à une attitude plus rationnelle ou logique des surdoués, ou à une attitude plus conformiste : « si je ne me sens pas bien, je consulte. » ?
- Une plus grande souffrance ou une plus grande sensibilité ?
- Moyens financiers plus élevés que la moyenne autorisant plus de consultations ?

A l'opposé, bien que nous n'ayons pas fait l'étude statistique à ce sujet, nous voyons bien dans le chapitre des résultats que si les surdoués consultent plus, des patients aux résultats décevants sont aussi en nombre supérieur aux attentes. Les pathologies psychiatriques peuvent être responsables des mauvais résultats... Mais cette réponse n'explique pas tout, alors si des individus ayant des difficultés intellectuelles consultent plus, quelles en sont les causes ? Nous pourrions émettre les mêmes hypothèses que pour les surdoués, or dans ce cas, certaines hypothèses semblent moins crédibles... L'autre hypothèse que nous avons évoquée dans les précédents chapitres paraît encore renforcée ici : c'est le fait d'être différent ou éloigné de la normale qui prédispose les patients à présenter des troubles psychologiques ou tout du moins à consulter. Il semble même que cela soit vrai pour les deux côtés de l'échelle : pour les patients aux très bons ou aux mauvais résultats.

Le point essentiel de cette étude est que si la proportion de surdoués en consultation est élevée, cette caractéristique de la population consultante doit être connue du soignant.

4.5.2 Facteurs freinant la consultation :

D'un autre côté, les surdoués peuvent présenter une souffrance sans présenter de véritable pathologie psychiatrique. Ou bien la première ligne de soignants (médecins du travail, généralistes,...) ne reconnaissent pas de pathologie connue chez les surdoués et donc ne proposent pas un suivi psychiatrique. Ou encore les surdoués ne se reconnaissent pas dans les portraits de malades psychiatriques ou trouvent les thérapies proposées trop lourdes et inappropriées à leurs attentes. Par exemple, il semble plus compréhensible d'être dépressif lorsque l'on échoue tout ce que l'on tente ou que l'on perd un être cher, plutôt que lorsque l'on réussit tout ce que l'on entreprend, que l'on a des facilités intellectuelles et que l'on n'a pas de raison concrète de se plaindre, mises à part des angoisses métaphysiques. Et surtout, la pathologie psychiatrique est un sujet encore tabou qui est associée dans l'inconscient collectif à des qualificatifs péjoratifs. Or le surdoué ne se reconnaît pas dans ces qualificatifs.

Ainsi, ne pas consulter un psychiatre ne signifie pas une absence de souffrance.

Certains auteurs comme Terman pensent aussi que les troubles mentaux retrouvés chez les surdoués sont moins marqués, ce qui peut signifier que les surdoués seront moins enclins à consulter bien qu'ils aient un trouble mental.

4.5.3 Les raisons essentielles de la souffrance :

Les raisons intrinsèques de souffrance chez le surdoué me semblent doubles.

1. La différence :

La différence du surdoué par rapport à la normale se décompose en différence réelle et différence ressentie par le surdoué. En effet, ne comprenant pas sa différence, le surdoué risque de s'interroger sur ses causes, et parfois de les imaginer ou de les exagérer. Une correction entre le ressenti et la réalité doit sans doute être effectuée.

Face à cette différence, on constate les réactions de la part du surdoué et aussi celles de la part de l'entourage. Les principales conséquences sont le rejet, l'isolement, le repli, l'incompréhension avec tout ce que cela engendre.

La différence est passée et présente. La différence passée renvoie aux conséquences passées de la différence, donc aux souvenirs douloureux accumulés par le passé et qui ont façonné la personnalité du surdoué. Un événement présent douloureux peut en faire ressurgir un autre, enfoui, et entrer en résonance avec lui, amplifiant ainsi l'intensité de la souffrance morale. A l'opposé, la différence présente renvoie à la persistance de la différence qui, elle, est dynamique et nécessite une perpétuelle adaptation du surdoué à son milieu.

En thérapie, la douance doit être prise non plus comme une condamnation mais comme un atout ou en tous cas un état de fait nécessitant une acceptation et éventuellement une adaptation.

2. La surconscience, que je divise didactiquement en deux.

Tout d'abord l'intelligence psychotechnique mesurée par les tests, qui permet l'élaboration rapide de concepts complexes et la résolution de problèmes. Elle procure la perspicacité, donc révèle la réalité (la Nature) et tout ce qui est contraire à la Vérité (la Vérité étant comprise comme l'harmonie ou la concordance avec la Nature de la représentation psychique qu'en a l'individu). Elle révèle donc l'Erreur, c'est à dire tout ce qui est contraire à la réalité, à la Vérité, à la recherche du Bonheur, à la Sagesse. Elle révèle aussi les attitudes perverses, c'est à dire les attitudes déviantes des individus dans l'Erreur. Notez ici la similitude avec la Genèse de la Bible où il est dit que le malheur fait suite à l'absorption du fruit de la connaissance du Bien et du Mal. Ce même fruit est à la fois capable de créer le bonheur mais aussi le malheur, selon les choix que feront les hommes.

Or, la connaissance de soi peut être source d'auto-critique. La connaissance du monde peut être source de critique du monde. Ces connaissances existent dans l'ensemble de la population mais je pense qu'elles sont accrues chez le surdoué. Or la reconnaissance par le patient de l'erreur en lui est une atteinte grave à son ego, qui le

poussera dans un premier temps à nier cette erreur.

L'intelligence psychotechnique est descriptive et peut être anxiogène puisqu'elle permet la reconnaissance de l'Erreur et puisque les manifestations de l'Erreur sont omniprésentes. L'opposé de l'Erreur - la Sagesse - est en pratique absente car inaccessible. Néanmoins, l'objectif thérapeutique n'est pas d'atteindre la Sagesse mais seulement de s'en approcher.

La constatation de l'omniprésence de l'Erreur engendre des interrogations et des réactions d'adaptation primaires pathologiques. L'intelligence psychotechnique permet la compréhension de soi et du monde mais pas son acceptation ni son ressenti, contrairement à l'intelligence empathique ou sensitive (appelée intelligence émotionnelle, mais je trouve ce terme trompeur). Cette seconde facette de la surconscience se définit comme la conscience précise de la Nature qui comprend trois principales subdivisions : soi, l'humanité et l'univers en général. Contrairement à l'intelligence psychotechnique, elle a plus rapport au sentiment et à la perception et elle permet d'accepter et de ressentir la Nature. C'est pour cette raison que j'utilise le terme « conscience » de la nature et non « compréhension ». L'intelligence empathique est philosophique, c'est à dire dirigée vers la recherche de la Sagesse, du Bien ou du Bonheur. Elle est apaisante donc thérapeutique. La sagesse est cumulative, c'est à dire qu'elle s'apprend, non pas seulement par son dévoilement mais par le chemin effectué dans la quête de la sagesse.

Pour développer son intelligence empathique, il faut un choix dans l'utilisation de son intelligence, c'est à dire utiliser son intelligence pour chercher la Sagesse, qui est aussi la quête du Bonheur. Ne pas chercher la sagesse ou se limiter à analyser son existence ou son malheur sont des alternatives malsaines qui n'exploitent que l'intelligence psychotechnique. Il faut aussi utiliser son intelligence pour s'analyser soi plutôt que d'analyser l'extérieur pour y rechercher les causes du mal-être, ce qui signifie simplement voir l'Erreur partout où elle est, y compris en soi. Se connaître suffisamment pour y reconnaître ce qui fait son bonheur ou son malheur implique de comprendre que la souffrance est produite par son propre esprit et que les événements extérieurs ne sont que des faits. Les événements extérieurs ont une influence sur

l'individu et sa psychologie mais ne sont pas seuls responsables d'un trouble psychologique. Puis, comprendre que l'environnement n'est pas la source des problèmes permet d'accepter l'environnement, donc de ne plus le rejeter. Si on ne le rejette plus, on peut donc s'en rapprocher, et l'apprécier. Accepter signifie aussi accepter l'existence d'erreurs (chez les autres mais aussi en soi). Accepter ne signifie pas approuver.

Enfin, si j'ai utilisé le terme “surdoué” tout au long de cette thèse, il me semble avoir démontré qu'il n'était pas tout à fait approprié, source de méprise chez les patients et le reste de la population. D'autres termes existent mais ne conviennent qu'aux enfants ou aux individus ayant passé les tests de QI, ou sont trop chargés de sous-entendus. Ce qui me frappe chez les surdoués est leur caractère atypique, extranormal (les anglo-saxons disent “ exceptionnel”). Cela est cependant source de confusion puisqu'on peut être exceptionnel de deux façons (dessus ou dessous). Je parlerais donc plutôt de supra-normalité intellectuelle : les surdoués sont anormaux mais du fait de résultats supérieurs à la normale aux tests. Cela engendre une méthode de raisonnement ou de pensée atypique, un fonctionnement intellectuel atypique. Il est possible de distinguer les “génies”, qui eux sont supranormaux et qui se servent de leur intelligence à des fins bénéfiques et tangibles pour eux et la société (ou la Nature en général).

Enfin, je distingue les sages, qui utilisent leur intelligence pour trouver la sagesse. Je ne puis cependant créer de lien entre le niveau d'intelligence et la sagesse, mais je subodore que l'individu qui utilise une grande intelligence dans la quête du Bonheur peut accéder plus facilement à la Sagesse ou y parvenir avec plus de profondeur. L'intelligence psychotechnique a plus tendance à aveugler l'individu, donc à l'éloigner de cette quête. Cette notion est importante car elle exprime que l'Erreur n'est pas l'apanage du surdoué, et que la résolution de l'Erreur par la Sagesse n'est pas l'apanage du surdoué non plus. Cela remet en question la causalité entre intelligence et maladie mentale. Pour moi, la supranormalité est bien un facteur de risque ou de prédisposition, pas une cause. La cause se situe dans le manque de sagesse. Il va sans dire que de nos jours la transmission ancestrale a quasiment disparu, et par là-même, la transmission de la Sagesse aussi. Donc dès le plus jeune âge, les enfants se

retrouvent au point de départ de la Sagesse avec la charge de devoir la retrouver seuls ou presque.

5. CONCLUSION : Le dépistage des surdoués en consultation de psychiatrie.

Thèse soutenue par Damien Crouzet.

Nous avons dépisté dix sept patients appartenant à la catégorie intellectuelle supérieure, ou classe I de la classification des matrices progressives standards de Raven (SPM). Ce test mesure l'intelligence fluide qui est l'une des deux composantes du facteur g. En théorie, selon l'étalonnage du test, seuls 5 % de la population peuvent appartenir à la classe I. Sur les cent patients testés, nous avons donc obtenu un pourcentage d'individus de la classe I trois fois supérieur au pourcentage théorique. Et selon l'analyse statistique fondée sur le calcul du chi-deux d'ajustement, nous avons déterminé que la différence entre la distribution théorique des individus de la classe I et la distribution observée est statistiquement significative avec moins d'une chance sur mille de se tromper. Cela signifie que notre échantillon de patients contient un nombre anormalement élevé d'individus de la classe I. Nous les appelons « surdoués » bien que cette appellation soit en principe réservée aux individus ayant un QI total supérieur à 130. Mais ce test étant onéreux et long, il est trop rarement employé en pratique par les soignants. Le SPM a l'avantage d'être rapide (vingt cinq minutes) et peu onéreux. Il peut aussi être passé en groupe. En outre, de multiples études ont démontré sa validité. Pourtant, il me paraît important dans l'état actuel des connaissances, de confirmer ce résultat par un test de vocabulaire Mill Hill (MHV), ou même mieux par un test de quotient intellectuel (WAIS ou WISC).

Ainsi, nous avons montré que dans une patientèle de cabinet psychiatrique, le nombre de surdoués est supérieur à la normale. De plus, les patients sont majoritairement des adultes, à l'exception de quelques adolescents. Par conséquent l'hypothèse selon laquelle les surdoués consultent plus en psychiatrie que la normale est vérifiée dans cette étude. Les raisons pour lesquelles les surdoués consultent plus sont sans doute complexes, néanmoins il est permis de supposer qu'une prévalence plus élevée des troubles psychologiques, une plus forte sensibilité ou une plus grande souffrance psychologique sont en cause. De surcroît les troubles psychologiques que

l'on associe aux enfants surdoués semblent se retrouver chez les adultes, avec comme conséquence un besoin de soins et de traitements psychiatriques.

Nous pouvons en tirer plusieurs leçons. D'une part, il faut s'interroger sur les causes de cette forte proportion d'individus de la classe I chez les patients. En admettant que le fait d'être surdoué – la douance – ou ses conséquences ne sont pas en cause, que peut signifier l'abondance de patients ayant une caractéristique commune, à savoir : une compétence élevée pour résoudre les problèmes du test, ou une capacité logique importante ? Ont-ils une disposition d'esprit particulière qui les rendrait plus enclin à manifester des troubles psychologiques ?

D'autre part, la détection des surdoués est intéressante afin de mieux cerner l'origine et la sémiologie des troubles psychologiques des patients. D'autres études pourraient désormais être menées afin de confirmer notre étude et de rechercher les prises en charge les mieux adaptées pour ces patients surdoués.

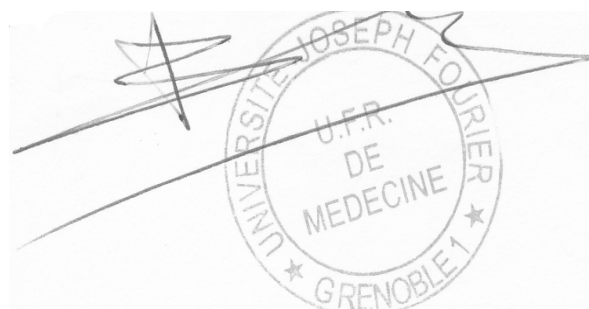
En outre, la prise en charge des enfants surdoués devrait être améliorée afin de limiter les conséquences psychologiques à l'âge adulte. Cette meilleure prise en charge doit donc passer par une détection plus efficace.

Enfin, les patients et le psychiatre semblent avoir tiré profit des résultats de ces tests. Par conséquent, mais cela reste à prouver par d'autres études, ce test peut avoir un intérêt thérapeutique puisqu'il permet aussi au patient de mieux se connaître et d'appréhender des motifs de sa différence et de sa souffrance.

Vu et permis d'imprimer. À Grenoble, le 15 novembre 2008.

Le président de thèse, Pr Bougerol

Le doyen, B. Sele



Épilogue

Le point de vue du Dr Narang :

« Allo; c'est le Dr Narang ? »

« Oui, c'est moi »,

sorti brutalement de ma consultation il faut que mon esprit se concentre sur ce téléphone.

« Je suis le Dr, est-ce bien vous qui suivez Monsieur M. D. ? »,

« oui...?? »,

Que se passe-t-il ? Tentative de suicide ? Erreur de prescription ? Qu'arrive-t-il à ce brillant enseignant qui a un test de Q.I. Bien au-delà de 150 ?

« Je suis dans l'avion qui effectue un rapatriement sanitaire pour votre patient, il fait une bouffée délirante, avec des hallucinations, un délire persécutif, je compte l'hospitaliser en France, mais sa femme m'a conseillé de vous appeler avant ».

Vite réfléchir, quelqu'un d'autre peut le prendre en charge après tout... Mais je le connais, je sais ce qu'il lui faut, il a déjà fait un état d'agitation avec une symptomatologie délirante après avoir vendu une voiture...

« OK je peux le prendre à mon cabinet ce soir ».

Me replonger dans ma consultation, espérons que je ne me trompe pas, que ça ne va pas se terminer trop tard, je vais encore rentrer dans la nuit et ces routes hantées par les rares voitures qui circulent encore.... quelques heures plus tard, il arrive, effectivement incohérent, délirant avec un thème persécutif, impossible d'instaurer un contact adapté, j'ai prescrit un peu d'anxiolytiques.... Le lendemain, rassuré, je le vois calme, revenu à ses esprits, il m'explique qu'il avait la responsabilité d'un groupe d'étudiants à Londres, qu'il s'est perdu, qu'il est incapable de lire une carte, le stress, et la bouffée délirante. Pas de neuroleptiques, une diminution simplement rapide des anxiolytiques a suffi pour soulager ce patient.

Un surdoué avec un Q.I. d'Einstein faire une bouffée délirante car il est incapable de lire une carte ! Je ne l'aurais jamais imaginé, et pourtant, le cas n'est pas unique,

mais je pense que cela passe inaperçu par manque d'attention de la part des thérapeutes.

Les publications sur les surdoués adultes sont rares et celles sur les spécificités de leur prise en charge psychothérapique inexistantes. Je pense qu'une forte proportion des personnes qui fréquentent nos cabinets ont ce profil, ils ont une hypersensibilité qui leur pose des problèmes, ils ont la sensation d'être différents des autres, ils ont du mal à trouver leur place. Il faut leur permettre de comprendre leur fonctionnement, leurs sentiments, leurs difficultés. Ces simples informations associées à une prise en charge très collaborative, ont permis à certaines personnes de prendre confiance en elles, de comprendre leur fonctionnement, de suivre leur intuition et de ne pas forcément répondre au désir de l'autre dans leurs choix professionnels, personnels ou affectifs. Un patient m'a rapporté ces propos après avoir lu des documents sur les adultes surdoués: « J'ai toujours fait le caméléon, je pensais être fou, c'est exactement moi; j'ai toujours senti les gens, senti comment leur parler pour arriver à mes fins ».

C'est avec un grand plaisir qu'on voit des personnes qui s'améliorent en comprenant comment elles fonctionnent. « Pourquoi je ne l'ai pas su avant? », « Mes comportements et mes réactions s'éclairent, je comprends pourquoi je me suis si souvent fourvoyé dans mes relations ».

J'ai été ravi et fier de participer à ce travail de thèse. D'abord parce que le besoin de dépister les adultes surdoués se manifeste de plus en plus dans ma pratique, qu'ils ont besoin d'un style relationnel différent, et parce que cette thèse a été un véritable travail de recherche en cabinet privé.

Cela a été un grand plaisir de faire connaissance et de travailler avec M. Crouzet, dont les réflexions et la persévérance ont finalement abouti.

Références bibliographiques

1. De Ajuriaguerra. J. *Les enfants surdoués*, In : *Psychopathologie de l'enfant*. Éditions Masson, Paris, 1984.
2. J. C Raven, J.H. Court et J. Raven, *Progressive Matrices Standard (PM38)*. Manuel des Raven : section 3.
3. *Dictionnaire médical MASSON*, anonyme. Éditions Masson, 1997, p. 621.
4. *Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*, anonyme. Ministère de la Santé.
http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf
5. Lautrey J. équipe « cognition et différenciation », *L'état de la recherche sur les enfants dits « surdoués »*. p. 43
http://www.infotheque.info/cache/8745/www.psycho.univ-paris5.fr/recherch/labo_cog/Equipe2/surdoues.pdf
6. Terrassier J.C. *Les enfants surdoués ou la précocité embarrassante*. ESF Éditeur, 3^o Ed 1995, p. 59-60.
<http://www.douance.org/caracteristiques/ident.htm>
7. SOFRES pour l'association Albatros et Fractales, *Rapport d'étude : Les enfants surdoués*, 68E157. 2004
http://www.tns-sofres.com/etudes/sante/060504_surdoues.pdf
8. Adda A. *L'échec ordinaire des adolescents précoces non reconnus*. Eurotalent Barcelone, 1989.
<http://gappesm.net/Ressources/AddaAdos.htm>
9. Butler-Por N. (1993), *Underachieving Gifted Students*. In K.A. Heller, F.J. Mönks & A.H. Passow (Eds.), *International Handbook of Research and Development of Giftedness and Talent* (pp. 649-668). Oxford: Pergamon.
10. Feger, B. & Prado (1986), T. The First Information and Counseling Center for the Gifted in West Germany. In K.A. Heller & J.F. Feldhusen (Eds.), *Identifying and Nurturing the Gifted. An International Perspective* (pp. 139-148). Toronto: Huber Publ
11. Peters, W. A. M ; Grager-Loidl, H. & Supplee, P. (2000), *Underachievement in Gifted Children ans Adolescents : Theory and Practice*. In K. A. Heller, F. J. -Mönks, R. J. Sternberg & R. F. Subotnik (Eds). *International Handbook of Giftedness and Talent*, Oxford : Elsevier Science.

12. Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E. and McGuffin, P. (2001). *Behavioral Genetics (4th Ed.)*, New York: Freeman. [ISBN 0716751593](#).
13. Young J.E., Klosko J.S., *Je réinvente ma vie*, 1993, 2003, p. 154.
14. Chauvin, R., 1975. *Les surdoués : études américaines*. Stock, Paris. P. 98.
15. Hollingworth, L. S. (1942). *Children above 180 IQ (Stanford-Binet): Origin and development*. Yonkers-on-Hudson, NY: World Book Company.

Annexes

Annexe 1 : **Progressive Matrices de Raven.**

Ces épreuves mesurent une composante essentielle de l'intelligence : la capacité inductive. Celle-ci implique la capacité à donner un sens à un ensemble d'éléments, à établir des systèmes de pensée non verbaux permettant de manier aisément une donnée complexe. Elles différencient ainsi les sujets selon leur capacité d'observation immédiate et leur clarté de raisonnement, souvent assimilées à un facteur g et déterminent les possibilités ou potentiel d'apprentissage d'un individu.

Les Progressive Matrices de Raven comportent trois versions de difficulté croissante.

Chaque problème est composé d'une série de figures abstraites, le sujet doit retrouver parmi plusieurs figures celle qui manque à la série. La difficulté est de pouvoir appréhender ces figures sans signification, de saisir les relations qui existent entre elles, de concevoir la nature de la figure complétant chaque système de relation présenté. La capacité du sujet à développer un système de raisonnement logique est ainsi mise à jour.

Fiche informative pour les patients :

“Mesdames, Mesdemoiselles, Messieurs,

Votre médecin va vous proposer de participer à une étude. Cette étude est réalisée chez les patients de votre médecin.

Elle consiste à vous faire passer un test court (25 min), le Standard Progressive Matrices de Raven, au cours duquel seront évaluées les facultés d'observation et de raisonnement. L'intérêt est d'étudier la fluidité intellectuelle, et ceci dans l'espoir de déterminer l'origine des problèmes qui affectent tous les patients. Afin d'étudier les résultats, il sera aussi nécessaire de remplir un petit questionnaire personnel (âge, sexe, profession, niveau d'études...).

Le test se compose de 60 questions de plus en plus compliquées auxquelles il

faut répondre dans un temps limité. Les questions sont sous forme de dessins (“matrices”). Le test ne présente à ma connaissance aucun risque pour les patients.

Bien entendu, vous n’êtes pas obligés de participer à cette étude. Si vous le faites, toutes les données resteront confidentielles et pourront être partagées, si vous le souhaitez, avec votre médecin qui pourra vous expliquer les résultats de ces tests. En outre, pour que cette étude ait une valeur, il est important que vous répondiez aux questions avec honnêteté et concentration.

Veuillez recevoir mes sincères salutations.

En vous remerciant,

Damien CROUZET,

interne en 9^o année de médecine générale”

Annexe 2 : **Fiche patient**

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Profession :

Niveau d'études :

Classification DSM IV :

Résultats des tests antérieurs :

Nom du médecin :

Date de la première consultation :

Test passé avant une consultation, ou après, ou en dehors de la consultation :

Date de la passation du test :

Annexe 3 : **Test d'ajustement du chi-deux**

Le but de ce test est de comparer une distribution théorique d'un caractère à une distribution observée. Pour cela, le caractère doit prendre un nombre fini de valeurs, ou bien ces valeurs doivent être rangées en un nombre fini de classes.

- Données :
 - un caractère A dont les valeurs possibles sont réparties en k classes A1,...,Ak. La probabilité théorique dans chacune des classes est notée p1,...,pk.
 - n observations, qui donnent un effectif n1 pour la classe A1,...,nk pour la classe Ak. Bien sûr, on doit avoir n1+...+nk=n.
- Hypothèse testée : "La distribution observée est conforme à la distribution théorique" avec un risque d'erreur a.
- Déroulement du test :
 - On calcule les effectifs théoriques npj.
 - On calcule la valeur observée de la variable de test chi-2 :

$$\chi^2 = \sum_{j=1}^k \frac{(n_j - np_j)^2}{np_j}$$

- On cherche la valeur critique V dans la [table de la loi du chi-2](#) à k-1 degrés de liberté.
- Si $\chi^2 < V$, on accepte l'hypothèse, sinon on la rejette.
- Vérification a posteriori des conditions d'application : il faut $np_j \geq 5$.

Annexe 4 : **Résultats des patients**

Chaque ligne indique les données d'un seul patient avec date de naissance (DDN), sexe (S) avec F = féminin, et M = masculin, pathologie (P) selon le DSM IV, niveau d'études (NE), score au SPM en 20 minutes (S20), écarts par rapport à la composition normale du SPM (E), classe (C), score au SPM en 30 minutes (non exploité) (S30), catégorie socioprofessionnelle (CSP), classe normalisée (CN), durée de la psychothérapie en années (DP). Les informations non décrites dans ce tableau l'ont été dans la partie statistique de la thèse. Les noms des patients ne sont pas communiqués par respect du secret médical. Le psychiatre de ces patients est le Dr Narang, dont le cabinet est situé à Echirolles (Isère).

DDN	S P	NE	S20	E	C	S30	CSP	CN	DP
28/10/54	F F31,x	BAC +5	43	-1 +1 +2 +2 -4	III-	47	36	3	9,71
25/02/73	M F41,1	BAC +3	54	0 0 +1 +2 -3	I	55	55	9	1,3
16/04/84	F F40,01	BAC +5	51	0 +1 +2 0 -3	II-	.	82	7	2,98
15/06/53	F F60,6	BEP	39	-1 +2 +2 -3 -2	IV+	.	55	3	3,71
10/03/72	M F10,2x F34,1 F10,1	BAC +4	39	0 -1 +1 0 0	IV+	.	41	2	3,21
11/08/76	F F50,x F60,6	BAC STT	48	-1 0 +2 -1 0	III+	.	55	6	2,01
03/06/58	F F60,7	BAC +4	50	-1 -1 +1 +2 -1	II-	.	41	7	2,47
08/06/84	F F40,2	BAC +2	52	0 0 +1 -1 0	II-	.	47	8	1,34
11/09/70	F F60,9	BTS	52	0 0 0 -1 +1	II-	.	55	8	2,9
15/12/60	F F50,x F40,1	DEA	48	-1 -1 +2 +1 -1	III+	.	36	6	4,07
09/02/90	F F41,9	1°	50	0 0 -1 0 +1	II+	.	82	8	1,38
13/06/49	F F60,6	BEP	42	+1 0 0 +2 -3	III-	45	55	4	1,69
06/01/80	F F50,0	BAC +5	47	0 +1 -1 0 0	III+	47	36	5	3,93
10/05/80	M F40,01	BAC	51	0 0 0 -1 +1	II-	.	82	7	4
22/10/35	F F31,8	BAC	22	+2 -1 +1 -2 0	V	.	73	0	1,9
15/04/66	F F50,x F60,9	BAC +4	56	0 0 +1 0 -1	I	.	32	10	1,32
25/08/78	F F60,6	DEA	45	-1 -1 +2 +1 -1	III-	.	32	4	1,43
18/11/60	M F60,6	BAC +5	37	-2 -1 +1 -2 +4	IV-	.	23	1	1,38
16/07/86	F F31,x	BAC +2	48	0 0 +1 +1 -2	III+	51	84	5	2,07
21/06/55	F F32,x	BAC	51	-3 +1 +1 0 +1	II-	.	22	7	3,56
24/01/64	F F40,01	CAP	27	-2 0 +1 0 +1	V	.	82	0	4,11
26/01/90	M F90,00	2nd	41	-1 -1 -2 0 +4	III-	.	84	4	1,25
25/12/73	F F10,1	BAC +4	56	0 0 -2 +1 0	I	57	32	10	1,15
07/06/51	F F31,x	1°	27	0 +3 +1 -3 -1	V	32	41	1	4,51
07/12/61	F F40,1	DUT	47	0 0 -1 0 +1	III+	.	47	5	1,42
25/05/60	M F40,2	BTS	45	0 0 0 +1 -1	III-	46	55	4	1,13
12/05/73	F F39	BTS	44	0 +1 +2 0 0	III-	50	66	3	1,33
02/07/54	F F32,x	BAC pro	53	-1 0 +1 +1 -1	II+	55	54	8	4,08
19/04/73	F F32,x	BAC +3	47	0 -1 +1 -1 +1	III+	48	41	5	9,7
22/05/73	M F40,01	1°	47	0 +1 0 -1 +1	III+	.	23	7	1,46
02/06/47	F F32,x	BTS	39	-2 -1 -3 +3 +3	IV+	40	47	2	1,5
06/05/66	F F42,x	BEP	47	0 0 -1 0 +1	III+	.	69	6	5,08
13/05/93	M F90,9	3°	56	0 0 +1 -1 0	I	.	84	10	1,75
28/01/51	F F32,x	BAC +3	37	0 -1 -1 +2 0	IV-	39	41	1	1,21
15/08/76	F F39	BTS	44	+1 -1 -1 +2 -1	III-	45	54	3	1,38
01/06/81	F F40,01	BAC +4	52	0 -1 0 0 +1	II-	.	46	8	2,04
01/09/57	M F63,8	BAC +2	47	0 +1 +3 0 -4	III+	55	47	5	1,08
12/10/42	F F31,x	CAP	19	-1 +2 +2 -2 -1	V	28	84	0	2,73
12/07/56	F F43,1	CAP	36	-2 +2 +3 -2 -2	IV-	.	55	1	51,65
25/11/87	M F90,0	Terminale	49	0 +1 +1 +1 -3	II-	56	84	7	0,83
17/05/69	F F40,1	BAC +8	57	0 0 0 +1 -1	I	57	36	10	0,89
19/11/81	F F31,x	BAC +2	44	-1 -2 -1 +1 +3	III-	44	32	3	0,49
08/08/72	F F60,7	BAC +2	42	+1 -1 -1 +1 0	IV+	42	85	3	1,25

08/09/65	F F40,01	BAC pro	41	0 +1 +2 -2 -1	IV+	.	41	3	1,15
23/03/65	F F33,x	BAC	48	0 +1 0 0 -1	III+	48	36	6	1,83
26/10/54	F F32,x	BAC +2	34	+2 +4 +3 -7 -2	V	42	22	0	1,3
22/09/77	M F33,x	BAC +9	59	0 0 0 0 0	I	.	31	10	2,64
28/08/48	F F41,1	BAC +8	52	-1 0 +2 0 -1	II-	.	23	8	2,46
16/04/76	M F60,0	BAC +5	46	0 +1 +2 0 -3	III-	.	82	5	2,98
26/02/83	F F42,x	BAC	51	-1 +1 0 +1 -1	II-	.	56	7	2,08
21/12/72	M F43,0	BAC +1	47	-3 0 +1 +1 +1	III+	.	56	5	2,07
02/06/49	M F10,2x	BAC +9	49	0 +1 +2 -1 -2	III+	.	32	6	6,34
19/07/75	M F31,8	BAC +9	59	0 0 0 0 0	I	.	31	10	4,63
15/05/70	M F60,0	BAC +3	39	0 -1 +1 0 0	IV+	.	82	2	1,14
18/10/79	M F20,0x	BAC +1	49	0 0 -1 +1 0	III+	.	23	6	5,01
21/07/76	F F34,1	BAC	49	0 -1 -1 0 -2	III+	.	82	6	3,92
26/10/80	F F34,1	BAC +8	56	0 0 0 0 0	I	56	84	10	0,98
22/07/56	F F40,1	BTS	42	+1 -2 +2 0 -1	IV+	42	54	3	0,88
21/12/90	F F90,0	2nd	51	-1 +1 +1 0 -1	II+	51	84	9	1,4
03/07/87	M F41,1	BAC +2	55	0 -1 0 +1 0	I	55	84	9	1,15
27/02/59	M F34,1	BAC +4	50	0 +1 +2 +1 -4	II-	57	46	7	5,1
07/08/36	M F40,1	BAC +2	49	0 -1 +1 -1 +1	III+	51	36	6	0,46
01/05/59	F F41,1	BAC +4	44	-1 -3 +1 +1 +2	III-	44	32	4	0,4
30/01/61	F F32,x	BAC +5	50	0 -1 +2 +1 -2	II-	53	36	7	0,36
15/08/47	F F34,1	1°	32	-4 +2 +3 +1 -1	IV-	35	47	1	0,11
23/01/79	F F34,1	BAC +2	52	0 -2 -1 0 +3	II-	52	51	8	0,44
04/04/68	M F42,x	BTS	47	0 0 +2 +1 -3	III+	55	41	5	0,62
06/03/76	F F41,1	BAC +10	55	0 -1 -1 0 +2	I	56	32	10	0,25
04/01/81	F F41,1	BAC +2	48	-1 0 -1 -1 +3	III+	48	46	6	5,56
25/02/72	F F31,x	BAC +2	47	-1 +1 0 0 0	III+	47	54	5	1,97
12/11/59	F F90,0	BAC +4	41	-1 0 +3 +1 -3	IV+	47	46	3	0,35
02/11/67	F F32,x	BAC +2	53	0 0 +1 +1 -2	II+	55	54	8	0,42
07/02/83	M F40,1	BAC	45	0 -1 -1 +2 0	III-	49	84	4	0,98
21/05/80	M F43,0	BAC +2	55	0 -1 +1 +1 -1	I	56	54	9	0,31
13/12/91	M F12,1	2nd	52	0 +1 -1 +1 -1	I	53	84	9	0,86
18/09/64	M F90,0	BAC +8	43	+1 +1 +3 -1 -4	III-	51	31	3	0,44
22/07/73	F F25,x	BAC +1	34	-2 -1 0 +2 +1	IV-	34	82	1	0,44
10/11/85	F F51,0	BAC +4	54	0 0 -1 +2 0	I	55	84	9	3,27
14/04/75	F F40,1	BAC +2	48	-3 -1 +2 -2 +4	III+	48	54	5	0,59
05/09/93	M F90,0	4°	20	+1 0 -1 -1 +1	V	20	84	0	1,58
28/07/83	M F84,5	BEPC	49	0 +1 +1 0 -2	II-	50	47	7	0,87
30/08/58	F F42,x	BAC +4	42	-1 0 +1 -3 +3	III-	42	32	3	0,65
06/09/92	M F84,5	2nd	43	+1 -1 +2 -1 -1	III+	45	84	5	4,43
22/09/80	F F50,2	BAC +4	55	-1 0 0 +1 0	I	57	36	10	0,62
18/10/67	M F32,x2	BAC +2	52	0 -1 0 0 +1	II-	52	22	8	0,55
03/07/60	F F90,0	BAC +3	33	+2 +2 -4 0 0	V	33	41	0	0,44
23/09/79	F F42,x	BAC +5	54	0 0 0 +1 -1	I	56	41	9	0,3
30/07/80	M F90,0	BAC +8	53	0 -1 0 -1 +2	II+	53	84	8	0,32

27/08/76	M	F41,0	BAC +5	51	0 0 0 0 -6	II-	57	36	7	0,68
08/03/75	F	F40,1	BTS	54	-1 0 +1 0 0	I	54	54	9	0,4
22/06/68	F	F32,x2	BEP	54	0 -1 0 +1 0	I	54	54	10	0,4
20/09/92	M	F90,0	2nd	51	-1 +1 +1 -2 +1	II+	51	84	9	2,53
08/04/62	F	F31,4	BAC	44	+1 +1 0 +2 -4	III-	53	47	4	0,31
19/06/78	F	F43,1	BAC +2	44	+1 +1 0 +2 -4	III-	50	55	4	0,33
06/05/69	M	F90,0	BTS	46	0 -1 0 +1 0	III-	46	61	4	0,38
05/07/52	F	F90,0	BAC +2	37	0 0 +1 -1 0	IV-	37	31	1	0,33
16/02/66	F	F32,2	BAC +5	38	-1 0 0 -1 +3	IV-	38	32	1	0,23
05/09/59	F	F42,x	CAP	27	-1 -2 -3 +5 +1	V	28	55	0	0,23
22/06/55	M	F41,0	BTS	39	0 +1 0 -1 0	IV+	41	36	2	13,14
03/01/74	M	F90,0	BAC +2	45	0 +1 +3 0 -4	III-	56	51	4	0,47

Résumé

L'objectif de cette étude était d'estimer grâce aux matrices progressives standards de Raven la proportion d'individus « surdoués » dans un échantillon de patients consultant pour des troubles psychiatriques en cabinet libéral. Sur 100 patients testés, nous avons dépistés 17 patients surdoués appartenant à la classe I, soit 17 % du total. La classe I regroupe les individus de capacité intellectuelle supérieure et représente selon l'étalonnage du SPM les 5 % d'individus ayant obtenu les meilleurs scores au SPM. L'analyse statistique montre que la différence de proportion des individus de la classe I entre la population générale et l'échantillon de patients est significative avec moins d'une chance sur mille de se tromper. Nous pouvons donc affirmer que dans notre échantillon, la douance est une caractéristique intéressante à dépister chez les patients. Nous ne pouvons néanmoins pas éliminer un biais de sélection étant donné qu'un seul psychiatre a participé à cette étude.

Abstract

The objective of this study was to estimate with the Raven standard progressive matrices the proportion of “intellectually gifted persons” in a sample of patients consulting a private practitioner for psychiatric confusions. Out of 100 tested patients, we have identified 17 patients belonging to class I, ie 17% of the total number. Class I contains all the individuals with superior intellectual capacity and represents, according to the SPM standard, 5% of the patients having the highest SPM scores. Statistical analyses show that the difference of proportion of class I individuals between the general population and the sample of patients is significant, with less than 0,1% risk of error. We can therefore assert that, in our sample, intellectual giftedness is an interesting characteristic to screen. However, we cannot eliminate a selection bias because only one psychiatrist participated in this study.