



HAL
open science

Dépistage de la précocité intellectuelle chez l'enfant : quel ressenti pour les familles ?

Anaïs Cordier

► **To cite this version:**

Anaïs Cordier. Dépistage de la précocité intellectuelle chez l'enfant : quel ressenti pour les familles ?. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00960897

HAL Id: dumas-00960897

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00960897v1>

Submitted on 19 Mar 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2013

N°

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

PAR

CORDIER Anaïs

Née le 12 novembre 1986

à Mont Saint Aignan

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 3 DECEMBRE 2013

DEPISTAGE DE LA PRECOCITE INTELLECTUELLE CHEZ L'ENFANT :
QUEL RESSENTI POUR LES FAMILLES ?

PRESIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur HERMIL Jean-Loup

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur MARECHAL-DINELLI Anne

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur MARRET Stéphane
Monsieur le Professeur MALLET Eric

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET –**
C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : **MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT -**
M.BENOZIO-J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN -
E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD –
J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET -
B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R.
LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P.
LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B.
MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY -
P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P.
PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-
DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -
.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I-Médecine

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale

M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
M. Alain CRIBIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI communication	HCN	Informatique Médicale/Techniques de
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET Gériatrie.	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne -
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Frank DUJARDIN Traumatologique	HCN	Chirurgie Orthopédique -
M. Fabrice DUPARC Traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et
M. Bertrand DUREUIL chirurgicale	HCN	Anesthésiologie et réanimation
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale

Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES et de la reproduction	HCN	Biologie et médecine du développement
M. Jean-Christophe RICHARD d'urgence	HCN	Réanimation Médicale, Médecine
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-Gastro
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique

M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II. Pharmacie

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB la santé	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie

M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
-------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virgine OXARAN	Microbiologie

III- MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES À MI-TEMPS

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie Et Biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (Unité Inserm 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme ISABELLE TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL,

Vous avez été présent pendant ces trois années de tutorat et m'avez accompagnée dans mon apprentissage de la médecine générale. Vous travaillez avec ardeur à l'amélioration de la qualité de l'enseignement de la médecine générale.

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être le président du jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Stéphane MARRET,

Vous avez accepté avec gentillesse de faire partie de ce jury et de juger cette thèse. Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères pour votre précieux temps accordé.

A Monsieur le Professeur Eric MALLET,

Vous avez accepté de faire partie de ce jury avec une grande disponibilité. Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

A Madame le Docteur Anne MARECHAL-DINELLI,

Tu m'as accompagnée depuis un an et poussée quand j'en avais besoin. Tu m'as donnée l'opportunité de m'épanouir professionnellement. Tu as accepté de diriger ce travail. Trouves dans son accomplissement, le témoignage de ma sincère et profonde reconnaissance.

Aux enfants et leurs parents ayant accepté de participer à ce travail,
Vous avez bien voulu partager votre expérience et vos pensées les plus intimes avec une grande sincérité. Je vous en suis très reconnaissante.

A mes parents,

Pour votre amour et votre soutien depuis le premier jour. Pour m'avoir guidée et montré l'exemple tout au long de ma vie. Pour votre confiance permanente rappelée à chaque fois que j'en ai manqué. Pour m'avoir permis de faire ces études et pour m'avoir supportée à chaque période de concours et examens ! Pour vous être investis, avoir relu et corrigé ce travail. Un profond merci, je suis fière d'avoir les parents que j'ai et je vous aime!

A ma sœur,

Pour tous ces moments partagés et pour tous ceux qui nous attendent. Pour ce lien indéfectible qui nous unit, qui se renforce jours après jours. Pour avoir lu ma thèse malgré les 102 pages ! Pour marcher sur tes deux pieds ! Et pour tant d'autres choses impossibles à résumer, merci et soit sûre de mon amour!

A mes grand parents,

Pour tout votre amour et votre tendresse. Pour tous les moments partagés ensemble depuis toujours. Pour être là aujourd'hui. Voyez dans ces quelques lignes le témoignage de mon amour.

Aux Docteurs Geoffroy OZANNE, Christophe GUILLERM, Jean-Michel BUNEL, Emmanuel et Janick LEFEBVRE,

Vous m'avez accompagnée, conseillée, fait progresser et permis de gagner en confiance et je vous en remercie sincèrement.

Au Docteur Lucille PELLERIN,

Tu m'as soutenue et conseillée dans la construction de mon projet pour le Comité de Protection des Personnes et je t'en remercie.

A Mme Christine DENIS-RAIBAUD, bibliothécaire de la faculté de médecine

Vous m'avez aidée et conseillée dans l'utilisation de pubmed. Un grand merci pour votre investissement et votre disponibilité.

A Juliette,

Toujours présente pour les fous rires, les confidences, le sport et tout le reste ! Un grand merci ! Fais attention à ta cacahuète, je compte bien partager encore beaucoup de moments avec vous !

Aux parisiennes, bretonnes et autres déserteurs de la Normandie,

Merci pour toutes ces années étudiantes pendant lesquelles nous avons beaucoup partagé. Merci d'être encore là malgré la distance. Ces amitiés comptent beaucoup.

A tous mes amis encore plus anciens,

Et oui, le temps a passé depuis le lycée ! On a grandi et je pense que l'on peut être fier de nos parcours respectifs. Merci d'avoir été là à toutes les étapes.

A Etienne,

Merci d'être là aujourd'hui et de me donner envie de vivre l'avenir ...

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	24
II. GENERALITES	25
II1. QU'EST CE QU'UN ENFANT PRECOCE ?	25
II1a. Développement psychomoteur.....	25
II1b. Développement psycho-affectif	26
II1c. Fonctionnement intellectuel.....	27
II2. QUELS SONT SES TROUBLES ?	27
II2a. Troubles du comportement.....	27
II2b. Troubles du sommeil	28
II2c. Anxiété et troubles de l'humeur	28
II2d. Difficultés scolaires.....	29
II3. HISTORIQUE DE LA RECONNAISSANCE DE LA PRECOCITE INTELLECTUELLE 30	
II4. LES TESTS	31
II4a. Qu'est ce que le Quotient Intellectuel ?.....	31
III. MATERIEL ET METHODE	32
III1. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	32
III1a. Objectif principal	32
III1b. Objectifs secondaires	32
III2. ETUDE QUALITATIVE	32
III3. AVIS DU COMITE D'ETHIQUE	32
III4. DEROULEMENT DE L'ETUDE	33
III4a. Lieu d'étude	33
III4b. Critères d'inclusion et échantillonnage	33
III4c. Elaboration du guide d'entretien.....	34
III4d. Paramètres recueillis	34

III5. ANALYSE	34
IV. RESULTATS.....	36
IV1. ANALYSE DE L'ECHANTILLON	36
IV1a. Généralités	36
IV1b. Données épidémiologiques concernant les enfants	36
IV1c. Données épidémiologiques concernant les parents	38
IV2. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	38
IV2a. Circonstances de découverte	38
1. Troubles.....	38
a. Troubles du comportement.....	38
b. Le mal-être à l'école.....	39
c. Troubles du sommeil.....	39
d. Somatisations	39
e. Anxiété	40
f. Troubles de l'alimentation	40
g. Pas de trouble comme signe d'appel.....	41
2. Interlocuteur premier évocateur.....	41
a. Ami-famille	41
b. Fratrie.....	42
c. Médecin.....	42
d. Ecole	43
e. Psychologue	43
3. Ressenti des parents sur le parcours de la reconnaissance	43
4. Peur du diagnostic entraînant un déni	44
5. Interprétation de la notion de précocité selon les enfants	44
6. Caractère familial de la précocité intellectuelle	45
a. Précocité des parents	45
b. Gestion de la précocité des fratries	46

<i>IV2b. Particularités liées à la sociabilité des EIP</i>	46
<i>IV2c. Particularités de la scolarité</i>	47
1. Caractéristiques de la précocité ayant des conséquences sur la scolarité	47
a. Caractéristiques aidantes	47
i. L'envie d'apprendre	47
ii. Mémoire importante.....	47
iii. Rapidité d'exécution des tâches	48
b. Conséquences limitantes.....	48
i. Difficultés d'écriture	48
ii. L'ennui et ses conséquences	48
iii. Difficultés d'organisation	49
iv. Gestion à minima de l'effort scolaire.....	49
v. Difficultés avec les limites.....	49
2. Vécu de la scolarité	50
a. Bon vécu	50
b. Rôle du relationnel dans la scolarité	50
c. Pédagogie inadaptée	51
d. Manque de compréhension et de communication	51
e. Manque de connaissance des enseignants.....	51
f. Certaines écoles se sont adaptées.....	52
3. A propos du saut de classe	53
a. Avis des parents	53
i. Pour.....	53
ii. Contre	54
b. Avis des enfants.....	54
4. A propos du changement d'école	55
<i>IV2d. Les tests</i>	56
1. Ressenti concernant la passation.....	56

2.	Connaissance des enfants concernant les tests	57
3.	Conséquences bénéfiques	57
a.	Pour l'adaptation scolaire.....	57
b.	Pour l'évaluation psychologique globale.....	57
c.	Pour l'éducation des enfants.....	58
d.	Pour aider l'enfant à se comprendre lui même et à avoir une meilleure estime de soi	59
e.	Pour améliorer l'estime de soi des parents et les déculpabiliser	60
f.	Pour aider au changement de comportement.....	60
4.	Reproductibilité des tests	61
5.	Les limites.....	61
a.	Les déficits sensoriels.....	62
b.	L'anxiété lors de la passation.....	62
c.	L'âge	62
d.	Etat d'esprit de l'enfant pendant la passation	62
e.	Le test peut initier ou permettre d'adapter la prise en charge de l'enfant.....	63
6.	Pas de changement provoqué.....	63
7.	A quel moment passer les tests ?	63
8.	Dépister la fratrie ?	64
9.	Avis des parents interrogés sur le dépistage en général.....	64
<i>IV2e.</i>	<i>Le rôle du corps médical : vécu et attentes des parents</i>	<i>65</i>
1.	Concernant le dépistage.....	65
2.	Concernant le suivi	65
V.	DISCUSSION	66
V1.	FORCES ET LIMITES.....	66
V2.	DISCUSSION DES RESULTATS	68
V2a.	<i>La précocité, mythe ou réalité ?.....</i>	<i>68</i>
V2a.	<i>Le rôle des médecins.....</i>	<i>69</i>

V2b. Les tests	71
1. Effet bénéfique sur l'estime de soi de l'enfant	71
2. Effet bénéfique sur la qualité de vie de la famille	72
3. Mode de dépistage	72
4. – Moment de la passation	73
VI. CONCLUSION	75
VII. ANNEXES	76
VII1. ANNEXE 1 : NOTICE EXPLICATIVE ADRESSEE AUX PARENTS DES ENFANTS INTELLECTUELLEMENT PRECOCES INCLUS DANS CETTE ETUDE	76
VII2. ANNEXE 2 : NOTE EXPLICATIVE AUX ENFANTS INTERROGÉS DE PLUS DE 14 ANS	78
VII3. ANNEXE 3 : NOTICE D'EXPLICATION POUR LES ENFANTS DE 9 A 14 ANS	80
VII1. ANNEXE 4 : NOTICE D'EXPLICATION POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 9 ANS	82
VII2. ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC L'ENFANT	86
VII3. ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PARENTS.....	87
VII4. ANNEXE 7 : ACCORD DU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES	88
VII5. ANNEXE 8 : EXEMPLE D'ENTRETIEN AVEC UN ENFANT : ENTRETIEN AVEC E2	90
VII6. ANNEXE 9 : EXEMPLE D'ENTRETIEN AVEC UN PARENT : ENTRETIEN AVEC M2	94
VIII. BIBLIOGRAPHIE	99

•

ABREVIATIONS

EIP : Enfant Intellectuellement Précoce

QI : Quotient Intellectuel

AFEP : Association Française pour les Enfants Précoces

ANPEIP : Association Nationale pour les Enfants Intellectuellement Précoces

WISC : Wechsler Intelligence Scale for Children

WPPSI : Wechsler Preschool and Primary's Scale Intelligence

WAIS : Wechsler Adult Intelligence Test

NEMI : Nouvelle Echelle Métrique de l'Intelligence

ICV : Indice de Compréhension Verbale

IRP : Indice de Raisonnement Perceptif

IMT : Indice de Mémoire de Travail

IVT : Indice de Vitesse de Traitement.

R-MAS : Revised-children's Manifest Anxiety Scale

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention/Hyperactivité

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

I. INTRODUCTION

Le dépistage clinique des Enfants Intellectuellement Précoces (EIP) se fait grâce à des tests de Quotient Intellectuel (QI) validés. Il est reconnu que les EIP représentent au minimum 2,3% de la population (QI supérieur à 130/160 et répartition normale sur la courbe de Gauss), ce qui correspond à environ 200 000 élèves entre 6 et 16 ans, autrement dit un sur cinquante.

Leur mode de fonctionnement est très différent de l'enfant dit « normo-pensant » avec une fréquente dyssynchronie dans différents domaines. Les problématiques qui en découlent leurs sont spécifiques (1). En effet, la précocité intellectuelle peut être associée à des échecs scolaires, à des troubles du comportement et à des affects dépressifs (2). Il paraît donc indispensable de la dépister au plus tôt afin de mettre très rapidement en place la prise en charge la plus adaptée à leurs besoins (3).

Les terminologies les plus utilisées : « intellectuellement précoces », « surdoués » ou « haut potentiel » ont tendance à induire la notion d'avance intellectuelle. Ce « plus », supposerait que la seule chose qui différencie ces enfants des autres soit une plus grande capacité d'acquisition de connaissances et une supériorité des compétences intellectuelles. Or, la réalité est bien plus complexe. En effet, être intellectuellement précoce signifie avoir un mode de fonctionnement qualitativement différent, que ce soit en terme de pensée, de raisonnement et d'émotivité. Même si chaque EIP est unique, leur développement et leur personnalité présentent des caractéristiques communes relativement fréquentes, dont la connaissance est nécessaire pour mieux les repérer (1) et les appréhender.

Pour diverses raisons cette particularité est très rarement prise en compte au niveau scolaire et médical, l'apprentissage de ce diagnostic ne faisant actuellement pas parti du cursus universitaire de médecine. Le médecin généraliste ou médecin de famille devrait être un des interlocuteurs privilégiés pour aborder cette hypothèse et proposer un dépistage précoce.

L'objectif principal de cette étude était d'explorer l'hypothèse du bénéfice pour l'enfant et sa famille d'un dépistage précoce. Les objectifs secondaires étaient d'explorer les troubles dont ces enfants souffraient, de faire ressortir les moyens de prise en charge mis en place après la pose du diagnostic et de définir les interlocuteurs ayant été aidant.

II. GENERALITES

II1. QU'EST CE QU'UN ENFANT PRECOCE ?

II1a. Développement psychomoteur

Selon une étude rétrospective réalisée sur les enfants suivis à la consultation de PMI attachée à la maternité du groupe hospitalier Cochin-Saint Vincent de Paul-La-Roche-Guyon en 2003 par L Vaivre-Douret (4), dès leur naissance, certains critères de développement sont communs aux EIP. En effet, on peut constater :

- Dès la naissance, une oculomotricité efficace associée à une exploration par le regard très active
- la disparition des réflexes archaïques et la tenue de la tête sont acquises juste après un mois en moyenne
- la préhension volontaire à 3 mois, le retournement vers 4 mois
- la station assise vers 6 mois
- le « quatre pattes » et la pince pouce-index vers 8 mois
- la marche vers 12 mois
- la montée des escaliers en changeant de pied ainsi que le tricycle vers 24 mois.

Après comparaison aux échelles d'évaluation développementale (5), on s'aperçoit d'une avance moyenne d'au moins un à deux mois sur les acquisitions par rapport aux autres enfants. De même sur le plan du langage :

- les premiers mots apparaissent vers l'âge de 9 mois
- les premières phrases vers 18 mois
- le « je » vers 2 ans ½.

Ces enfants ne passent pas par un « langage bébé » mais parlent déjà très bien à 22 mois en utilisant précocement les temps verbaux. Ils présentent un grand intérêt pour le sens précis des mots et s'amuse à les manier dans toutes leurs nuances.

Leur curiosité leur permet un accès à la lecture accéléré via les médias qu'ils cherchent à décrypter. Au niveau du graphisme, il semblerait que leurs facilités soient moindres et qu'il y ait un décalage entre leur rapidité de réflexion et leur lenteur de réalisation (dyssynchronie intelligence-psychomotricité). Face à cette frustration, ils sous-investissent fréquemment le domaine de l'écriture (6).

II1b. Développement psycho-affectif

Les nourrissons surinvestissent dès 3 mois le contact avec leur mère et sollicitent sans cesse l'entourage pour être remarqués (3). A tout âge, ils sont à la recherche d'un rapport avec l'adulte.

L'hyperesthésie et la réceptivité très importante qui les caractérisent, alimentent une hypersensibilité et une émotivité exacerbée. C'est surtout cette affectivité envahissante qui marque leur personnalité. Elle s'accompagne d'un intérêt précoce et d'une grande lucidité concernant leur environnement. Ils captent spontanément les fragilités des personnes qui les entourent. Leur questionnement est incessant et pertinent. Il concerne des questions existentielles sur la vie, la mort ou d'autres sujets complexes, ce qui embarrasse souvent les adultes (6). Cet aspect rend les EIP psychologiquement très vulnérables (7). Ils se ressentent comme différents, en décalage avec les autres enfants sans comprendre pourquoi. Cela explique leur fragilité narcissique. Pour se protéger de ces débordements émotionnels récurrents, ils mettent en place des mécanismes de défense qui passent par une intellectualisation. Il peut en résulter un clivage identitaire avec un surinvestissement de la sphère intellectuelle au détriment de la sphère affective. Ces tentatives d'adaptations permanentes et cette non compréhension de leur différence sont la source de beaucoup de leurs troubles.

Au niveau social, ces enfants, avides d'échanges élaborés, sont attirés par les enfants plus âgés et par les adultes, qu'ils surprennent souvent par leur capacité de compréhension, de mémoire et par leur humour (6). Par contre, ils présentent des difficultés sociales avec les enfants de leur âge dont ils ne partagent pas les centres d'intérêt.

Cette grande volonté de tout maîtriser, de tout savoir et de tout comprendre entraîne un refus des règles dont ils ne comprennent pas l'intérêt et une intolérance à la frustration. Cette particularité de leur fonctionnement a des conséquences sur leur adaptation scolaire entre autre. Cependant, ces enfants qui apparaissent très tôt comme des enfants vifs, hypersensibles, opposants et dérangeants, ont pourtant besoin de règles éducatives strictes et bienveillantes, seules susceptibles de les rassurer (6).

II1c. Fonctionnement intellectuel

La pensée de l'EIP est décrite comme en arborescence (8). Elle est construite en réseau. Chaque idée génère une ramification de nouvelles idées. Plusieurs réseaux peuvent fonctionner en parallèle. Elle s'oppose à la pensée linéaire des autres enfants. Ce mode de pensée entraîne un grand nombre d'idées qui s'imposent à l'EIP. Il peut aussi entraîner un manque d'organisation et une difficulté d'esprit de synthèse.

Il y a donc une grande dualité dans la personnalité et le mode de fonctionnement de ces enfants. Intellectuellement, les EIP vont appréhender les solutions de manière globale, ne passant pas par les étapes méthodologiques habituelles. Elles s'imposent à eux avec un sentiment de certitude. Par contre, émotionnellement, ils présentent une grande fragilité et de nombreux questionnements anxiogènes. Cela complique leur adaptation au monde extérieur.

II2. QUELS SONT SES TROUBLES ?

Parallèlement à ces « facilités » que présentent les EIP, il paraît important d'évoquer leurs difficultés. En effet, nombre d'obstacles jalonnent leur parcours. Les connaître rend leur prise en charge plus aisée et efficace.

II2a. Troubles du comportement

Ils sont parfois le premier point d'appel de la précocité intellectuelle (6). Ils peuvent s'apparenter à un Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDAH) (9). Ce comportement est caractérisé par une logorrhée, une incapacité à rester assis, une rêverie diurne, une difficulté à se concentrer, à focaliser et soutenir son attention et par conséquent, à achever certaines tâches. Cependant, chez l'EIP, le trouble est variable en fonction du moment, des circonstances et des interlocuteurs. Par exemple, à l'école et pas à la maison (9), ou lorsqu'une tâche l'ennuie et pas lorsqu'elle le passionne. Cet aspect les distingue des autres enfants présentant un véritable TDAH, stable quelque soit le contexte environnemental. S. Tordjman a fait l'hypothèse, pour expliquer ces troubles du comportement, qu'ils relèveraient d'un manque de stimulations externes et internes. Ainsi, « une adaptation du milieu scolaire et familial pourrait aider les enfants surdoués à augmenter leur niveau de vigilance, et donc à moins avoir besoin de recourir à une agitation psychomotrice. Ainsi, un milieu riche en stimuli environnementaux est plus cadrant pour les enfants surdoués hyperactifs qu'un milieu

appauvri en stimuli qui serait supposé pourtant réduire leurs distractions». (9) De même une autre étude de Moon et al montre que les EIP ont une concentration supérieure sur leur travail lorsqu'ils écoutent de la musique ou regardent la télévision (10). Des adaptations simples peuvent donc améliorer des situations de troubles du comportement et d'échec scolaire, sans avoir recours à des traitements lourds tel que la ritaline®.

L'opposition prédomine chez les garçons intellectuellement précoces. Elle s'explique par cette volonté de comprendre et par ce besoin de maîtrise. Elle est d'autant plus difficile à gérer que leur aplomb et leur aisance de langage rend leur argumentation structurée et crédible. Il faut cependant maintenir une fermeté bienveillante car comme tout enfant, ils ont besoin de cadres.

II2b. Troubles du sommeil

Ils sont fréquents chez les EIP, à type d'insomnies, de parasomnies ou d'impressions subjectives d'un sommeil de mauvaise qualité (11). Ils peuvent être liés à l'anxiété ou à cette hyperactivité psychomotrice qui les caractérise.

II2c. Anxiété et troubles de l'humeur

Pour certains auteurs (9), les observations cliniques montrent que l'anxiété est constante chez l'EIP qui se questionne en permanence à propos de sujets qu'il ne peut assumer. Ces questions existentielles, qui peuvent concerner la vie après la mort, les maladies, les catastrophes naturelles etc., ne sont pas en rapport avec son âge. Il ressent un décalage par rapport aux préoccupations des autres enfants et ne partage donc que peu ses angoisses avec eux. L'enfant, souvent seul face à ces questionnements risque d'être envahi par un désarroi anxiogène. Cela peut même engendrer des affects dépressifs. Dans d'autres cas, ces angoisses peuvent évoluer vers la mise en place de rituels apaisants, jusqu'à de véritables Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC). Par ailleurs, une étude transversale (12) de l'anxiété dans un groupe de 111 enfants intellectuellement surdoués qui avaient répondu à la version française de la revised-children's manifest anxiety scale (R-MAS) a montré que leurs résultats ne différaient pas statistiquement des valeurs normatives. Cependant, aucune étude ne peut être réalisée sur les EIP non encore dépistés, on ne peut donc pas évaluer l'anxiété avant la pose du diagnostic.

Les troubles de l'humeur, très fréquents, sont parfois difficiles à repérer. En effet, les signes de dépression infantile sont d'expression variable selon l'âge. Entre 2 et 6 ans, ils se manifestent par de l'agressivité, une hyperactivité motrice et un isolement social. Entre 6 et 12 ans, par une dévalorisation, des mensonges, des fugues, un refus et un échec scolaire. Et chez l'adolescent, une irritabilité et un désinvestissement des loisirs (6). Les reconnaître et les relier à la précocité permet de mettre en place des stratégies psychologiques de traitement adaptées.

II2d. Difficultés scolaires

L'échec scolaire est présent, selon l'Association Française des Enfants Précoces (AFEP) (13), chez 1/3 des EIP. En effet, l'EIP ne doit pas être confondu avec un enfant aux résultats brillants, même s'il est possible d'être les deux à la fois (14). La précocité intellectuelle est caractérisée par une intelligence qualitativement différente et non quantitativement différente.

L'enseignement en France est plutôt linéaire et dispensé dans un ordre strict. Cela n'est pas toujours compatible avec ces modes de fonctionnement. Les EIP appréhendent les choses de manière globale sans être capable d'en décrire les étapes. Dans l'exercice scolaire, cette incapacité peut être pénalisée.

Les EIP présentent de façon récurrente des difficultés d'interprétation des consignes. Leur avance verbale et leur goût pour la précision des termes employés les pousse à une interprétation littérale des consignes. Ce processus peut être à l'origine de malentendus avec l'enseignant. Par exemple, dans un devoir de géométrie de CM2 : « faites les figures géométriques suivantes : un triangle isocèle, un carré, un losange... » : L'élève rend à l'institutrice un ensemble de formes géométriques découpées. L'élève avait « fait » au sens de « fabriquer ».

La pensée en arborescence des EIP peut être un atout (rapidité dans la recherche des solutions) mais aussi un handicap dans le système scolaire tel qu'il est organisé.

Leur manque d'organisation pratique, leur sens critique, leur souci de la perfection ou du détail peuvent les desservir dans ce système et aboutir à de mauvais résultats (14). Ne supportant pas cet échec, ils peuvent se désintéresser de l'école, ce qui peut engendrer de lourdes conséquences sur leur estime d'eux même et favoriser les troubles précédemment cités.

Parfois, c'est ce besoin de ressembler aux autres, cette sur-adaptation au modèle majoritaire qui pousse les enfants à limiter leur propre réussite scolaire (effet pygmalion négatif).

II.3. HISTORIQUE DE LA RECONNAISSANCE DE LA PRECOCITE INTELLECTUELLE

Dès la Grèce antique, une adaptation de l'éducation des enfants selon leurs capacités était l'habitude. A cette période, un point de vue élitiste était privilégié. Cela s'est poursuivi de la même façon dans différents continents. Au moyen âge, ces enfants étaient éduqués par les moines. Au XVe siècle, le sultan Ottoman Mehmed le Conquérant avait créé une école spéciale pour les enfants les plus remarquables. Et en France, Montaigne, à la Renaissance, proposait «une pédagogie innovante pour les enfants qui ont le goût pour l'étude» (3).

C'est au XIXe siècle que de premières études sur l'intelligence ont été réalisées aux Etats Unis avec Galton. En 1901, la première classe pour enfants précoces a été créée dans le Massachussets.

En France, les études ont débuté au début du XXe siècle. L'école obligatoire venait d'être instaurée (1905). Le problème était alors plus lié à l'éducation des enfants ayant des difficultés. C'est Binet et Simon (3) qui mirent au point la première échelle d'intelligence. Même si elle était faite pour repérer les enfants dont les capacités intellectuelles étaient moindres, elle permis de mettre en évidence que d'autres enfants avaient des capacités très supérieures à la moyenne.

Cependant, c'est bien pour les enfants ayant un retard mental que des adaptations ont été réalisées. En effet, en France, la proposition de structures adaptables aux enfants « en avance » n'a pas été suivie. Dès 1909, une loi fut promulguée pour créer des classes à faibles effectifs dites « classes de perfectionnement ». En 1936, le front populaire a généralisé cette politique globale en faisant collaborer les différents ministères. Les difficultés d'adaptation scolaire ont été de plus en plus visibles lorsqu'en 1959, la scolarité obligatoire est passée de 14 à 16 ans. Malgré toutes les lois et adaptations mises en places par les différents gouvernements, ce n'est que récemment que la cause des EIP a été prise en compte.

En 2002, le rapport Delaubier (15) sur la scolarisation des EIP a émit un certain nombre de propositions structurelles et institutionnelles pour améliorer l'intégration de ces enfants. Le 23 avril 2005 a été voté une loi en faveur de l'intégration des élèves

intellectuellement précoces. Elle stipule que : « Des aménagements appropriés sont prévus au profit des élèves intellectuellement précoces ou manifestant des aptitudes particulières, afin de leur permettre de développer pleinement leurs potentialités. La scolarité peut être accélérée en fonction du rythme d'apprentissage de l'élève » (article 27, Pierre – Henri Senesi, 2005, espace de mutualisation des ressources disciplinaires : les élèves à besoins éducatifs particuliers-précocité intellectuelle). Tout récemment, en septembre 2013, a été publié une directive ministérielle (16) précisant les méthodes pédagogiques nécessaires à mettre en place pour favoriser l'intégration des EIP dans les établissements publics. Elle donne aux enseignants une obligation de moyen et un outil d'aide à leur mise en place.

Ces propositions sont donc récentes. Encore aujourd'hui, elles ne sont que peu mises en places et prédominent dans les établissements privés.

II4. LES TESTS

II4a. Qu'est ce que le Quotient Intellectuel ?

Il est obtenu par la formule : $(\text{âge mental} / \text{âge réel}) \times 100$. C'est donc un quotient (17). Pour mesurer l'âge mental, on se sert de différentes échelles. Principalement : Le WPPSI (Wechsler Preschool and Primary's Scale Intelligence) avant 6-7 ans, le WISC (Wechsler Intelligence Scale of Children) pour les enfants plus âgés et le WAIS (Wechsler Adult Intelligence Test) pour les adultes. Ces tests ont été révisés à quatre reprises pour tenir compte de l'amélioration des capacités de la moyenne des enfants. Ces échelles positionnent l'enfant par rapport à la population de référence du même âge.

Les résultats comprennent quatre indices résultants de diverses épreuves qui évaluent différents aspects de l'intelligence : L'ICV = Indice de Compréhension Verbale, l'IRP = Indice de Raisonnement Perceptif, l'IMT = Indice de Mémoire de Travail et L'IVT = Indice de Vitesse de Traitement.

La « normalité », qui correspond à 50 % des enfants, se situe entre 90 et 110 et la norme supérieure entre 110 et 120. Selon les auteurs, la catégorie très supérieure commence à partir de 125 ou de 130. Cette répartition est réalisée à partir d'une norme de référence dans une courbe de Gauss (18).

III. MATERIEL ET METHODE

III1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

III1a. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude était de recueillir le ressenti des EIP dépistés et de leurs parents, à propos des tests de QI et les éventuels changements provoqués par leur passage, dans leur vie personnelle et scolaire.

III1b. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient d'explorer les troubles dont ces enfants avaient pu souffrir, de faire ressortir les moyens de prise en charge ayant été mis en place après la pose du diagnostic, de repérer quels interlocuteurs avaient été aidants et de s'intéresser à la place du médecin traitant dans le diagnostic et la prise en charge.

III2. ETUDE QUALITATIVE

Une étude qualitative est caractérisée par une recherche qui découle des données issues d'observations, d'entretiens ou d'interactions verbales et qui se concentre sur les significations et les interprétations des participants (19). Cette méthode a pour objectif d'étudier un ressenti et de comprendre les mécanismes influençant le bien être d'un enfant. La recherche qualitative explore un phénomène et essaie de lui donner un sens. Son mécanisme est inductif. Elle génère des hypothèses mais ne les teste pas.

III3. AVIS DU COMITE D'ETHIQUE

Un projet a été présenté au Comité de Protection des Personnes afin de permettre la réalisation de cette étude. L'autorisation a été donnée. Des notices d'explications ont été rédigées : une pour les enfants de moins de 9 ans, une pour les enfants de 9 ans à 14 ans,

une pour les enfants de plus de 14 ans et une pour les parents des enfants interrogés. Un formulaire de consentement a aussi été rédigé et fait signer aux parents (cf. annexes)

III4. DEROULEMENT DE L'ETUDE

Notre étude était une étude transversale observationnelle qualitative réalisée de décembre 2012 à septembre 2013. Tous les entretiens ont été réalisés par un enquêteur unique.

III4a. Lieu d'étude

Les entretiens se sont déroulés en Seine Maritime, au domicile des enfants.

III4b. Critères d'inclusion et échantillonnage

Les enfants inclus avaient été dépistés avant 18 ans. Ils avaient un Q.I supérieur à 125. Eux et leurs parents étaient d'accord pour participer aux entretiens. Nous avons fait signer un accord écrit aux parents.

Les enfants ont été recrutés via l'Association Française des Enfants Précoces, et via des psychologues du département faisant passer les tests de Q.I. Ces interlocuteurs ont présenté le projet aux familles puis leur ont transmis les coordonnées de l'investigateur. Des rendez vous ont ensuite été pris afin de réaliser les entretiens. Les entretiens se sont déroulés au domicile des interviewés.

La population a été échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible en terme d'âge, de sexe, d'âge de dépistage, d'école et d'éventuels saut de classe.

Le recueil des données s'est arrêté lorsque l'analyse de nouveaux entretiens n'a plus apporté de nouvelles informations, c'est à dire lorsque nous sommes arrivés à saturation.

III4c. Elaboration du guide d'entretien

Les entretiens étaient semi-dirigés. Il y en avait deux consécutifs : un avec l'enfant (en présence de ses parents ou pas, selon son choix) suivi d'un autre avec l'un des parents (en présence de l'enfant ou pas, selon son choix). Un guide d'entretien avait été élaboré au préalable. Il comprenait des questions ouvertes afin de recueillir la plus grande diversité de réponses possibles. Il a ensuite été complété grâce à l'analyse des premiers entretiens. En effet, lorsque de nouveaux aspects de notre sujet avaient été abordés par les interviewés, ils avaient été ajoutés au guide d'entretien afin de réaliser une exploration la plus vaste possible de notre sujet.

III4d. Paramètres recueillis

Le guide d'entretien recherchait des informations démographiques, il explorait ensuite l'avis des enfants puis celui de leurs parents.

Avec l'enfant, nous avons évoqué ses connaissances concernant la précocité intellectuelle, ses souvenirs de la passation (lorsqu'il y en avait), son ressenti sur sa vie avant les tests puis sur celle après les tests et les éventuels changements provoqués. On leur demandait ensuite s'ils étaient plutôt satisfaits ou non d'avoir réalisé ces tests et dans quelle mesure.

Avec les parents, les mêmes thèmes ont été abordés. D'autres points ont été explorés tels que l'interlocuteur qui avait évoqué pour la première fois cette hypothèse pour leur enfant, l'existence ou non de troubles somatiques chez leur enfant qui se seraient modifiés après la passation des tests et la description de leurs attentes vis à vis de leur médecin traitant à ce sujet.

III5. ANALYSE

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone personnel. Ils ont directement été anonymisés, en donnant un numéro à chaque interviewé. Les chiffres donnés étaient précédés d'un E pour les enfants et d'un M pour les parents. Ils ont ensuite été retranscrits en totalité. Les noms des écoles fréquentées ont été remplacés par la mention [ancienne école] ou [nouvelle école] afin de respecter l'anonymat. L'avis des enfants et de leurs parents, obtenu suite aux questions ouvertes, a été analysé selon le modèle

classique des études qualitatives, avec l'aide du logiciel Nvivo. Le verbatim a été défini par l'ensemble des mots et des phrases employés par l'échantillon lors des entretiens. Il a été décontextualisé, puis codé sous forme d'idées. Chaque contenu de code a été défini avec précision. Un tableau à 3 colonnes a été réalisé via le logiciel. Il comprenait le code, la définition du code et le verbatim correspondant. Les codes ont ensuite été amalgamés et recontextualisés, puis organisés et résumés en thèmes. Ces derniers ont permis d'évoquer des hypothèses concernant l'importance de la réalisation précoce des tests.

IV. RESULTATS

IV1. ANALYSE DE L'ECHANTILLON

IV1a. Généralités

Les entretiens ont été réalisés entre décembre deux mille douze et septembre deux mille treize. Onze familles dont un enfant au moins était dépisté « intellectuellement précoce » ont été incluses. Quatre de ces familles contenaient une fratrie de deux enfants dépistés EIP. Nous avons proposé la réalisation de ces entretiens aux familles qui nous ont recontactés si elles acceptaient de participer. Au total, vingt six entretiens ont eu lieu. Tous les entretiens se sont passés au domicile des familles. Ceux des enfants ont duré de 5 minutes 40 secondes à 12 minutes (moyenne : 9 minutes et 21 secondes). Ceux des parents, de 13 minutes 10 secondes à 32 minutes 56 secondes (moyenne : 22 minutes 23 secondes).

IV1b. Données épidémiologiques concernant les enfants

L'échantillon d'enfants comprenait 10 garçons et 5 filles. L'âge des enfants est représenté dans le tableau suivant.

Tranches d'âge	Sexe féminin	Sexe masculin	total
0-3 ans	0	0	0
3-6 ans	0	1	1
6-9 ans	3	2	5
9-12 ans	1	4	5
12-15 ans	1	3	4
15-18 ans	0	0	0

Tableau 1 : répartition des âges en fonction du sexe

Neuf enfants étudiaient dans une école publique et six enfants étaient dans une école privée.

Le tableau 2 représente les âges auxquels avaient été réalisés les premiers tests

Âge de réalisation des premiers tests	Sexe féminin	Sexe masculin	Total
0-3 ans	0	0	0
3-6 ans	3	3	6
6-9 ans	1	4	5
9-12 ans	1	2	3
12-15 ans	0	1	1
15-18 ans	0	0	0

Tableau 2 : Age de réalisation des tests

Le tableau 3 représente la répartition des chiffres de QI :

Chiffre de QI	Sexe féminin	Sexe masculin	Total
125 - 130	1	3	4
130-135	1	1	2
135-140	1	0	1
140-145	1	3	4
145-150	1	2	3

Tableau 3 : Répartition des chiffres de QI

Un garçon avait été testé à l'âge de 4 ans et 10 mois et avait donc bénéficié d'un test NEMI II (Nouvelle Echelle Métrique de l'Intelligence II), mieux adapté à son comportement et à son jeune âge. Les cotations étaient différentes des tests WISC III et IV. Son Indice d'efficacité cognitive était compris entre 129-141. Il était au 99,1^e percentile.

Sept enfants sur quinze avaient bénéficié d'un saut de classe. Et neuf d'un changement d'école dû au passage des tests. Sept avaient sauté une classe dans les deux ans après le changement d'école.

IV1c. Données épidémiologiques concernant les parents

Un seul père avait choisi de participer aux entretiens.

La répartition de leurs catégories socioprofessionnelles est présentée dans le tableau 4.

Agriculteurs exploitant	0
Artisans, commerçants et chefs d'entreprises	2
Cadres et professions intellectuelles supérieures	2
Professions intermédiaires	5
Employés	2
Ouvriers	0

IV2. ANALYSE DES ENTRETIENS

IV2a. Circonstances de découverte

1. *Troubles*

Certains d'entre eux avaient permis le dépistage.

a. Troubles du comportement

Ils avaient fait évoquer la précocité pour deux enfants. Pour E1, c'est la directrice qui disait à sa mère : « *Ecoutez, il ne peut plus rester à l'école maternelle parce qu'il commence à perturber la classe.* »

E3, lui, était devenu agressif : « *Avec les copains, par exemple avec mon meilleur ami à [ancienne école], c'était là où j'étais en CP, et bien comme je m'ennuyais, et j'étais fâché contre ma maitresse, je donnais des coups de pied à tout le monde.* »

b. Le mal-être à l'école

Il était le point d'appel le plus retrouvé dans notre échantillon. M2 : « ... ça expliquait aussi son dégoût, il n'en pouvait plus, il pleurait le matin, il a tout fait, il nous a supplié, il s'est mis en colère, il ne voulait plus aller à l'école c'était une catastrophe ».

Il pouvait être causé par une incompréhension avec les instituteurs qui supportaient mal le comportement agité des enfants : M13 « le professeur qui mettait toujours un mot dans le cahier comme quoi E13 était un élève insupportable qu'il fallait tout le temps le punir, voilà ».

Ou des incompréhensions poussant à mal évaluer les capacités de l'enfant : M9 « ... quand E9 était en CE2, il est tombé dans une classe avec une maîtresse très rigide qui, je dirais, au bout d'un mois me croise et tout ça en me disant genre : E9 est lent. Alors là j'ai dit désolé madame mais il doit y avoir un problème parce que E9 (à ce moment là je ne savais pas encore grand chose), E9 est tout sauf lent ! Il peut être pète couille, il peut être tout ce que vous voulez mais lent ce n'est pas possible ! ».

c. Troubles du sommeil

Souvent de façon transitoire, dans les périodes où le mal-être était le plus important. M3 : « Il a eu des troubles du sommeil qui sont apparus à Noël soit 3 mois après le début de l'école, enfin du CP ». Pour d'autres, comme E4, ils avaient perduré plus longtemps malgré les adaptations mises en places : M4 « des problèmes d'endormissement qui ont perduré très longtemps, qui sont encore là ponctuellement quand elle est fatiguée, qu'elle a un souci ou qu'elle est triste comme elle l'a dit ».

Pour un des enfants interrogés, un traitement médicamenteux avait même été nécessaire : M6 « depuis le CM2, il a des troubles de l'endormissement le soir et avec la 6^e ça s'est aggravé complètement, ce qu'on avait réussi à baisser en Atarax® on l'a remonté à fond ».

d. Somatisations

C'est le point qui a permis à E12 d'être dépisté. M12 : « En fait ce qui nous a amené au fait de consulter c'était ce problème de maux de ventre et on a plusieurs fois eu l'occasion de voir le Dr M-D [...] jusqu'au jour où elle nous a dit : il faut que je vous parle de quelque

chose, je pense que c'est un enfant qui présente des signes de précocité vu ce qu'on a déjà eu comme échange ».

Pour d'autres, c'est avec du recul que les parents et les enfants eux-mêmes avaient jugés plusieurs troubles physiques comme psychosomatiques. En effet, ils avaient disparus de façon spectaculaire une fois les adaptations mises en place. Selon E4 : *« au début, j'étais tout le temps malade parce que je m'ennuyais trop à l'école »*. Sa mère nous le confirmait : *« donc on a changé d'école, et en fait c'était absolument hallucinant parce qu'elle faisait des otites séreuses, elle avait déjà été opérée une première fois avec des yoyo, et quand elle a fait cette fameuse somatisation, l'ORL venait de me redire qu'il allait falloir réopérer les oreilles, je lui ai demandé de patienter une semaine parce que j'allais finaliser en fait le changement d'école. Et donc la semaine suivante, je suis revenue avec la demoiselle, je venais de lui annoncer qu'elle allait changer d'école et tout avait disparu »*.

Ces éléments permettaient d'émettre l'hypothèse d'un bénéfice direct de la reconnaissance de la précocité intellectuelle sur le bien-être de certains enfants.

e. Anxiété

La majorité des enfants interrogés étaient de nature anxieuse. M2 : *« C'est aussi un enfant qui est extrêmement angoissé par beaucoup de choses donc la mort, il nous en a parlé dès l'âge de trois ans »*.

Pour un enfant, une médication était nécessaire : M6 décrivait son fils comme *« une boule d'angoisse [...] il est sous Atarax® ... »*.

La traduction de l'angoisse était différente selon les enfants. Pour M14 : *« les colères oui, il était mais infernal, toujours sous tension, toujours tout prenait des proportions énormes. Et puis ça se retournait contre lui mais de toute façon il n'arrivait pas à se reprendre tout seul et puis de toute façon : « je suis méchant, je serais mieux d'être mort euh, vous seriez mieux sans moi »*. Et on s'est dit bon bah il va falloir faire quelque chose parce que pour nous c'était difficile ».

f. Troubles de l'alimentation

Ils étaient moins fréquents dans notre échantillon. E5 et E11 en avaient présenté. E5 faisait des blocages sur certains aliments de manière inexplicée. M5 : *« Elle a fait un*

blocage un peu sur le blanc pendant une période, le temps que je comprenne que c'était à cause du blanc... Je me suis dit on va passer à une autre couleur ! Et puis petit à petit j'ai réintroduit le blanc et c'est repassé, le vert, ça a été pareil. Le rouge par contre non... ». Il était cependant impossible d'affirmer que ce lien particulier à l'alimentation d'E5 était lié à sa précocité intellectuelle.

E11 lui, arrêta de s'alimenter dans les périodes les plus difficiles. M11 « *c'est le Dr M-D qui nous a proposé les tests suite à un refus d'E11 de s'alimenter en fait. Donc on a essayé de trouver des causes « médicales » mais tout allait bien, puis elle nous a orienté, connaissant E11 depuis très longtemps, vers le test ».*

g. Pas de trouble comme signe d'appel

Dans notre échantillon, E7 et E8 ne présentaient pas de trouble ayant inquiété leurs mères. M7 : « *Il n'y avait pas beaucoup de point d'appel, si ce n'est 2-3 petites choses qui nous interpellaient. Bon clairement elle n'était pas stupide, si on peut prendre le contraire, bien que le terme stupide soit du coup péjoratif mais voilà et en fait on s'est juste aperçu que pour compter elle avait certaines facilités puisqu'elle avait des petits bonhommes qui comptaient dans sa tête pour elle, ce qui est une méthode un peu curieuse ».*

2. Interlocuteur premier évocateur

Dans notre échantillon, les interlocuteurs ayant aiguillés les parents vers la précocité étaient variés. Nous les avons classés par ordre de fréquence.

a. Ami-famille

Pour E8, « *C'est une copine de maman [qui lui en a parlé au début]* ». M8 : « *L. était la maman en fait qui a suivi les enfants pendant quelques jours et qui au bout de trois jours m'a dit : « il semble que voilà, E8 est... enfin voilà vous devriez... parce qu'on ne se connaissait pas à l'époque, vous devriez aller ... enfin bon elle m'a plusieurs fois émis l'idée qu'il fallait que j'aille la tester, voilà, ou rencontrer quelqu'un qui pourrait voir si elle ne se trompait pas. »* Pour M3 : « *des amis qui eux, avaient un enfant qui euh... avait été testé via l'école comme enfant précoce et qui s'entendait très bien avec E3. On a discuté l'été et nous*

avons décidé de le faire tester sans en prévenir l'école ». Et pour E6 : « une tante qui était directrice d'école primaire, même deux tantes ».

b. Fratrie

Trois enfants de notre échantillon avaient été diagnostiqués du fait de la précocité de leur grand frère ou sœur. Ils n'avaient pas toujours de point d'appel qui aurait alarmé leurs parents le cas échéant. M7 disait à propos du dépistage d'E7 *« alors oui, parce que comme de toute façon il y a un côté génétique, ça me paraît logique [...] il était important pour elle de savoir qu'elle était comme son grand frère ».*

Parfois, des signes minimes avaient pu être observés grâce à un regard différent, selon M4 : *« Quand E4 est née, je me suis dit bon ! Elle était déjà née au moment où on a testé E5 donc je l'ai observée d'un peu plus près ».*

On peut émettre l'hypothèse que le fait qu'ils soient encore très jeunes lors du dépistage expliquait l'absence apparente de signe d'appel.

c. Médecin

Quatre enfants de notre échantillon avaient été dépistés grâce à des médecins. C'est le médecin traitant d'E2 qui avait évoqué l'hypothèse. M2 : *« ça n'a pas duré très longtemps parce que c'est vrai qu'on a une bonne relation de confiance avec le docteur M-D et quand j'ai vu, au bout de trois jours, qu'il pleurait le soir en s'endormant, qu'il pleurait le matin, qu'il ne dormait pas beaucoup je suis allée la voir assez vite et c'est là qu'elle nous a dit : « on va faire ça, on verra bien ».*

Pour E5, la recherche avait été plus longue. Plusieurs médecins avaient été consultés avant de trouver celui qui avait apporté une réponse satisfaisante : *« J'avais consulté un pédiatre sur Lyon, on était à Lyon à l'époque, qui m'avait donné des mauvais conseils que j'ai un peu suivis mais après, j'ai suivi mon intuition et j'ai jamais regretté [...] j'ai eu la chance de trouver un excellent pédiatre sur Compiègne qui en consultant, lui, ne m'a pas réellement parlé de précocité il m'a parlé de dyssynchronie et donc en fait j'ai fait la suite c'est-à-dire je suis allée chercher le mot dyssynchronie que je ne connaissais pas et puis en tombant directement sur le concept de Terrassier et donc directement sur le listing des caractéristiques... ».*

Dans notre étude, la détection par des médecins pouvait être surestimée car plusieurs des enfants avaient été dépistés par le Dr M-D, généraliste et référente de l'AFEP. Sa capacité à détecter ces enfants était influencée par la bonne connaissance des signes de précocité et ne se trouve sans doute pas dans la moyenne des généralistes.

d. Ecole

E1 avait été dépisté dès la maternelle grâce à « ... l'instituteur, c'était un maître de petite section [...] il a commencé l'école à 3 ans et demi, donc en septembre et dès le mois de décembre il nous a contacté pour nous parler d'E1, de ce que lui, ressentait [...]. Lui, à cette époque, envisageait déjà de le faire passer en moyenne section ». Il avait ainsi fait deux sauts de classes.

e. Psychologue

M9 s'était adressée à un psychologue avec lequel elle travaillait pour lui faire part de ses questionnements vis à vis d'E9 : « ... en fait j'en ai parlé à Y (note : psychologue) à ce moment là, je ne sais plus à qui j'en ai parlé d'autre, peut être M (note : médecin traitant), mais je crois plutôt avec Y, en sachant que j'avais aussi en tête la précocité de C, qui est en fait le fils de ma meilleure amie [...] donc je savais que ça pouvait exister [...] et lui m'a dit qu'il connaissait quelqu'un de bien, Mme F (note : Autre psychologue) qui était quelqu'un de très bien et qu'elle pourrait m'aider... ».

3. Ressenti des parents sur le parcours de la reconnaissance

Les parents des enfants ayant ressenti des difficultés avaient parfois souffert de la complexité de ce parcours et des jugements donnés par les professionnels de santé.

M14 : «ça [la pose du diagnostic] enlevait tout de suite tout ce qu'on nous avait dit : qu'on avait trop poussé nos enfants, bah comme E14 qui n'avait pas de stabilité affective et que c'était de notre faute qu'on lui avait pas donné les bonnes bases, on a eu le droit à euh mais de toute façon, mais vous savez Madame, un enfant il faut l'aimer il faut pas seulement lui acheter des habits et lui donner à manger ».

Certains ont souffert des incompréhensions de façon plus générale : M13 « *on est vu un peu finalement comme des extra terrestres quand on parle de précocité, les gens ils nous prennent pour des gens qui se la pètent un peu alors que c'est pas ça du tout quoi. Avoir un enfant précoce, ça nous tombe dessus* ».

4. *Peur du diagnostic entraînant un déni*

Une mère nous expliquait qu'elle avait initialement refusé que son fils se fasse tester par peur d'une éventuelle anormalité. Quand le médecin lui avait évoqué l'hypothèse : M11 « *le soir on a digéré la nouvelle, nous avons fait des recherches sur internet ce qui fut catastrophique parce qu'il y a des pourcentages sur le devenir de ces enfants là pour lesquels ce n'est pas top, on s'est imaginé alors évidemment dans le pire des cas, moi je me suis dit de toute façon c'est pas possible, c'est autre chose, ça va aller, c'est pas ça* ».

5. *Interprétation de la notion de précocité selon les enfants*

Elle était différente selon les enfants qui ne portaient pas la même importance aux mêmes aspects mais pour ceux qui avaient bien voulu répondre, leur interprétation était plutôt adaptée. Pour E1, la précocité intellectuelle était tout simplement : « *de ne pas raisonner comme les autres [...]* ». E6 décrivait aussi cette différence et non une supériorité : « *je crois que c'est le cerveau qui fonctionne différemment. J'ai des facilités pour certaines choses mais des difficultés pour d'autres...* ».

Pour E2, c'était plutôt la rapidité de réflexion qui la caractérisait : « *je sais que ça veut dire qu'on apprend plus vite les choses que les autres enfants* ».

E5 mettait en avant l'aspect émotionnel : « *c'est quand on a plus de connexions et qu'on ressent les choses plus fort [...] et qu'on arrive pas à passer par des étapes, on fait tout directement* ».

E8 avait une représentation plus floue. A la question « *Que sais-tu des enfants précoces ?* » Elle répondait : « *c'est... c'est pas comme surdoué [...] alors les précoces... non, les surdoués c'est ceux qui peuvent sauter des classes, qui sont plus... « Normal », qui cherchent des consignes plus dures [...] et les précoces, ils comprennent les bonnes consignes, ils sont « normal » ils vont pas sauter de classe, ils sont bien* ». Et quand on lui demandait comment elle se considérait, elle répondait : « *bah j'étais comme ça moi euh, moi* ».

je croyais que j'étais précoce et surdouée... je suis un tout petit peu précoce et surdouée... je suis les deux !! ».

E10, qui avait 12 ans, n'était pas très convaincu par la notion de précocité intellectuelle : « *Je sais pas... ma mère me dit que je suis précoce mais je ne sais pas ce que ça veut dire* ». Sa mère lui avait offert un livre simple pour expliquer les choses mais il ne semblait, à ce moment là, pas intéressé : « *euh je sais plus, j'ai lu rapidement...* ».

E15 avait un avis sur ce qu'il fallait faire pour aider les EIP : « *bah déjà les enfants précoces ils arrêtent pas de réfléchir donc il faut leur donner à manger à leur cerveau mais euh, il faut les occuper voilà c'est tout* ».

Les enfants de notre échantillon avaient une relativement bonne connaissance de ce qu'est la précocité intellectuelle. Il pouvait y avoir un biais dans notre étude à ce sujet dans le groupe inclus via l'AFEP. En effet, les parents ayant recours à une association montrent une implication dans la gestion de la précocité intellectuelle de leur enfant et une envie de compréhension peut être plus importante que d'autres. Cela implique qu'ils aient pu prendre plus le temps d'expliquer les choses à leur enfant.

E8 et E10 n'avaient pas été recrutés par cette association. E8 et sa mère avaient une vision plus floue de la notion de précocité. Quant à M10, la notion de précocité était claire, on peut penser que c'est plutôt l'âge de son fils, pré-adolescent (12 ans), qui explique qu'il n'ait pas eu envie de développer le sujet lors de l'entretien.

6. *Caractère familial de la précocité intellectuelle*

a. *Précocité des parents*

Non seulement cette caractéristique avait un intérêt pour la fratrie, mais elle causait aussi des questionnements aux parents eux même. Quatre des mères de notre échantillon se savaient intellectuellement précoces. Une avait été dépistée dans l'enfance (sans forcément d'adaptation mise en place) : M4 rapportait : « *Moi-même j'avais été dépistée quand j'étais petite, mais entre deux, je ne m'étais jamais re-renseignée sur la question dans la mesure où les recherches n'avaient pas avancé tant que ça en fait [...] aujourd'hui je sais que je suis différemment intelligente des autres !* ».

Trois l'avaient découvert à l'âge adulte, suite au dépistage de leur enfant : M3 « *le fait d'avoir des enfants précoces fait se re-poser des questions sur soi même [...] j'ai été intéressée de passer moi aussi les tests pour avoir éventuellement des explications sur*

des... enfin je ne me posais pas forcément pleins de questions mais ... des explications... sur par exemple... Aussi finalement pourquoi mon père... la vie qu'il a eu... pourquoi moi j'ai eu tel ou tel type de réaction etc. ».

M8 rapportait la difficulté pour elle de gérer sa propre précocité qui compliquait sa façon d'appréhender celle de sa fille : « *de toute façon, qu'on ait cet âge là ou qu'on en ait 20 comme ma grande qui en souffre ou aujourd'hui comme moi qui vais en avoir 50 c'est pareil c'est, c'est pas évident mais bon... mais moi j'assume mieux ce que je suis en fait et j'assume mieux ce que je cherchais, j'ai peut-être compris, euh... par contre différente ouais je le sens... je le sens...* ».

b. Gestion de la précocité des fratries

Dans notre échantillon les parents ayant deux enfants précoces n'avaient pas voulu faire de différence entre eux par peur de la concurrence. M7 : « *D'ailleurs on leur a dit qu'ils étaient pareils bien sûr on a évidemment pas donné les chiffres pour qu'il n'y ai pas de comparaison puisqu'il y avait déjà suffisamment de tentatives de comparaison, c'est quelque chose que l'on pouvait imaginer du moins, parce que là encore c'était pas trop trop* ».

IV2b. Particularités liées à la sociabilité des EIP

On retrouvait deux profils différents, certains avaient de réelles difficultés et un besoin de trouver des amis ayant les mêmes centres d'intérêts particuliers. Tandis que d'autres s'adaptait parfaitement.

A la question : « arrives-tu à te faire des amis facilement ? », E15 répondait : « *alors oui, alors euh de CE2 à CM1 je me sentais trop différent j'étais un peu dans ma bulle, en CM2 ça s'est amélioré parce que j'ai un copain qui était enfin, qui avait déjà assez de copains et en plus comme il était, on était quasiment pareil à part que lui il était pas précoce mais sinon on avait plein de point en commun, on aimait jouer à certains trucs tous les deux enfin voilà il y a plein de trucs* ».

La notion de rapport exclusif était rapporté pour E12 : M12 « *on trouvait même au début qu'il était assez populaire. A la sortie de l'école, on entendait souvent d'autres enfants l'interpeller et c'était donc quand même plutôt rassurant. Par contre il aurait tendance à vouloir un rapport assez exclusif avec les enfants qu'il aime et à pas forcément accepter que d'autres viennent s'immiscer entre eux et puis dans ce cas là à manifester ce qu'il*

ressent comme étant inacceptable l'injustice c'est inacceptable mais alors l'infidélité c'est pareil. Pour lui, qu'un de ses camarades aime jouer avec d'autres enfants, c'est difficile aussi, alors il faut lui expliquer ».

E13, lui disait simplement : *« j'ai toujours eu beaucoup de copains ».*

IV2c. Particularités de la scolarité

1. *Caractéristiques de la précocité ayant des conséquences sur la scolarité*

a. Caractéristiques aidantes

i. L'envie d'apprendre

M1 nous racontait qu'en maternelle : *« E1 rentrait de l'école et il disait toujours « je veux faire du petit travail », donc pour lui, le petit travail ça correspondait à ce qu'on pouvait trouver dans les livres d'activités [...] il ne jouait pas, il arrivait, il goûtait, il se mettait autour d'une table et vas y que je fais des triangles, des ronds, voilà c'était son petit travail ».*

E5, elle, se passionnait pour certaines matières M5 : *« La passion, c'est l'histoire géographique, il y a quand même cette passion là, la lecture reste aussi une passion ».* Elle décrivait bien un plaisir à travailler. M5 : *« Elle était contente E5 pour elle-même d'avoir le plaisir de travailler pour le plaisir ».*

ii. Mémoire importante

Cette mémoire était un réel atout pour les EIP à l'école, surtout en primaire. Elle leur permettait d'emmagasiner les informations sans en avoir l'air. Elle était parfois remarquable sur le temps des devoirs M6 : *« Le temps de travail ça doit être un quart d'heure, vingt minutes, il a une mémoire... Pff... Affolante ! ».*

Parfois c'était dans le quotidien et les loisirs que les parents s'en rendaient comptes : M3 *« leurs souvenirs d'enfance, où je suis très étonnée parce qu'il y a des souvenirs très anciens où en effet ils se souviennent parfaitement de situations ».*

Les parents pouvaient même être piégés par cet atout : M2 « *Mon mari essaye de ne plus lui mentir non plus parce qu'avant il ne savait pas vraiment comment réagir, mais même avant les tests, je lui disais si tu baratines alors il a une mémoire d'éléphant, dans six mois il va te ressortir que ce n'est pas ce que tu lui as dit. Et effectivement, il l'a fait une fois, on a compris donc on ne lui ment pas* ».

iii. Rapidité d'exécution des tâches

Pour E6 aussi, le raisonnement mathématique était facilité : « *Je sais quand même que question facilité ça va beaucoup plus vite en mathématiques et en matière scientifique, j'ai de bonnes notes là dedans. J'arrive à résoudre les exercices super facilement alors que les autres ils galèrent* ».

b. Conséquences limitantes

i. Difficultés d'écriture

E6 : « *mes difficultés c'est j'ai un peu de mal en français, bah ces derniers temps je commence à bloquer un peu avec l'allemand [...] en fait, j'écris très mal et souvent je fais des fautes d'orthographe* ».

ii. L'ennui et ses conséquences

Il avait été verbalisé chez six des enfants interrogés. Pour E2 et E3, cette notion correspondait même à la définition de la précocité intellectuelle : E2 « *On peut s'ennuyer dans les classes qui sont pour notre âge, comme moi, je me suis hyper ennuyé cette année !* ».

Chez d'autres, il était apparu sous d'autres formes. M4 : « *... et ensuite elle est entrée en grande section et au bout d'un mois, la maitresse m'a appelée en me disant qu'il fallait que je la couche plus tôt parce qu'elle était fatiguée ! Je lui ai dit que ça me paraissait un peu étrange... Et en fait, c'était pareil, c'était à nouveau de l'ennui ! Un ennui énorme* ».

Cet ennui, était responsable selon E2 d'une diminution d'investissement scolaire et d'une baisse de ses résultats : « *A l'école, j'avais tout le temps des bonnes notes au premier trimestre, mais après, mes résultats baissaient parce que je commençais à m'ennuyer* ».

Selon E3, cela avait provoqué son agressivité signe de sa souffrance : E3 « *Avec les copains par exemple, avec mon meilleur ami à [ancienne école], c'était là où j'étais en CP, et bien comme je m'ennuyais, et j'étais fâché contre ma maitresse, je donnais des coups de pied à tout le monde* ».

iii. Difficultés d'organisation

E15 nous expliquait : « *j'ai des gros soucis d'organisation, l'organisation ça n'a jamais vraiment été mon fort* ».

iv. Gestion à minima de l'effort scolaire

Des parents faisaient état d'un sous régime pour leur enfant : M8 : « *elle vit sur ses acquis, elle cherche pas [...] mais je suis persuadée qu'elle n'est pas à fond de ce qu'elle peut faire et Mme S (psychologue) l'a dit... au niveau intellectuel elle peut aller beaucoup plus loin* ».

M7 expliquait que les contrastes de l'implication de sa fille était fonction des moments et des sujets : « *de temps en temps, elle peut être totalement insupportable si on peut dire, enfin voilà avoir un gros baobab dans la main autant quant elle a envie d'arriver à un truc elle va se donner tous les moyens...* ». M15 allait plus loin : « *il fait de la résistance passive, en classe il faisait rien, les évaluations étaient bonnes, très bonnes mais il faisait rien* ».

v. Difficultés avec les limites

Un autre point que l'on retrouvait dans notre échantillon était la difficulté avec les règles et les contraintes : M13 « *Il ne supporte pas les règles, quand on lui demande de faire quelque chose, ce sera non systématiquement, il ne veut pas de contraintes, il veut être un adulte. D'ailleurs il a dit au psy moi je suis un adolescent et je veux faire ce que je veux* ».

2. Vécu de la scolarité

Il était varié selon les enfants de notre échantillon. Dans plusieurs entretiens, des décalages entre les souvenirs des enfants et des parents avaient été notés.

a. Bon vécu

Certains enfants avaient un bon vécu. Dans notre échantillon, c'était principalement ceux qui avaient été dépistés très jeunes. E5 nous disait « *j'ai toujours assez bien aimé l'école à part en maternelle mais j'avais pas encore sauté de classe* ». Et quand on lui demandait de préciser son vécu de la maternelle elle disait : « *oui, un peu, enfin j'étais surtout un peu... et après il y a tout ce que maman m'a raconté* ».

Le bon vécu était parfois lié aux adaptations mises en places. En effet, plusieurs mois après son changement d'école, à la question : « as-tu d'autres choses dont tu ais envie de me parler concernant les tests ? » E2 répondait : « *non pas trop, pas en ce moment parce que je n'y pensais pas trop, mais si j'y pense je pourrais trouver des trucs* ».

b. Rôle du relationnel dans la scolarité

Pour M6, une déception pour son fils au niveau du relationnel avec sa maîtresse avait provoqué un profond mal-être : « *Le CP ne s'est pas bien passé du tout en fait il a retrouvé sa maîtresse de maternelle avec qui il était très proche et elle n'a pas renoué la même relation en CP et ça, ça a été difficile* ».

E3 avait un avis précis sur la « responsable » de ses difficultés scolaires en CP : « *Après en CP, ça n'allait plus du tout. Parce qu'il y avait une maîtresse qui n'aimait pas son métier. En plus elle s'appelait Mme P. donc je lui ai trouvé un surnom (rire) Mme Poulet : P.O.U.L.E.T (rires) : poulet en fait !!! (Rires)* ».

Pour M12 aussi cet aspect était très important pour son enfant : « *Il était vraiment dans l'attente d'une relation à l'adulte, donc elle disait qu'il aurait aimé une relation quasi exclusive avec la maîtresse* ».

c. Pédagogie inadaptée

Les EIP ayant un mode de raisonnement différent des autres enfants, l'adaptation de la pédagogie semblait importante. Ainsi, ils ne supportaient pas les travaux simples et répétitifs mais préféraient les tâches complexes et stimulantes intellectuellement. Selon E3 : « *je devais recopier des phrases : je ne dois pas faire... Ce qui n'est pas marrant, dans les « je dois recopier » c'est que ça n'apprend pas, ça n'apprend rien en fait, c'est juste de la copie et c'est plutôt énervant que d'apprendre des choses* ».

d. Manque de compréhension et de communication

Pour les parents aussi, l'incompréhension ressentie de la part de l'école avait entraîné des difficultés. M6 : « *les instits nous disent tellement mais vous êtes moins que rien vous êtes nuls ... et j'ai dit mais le nombre de fois où je repartais démoralisée de l'école en me disant que si je renvoyais des parents dans le même état de mon service ce serait une horreur quoi !! Ce serait horrible !* ».

Cette incompréhension mutuelle était parfois responsable d'un certain énervement de la part des parents : M8 : « *moi je laisse tomber parce que les maîtresses, il y en a une qui est très con, pardon mais sinon je vais lui rentrer dedans alors il vaut mieux que je me taise et on verra plus tard* ».

M5, pourtant professeure des écoles, avait aussi ressenti les difficultés lors du parcours scolaire de ses filles : « *Malgré ça, malgré un certificat médical du pédiatre excellentissime reconnu sur toute la région machin etc. je me suis de nouveau heurté à l'institution scolaire donc il a fallu faire des pieds et des mains et on a réussi* ».

e. Manque de connaissance des enseignants

Il semblait que la réalisation des tests, même s'ils étaient la base des adaptations scolaires n'avaient pas toujours suffi pas à rendre les démarches simples et bien accueillies. C'est le manque de connaissance qui expliquait pour certains parents de notre échantillon les raisons du manque de compréhension. M6 disait : « *Ils me disent : mais il n'écoute pas. Si, il écoute mais il fait autre chose ! Ils me disent : mais il n'est pas dans notre monde. Ah*

non là il n'est pas dans notre monde ça c'est certain ! Il est ailleurs mais il enregistre l'information en même temps ... t'inquiètes pas ça passe ! ».

Pour M11 : *« il avait une maîtresse qui était assez rigide, alors c'était un peu compliqué la communication ».*

Pour M13, la maîtresse avouait ne pas comprendre : *« La maîtresse m'a dit : je ne comprends pas ce que vous me dites ; alors je lui ai ré-expliqué mais elle m'a dit : oui mais ça ne veut rien dire pour moi, je ne comprend pas, elle me dit : moi il est bien en classe oui on voit qu'il répond toujours, il a des excellentes notes et tout ça mais voilà, c'est bien quoi pourquoi changer ? ».*

D'ailleurs, M13 enseignante, expliquait les carences de la formation initiale : *« Après les enseignants sont pas tous... on n'est pas du tout formé là dessus, on en parle pas à la formation, on en parle jamais de ça. On parle de la dyslexie, on parle de plein de choses mais pas de la précocité ».*

f. Certaines écoles se sont adaptées

Malgré les éléments précédemment cités, certaines écoles avaient essayé de réaliser des efforts d'adaptation. M8 racontait : *« Si elle s'ennuyait, elle pouvait aller plus loin puisqu'elles mettaient à disposition des fiches qui euh... qui concernaient presque le CE2 ».*

Pour E1 c'était même grâce à l'école qu'il avait été dépisté. Tout avait été mis en place pendant sa scolarité primaire pour qu'il ait le meilleur équilibre et le meilleur développement possible. M1 : *« Ils ont fait appel à un psychologue scolaire qui s'est déplacé à l'école, qui a étudié E1 dans sa classe pendant une semaine, qui lui a fait passer des tests et après qui nous a convoqué en disant : « voilà il est très bien à l'école maternelle, il est heureux, il s'épanouit sauf que le travail, il faut un peu plus ». Donc ils ont demandé à l'école si c'était possible de s'adapter, chose qu'ils ont faite ».*

Il semblait donc que de plus en plus d'évolutions à ce niveau soient en cours.

3. A propos du saut de classe

a. Avis des parents

Le saut de classe pouvait prendre plusieurs formes. Pour certains, il avait été fluidifié grâce à des classes de niveau mixte : M4 « *Elle n'en a sauté aucune, elle a tout fait en accéléré, elle a fait des petits bouts de pleins de trucs en maternelle, elle a deux ans d'avance* ».

i. Pour

Pour M4, cette scolarité accélérée avait vraiment aidé E4 à s'épanouir : « *donc à ce moment là, ça a commencé à aller un petit peu mieux, c'était le premier saut de classe en cours de route* ».

M5 trouvait que le saut de classe avait eu des effets bénéfiques sur les troubles dont souffrait sa fille. A la question comment se passe le sommeil, elle répondait : « *ça a été jusqu'au saut de classe, c'était incroyable !* ».

E6 n'avait pour sa part pas sauté de classe, avec du recul, sa mère se posait la question de savoir si cela ne l'aurait pas aidé : M6 « *Le psychiatre n'a pas voulu parce qu'il n'était pas mûr affectivement, mais moi je reste persuadée qu'il aurait été mieux avec des plus grands parce qu'il a toujours des amis plus grand que lui ; donc euh... je pense qu'il aurait été mieux dans une classe supérieure...* ».

M7 reliait le changement de comportement de sa fille à son saut de classe : « *... alors oui, dans le sens où ça a correspondu à son changement immédiat de classe* ». Au moment de l'entretien, un nouveau changement était prévu pour E7 et M7 nous disait : « *Là, depuis peu elle sait qu'elle va ressauter une classe et tout glisse, tout est parfait c'est merveilleux, on est au paradis, on a beaucoup moins d'opposition. Là, pour le coup, le comportement est très très bien !* ». Elle était d'ailleurs plutôt favorable au saut de classe de façon générale : « *De toute façon, même un enfant pas précoce qui serait juste à la limite et qui peut être dans la classe au dessus pourquoi pas, je n'y vois pas d'inconvénient particulier* ».

ii. Contre

M8 était partagée sur le sujet mais ne voyait globalement pas l'intérêt d'un saut de classe pour sa fille: M8 « ... un jour... peut être que ... mais de toute façon ça sert à rien de sauter des classes parce que ... enfin... voilà... si E8 le vit bien je pense que ça ne sert à rien et voilà là je pense qu'elle est bien dans sa peau... ». Elle allait plus loin en disant « moi je dis, je ne fais rien, je n'ai pas envie de me battre quoi... oui enfin c'est peut-être dommage mais qu'est ce que ça va donner de toute façon même si elle saute une classe ? ».

M1 avait refusé la première proposition de saut de classe pour E1 : « moi j'ai dit non, il était heureux, il vivait bien, il commençait sa scolarité je ne voyais pas trop l'intérêt » Puis finalement, le saut de classe s'était avéré le plus indiqué et c'est après deux sauts de classe qu'elle avait refusé le troisième en accord avec un psychologue : « sachant qu'il en avait déjà sauté deux, pour une troisième année, donc moi j'étais contre ». Selon le psychologue « il ne fallait plus qu'il saute de classe parce qu'effectivement, intellectuellement, il pouvait suivre mais la maturité au niveau émotionnel, ça ne le ferait pas ».

b. Avis des enfants

La perte des copains liée au saut de classe préoccupait les enfants. Lorsqu'on avait demandé à E1 ce qu'il pensait du saut de classe, il nous avait répondu : « ça dépend... pour les amis ça peut changer... ». E2 nous disait : « Avant j'avais mon meilleur ami, mais sauf que comme il a sauté une classe en CP lui [...] en fait j'aurais dû le revoir cette année mais comme je suis allé à [nouvelle école] je n'ai pas pu ». E8, qui n'avait pas sauté de classe, nous disait : « Non, je pouvais en sauter une mais je préfère rester dans ma classe [...] parce que les grands de CE2 ils me font un peu peur et tu vois ce serait dur de... de me faire des copains et puis en plus je sais pas ... ».

Par ailleurs la peur d'être plus petit avait inquiété E2 : « je me suis senti différent parce que maintenant dans les classes je suis plus petit que tout le monde mais après, ce n'est pas non plus dramatique, je me dis que c'est pour mon bien donc je me sens un peu différent mais ça va ».

Cependant, l'amélioration de l'ennui par le saut de classe était mise en avant par E3. Il nous répondait à la question es-tu content d'avoir sauté une classe ? : « Oui parce que sinon je m'ennuyais trop, j'avais trop de temps libre et ça m'énervait ».

E4 était aussi convaincue du bienfait du saut de classe sur elle : « Oui, les autres étaient peut être plus grand que moi mais au moins j'étais au niveau qu'il fallait, et ça, ça a déjà changé des choses ».

4. A propos du changement d'école

Globalement, tous les enfants de notre échantillon ayant changé d'école parce qu'ils vivaient mal leur scolarité avaient trouvé un bénéfice dans cette adaptation.

E1 nous disait en parlant de sa nouvelle école : *« oui je me sens mieux ! »*. Sa mère confirmait : *« Et là, cette année à [nouvelle école], ce qu'il m'a dit au bout de 15 jours trois semaines, c'est : ce qui est super c'est que j'ai trouvé des copains qui pensent comme moi. et ça c'était important pour E1 »*.

M15 disait : *« à partir du moment où il a été inscrit à [nouvelle école], donc on s'est décidé un peut tard, en avril, euh il a été soulagé alors qu'il ne connaissait pas , il était soulagé quand même alors qu'il quittait tous ses copains et pff apaisé. C'est la 1^{ère} année où il n'était pas en stress pour la rentrée. Et ça c'est assez étonnant quand même »*.

E2 était plus réservé : *« je ne trouve pas trop que ça a changé, c'est comme avant »* cependant lorsqu'on lui demandait s'il était content d'avoir fait les tests, il répondait : *« hum (hochement de tête) comme ça je ne m'ennuie plus à l'école »*. Sa mère se rappelait : *« Après, les vacances lui ont fait énormément de bien parce que dans sa tête c'était bon, il allait enfin aller à [nouvelle école], depuis le mois de mars il était en boucle là dessus ! C'était [nouvelle école] !!). Et quand il est rentré à [nouvelle école] : Que du bonheur ! »*.

E3 était fier de dire : *« Bah je me sens beaucoup mieux parce qu'on m'a mis dans une meilleure école »*.

M4 avait vu les problèmes de somatisation de sa fille résolus de façon impressionnante lors de l'annonce du changement d'école. M4 : *« [...] dans la semaine suivante, je suis revenue avec la demoiselle, je venais de lui annoncer qu'elle allait changer d'école et tout avait disparu »*.

IV2d. Les tests

1. *Ressenti concernant la passation*

Une partie des enfants de notre échantillon se souvenait de la passation des tests et en avait un souvenir agréable. E1 se rappelait : « *c'était une découverte, c'était super...* ». Pour E2 : « *Oui, je me rappelle de la dame, c'était rigolo, on faisait plein de jeux ! La dame était sympa* ». E3 avait apprécié la partie mathématique des tests : « *j'ai trouvé ça plutôt bien, parce que les figures c'est plutôt des maths et de la géométrie* ». M3 confirmait : « *Il a été faire les tests avec grand plaisir, il était très content de les faire, voilà, et il s'est visiblement bien appliqué et on lui avait présenté les tests comme un jeu donc en lui disant on va essayer de voir ce que tu préfères faire à l'école donc là tu fais les jeux et on verra* ».

Une autre partie n'en avait pas le souvenir : E6, qui avait réalisé les tests à l'âge de 6 ans déclarait : « *Je ne savais même pas qu'il y avait eu des tests en fait... Je croyais que ça avait été fait à la naissance* ». C'est donc M6 qui précisait : « *ça s'est pas trop mal passé mais je sais qu'il n'a pas fait tout le test complet, parce qu'au bout d'un moment il lui a dit j'en ai ras le bol puis il a arrêté (rire) donc ça a été clair, net et précis et voilà !* ».

M4 nous expliquait que lors du premier passage de tests (à 3 ans) : « *Elle a été tout à fait mignonne et tranquille ce jour là, sans impression d'angoisse car à cet âge là, elle ne s'en rendait pas compte* ». Mais lors d'un deuxième passage 3 ans plus tard M4 : « *en fait elle s'est complètement crispée, elle s'est rendue malade, elle était nauséuse, elle a failli vomir donc il a fallu interrompre les tests et en fait après je suis restée dans la pièce derrière elle, c'est pour ça qu'elle demande toujours que je reste, ça la rassure* ».

Pour M7, « *Je pense qu'elle supposait que le fait de bien entre guillemets les réussir pouvait avoir une implication sur la suite de sa scolarité même si nous ne lui avons pas dit, je pense que là, elle s'en doutait un peu, donc elle y a été disons je pense en faisant le maximum [...] elle a été là, elle avait très envie de réussir et elle s'est servie de sa capacité, euh ça fait parti de sa caractéristique, c'est d'aller jusqu'au bout des choses surtout quand elle veut et de se donner les moyens dans ce cas là. [...] Non, là les tests ont été passés dans de très bonnes conditions* ».

Le vécu de la passation était donc globalement bon pour les enfants de notre échantillon mais restait dépendant du relationnel de l'enfant avec la psychologue qui faisait passer les tests. Pour E11, une première expérience avec un mauvais relationnel avait complètement sous-estimé les résultats de ses tests. Elle pouvait aussi provoquer de l'anxiété chez ces enfants qui supportent difficilement le risque d'échec. Cependant, dans

notre étude, il a semblé que lorsque les tests étaient présentés comme ludiques ils n'avaient aucun effet néfaste sur l'enfant.

2. *Connaissance des enfants concernant les tests*

Elle était variée selon les enfants. E1 expliquait : « *ça permet de voir notre quotient intellectuel et voir si on est précoce* ».

Pour E10, lui, leur but était plutôt de rechercher une « anomalie ». E10 : « *bah c'était pas trop compliqué, c'était des tests pour savoir si tout allait bien dans mon cerveau* ».

D'autres se rappelaient des épreuves en elles-mêmes. E3 : « *Il y avait une figure, il fallait placer par exemple : un triangle avec des cubes, il fallait essayer de refaire le triangle, et il y avait un côté où ils étaient blancs, un côté où ils étaient rouges et puis après ça dépendait de la couleur parce que à un moment c'était blanc-rouge et tu avais un temps limité, c'était deux minutes euh une minute si je me souviens bien* ».

3. *Conséquences bénéfiques*

a. *Pour l'adaptation scolaire*

Selon E1, c'était le but des tests : « *ça a servi à savoir si je pouvais sauter des classes* ».

M4 disait : « *Je trouve ça absolument indispensable car cela sert pour notre regard et donc soi-même on ne doute plus de la légitimité de notre démarche* ».

b. *Pour l'évaluation psychologique globale*

Outre le chiffre de QI, le passage des tests a apporté des informations précieuses aux parents et à leurs enfants sur le mode de fonctionnement de l'enfant.

M1 : « *La deuxième fois le compte rendu était beaucoup plus détaillé, ce n'était pas la même personne, puisque la première fois, il a passé le WISC III et la deuxième fois le WISC IV, donc beaucoup plus détaillé qui nous a renseigné un petit peu sur ses points forts et ses points faibles* ».

M3 était convaincue de cet apport dans la connaissance des enfants qu'ils soient intellectuellement précoces ou non : *« De toute façon faire passer un test à un enfant, s'il est passé dans de bonnes conditions, même s'il n'est pas précoce de toute façon ça apporte des informations extrêmement importantes sur le mode de fonctionnement de l'enfant, je ne vois pas en quoi c'est négatif pour l'enfant ».*

M4 ajoutait : *« j'ai quand même passé dix ans à la maison avec cette gamine et j'ai quand même été surprise par certains résultats ! ».*

c. Pour l'éducation des enfants

Pour M2, la meilleure connaissance des réactions de son fils les a aidés, elle et son mari, à adapter leur éducation : *« Et là, c'est plus compliqué parce qu'on se dit ouhlala, on a interdit plein de choses parce qu'on estimait qu'un enfant doit avoir un développement d'enfant et pas d'ado et au final, lui il avait besoin de plus que ça... ».* E2 avait aussi ressenti un changement dans l'éducation de ses parents : *« disons un peu plus sévère, c'est tout. Ce n'est pas très drôle ! ».*

E3 aussi trouvait que : *« Maman, comme elle sait que je suis précoce, elle est beaucoup plus sévère ! ».* M3 expliquait : *« Le changement de comportement à la maison, euh... oui parce que surtout je crois que nous, on a su mieux le prendre donc du coup avoir moins de colères, moins de heurts, moins de choses comme ça. Je pense que c'est un mélange entre le fait que nous on a changé notre comportement et lui aussi ».*

M4 aussi a été aidée par cette meilleure connaissance de ses filles : *« Et même si je ne passe pas mes journées à leur ressasser : tu es précoce, tu es précoce... ça me permet ponctuellement de leur expliquer certaines de leur réactions, de leurs angoisses, certaines choses qu'elles perçoivent et cela me permet de dédramatiser, de prendre de la distance et de leur apprendre à elles même à prendre de la distance ».*

d. Pour aider l'enfant à se comprendre lui même et à avoir une meilleure estime de soi

Il peut paraître paradoxal que des EIP aient une mauvaise estime d'eux-mêmes mais dans notre échantillon, cette notion est souvent revenue. Pour E6 : « *Oui ça me rassure, je pensais vraiment que j'étais pas doué avant* ». E4 et E15 évoquaient tous les deux le fait d'être « bizarre ». E4 : « *avant je me sentais bizarre par rapport aux autres et je savais faire des trucs qu'ils ne savaient pas faire et donc après c'est eux qui me regardaient bizarrement en se demandant comment je savais faire ça* ». E15 : « *j'étais assez content d'y aller parce que je me disais que la dame elle allait sûrement trouver pourquoi j'étais un peu bizarre en classe donc bah voilà* ».

La passation et surtout le rendez vous de rendu des résultats avait plu à E8 : « *Parce que j'ai bien aimé, elle m'a dit des conseils* ».

Pour les parents M4 et M8, cet outil les a aidés à expliquer les choses à leurs enfants. M4 : « *Ce que j'essaie de communiquer aux enfants est surtout que ces tests leurs permettent de savoir qu'elles sont différemment intelligentes des autres, ça ouvre pleins d'horizons, ça apporte plein de choses positives, il y a des choses négatives aussi, il faut savoir essayer de faire avec, et ça ne veut pas dire que l'on va être champion du monde de partout mais que les priorités ne vont pas être aux mêmes endroits que pour les autres* ». Elle allait plus loin : « *je pense que c'est essentiel pour développer l'estime de soi des enfants parce que s'ils ne savent pas qui ils sont, ils ne peuvent pas se développer comme il faut* ».

M8 : « *Mais moi je dis... je dis quelque part que je voudrais apprendre à E8, c'est à ce que ça devienne une force en fait, parce que moi je m'en sers maintenant comme ça, je cherche plus donc voilà alors maintenant je vais m'en servir* ».

E13 disait à sa mère : « *à partir du moment où ça y est le diagnostic a été fait, il m'a dit ça y est je comprends, je suis pas comme les autres, ça y est j'appartiens à quelque chose en fait et depuis bah ça va mieux, alors quand il me dit aujourd'hui en classe je me suis ennuyé mais bah voilà maintenant je sais bah je fait autre chose quoi* ».

e. Pour améliorer l'estime de soi des parents et les déculpabiliser

Cette reconnaissance et cette explication de la particularité de leur enfant avaient parfois aidé les parents qui s'étaient heurtés à des jugements et qui souffraient des difficultés d'adaptation de leur enfant. M6 : « *Moi oui, ça m'a aidée parce que des fois on se dit qu'on est des moins que rien, on est nul j'ai beau être puéricultrice [...] moi c'est vrai que ça m'a aidée, ça m'a beaucoup aidée* ».

M14 avait eu à faire à des psychologues, en tant que maman, dont les termes avaient été ressentis comme une agression. Elle s'était sentie soulagée et déculpabilisée quand plus tard, le diagnostic avait été posé : « *C'est-à-dire que des fois ils vont mal mais ce n'est pas de notre faute. Ils vont mal parce qu'ils vivent plus mal les choses que d'autres enfants parce que ça prend tout de suite des proportions différentes. Ca, pour nous ça a été bien pour ça* ».

Dans le contexte particulier d'E12, enfant adopté, M12 disait : « *quand on a posé le diagnostic, ce qui nous a beaucoup aidé, c'est qu'il y a beaucoup de choses qu'on soupçonnait être en rapport avec son histoire et l'adoption et en fait qui nous sont apparues plus claires comme étant des choses en lien plutôt avec la précocité. Ca nous a en quelque sorte soulagés parce que ce n'est plus la même source de souffrance, c'est toujours une source de souffrance mais sur laquelle on a un tout petit peu plus une marge de manœuvre en tant qu'adulte* ».

f. Pour aider au changement de comportement

E3 se rappelait : « *... comme je m'ennuyais et que j'étais fâché contre la maitresse je donnais des coups de pieds à tout le monde* ». Et maintenant ? E3 : « *non* ». Tu n'as plus envie de donner de coup de pied ? E3 : « *non mais c'était des coups de pied comme ça, tiens un par là, un par ci* ». Et depuis combien de temps n'en as-tu pas donné ? E3 : « *Longtemps !* ».

M1 avait remarqué : « *ce qui a changé énormément du jour où on a adapté son travail à son quotient intellectuel c'est qu'il a joué à la maison ! Parce que E1 ne jouait pas à la maison* ».

Pour E12, le changement a été radical à l'école. M12 : « *le test a eu lieu le mercredi matin et le jeudi il a été à l'école normalement [...] la directrice lui a demandé s'il voulait*

participer à un travail et elle a trouvé qu'il avait tout de suite réagit de manière spontanée volontaire et agréable alors qu'il était plutôt dans le rejet [...] elle nous a dit ce n'était plus le même enfant ».

M8 plaisantait : *« ah elle me manipule encore plus ! (Rire) ».*

4. Reproductibilité des tests

Huit enfants de notre échantillon avaient passé les tests à plusieurs reprises afin de confirmer les résultats obtenus jeunes. Pour cinq d'entre eux, les résultats s'étaient confirmés.

Même lorsque les tests étaient réalisés par deux personnes différentes, les résultats concordaient. M4 : *«... On a eu des tests qui étaient plus projetés mais bon, qui en fait, ont complètement donné le même rendu que ceux que l'on a pratiqué 3 ans après et qui étaient fait par quelqu'un d'autre car je voulais avoir un avis d'un deuxième spécialiste ».*

Pour les autres, les résultats avaient été sous-estimés. En effet, E7 avait obtenu une différence de 20 points au niveau du QI total dans un contexte particulier de déficit auditif transitoire. M7 : *« on l'a re-testée et là on a eu en effet une grosse surprise puisqu'il y a une énorme différence alors depuis elle a été ré-appareillée puisqu'elle a eu une 4^e paire de drains et donc en fait entre finalement le CP et maintenant où elle a une audition très correcte elle a complètement explosé ! Et en effet elle a... puisqu'elle a récupéré 30 points en verbal ce qui est juste énorme ! Voilà donc maintenant on comprend mieux aussi pourquoi ! ».*

On pouvait donc émettre l'hypothèse que les résultats devaient être interprétés avec prudence afin de ne pas ignorer ces faux négatifs.

5. Les limites

Elles pouvaient expliquer l'existence des faux négatifs de notre échantillon.

a. Les déficits sensoriels

Comme M7 l'évoquait pour la première passation de E7 : « ... du coup la psychologue quand elle l'a testée nous a dit qu'elle pensait que le QI verbal était sous estimé à cause du déficit auditif... ».

b. L'anxiété lors de la passation

M4 : « J'étais étonnée du rendu car il y a des choses que je savais qu'elle savait, et je voyais qu'elle ne les rendait pas ».

c. L'âge

Selon M7, médecin généraliste, le passage des tests serait plus compliqué pour un adolescent qui se poserait plus de questions et se mettrait plus la pression. M3 : « Peut être le bémol serait pour les ados parce que justement, là ils sont tellement perturbés que c'est pas simple simple ».

d. Etat d'esprit de l'enfant pendant la passation

E12 n'avait pas voulu se prêter au premier test qu'il a réalisé car il n'en avait pas compris l'intérêt. Lors de la deuxième passation, il avait eu un meilleur relationnel avec la psychologue et le diagnostic avait pu être posé : M12 « j'avais pris la précaution de l'appeler, et de lui expliquer comment ça s'était passé, lui expliquer aussi le contexte qu'il y avait en particulier pour E12 [adoption] et vraiment lui dire que c'était un enfant qui fonctionnait beaucoup sur l'humour, c'est vraiment ce qu'elle a mis en œuvre dès les premiers échanges donc ça a tout de suite collé [...] le deuxième test ça a parfaitement collé dans le relationnel avec la psychologue et les tests ont tout de suite été ».

e. Le test peut initier ou permettre d'adapter la prise en charge de l'enfant

Pour E6 dépisté à l'âge de cinq ans, le dépistage n'avait pas permis, seul, de résoudre ses troubles. En effet, il avait encore besoin d'Atarax® pour traiter sa grande anxiété et ses troubles du sommeil. En parallèle, il bénéficiait d'un suivi psychologique. Sa mère se posait la question d'un effet positif qu'aurait pu avoir le saut de classe sur son bien-être s'il en avait bénéficié. Quant à M15 : « *Des outils, ça nous a donné des outils* ».

Ces cas nous montraient que la précocité intellectuelle lorsqu'elle était mal vécue restait un problème complexe à prendre en charge et qu'une personnalisation du suivi était indispensable.

6. *Pas de changement provoqué*

M8 n'avait pas ressenti de réel changement dans la vie et le bien-être de sa fille : « *Non mais bon elle sait où elle va, elle est bien, y a pas de souci ça n'a rien changé* ».

E10, qui ne se sentait pas réellement concerné n'a pas trouvé de changement : *Est-ce que ça a changé des choses pour toi de savoir que tu étais précoce ? E10 : « Non »*. Et dans la relation avec tes parents ? E10 : « *Non* ».

7. *A quel moment passer les tests ?*

Pour des parents de notre échantillon, un dépistage précoce semblait important. M1 dont le fils avait été dépisté en maternelle comparait à d'autres enfants de son entourage : « *Je vois dans ses camarades, ce ne sont que des enfants qui ont été testés tard ou qui ont été testés mais pas reconnus et du coup je vois la différence de comportement et c'est vrai que oui c'est important. Je pense qu'il est important que les enfants le sachent très vite parce que d'abord ils sont reconnus et puis ça permet de s'adapter et puis comprendre* ».

M2 regrettait que cette hypothèse n'ait pas été évoquée plus tôt pour son fils : « *S'il avait été dépisté avant, on n'aurait pas laissé les choses s'envenimer parce que vraiment on imaginait pas ! On ne pense jamais qu'on fait des enfants qui sont différents. Il a eu des phases de frustration qu'on aurait pu lui éviter où il a été profondément malheureux et moi c'est la seule chose que je regrette* ».

M3 expliquait l'intérêt d'un dépistage jeune par rapport à l'organisation de la scolarité en France : « *Il est très important de le faire le plus tôt possible sans que ce soit trop tôt, mais alors quitte à le réévaluer si besoin, parce qu'en effet tout simplement aussi pour des raisons pratiques : c'est que les classes les plus faciles à sauter c'est la maternelle qui présente pas un gros souci majeur, le CE2 et le CM2* ». Elle y trouvait aussi un autre intérêt : « *en plus, plus ils ont un vécu pénible à l'école, plus ils risquent de ne pas forcément bien le vivre ou d'être plus stressés aux tests et donc d'avoir un résultat pas fiable* ».

D'autres considéraient qu'ils n'avaient pas d'intérêt tant que l'enfant ne présentait pas de trouble ni de difficulté. En effet, M16 dont l'ainé était dépisté ne souhaitait pas faire tester son deuxième qui ne présentait aucune difficulté d'adaptation. M16 : « *le 2^{ème} pour l'instant tout va bien : ça se passe bien à la maison, il a sa place et ça se passe bien à l'école donc pour l'instant je ne vois pas l'intérêt, même s'il est précoce de le dépister tant que tout va bien* ».

8. Dépister la fratrie ?

La précocité intellectuelle a un caractère familial. Nous avons donc demandé aux parents s'ils voyaient un intérêt à dépister la fratrie même en l'absence de point d'appel du deuxième. Pour M3, il n'y avait pas de doute : « *oui parce que comme de toute façon il y a un côté génétique ça me paraît logique, il est très important si justement il y en a un deuxième qu'ils sachent qu'ils ne sont pas isolés* ».

9. Avis des parents interrogés sur le dépistage en général

Pour M4, le dépistage était indispensable : « *Et c'est vrai que les tests sont absolument indispensables ! (Rires). Moi j'ai plein d'exemples autour de moi qui ont vraiment, complètement changé du jour au lendemain, qui étaient des enfants en souffrance, qui ont été testés vers 6-7 ans mais qui avaient eu le temps d'être bien en souffrance avant ! Et du jour au lendemain : paf !* ».

M5 trouvait qu'il était d'autant plus important que l'hypothèse ne paraissait pas évidente au premier regard : « *il y a des enfants qui ont des profils très homogènes donc ça saute aux yeux, à la limite tout le monde est d'accord quoi, ça pose quasiment, ça ne pose pas question. Là où c'est essentiel, pour E5, c'est comme elle était légèrement dyssynchrone, elle a un décalage d'une dizaine, d'une quinzaine de points je crois, enfin je*

ne sais plus, donc on était pas encore dans un truc trop important mais quand même et du coup ça ne se voyait pas forcément ».

M1 était convaincu que le bien être de son fils était lié à son dépistage précoce :
« Nous, on a pas eu de souci, mais je me dis que si on a pas eu de souci, c'est certainement parce que l'école a fait ce qu'il fallait dès le départ, c'est à dire qu'il ne s'est jamais ennuyé à l'école, donc je pense que c'est important ».

IV2e. Le rôle du corps médical : vécu et attentes des parents

1. *Concernant le dépistage*

Les parents d'E12 étaient satisfaits de la prise en charge dont avait bénéficié E12 :
« par rapport à cette particularité là, on a eu ce que l'on pouvait rêver d'avoir, c'est que l'on mette le doigt dessus en disant attention cela peut être une source d'échec et de souffrance donc on a été prévenu aussitôt que possible alors que l'on ne s'attendait pas à ça et nous on attend pas mieux des médecins ».

Pour M14, le médecin n'avait pas été aidant : « non, totalement absent, bah de toute façon, mon médecin traitant il sait même pas qui je suis alors finalement parce qu'il est jamais là, bah il travaille beaucoup plusieurs jours par semaine mais il faut prévoir d'être malade 3 semaines à l'avance pour un rendez-vous donc en général on a toujours quelqu'un d'autre donc on a pas de suivi ».

Pour M13, la pédiatre avait évoqué l'hypothèse mais n'avait pas dirigé vers le bon interlocuteur. Le psychiatre, lui, n'avait pas été très aidant : *« je suis allée voir un psychiatre, il a été suivi pendant 6 mois par un pédopsychiatre et au pédopsychiatre, je lui ai posé la question : est-ce que vous croyez qu'il pourrait être précoce ? Qu'est ce que vous pensez de son comportement, pourquoi il est comme ça ? ça je peux pas vous dire, il faut faire le test de QI par un psychologue moi je ne peux pas vous dire. A partir de là, E13 a pris le dessus sur le psychiatre, il se moquait de lui éperdument devant lui... donc là on a arrêté tout de suite ».*

2. *Concernant le suivi*

Quand nous avons demandé aux parents ce qu'ils attendaient de leur médecin une fois leur enfant diagnostiqué, M12 répondait : *« ce qui peut être attendu c'est que si on n'est*

pas très pris au sérieux avec cette particularité avec d'autres interlocuteurs, si ça ne tournait pas bien, on pourrait éventuellement compter sur le soutien du médecin, c'est une personne extérieure à la relation ça peut avoir plus de poids ».

V. DISCUSSION

V1. FORCES ET LIMITES

Ce travail a fait émerger des hypothèses fortes :

- La précocité intellectuelle est une particularité réelle, à prendre nécessairement en compte
- certains enfants et leurs parents paraissent ressentir un effet bénéfique du diagnostic sur leur estime de soi et sur leur qualité de vie
- ceux qui n'ont pas ressenti de bénéfice ne semblaient pas avoir été pénalisés
- la connaissance et la reconnaissance par le médecin de la précocité semble importante, afin qu'il joue son rôle dans la prise en charge de l'enfant, rôle complémentaire de celui de l'école
- les tests de QI paraissent avoir des limites et une attention particulière doit être portée à la clinique en complément du chiffre de QI pour un diagnostic fiable

Un certain nombre de qualités méthodologiques permettent de donner du poids à ces hypothèses (20) :

- Les enfants étant les premiers concernés, il semblait intéressant d'explorer leur vécu et leur interprétation du sujet, mais selon leur caractère et leur âge, il était parfois difficile d'approfondir leur point de vue. L'entretien avec les parents permettait la triangulation des sources de données
- la bonne compréhension des termes utilisés était vérifiée à chaque début d'entretien
- les guides d'entretien étaient réajustés après chaque entretien, s'enrichissant des données collectées précédemment
- l'échantillon était diversifié sur des données telles que l'âge des enfants, l'âge de dépistage, l'éventuel saut de classe, le changement d'école, l'école publique ou privée, la présence ou non de troubles, le sexe, l'école rurale ou urbaine...

- l'inclusion de nouvelles familles s'est arrêtée lorsque nous sommes arrivés à saturation des données.

A contrario, notre étude présente trois principales limites :

- L'absence de triangulation d'analyse : Un tel travail est extrêmement chronophage. Il semblait impossible de demander à un autre médecin de le réaliser en parallèle
- l'absence de représentation de toutes les catégories socio-professionnelles des parents : il n'y avait pas d'agriculteur ni d'ouvrier ayant participé aux réunions AFEP (13) ou ayant consulté la psychologue libérale lors de la période du recueil. On peut se poser la question de l'égalité d'accès au dépistage car un test passé dans de bonnes conditions, s'il n'est pas proposé par l'école, reste cher (entre 150€ et 350€)
- nous n'avons pas pu passer par des psychologues scolaires qui auraient peut être permis d'améliorer la diversité, car les informations nécessaires à notre étude étaient inaccessibles, pour des raisons de confidentialité.

Dans la littérature sur les EIP, on retrouve parfois une sous-représentation des catégories socio-professionnelles défavorisées. Pour l'expliquer, certains ont cherché à examiner la part liée à la génétique et celle liée à l'environnement dans la précocité (21). Ils étudiaient les QI d'enfants issus de milieux défavorisés adoptés dans des milieux favorisés et inversement. En 1969, Jensen répondait que le milieu social avait une très faible influence sur les gains de QI (22). Il n'y avait donc pas de raison que la proportion d'EIP soit moindre dans les populations défavorisées, si ce n'est l'absence de dépistage. Plus tard, dès 1978, plusieurs études sur les enfants adoptés remettaient en cause ce résultat : la dernière, en 1999 par M. Duyme (23) avait comparé 4 groupes : A : enfants adoptés dans des familles de niveaux socio-économiques élevés ; B : des "frères et sœurs" de ces enfants, demeurés dans les familles biologiques ; C : les camarades de classe du groupe A (milieu socio-économique semblable) D : les camarades de classe du groupe B. Entre A et B, au bout d'un certain nombre d'années d'adoption, apparaissait un gain de QI de 13,9 points en moyenne, que les auteurs attribuaient à l'effet de l'environnement post natal de la famille d'adoption, indépendamment des parents biologiques. Cependant, cette étude a été fortement controversée par d'autres auteurs, en particulier Charles Locurto. Outre le manque de rigueur, selon lui, dans les données comparées, il a refait les analyses et a trouvé des résultats différents. En effet, en utilisant les mêmes chiffres, mais en modifiant les techniques

d'analyse des résultats avec des tests statistiques plus adaptés, les résultats obtenus ne montraient pas un tel rôle de l'environnement.

Pour O. Revol, pédopsychiatre, chef de service de psychiatrie de l'enfant à l'hôpital neurologique de Lyon, la précocité intellectuelle est « en grande partie génétique. On a le terrain prédisposant pour avoir ce don et puis ce don est entraîné ou pas. S'il est entraîné on risque d'avoir les aptitudes qui vont avec. S'il n'est pas compris, on risque au contraire d'avoir une inhibition, un refus de s'en servir avec des enfants qui sont plus malheureux avec cette différence là. Et d'autres vont très bien » (24).

Ces controverses et ce manque d'études de qualité montrent la difficulté de faire la part des choses entre génétique et environnement. Il n'existe actuellement aucun gène de la précocité localisé dans le génome retrouvé, mais l'hérédité multifactorielle est plus difficile à mettre en évidence. Nous n'avons pas trouvé d'étude plus récente qui éclaircirait ce point.

Les questions que l'on peut se poser sont : La proportion d'EIP est-elle plus importante dans les catégories socio-professionnelles favorisées, comme le suggèrent certaines études ? Ou simplement la proportion est-elle la même, mais les enfants de milieux défavorisés seraient moins testés ? Et à partir de cette deuxième hypothèse, pourquoi seraient ils moins testés ?

V2. DISCUSSION DES RESULTATS

V2a. La précocité, mythe ou réalité ?

Les parents de notre échantillon ont été souvent confrontés à des refus de considération, que ce soit de la part de certains enseignants ou médecins. Malgré la présentation des résultats des tests de QI, ils n'étaient pas toujours pris au sérieux, parfois considérés comme prétentieux. Pourtant, ces parents décrivaient plus de difficultés au quotidien que de facilités.

Des études ont été réalisées afin de vérifier l'existence de ce mode de fonctionnement différent. Elles appuient l'expérience des parents de notre échantillon. En effet, J.C Grubar a étudié le sommeil des EIP (21) grâce à l'électroencéphalographie, l'électrooculographie et l'électromyographie et l'a comparé à celui d'enfants non précoces. Des différences significatives ont été mises en évidence :

- Il y a plus de cycles de sommeil
- la durée d'un cycle de sommeil est plus courte

- la latence d'apparition de la première phase de sommeil paradoxal est plus courte
- la durée totale de sommeil paradoxal est donc plus élevée que chez le sujet normal.

Or, dès 1932, l'hypothèse d'une relation entre sommeil et activités cognitives a été posée par J. H. Jackson. Il fallut attendre 1959 pour que Michel Jouvét et ses collaborateurs découvrent le sommeil paradoxal et étayent l'hypothèse Jacksonnienne. Plus tard, d'autres travaux ont montré que la phase paradoxale du sommeil constitue une période critique de la mémorisation. Ainsi, selon Michel Jouvét en 1972, « le taux de sommeil paradoxal est un indice pertinent de la plasticité cérébrale, c'est à dire la capacité dont dispose le cerveau de se transformer en fonction des influences de l'environnement » (21). Selon J.C Grubar, « la plasticité cérébrale des enfants précoces est beaucoup plus élevée et ils sont capables de recueillir et de stocker plus d'informations que les normaux » (21).

L'étude de la littérature tend donc à donner un substrat physiologique objectif à la précocité intellectuelle.

Le ministère de l'éducation nationale avait déjà reconnu officiellement l'existence d'enfants intellectuellement précoces avec le rapport Delaubier en 2002, mais il a franchi encore une marche importante en publiant en septembre 2013 un dossier de ressources d'accompagnement pédagogique : « Scolariser les élèves intellectuellement précoces (EIP) » (16). Cette directive ministérielle de 18 pages prône l'adaptation nécessaire de la pédagogie pour les EIP comme pour tout élève à besoin particulier. Il donne aux enseignants une obligation de moyen et en même temps un outil d'aide à leur mise en place.

La validation de l'existence de la précocité intellectuelle par ces données ne laisse plus de place à sa méconnaissance par les médecins. Cette particularité fréquente (2,3% de la population) entraînant de nombreux symptômes, il paraît nécessaire de l'intégrer à la formation médicale.

V2a. Le rôle des médecins

Dans notre étude, le médecin généraliste a été l'interlocuteur ayant évoqué en premier l'hypothèse pour 4 enfants. Ce résultat est biaisé par le fait que le Dr Marechal Dinelli est leur médecin traitant et qu'elle fait partie de l'AFEP, avec une connaissance du sujet plus importante que la moyenne des médecins généralistes, sans formation initiale à ce sujet. Nous n'avons pas retrouvé, dans la littérature, d'étude sur la proportion d'enfants diagnostiqués grâce à leur généraliste.

Pourtant, les données de notre travail et l'analyse de la littérature suggèrent l'intérêt

de réaliser un diagnostic précoce. Le généraliste devra être attentif à plusieurs indices, dont l'exhaustivité n'est pas nécessaire. J.C Terrassier, psychologue niçois, spécialiste de la précocité intellectuelle, a créé une grille pouvant orienter médecins et enseignants dans l'évocation de cette hypothèse (25) :

L'ENFANT :		Points	Résultat
1	A été capable d'apprendre à lire avant le CP (6 ans)	- seul ou presque - aidé	7 5
2	Lit beaucoup et rapidement des livres (les illustrés n'ont pas à être pris en compte)		2
3	Manifeste un grand intérêt pour les encyclopédies et les dictionnaires		2
4	A appris rapidement à lire mais a eu des difficultés pour l'écriture (valable surtout pour les garçons)		1
5*	Choisit des camarades plus âgés que lui pour les activités d'intérieur		2
6*	Aime beaucoup dialoguer avec les adultes		2
7*	Pose beaucoup de questions variées et originales		2
8*	Veut toujours savoir le "pourquoi" de tout		1
9*	Quoique parfois distrait, est capable quand quelque chose ou quelqu'un l'intéresse (un film, la télévision, une personne) de faire des observations d'une étonnante perspicacité		2
10*	Juge volontiers les gens		1
11*	Est ennuyé par les activités de routine (tout ce qu'il faut recommencer indéfiniment de la même façon : la toilette quotidienne, par exemple mais aussi les exercices scolaires qui lui paraissent faciles et dépourvus de variété ou d'intérêt)		1
12*	Est très sensible à l'injustice, même s'il n'en est pas lui-même la victime		2
13*	A le sens de l'humour		2
14	A souvent un très large vocabulaire, mais c'est surtout le niveau de ses réflexions qui étonne		2
15*	Aime les jeux compliqués (échecs, Mastermind, jeux de stratégie en général) et y réussit		2
16	S'il est déjà au collège, a été populaire auprès de ses camarades d'école, mais l'est moins maintenant		1
17*	Préfère travailler seul		2
18*	Est intéressé par l'univers, par le problème de l'origine de l'homme et par la préhistoire		2
19	Est en tête de classe sans effort apparent		2
20*	A un sens esthétique développé (musique, arts plastiques, mais aussi environnement), est sensible à l'harmonie de ce qui l'entoure		2
21*	Il est passionné par un ou plusieurs hobbies et il en change assez souvent		1

Selon lui, « tous les comportements n'ayant pas la même valeur diagnostique, chacun des 21 items est pondéré par un coefficient. A partir d'un score de 13 à 14 points, l'hypothèse de la précocité a plus d'une chance sur deux de s'avérer exacte [...] Cet inventaire est également utilisable pour identifier les enfants surdoués qui ont des difficultés scolaires. Il convient alors de ne retenir que les items marqués d'un astérisque. Au-dessus d'un score de 10 points, l'hypothèse est à vérifier par des tests d'intelligence ».

Ces données ont été intégrées au dossier documentaire et pédagogique réalisé par la référente académique EIP de la Réunion adressé aux enseignants (26).

Grâce à ces données, le médecin peut savoir quel enfant adresser à un psychologue spécialisé pour suspicion de précocité. Les associations agréées par le ministère de l'éducation nationale peuvent aussi être une aide pour connaître les interlocuteurs spécialisés proches (AFEP (13) et ANPEIP (27)). Cependant, nous rappelons que le coût de la passation reste parfois une limite à la proposition des tests.

La connaissance par les médecins de cette particularité a un autre intérêt, retrouvé dans la littérature, concernant la prise en charge médicamenteuse dans des contextes de troubles du comportement. Le Dr Vanmeerbeek (14), médecin généraliste du département de médecine générale de l'université de Liège, estime que « le médecin doit veiller à faire preuve de retenue. Si le méthylphénidate (ritaline®) peut aider certains enfants atteints de TDAH en améliorant leurs capacités de concentration et de mémorisation et en diminuant l'hyperactivité motrice, dans le cadre des surdoués, la capacité de concentration est déjà élevée et le problème est autre. Certains suspectent même un appauvrissement des capacités secondaire à l'usage de ce médicament ».

V2b. Les tests

1. *Effet bénéfique sur l'estime de soi de l'enfant*

Dans notre travail, l'estime de soi et la facilitation des processus éducatifs semblent résulter d'un dépistage précoce des EIP. L'analyse de la littérature permet de retrouver un certain nombre de résultats en ce sens, même si elles ont un faible niveau de preuve.

Une étude sur l'évaluation de l'estime de soi d'enfants surdoués entre 9 et 15 ans, réalisée en 2008 à Paris par N. Kostogianni et A. Andronikof (28) montrait que la répartition de l'estime de soi chez ces enfants était dans la moyenne de la population de l'étalonnage français. Cependant, elle n'incluait que des enfants déjà diagnostiqués. Selon Harter, une faible estime de soi est déterminée d'une part par une perception négative de ses compétences et d'autre part par un sentiment de désapprobation sociale : absence de soutien social perçu.

Le diagnostic étant le préalable nécessaire à la reconnaissance sociale, nous émettons l'hypothèse de son rôle dans l'amélioration de l'estime de soi.

En 2007, Benoni (29), montrait dans une étude qui comparait 23 EIP et 23 enfants non précoces que les troubles psychopathologiques étaient plus fréquents chez les EIP et que l'estime de soi scolaire et la dépression étaient liées. Adapter la pédagogie aux enfants pour améliorer leur estime de soi scolaire pourrait donc réduire les symptômes de dépression.

2. Effet bénéfique sur la qualité de vie de la famille

Pour les parents ayant modifié leur mode de vie secondairement au dépistage, leur quotidien a souvent été amélioré, notamment au niveau du relationnel avec l'enfant.

On retrouve dans la littérature plusieurs avis d'experts (malgré un faible niveau de preuve) allant dans ce sens. Pour O. Revol, « l'enjeu [du diagnostic] est d'améliorer la qualité de vie des familles et d'optimiser les compétences de l'enfant » (30). Pour Jeanne Siaud-Fachin, psychologue clinicienne : « Connaître et repérer les singularités de développement et de fonctionnement de l'enfant surdoué sont un préalable indispensable à son épanouissement » (31).

3. Mode de dépistage

Le diagnostic officiel de précocité intellectuelle est validé par un chiffre de QI supérieur à 125 ou 130 selon les études. Dans notre étude, les parents ont surtout bénéficié d'une analyse fine du fonctionnement de leur enfant grâce aux tests qui en évalue différentes facettes. Le chiffre global n'est donc pas l'information principale. Certains enfants de notre échantillon avaient passé un test sous-estimé avant qu'une autre psychologue ne pose le diagnostic, ce qui leur permis de s'épanouir. Ce besoin de ne pas réduire le diagnostic de précocité à un chiffre a été retrouvé dans la littérature.

En effet, de nombreux auteurs se posent la question de la fiabilité de ce résultat unique. M. Boubilil, pédopsychiatre du centre hospitalier d'Antibes remet en cause la validité des tests en Wechsler lorsqu'ils sont utilisés seuls, les accusant de majorer la proportion d'EIP. Pour lui, les indices étudiés évaluent « quatre formes d'intelligence alors qu'il y en a beaucoup d'autres et que ces quatre formes sont fortement corrélées à ce que l'on demande à l'école, c'est à dire l'intelligence logico-mathématique et verbale ». L'évaluation de la précocité intellectuelle devrait être corrélée à des critères cliniques plus qu'à ces « scores » (17). Selon M. Duyme, directeur de recherche au CNRS (32), la mesure du quotient intellectuel telle qu'elle est réalisée aujourd'hui est trop influencée par le niveau socio-culturel. Ainsi, « le QI moyen des enfants de cadre supérieur serait environ à 112 alors que celui des enfants d'ouvrier serait à 92 ». Pour lui, ces différences sont nécessaires à prendre en compte afin de faire le diagnostic de précocité intellectuelle « Il faut prendre comme seuil non pas 100+30 mais la moyenne de son groupe social + 30. Il s'ensuit que chez les enfants d'ouvrier, un QI supérieur à $92+30 = 122$ pourrait être utilisé comme un des critères d'EIP alors qu'il faudrait un QI à $112+30 = 142$ chez les enfants de cadre supérieur ».

Pour J. Siaud-Fachin (8) « le bilan a pour objectif d'apporter des éléments de compréhension objectivables, c'est à dire issus d'un matériel standardisé et validé, identique pour tous, que représentent les tests ». Elle prévient par contre que lorsque les résultats ne sont pas homogènes (différence de plus de 15 points entre les différentes composantes mesurées par les tests de QI), un test de personnalité complémentaire est indispensable : « un bilan psychologique complet doit être pratiqué le plus systématiquement possible et dans tous les cas lorsque les tests de QI ne sont pas homogènes. Seule la pratique d'un bilan complet donne un éclairage pertinent et fiable sur le fonctionnement global d'un enfant sur les plans intellectuel et affectif ».

Ces données confirment deux des résultats de notre étude :

- L'importance du choix d'un psychologue spécialisé capable de combiner tests de QI et analyse de la personnalité, plutôt que de se fier juste à un chiffre
- ne pas hésiter à repasser des tests lorsqu'il y a discordance entre le chiffre obtenu et les points d'appels cliniques, afin d'éviter les faux négatifs.

4. – *Moment de la passation*

Dans notre étude, tous les parents étaient d'accord sur l'intérêt du dépistage mais deux idées différentes ressortaient concernant le bon moment. Certains parents estimaient qu'il était nécessaire de le réaliser le plus tôt possible, avant que d'éventuels troubles apparaissent. Ils estimaient que le dépistage avait un intérêt préventif. D'autres, estimaient que leur intérêt était plutôt curatif et trouvaient qu'il fallait attendre l'apparition de troubles. Cependant, ils étaient tous d'accord pour dire que lors de la présence de troubles, une prise en charge adaptée et précoce était indispensable.

Dans la littérature aussi, cette dualité a été retrouvée. S Tordjmann (7) prônait l'intérêt de l'identification précoce afin de ne pas laisser s'installer les troubles ou au moins minimiser ceux non évitables. Cependant, il nuancait : « l'identification modifie le regard posé sur l'enfant. Elle est susceptible d'éveiller des attentes importantes de l'entourage mais aussi d'accroître un sentiment de dette chez l'enfant [...] peut alimenter chez certains enfants un sentiment de supériorité vis à vis du groupe [...] ainsi une identification sans adaptation thérapeutique et/ou pédagogique en conséquence peut être dévastatrice.» M. Boubil évoquait justement le cas clinique d'un enfant qui aurait développé un sentiment de supériorité par rapport aux autres, majoré par le diagnostic, rendant son éducation encore plus difficile (17).

Autre avis d'expert, Jeanne Siaud-Fachin explique : « connaître et repérer les singularités de développement et de fonctionnement de l'enfant surdoué sont un préalable indispensable à son épanouissement. [...] même si tous les enfants surdoués présentent des caractéristiques communes qu'il faut savoir repérer et distinguer pour apporter une aide adaptée. L'enfant a son histoire personnelle, il appartient à une dynamique familiale, sociale qui est la sienne. Toujours unique ».

On ne retrouve pas, ni dans notre étude ni dans la littérature, de ligne de conduite unique concernant le moment idéal du diagnostic, mais un besoin de connaissance et d'observation de l'enfant, afin de lui proposer la prise en charge la mieux adaptée à ses besoins.

Cette étude étant qualitative il nous est impossible d'extrapoler les hypothèses émises à la population générale. Il serait intéressant de réaliser une étude quantitative à plus grande échelle. Le questionnaire pourrait s'appuyer sur les données de ce travail et la question de recherche pourrait être : Dans quelle proportion le dépistage précoce des EIP a-t-il un effet positif sur les troubles du sommeil, du comportement des enfants et de la qualité de vie des familles ?

VI. CONCLUSION

Ce travail a permis de mieux comprendre le vécu du dépistage de la précocité intellectuelle par les enfants et leurs parents. Grâce à la méthode qualitative, il explore des points de vue et des ressentis personnels auxquels les médecins, non familiarisés à cette particularité, n'ont habituellement pas accès.

Dans notre échantillon, la majorité des familles d'enfant précoce a trouvé un bénéfice à la réalisation de ces tests, même s'ils ne doivent être que le point de départ d'une prise en charge adaptée. Ceux qui n'avaient pas trouvé de profit n'y ont pas trouvé de préjudice. Ce sont les adaptations mises en place, tant au niveau scolaire que médical, qui ont aidé les enfants de notre échantillon ayant présentés des troubles psychosomatiques.

Il semble donc que le médecin ait un rôle clé à jouer en parallèle de celui tenu par les parents et par l'école.

VII. ANNEXES

VIII.1. ANNEXE 1 : NOTICE EXPLICATIVE ADRESSEE AUX PARENTS DES ENFANTS INTELLECTUELLEMENT PRECOCES INCLUS DANS CETTE ETUDE

Dépistage de la précocité intellectuelle chez l'enfant : Quel ressenti pour les familles ?
Numéro ANSM : 2013-A01058-37

Invitation

Nous vous proposons, à vous et à votre enfant, de participer à une étude sur l'intérêt du dépistage de la précocité intellectuelle. Avant de vous décider, il est important que vous compreniez pourquoi cette étude est réalisée et ce qu'elle implique. Prenez votre temps pour lire soigneusement ce document et discutez-en avec votre enfant.

Quel est l'objectif de l'étude ?

L'objectif de l'étude est d'explorer votre point de vue et celui de votre enfant concernant l'intérêt du dépistage de la précocité intellectuelle. Elle cherche également à comprendre les difficultés que vous avez rencontrées, en lien selon vous, avec la précocité. Ce dépistage est organisé en France et réalisé à l'aide de tests de Quotient Intellectuel que votre enfant a passé.

Lors de cette étude, plusieurs enfants déjà testés et reconnus Enfant Intellectuellement Précoces ainsi que leur(s) parent(s) seront interviewés. Le but est d'enrichir l'étude en diversifiant les avis sur le sujet.

Pourquoi me propose-t-on de participer à cette étude ?

Vous avez été choisi car le profil de votre enfant correspond aux besoins de l'étude : Il a moins de 18 ans, a passé un test de Quotient Intellectuel dont le résultat est supérieur à 125. Le diagnostic de précocité intellectuelle a été posé.

Suis-je-obligé de participer ?

Votre participation et celle de votre enfant sont volontaires. Vous pouvez décider de refuser de participer ou d'interrompre l'étude à tout moment, y compris après l'interview réalisée. Cette étude n'entraînera pour vous aucune dépense personnelle.

Que devrais-je faire si je participe ?

Si vous participez à cette étude, vous serez recontactés par e-mail afin de convenir avec vous et votre enfant d'un rendez-vous dont vous choisirez le lieu : à votre domicile ou au cabinet du Dr Maréchal Dinelli à Fontaine le bourg.

Votre participation consistera en une interview unique avec votre enfant de 15 minutes, et une interview unique avec vous de 30 minutes. Vous pourrez choisir l'ordre des interviews. Vous et votre enfant choisirez aussi d'assister ou non à l'entretien de l'autre.

Ma participation et celle de mon enfant resteront-elles confidentielles ?

Les données recueillies dans cette étude demeureront strictement confidentielles sans mention du nom et du prénom de votre enfant ni du votre. Pour ce faire, les conversations seront enregistrées sur un dictaphone. Elles seront ensuite retranscrites et anonymisées. Les enregistrements ne seront entendus que par l'investigateur, c'est-à-dire le médecin qui s'occupe de l'étude, Anais Cordier, et seront détruits après retranscription.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de la loi « informatique et libertés », vous pourrez à tout moment exercer votre droit d'accès et de rectification de ces données auprès de l'investigateur ou du Dr Marechal Dinelli.

Gestion des données

Les données recueillies à l'occasion de cette recherche feront l'objet d'une analyse par l'investigateur. Les résultats de l'étude seront utilisés dans un travail de thèse, mais votre identité et celle de votre enfant ne seront jamais révélées. Si vous le désirez, vous serez tenus informés des résultats globaux de la recherche une fois que celle-ci sera achevée.

Pour tout complément d'information, veuillez contacter :

Anais CORDIER : 06 84 84 29 28 ou le Dr MARECHAL DINELLI : 02 32 19 01 70

J'ai lu et compris les explications ci dessus, et je suis d'accord pour participer à cette étude.

Le

à

Signature des deux parents

VII2. ANNEXE 2 : NOTE EXPLICATIVE AUX ENFANTS INTERROGÉS DE PLUS DE 14 ANS

Dépistage de la précocité intellectuelle chez l'enfant : Quel ressenti pour les familles ?
Numéro ANSM : 2013-A01058-37

Invitation

Nous te proposons, à toi et à tes parents, de participer à une étude sur l'intérêt du dépistage de la précocité intellectuelle. Avant de te décider, il est important que tu comprennes pourquoi cette étude est réalisée et ce qu'elle implique. Prends ton temps pour lire soigneusement ce document et discutes-en avec tes parents.

Quel est l'objectif de l'étude ?

L'objectif de l'étude est d'explorer ton point de vue et celui de tes parents concernant l'intérêt du dépistage de la précocité intellectuelle. Elle cherche également à comprendre les difficultés que tu as rencontrées, en lien selon toi, avec la précocité. Ce dépistage est organisé en France et réalisé à l'aide de tests de quotient intellectuel que tu as passé.

Lors de cette étude, plusieurs enfants déjà testés et reconnus enfant intellectuellement précoce ainsi que leur(s) parent(s) seront interviewés. Le but est d'enrichir l'étude en diversifiant les avis sur le sujet.

Pourquoi me propose-t-on de participer à cette étude ?

Tu as été choisi car ton profil correspond aux besoins de l'étude : tu as moins de 18 ans, tu as passé un test de quotient intellectuel dont le résultat est supérieur à 130. Le diagnostic de précocité intellectuelle a été posé.

Suis-je-obligé de participer ?

Ta participation et celle de tes parents sont volontaires. Tu peux décider de refuser de participer ou d'interrompre l'étude à tout moment, y compris pendant et après l'interview réalisée.

Que devrais-je faire si je participe ?

Si vous participez à cette étude, tes parents et toi serez recontactés par e-mail afin de convenir d'un rendez-vous dont vous choisirez le lieu : à ton domicile ou au cabinet du Dr Maréchal Dinelli à Fontaine le bourg.

Votre participation consistera en une interview unique de 15 minutes avec toi et une interview unique avec tes parents de 30 minutes. Vous pourrez choisir l'ordre des interviews. Toi et tes parents choisirez aussi d'assister ou non à l'entretien de l'autre.

Ma participation restera-elle confidentielle ?

Les données recueillies dans cette étude demeureront strictement confidentielles sans mention de ton nom et prénom. Pour ce faire, les conversations seront enregistrées sur un dictaphone. Elles seront ensuite retranscrites et anonymisées. Les enregistrements ne seront entendus que par l'investigateur, c'est-à-dire le médecin qui s'occupe de l'étude, Anaïs Cordier, et seront détruits après retranscription.

Pour tout complément d'information, tu peux contacter :

Anaïs CORDIER : 06 84 84 29 28 ou le Dr MARECHAL DINELLI : 02 32 19 01 70

VIII.3. ANNEXE 3 : NOTICE D'EXPLICATION POUR LES ENFANTS DE 9 A 14 ANS

Dépistage de la précocité intellectuelle chez l'enfant : Quel ressenti pour les familles ?
Numéro ANSM : 2013-A01058-37

Invitation

On te propose de participer à une étude pour mieux comprendre les enfants intellectuellement précoces.

Les enfants intellectuellement précoces sont les enfants comme toi qui réfléchissent d'une manière particulière et qui ont passé les tests chez la psychologue.

C'est intéressant de bien vous comprendre pour mieux pouvoir aider ceux qui en ont besoin. Pour que les professeurs comprennent comment il faut vous accompagner en classe. Et pour que le médecin sache comment mieux soigner ceux qui ne vont pas bien.

Que devrais-je faire si je participe ?

Pour faire l'étude, tu rencontreras la personne responsable de l'étude une seule fois. Vous discuterez de ce que tu connais de la précocité intellectuelle. Tu pourras dire ce que tu en as compris, ce que tu en penses et les souvenirs que tu as du jour où tu as passé les tests chez la psychologue.

La discussion durera environ 15 minutes. Elle sera enregistrée sur un dictaphone, puis recopiée. On enlèvera ton nom afin que personne ne sache que c'est toi qui as parlé en la lisant. L'enregistrement sera ensuite détruit.

Tes parents réaliseront aussi un entretien pour connaître leur point de vue. Tu pourras assister à l'entretien de tes parents et tu pourras choisir si tu veux qu'ils assistent au tiens ou pas.

Qui saura si je participe ?

Seulement tes parents et la personne responsable de l'étude. On te donnera un numéro et ton nom ne sera pas marqué sur les documents.

Suis-je obligé de participer ?

Tu as le choix de décider de participer ou pas à cette étude. Tu pourras décider d'arrêter pendant l'enregistrement si l'entretien te met mal à l'aise et tu pourras même décider de refuser après avoir fait l'enregistrement.

Si tu as des questions, tu peux en parler à tes parents ou aux responsables de l'étude :
Anaïs CORDIER : 06 84 84 29 28 et le Dr MARECHAL DINELLI : 02 32 19 01 70

VIII. ANNEXE 4 : NOTICE D'EXPLICATION POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 9 ANS

Dépistage de la précocité intellectuelle chez l'enfant : Quel ressenti pour les familles ?

Numéro ANSM : 2013-A01058-37

Il y a une étude sur la précocité.



C'est pour quoi faire ?



C'est pour avoir des informations sur ta précocité intellectuelle et sur les tests que tu as passé



Si je suis d'accord, qu'est ce que je dois faire ?



Tu devras dire lors d'un entretien enregistré, ce que tu sais de la précocité et ce dont tu te rappelles des tests que tu as passé



Est ce que je suis obligé de participer ?



C'est toi qui décides. Tu peux refuser directement ou même accepter et puis finalement changer d'avis à n'importe quel moment (même en plein milieu de l'entretien). Tu peux t'arrêter si tu le veux et personne ne t'en voudra



Je peux aussi te rassurer, tout ce que tu me diras restera entre nous. Il n'y a pas ton nom dans l'étude comme ça personne ne pourra te reconnaître



Est ce que mes parents seront là ?



C'est toi qui décides, ils pourront être à côté de toi ou dans une autre pièce si tu préfères. Ils auront eux aussi un entretien auquel tu pourras choisir d'assister ou pas



Si tu as des questions tu peux demander à tes parents de les poser à

Anaïs CORDIER : 06 84 84 29 28 ou au Dr MARECHAL DINELLI : 02 32 19 01 70

VII.2. ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC L'ENFANT

1- Que sais-tu de ta particularité (ou « précocité » en fonction du terme utilisé par les parents) ?

2- Te souviens-tu du jour où tu as fait les « exercices » (ou « jeux » ou « tests » en fonction du terme utilisé par les parents) ? Comment as-tu trouvé ça ?

3- Comment te sentais-tu avant, quand tu n'avais pas fait les exercices et que l'on ne savait pas que tu étais précoce ? A l'école ? Avec la maitresse ? Avec les copains ? A la maison ?

4- T'es-tu senti différemment après ? Des choses ont-elles changé ? Si oui lesquelles ?

5- Finalement, que penses-tu d'avoir passé ces tests ? Pourquoi ?

6- As-tu sauté une classe ? Que penses-tu du fait de sauter des classes ?

7- Te sens-tu différent des autres enfants ? En quoi ?

VIII.3. ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PARENTS

I. Généralités

- 1- Age de l'enfant
- 2- Genre de l'enfant
- 3- Âge de dépistage de l'enfant
- 4- Classe de l'enfant
- 5- QI (verbal et performance) avez vous eu un Compte rendu ?
- 6- Ecole de l'enfant
- 7- Votre profession

II. Avis des parents

- 1- Qui a évoqué pour la première fois cette hypothèse ?
- 2- Y a t'il eu un changement de comportement de votre enfant à la maison depuis son dépistage ? A l'école ?
- 3- Y avait-il des troubles médicaux avant, qui ont disparu où qui se sont modifiés ?
- 4- Que pensez-vous de l'intérêt du dépistage ?
- 5- Quelle place a eu votre médecin traitant dans le diagnostic et le suivi de votre enfant et qu'en pensez vous ? Qu'attendez-vous de votre médecin aujourd'hui ?
- 6- Votre enfant a t'il eu besoin d'un suivi complémentaire médical ou paramédical ? Comment avez-vous trouvé ces interlocuteurs ?
- 7- Avez-vous plusieurs enfants précoces ? Pensez-vous qu'il y ait un intérêt à dépister les fratries même sans point d'appel du deuxième ?

VII4. ANNEXE 7 : ACCORD DU COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES
NORD-OUEST I

Hôpital Charles Nicolle – Pavillon de l'Aubette
1, rue de Germont – 76031 ROUEN cedex
☎ 02 32 88 84 46 – Fax : 02 32 88 80 53
E. mail : CPP.NordOuest1@chu-rouen.fr

Rouen, le 18 octobre 2013

Président : F. BAUER
Vice-présidente : B. GEFFROY
Secrétaire Général : Th. DELANGRE

Projet de recherche enregistré le :
09/09/2013 sous le n° **CPP-SC 09/2013**
N° Enreg. ANSM : 2013-A01058-37

Mme le Docteur MARECHAL DINELLI
44, route du Cailly
76690 FONTAINE LE BOURG

Madame,

Le Comité de Protection des Personnes Nord-Ouest I, agréé par arrêté ministériel en date du 31/05/2012, constitué selon l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de la région Haute-Normandie en date du 28/06/2012, a été saisi le 09/09/2013 d'une demande d'avis pour un protocole pour lequel nous vous avons demandé de le qualifier de recherche en soins courants et dont vous êtes le gestionnaire et l'investigateur coordinateur intitulé :

« Ressenti des enfants intellectuellement précoces et de leur famille sur le dépistage de la précocité – Apport sur la qualité de vie »

Ce protocole a été examiné en séance du : **jeudi 26 septembre 2013**

Les membres qui ont délibéré lors de cette dernière séance sont :

COLLEGE I :

- ☞ Mrs DELANGRE (T), FOULDRIN (T), Mme LEBLANC, qualifiés en matière de recherche biomédicale ;
- ☞ Mrs LADNER (T) SESBOÛÉ (S), qualifiés en matière de biostatistique ou d'épidémiologie ;
- ☞ Mme CASTANET (S), Pédiatre ;
- ☞ Mmes LAQUERRIERE (T), POIRIER (S), infirmières ;

COLLEGE II :

- ☞ Mmes GEFFROY (T), BALLOT (S), Ethique ;
- ☞ Mr YECORA (T), psychologue ;
- ☞ Mme PANZERI (S), CHEMTOB-CONCE (S), Mr BISOT (T), Juristes ;
- ☞ Mmes DUPONT (T), NICOLE (S), Mr SCHAPMAN (T), représentants d'associations agréées de malades ou d'usagers du système de santé ;

- le Comité émet, lors de sa réunion du jeudi 26/09/ 2013, l'avis suivant : Avis favorable sous couvert de modifications mineures (apportées le 08/10/2013). Le Comité restreint, dans sa réunion du 18/10/2013 prenant en compte ces modifications et considérant que ce protocole est conforme avec les articles L.1121-1, L.1123-7, R.1121-3 et aux arrêtés du 09/03/2008 notifie l'avis suivant :

AVIS FAVORABLE

Cet avis rendu le vendredi 18 octobre 2013 est valable pour 1an, si la recherche biomédicale n'a pas débutée durant cette période, il devient caduc (article R. 1123-28).

Documents examinés et approuvés :

- Courrier de demande d'avis daté et signé du 29/07/2013 ;
- Formulaire de demande d'avis daté et signé du 06/09/2013 ;
- Document permettant au CPP de s'assurer que le projet de recherche soumis porte sur l'évaluation des soins courants signé et daté du 29/07/2013 ;
- Protocole + résumé ;
- Note explicative adressée aux parents ;
- Note explicative aux enfants interrogés de 9 ans à 14 ans ;
- Note explicative adressée aux enfants intellectuellement précoces de plus de 14 ans ;
- Note explicative pour les enfants de moins de 9 ans ;
- CVs.

Je vous prie de croire, Madame, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.


Professeur Fabrice BAUER
Président

VII5. ANNEXE 8 : EXEMPLE D'ENTRETIEN AVEC UN ENFANT :
ENTRETIEN AVEC E2

Comment veux-tu installer ?

– oh bah Je vais bouger !

Rappelle-moi ton nom

– E2

Quel âge as-tu ?

– J'ai neuf ans, et j'en aurais et demi le 28 décembre. Non le 24 décembre... Je suis né le combien déjà ? Oh il faut que je demande à ma mère.... Ah oui c'est vrai, je suis né le 28 juin, une semaine après le début de l'été.

Quand as-tu fait tes tests ?

– En je ne sais pas, un ou deux ans... L'année dernière, un peu avant le mois de janvier. Euh non, pendant le mois de janvier, au milieu du mois de janvier.

À quelle école es-tu ?

– [nouvelle école]

Qu'est-ce que tu sais des enfants précoces ?

– Bah je sais que ça veut dire qu'on apprend plus vite les choses que les autres enfants donc du coup on... bah on peut s'ennuyer dans les classes qui sont pour notre âge, comme moi, je me suis hyper ennuyé cette année, enfin l'année dernière, cette année ça va.

Te souviens-tu du jour où tu as passé les tests ?

– Oui je me rappelle de la dame, c'était rigolo on faisait plein de jeux. La dame était sympa.

Comment as tu trouvé ça ?

– Juste amusant

Cela a-t-il changé quelque chose ?

– Je me sentais mieux parce que j'ai pu sauter une classe donc je ne m'ennuyais plus à l'école.

Et le fait de comprendre comment tu étais, pourquoi tu t'ennuyais, as-tu trouvé que c'était bien ?

– hum!

Avant, comment te sentais-tu ?

– À l'école, j'avais tout le temps des bonnes notes au premier trimestre, mais après, mes notes baissaient parce que je commençais à m'ennuyer donc je n'avais plus vraiment envie de travailler.

Et avec tes copains ?

– oh les copains ça va ! Avant j'avais mon meilleur ami, mais sauf que comme il a sauté une classe en CP lui... En fait j'aurais dû le revoir cette année mais comme je suis allé à [nouvelle école] je n'ai pas pu revoir. Mais bon je suis bien content parce qu'apparemment, la maîtresse, elle montre les évaluations avant de les faire. Et comme ça tu sais ce qui t'attend.

À la maison, est-ce que ça a changé quelque chose avec papa et maman ?

– Disons, un peu plus sévère. C'est tout. Ce n'est pas très drôle. Bah par exemple avant, comme ma sœur m'embête tout le temps, je l'embêtais un peu aussi. Avant il trouvaient ça normal, mais maintenant ils me disent arrête, enfin des trucs comme ça.

Avant ils ne te disaient pas d'arrêter ?

– Ah non, ils savaient que c'était comme ça. Ils savaient qu'elle m'embêtait, donc qui fallait rendre les coups. Mais la dame leur a dit qu'il fallait être plus sévère, du coup ils sont plus sévères et ce n'est pas drôle.

Qu'est-ce que tu aimes faire toi ?

– Du foot, du tir à l'arc, jouer au jeu vidéo, et regarder la télé, jouer aux toupies B-blade et puis jouer au ping-pong. Je trouve toujours quelque chose à faire. Parfois je tourne en rond, je m'étourdis ça m'aide à trouver des idées.

Est-ce que tu t'es senti différent après avoir passé les tests ?

– Ben oui, je me suis senti différent, parce que maintenant dans les classes je suis plus petit que tout le monde. Et puis ça me gêne un peu d'être plus petit que tout le monde, mais après ce n'est pas non plus dramatique, je me dis que c'est pour mon bien donc je me sens un peu différent mais sinon ça va.

Mais arrives-tu à te faire des copains dans cette classe de plus grand ?

– Oui ! R mais lui aussi il a sauté une classe donc ça été très vite, il y a A qui n'a pas sauté de classe, M, Ma, après je ne sais plus, j'en ai tellement, N, B mais B on se connaissait déjà avant parce qu'on était ensemble déjà à l'école jusqu'au CE1 et puis il est parti à [nouvelle école].

Du coup qu'est-ce qui a changé pour toi ? Juste le fait de sauter une classe, ou d'autres choses ont changé ?

– Non pas trop, je ne trouve pas trop que ça changé. C'est comme avant.

Es-tu content d'avoir fait des tests ?

– Hum ! (Hochement de tête) Comme ça je ne m'ennuie plus à l'école.

Et quelle classe as-tu sauté ?

– Je n'ai pas vraiment sauté de classe, j'ai sauté le CE2, mais en cours d'année.

As-tu d'autres choses dont tu ais envie de me parler concernant tes tests ?

– Non pas trop, pas en ce moment parce que je n'y pensais pas trop, mais si j'y pense je pourrais trouver des trucs.

Et si je te laisse deux à trois minutes vas-tu trouver des trucs ?

– Bah oui ! Je peux trouver des trucs ! Qu'est-ce qui pourrait avoir changé ? Pendant les tests ou après test ?

Comme tu veux

– Bah je trouve que je suis mieux parce que j'ai plus de devoir donc je m'ennuie moins à la maison, et c'est plus à ma hauteur. Par exemple, avant je connaissais déjà la division alors que la maîtresse nous faisait faire de toutes petites divisions donc moi je m'ennuyais, alors que là j'ai vraiment de gros devoirs, on fait plus de choses, il y a au moins une évaluation par jour et il y a des défis calcul, du coup ça nous occupe, il y a de l'EPS alors qu'avant l'EPS on n'en faisait pas vraiment, on devait en faire une semaine sur trois.

VII6. ANNEXE 9 : EXEMPLE D'ENTRETIEN AVEC UN PARENT :
ENTRETIEN AVEC M2

– En fait il s'est tellement ennuyé à l'école, on a tellement été voir les maîtresses avant, en disant : « bah il s'ennuie, il n'a plus envie » qu'en fait il était arrivé à un gros dégoût de l'école, donc ce que ce ça a changé pour lui le test, c'est que quand il a été diagnostiqué, (il est quand même diagnostiqué très très haut si vous voulez), donc ça expliquait peut-être aussi son dégoût, il n'en pouvait plus, il pleurait le matin, il a tout fait : il nous a supplié, il s'est mis en colère, il ne voulait plus aller à l'école c'était une catastrophe et du jour au lendemain, enfin pas du jour au lendemain parce qu'il a quand même fini l'école où il était, mais la maîtresse a enfin écouté ce qu'il lui disait, et ce qu'il avait dit à la maîtresse précédente et ainsi de suite, donc je pense que ça, ça a vraiment changé. Et puis à [nouvelle école] ils sont quand même bien pris en charge, enfin en primaire, parce qu'après il faut voir ce que ça donnera au collège parce que j'ai entendu de moins bons échos sur le collège, et ça, ça nous inquiète fortement avec mon mari. Là, déjà, il vous a parlé de l'école bi-langue ou pas ?

Non

– Donc il va faire une sixième bi-langue dans la sixième précoce, il va prendre deux langues en LV1 pour avoir un peu de biscuits ! Parce qu'il est tout le temps dans cette demande là. Il est très sportif, parce qu'il a besoin, alors nous avec son père, quand il n'avait pas encore été diagnostiqué, on lui disait : « tu ne peux pas tout faire, il faut choisir etc. Donc on le retenait un petit peu. Et puis là, ce n'est pas qu'on lui permette de tout faire, parce qu'il aurait bien gardé la natation, repris le judo et on lui a dit non non, il faut que tu fasses deux sports bien, mais que tu n'en fasses que 2 mais si on l'écoutait... Il a besoin tout le temps tout le temps ! Donc il est épuisant pour des parents !

Qui avait évoqué pour la première fois cette hypothèse ?

– Le Docteur M-D, et on l'avait regardé en rigolant, parce que depuis qu'il est tout petit, tout le monde nous dit : il est super en avance... machin ! Mais en même temps, c'est notre aîné, donc on n'avait pas tant de comparatifs que ça, c'est notre fils, on l'aime donc évidemment tout ce qu'il fait c'est merveilleux. Comme Laly, notre fille etc. Donc, quand on nous disait il va vite, on pensait : oui c'est vrai il va plus vite que certains enfants mais bon ça s'arrêtait là. Et quand elle nous a demandé de passer le test, on n'y est allé en se marrant, mais je lui ai dit à A, je lui ai dit on n'y est allé en se marrant. Parce que bon voilà quoi.. Quand il a passé

le test, elle m'avait dit que ça durerait au moins 1h30, elle m'a rappelé au bout de trois quarts d'heure, et puis elle a dit, il a fini, terminé. Mais elle dit rien sur le coup, donc quand on est rentré avec mon mari je lui ai dit : « non non, elle s'est trompée le docteur MD, ce n'était pas ça, elle m'a rappelée au bout de trois quarts d'heure ». Et puis quand on a eu les résultats des tests, là, par contre on s'est regardé, enfin moi je suis resté assise, très honnêtement, parce qu'on ne s'y attendait pas, et quand j'ai expliqué à mon mari, ça l'a peut être un peu aussi aidé à comprendre certaines réactions de son fils, qui... Enfin, nous, on a beaucoup de valeur donc on met beaucoup de barrières (il n'a pas le droit à la DS avant l'âge de huit ans, il y a eu plein de choses dont il n'avait pas le droit) et ça a remis en cause tout ça. Et là, c'est plus compliqué parce qu'on se dit ouhlala, on a interdit plein de choses parce qu'on estimait qu'un enfant devait avoir un développement d'enfant et pas d'ado et au final lui, il avait besoin de plus que ça. Donc ça nous a un peu remis en question, surtout entre mon mari et mon fils car la relation était plus tendue entre mon mari et mon fils avant les tests. Donc après les tests la relation s'est un peu détendue, parce que avant, mon mari ne comprenait pas trop les réactions de E2 il disait : « mais il n'en a jamais assez, il veut toujours plus, il ne s'arrête jamais. » Et c'est vrai, il ne s'arrête jamais ! Donc, moi j'arrivais à temporiser un peu, alors ce n'était pas de l'affrontement, mais mon mari des fois, il disait : « mais on ne peut pas lutter » donc ça l'agaçait, maintenant il a un peu plus de recul, il comprend certaines réactions, il sait de quoi ça vient, donc des fois je vois bien que ça l'agace un peu mais il est un peu plus zen.

Et quel est son chiffre de Q.I. ?

– Il est à 150. Nous, 150, on ne savait pas du tout ce que ça voulait dire. Alors c'est vrai que le chiffre on ne le donne jamais. Même quand on en parle. Lui, il ne le sait pas. Et si sa sœur est testée, quelque soit les chiffres de sa sœur, ils ne le sauront jamais ni l'un ni l'autre. Donc L., si elle n'est pas précoce, on lui dira qu'elle est extrêmement intelligente aussi et voilà, ça s'arrêtera là. On ne veut pas leur donner les tests car on ne veut pas qu'il y ait de comparatif et puis pour nous, en toute honnêteté, les chiffres ça ne veut pas dire grand-chose. Ceux qui nous ont dit que ça voulait dire quelque chose, c'est A., c'est le psychologue scolaire qu'il a fini par rencontrer parce qu'il a fait le CE2 et le CM1 en même temps, qui nous a dit : vous savez, moi je n'en vois jamais à ce niveau-là. Oui, ça ne change rien pour nous, maintenant en pratique-pratique ont fait quoi ? (Rires) on s'en fout, ça ne change pas grand-chose, donc après, le chiffre, ça reste un chiffre.

Après il a des petits problèmes d'organisation, donc il est suivi par un psychomotricien, parce que comme il va très vite dans sa tête bah les mains ne suivent pas toujours de la même

façon. Il avait des problèmes d'écriture, qui sont peut-être liés, effectivement, à cette précocité mais aussi parce qu'en CP et en CE1 l'institutrice ne les faisait jamais écrire et donc ça, c'est très compliqué, je ne sais pas s'il vous a parlé de l'institutrice de CP CE1 mais il a fait une rédaction dessus en disant que c'était une institutrice « pourrite » pas pourrie mais bien « pourrite ». C'était une horreur, humainement elle était très bien mais pas professionnellement, il y a donc une grande frustration par rapport à ça dont il parle encore ! Même avec le psychomotricien il en a parlé récemment, elle lui a fait perdre sa confiance en lui vis-à-vis de l'écriture, du soin etc. c'est-à-dire au lieu de l'aider, elle disait : bah toi tu n'écris pas bien, donc tu n'écris pas. Tu ne dessines pas bien, donc tu ne dessines pas. Tu n'as pas de motricité fine donc ça, tu ne fais pas donc ce n'était pas très stimulant.

Avez-vous eu l'impression qu'il y avait un changement de comportement à la maison?

– Alors, depuis les tests peut-être pas totalement parce qu'il a fallu qu'il y ait des mises en place, du recul, même pour lui, qu'il comprenne ce que ça voulait dire. Ce qui a changé vraiment les choses... alors si, quand même ... Après la fin de l'école, ça lui a fait du bien parce que l'école il n'en pouvait vraiment plus, même s'il était passé en CM1 en cours d'année (donc en gros il y est passé en mars), là, ça lui avait redonné un petit peu envie, mais quand même la relation de confiance n'était pas là avec la maîtresse.

À la maison, c'était un tout petit peu mieux, mais c'était léger, après les vacances lui ont fait énormément de bien, parce que dans sa tête, c'était bon, il allait enfin aller à [nouvelle école] (depuis le mois de mars il était en boucle là-dessus c'était [nouvelle école]!).

Et quand il est rentré à [nouvelle école] : que du bonheur ! Et là, on l'a senti calme, serein, moins de frustration. Là, en ce moment peut-être qu'il y a une excitation de Noël, la fatigue, je ne sais pas. Mais il est moins calme, moins serein que ce qu'il était. Donc je pense qu'il y a quand même des hauts et des bas. Ce qui va aussi avec le mode de fonctionnement. Et ça va aussi avec une chose toute étonnante pour nous, les évaluations ! Quand il est dans une phase où il y a énormément d'évaluation, il prend plaisir à aller à l'école. Là, il y en a deux à trois par jour cette semaine. Donc il est super content d'aller à l'école, super content de faire les devoirs, il est bien. Et ça faisait 15 jours ou trois semaines qu'il y avait très peu d'évaluation, ça ne l'intéressait pas d'aller à l'école. Alors nous, ça nous semble fou ! Parce que voilà, il traînait les pieds pour faire les devoirs et il râlait beaucoup. Donc c'est impressionnant ça je trouve. Alors qu'à sa place, moi je dirais : il y a trop d'évaluation. Là, je peux vous montrer son agenda, c'est un truc de fou, il y en avait trois vendredi, deux lundi, deux ou trois hier, deux demain et trois vendredi.

Et le pire, c'est qu'il a de très bonnes notes quand il y a plein d'évaluation comme ça, et quand il y en a très peu, comme ça le saoule un peu il a de moins bonnes notes. Des fois on râle, car il y a des choses qui ne sont pas normales. Avoir de « pas très bonnes notes » juste parce que ça saoule, là on râle. On veut aussi qu'il comprenne qu'il faut faire un petit peu d'efforts mêmes si c'est plus facile pour lui sur certaines choses. Et là ou c'est le plus dur, il ramène des 17, 18, 19, donc voilà.

Avait-il eu des troubles médicaux ? Troubles du sommeil, de l'alimentation qui auraient été modifié ou auraient disparu ?

– Avant qu'il soit diagnostiqué, il ne dormait plus puisque qu'il ne voulait plus aller à l'école mais ça n'a pas duré très longtemps parce que c'est vrai qu'on a une bonne relation de confiance avec le docteur M-D et quand j'ai vu, au bout de trois jours, qu'il pleurait le soir en s'endormant, qu'il pleurait le matin, qu'il ne dormait pas beaucoup je suis allé la voir assez vite et c'est là qu'elle nous a dit : « on va faire ça, on verra bien ».

J'ai perdu mon papa l'année dernière, donc pour les enfants, même si on n'en a parlé autant qu'on pouvait, ça les a certainement un petit peu chamboulé voire même beaucoup puisqu'ils en parlent régulièrement puisqu'on était très proche évidemment. Il y a ça et puis de toute façon E2 était un très très gros dormeur petit, et maintenant il l'est beaucoup moins. C'est-à-dire qu'il va s'endormir tard le soir, il a du mal à mettre son cerveau en sommeil. Donc le soir, la phase d'endormissement est extrêmement longue. Des fois, nous on les couche vers huit heures et demi, ils ont le droit de lire un quart d'heure donc à 20h45 on éteint, -10 exceptionnellement et des fois, à 21h30 il se relève pour aller aux toilettes, ou bah je viens te faire un petit bisou puis il va se recoucher, il ne fait pas de comédie ce n'est pas le souci, mais on voit bien que l'endormissement n'est pas facile. C'est aussi un enfant qui est extrêmement angoissé par beaucoup de choses, donc la mort il nous en a parlé dès l'âge de trois ans, il ne veut pas aller sur la tombe de mon père ce que je comprends très bien, il ne sait pas qu'il a été incinéré parce que la fois ou je lui dis : « tu sais mon papa il aimerait bien se faire incinérer etc. pour lui ça a été une catastrophe, il s'est mis dans un état lamentable, donc il a quand même des réactions qui sont très violentes et il s'angoisse très très facilement. Donc on parle de tout, pour qu'il sache mais il y a des sujets qu'on ne creuse pas, on attend qu'il nous pose la question on ne va jamais au devant, quand il nous pose une question on ne lui ment pas, mon mari essaie de ne plus lui mentir non plus parce qu'avant il ne savait pas vraiment comment réagir, mais même avant les tests je lui disais si tu baratines alors qu'il a une mémoire d'éléphant, dans six mois il va te ressortir que ce n'est pas ça que tu lui as dit. Et effectivement, il a fait une fois, on a compris donc on ne lui ment

pas mais on ne va pas au devant des questions. Donc là, pour sa classe bi-langue, la réunion était à 17h et moi je finissais à 17h30. Je lui ai dit tu vas à la réunion et tu te fais ta propre idée, et si tu veux y participer tu choisis ta langue. Parce que la discussion qu'on a eus tous les trois, c'était que mon mari était plus pour l'anglais en première langue (ça c'était tous les trois) mais pour la deuxième langue, il était plus versé sur l'espagnol et moi plus sur l'allemand pour la rigueur, pour les types de classe dans lequel il se trouve. Et comme on était partagé, et qu'on ne voulait pas trop l'influencer, il est allé à la réunion et c'est lui qui a décidé. Le catéchisme c'est la même chose. Donc en fait on le laisse prendre ses décisions, comme ça il gère, il gère et au moins comme ça, ça lui donne envie. Donc s'il n'a pas envie, il ne fait pas. Je ne parle pas des devoirs ou des choses importantes bien sur !

Que pensez-vous de l'intérêt du dépistage ?

– Moi je pense qu'il est fondamental. Si on avait su ce qu'était un enfant précoce, peut-être qu'on se serait interrogés. S'il avait été dépisté avant, on n'aurait pas laissé les choses s'envenimer, parce que vraiment, on n'imaginait pas (ne pense jamais qu'on fait des enfants qui sont différents) mais il a eu une phase de frustration qu'on aurait pu lui éviter où il a été profondément malheureux et moi, c'est la seule chose que je regrette. Si on avait su, on lui aurait évité tout ça et en plus ça ne servait à rien. Parce que nous on était impuissant, lui il était vraiment malheureux même ça n'a pas duré super longtemps.

Autre chose en ce qui concerne l'école, les instit' qui ont 25 ans et qui sont très bien en plus qui sont très impliqués, on n'a pas compris qu'elles n'aient pas percuté, qu'elles ne disent pas «bah si, laissez-le apprendre à lire ou bien et aidez le un petit peu ça va partir tout seul». Alors ça, c'est un truc, (moi je suis prof) et quand je vois comment l'éducation nationale traite nos enfants, c'est délirant. Être obligé de le mettre dans le privé, pour moi, c'est une chose que je ne peux même pas concevoir et c'est une pilule qui ne passera jamais. Qu'il n'y ait pas de structure dans le public, qui accueillent nos enfants... Alors nous, on peut, ce n'est pas le souci mais la famille qui est au smic et qui a déjà du mal à boucler ses fins de mois qui est obligé de payer l'institution, la cantine ce n'est quand même pas normal. Pour moi il y a un truc vraiment discriminatoire. Tant mieux pour nous parce qu'on peut, mais en même temps ça veut dire qu'il y a certains enfants qui sont certainement laissés pour compte parce que l'éducation nationale pour moi, ne fait pas son boulot.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Terrassier J-C. Les enfants intellectuellement précoces. Arch Pédiatrie. 2009 Sep 3;(16):1603–6.
2. Tordjman S. Enfants surdoués en difficulté : de l'hyperactivité avec déficit attentionnel à la dépression et l'échec scolaire. Rev Médicale Suisse. 2006 Feb 22;(54):31067.
3. Pereira-Fradin M, Jouffray C. Les enfants à haut potentiel et l'école : historique et questions actuelles. Bull Psychol. 2006 May 1;Numéro 485(5):431–7.
4. Vaivre-Douret L. Les caractéristiques développementales d'un échantillon d'enfants tout venant « à hautes potentialités » (surdoués) : suivi prophylactique. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2004 May;52(3):129–41.
5. brunet-lezine. Le Développement psychologique de la première enfance : Présentation d'une échelle française pour examen des tout petits, par Odette Brunet,... et Irène Lézine,... Avec une préface du Prof. Henri Wallon. 1951.
6. Revol O, Louis J, Fourneret P. L'enfant précoce : signes particuliers. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2004 May;52(3):148–53.
7. Robert G, Kermarrec S, Guignard J-H, Tordjman S. Signes d'appel et troubles associés chez les enfants à haut potentiel. Arch Pédiatrie. 2010 Sep;17(9):1363–7.
8. Siaud-Fachin J. L'enfant surdoué, l'aider à grandir, l'aider à réussir. 2009.
9. Tordjman S. À la rencontre des difficultés présentées par les enfants surdoués. Arch Pédiatrie. 2007 Jun;14(6):685–7.
10. Moon S, Zentall S, grskovic j, et al. Emotional, social, and family characteristics of boys with AD/HD and giftedness : a comparative case study. J Educ Gift. 2001;(24):207–47.
11. Louis J. Le sommeil et l'enfant précoce. ANAE. 2004;
12. Guérolé F, Louis J, Creveuil C, Montlahuc C, Baleyte J-M, Fourneret P, et al. Étude transversale de l'anxiété trait dans un groupe de 111 enfants intellectuellement surdoués. L'Encéphale [Internet]. [cited 2013 Jun 11]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700613000353>
13. Association Française pour les Enfants Précoces : www.afep.asso.fr.
14. Vanmeerbeek M, Van Onckelen S, Bouüaert C, Burette P. Enfants à haut potentiel: attitude du médecin traitant. Presse Médicale. 2006 Jan;35(1, Part 2):86–90.
15. Delaubier. La scolarisation des élèves intellectuellement précoces. 2002 Jan.

16. Ressources d'accompagnement pédagogique Scolariser les élèves intellectuellement précoces (EIP). Ministère de l'éducation nationale; 2013 Sep.
17. Boublil M. Le surdon n'est pas ce que mesure un test. *Médecine Enfance*. 2012 Nov;(11):388–91.
18. Lecerf T, Golay P, Reverte I, Senn D, Favez N, Rossier J. Scores composites CHC pour le WISC-IV : normes francophones. *Prat Psychol*. 2012 Mar;18(1):37–50.
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142–5.
20. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol*. 2004 Mar;10(1):79–86.
21. Grubar JC, Duyme M, Côte sophie. La précocité intellectuelle de la mythologie à la génétique. 1997.
22. Jensen A. How much can we boost IQ and scholastic achievement? *Harv Educ Rev*. 1969;(39):1–12.
23. Duyme M, Dumaret A-C, Tomkiewicz S. How can we boost IQs of “dull children”? A late adoption study. *Proc Natl Acad Sci*. 1999 Jul 20;96(15):8790–4.
24. Place publique [Internet]. *Mon Enfant Est Il Norm*. Available from: <http://www.maxtv.ch/videos/vod/placepublique2012-20>
25. Terrassier J-C. Les enfants surdoués ou la précocité embarrassante. 8e ed. Paris: ESF; 2009.
26. Hubert S. Les élèves intellectuellement précoces : Comprendre, repérer, aider. Ile de la Réunion: Inspection ASH; 2012 Avril.
27. ANPEIP.
28. Kostogianni N, Andronikof A. Estime de soi, centration sur soi et ajustement socioaffectif des enfants et des adolescents surdoués. *L'encéphale*. 2009;(35):417–22.
29. Bénony H, VanDerElst D, Chahraoui K, Bénony C, Marnier J-P. Lien entre dépression et estime de soi scolaire chez les enfants intellectuellement précoces. *L'Encéphale*. 2007 Feb;33(1):11–20.
30. Revol O, Bléandonu G. Enfants intellectuellement précoces : comment les dépister ? *Arch Pédiatrie*. 2012 Mar;19(3):340–3.
31. Siaud-Fachin J. Mais qui sont vraiment ces enfants surdoués ? *Arch Pédiatrie*. 2007 juin;14(6):683–4.

32. Duyme M, Saint Pierre S, Gauthier C, Capron C. Les Bases biologiques de la précocité intellectuelle. *Approche Neurol Apprentissages Chez Enfant*. 2003;(73).

RESUME

Introduction : Les enfants intellectuellement précoces (EIP) représentent 2,3% de la population (un peu moins d'un élève par classe). Leur mode de fonctionnement qualitativement différent peut provoquer des échecs scolaires et des troubles particuliers. L'objectif principal de cette étude était d'explorer l'hypothèse du bénéfice du dépistage précoce pour l'enfant et ses parents.

Matériel et méthode : Cette étude était qualitative par entretiens semi-dirigés. Les critères d'inclusions étaient le $QI > 125$ et l'accord de l'enfant et des parents. Les entretiens ont été enregistrés puis intégralement retranscrits de façon anonymisée. Les avis obtenus ont été analysés selon les principes de la théorie ancrée à l'aide du logiciel Nvivo.

Résultats : Les entretiens ont été réalisés entre décembre 2012 et septembre 2013 au domicile des familles. Quinze enfants (dont 4 fratries) et onze parents ont été interrogés. Des conséquences bénéfiques concernant l'adaptation de la scolarité ont été évoquées entraînant des changements de comportement. Une amélioration de la compréhension des enfants a été retrouvée, facilitant selon certains parents leur éducation et améliorant leur estime de soi. Les limites évoquées étaient la sous-estimation des tests dans des contextes de déficit sensitif, d'anxiété importante ou de refus de l'enfant et une persistance de troubles après le diagnostic.

Conclusion : Dans notre échantillon, des bénéfices ou une absence de changement à la pose du diagnostic ont été retrouvés par les familles mais pas de préjudice. Ce sont les adaptations scolaires et éducatives, qui en découlent, qui ont réellement aidé certains enfants de notre échantillon.

MOTS CLÉS : Enfants Intellectuellement Précoce, Médecin généraliste, Test de quotient intellectuel, Dépistage, estime de soi