



HAL
open science

Rencontres des adultes à haut potentiel intellectuel avec la médecine générale française

Thomas Brillouet

► **To cite this version:**

Thomas Brillouet. Rencontres des adultes à haut potentiel intellectuel avec la médecine générale française. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02922973

HAL Id: dumas-02922973

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02922973>

Submitted on 26 Aug 2020

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Rencontres des adultes à haut potentiel intellectuel avec la médecine
générale française**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 4 Mars 2020

Par Monsieur Thomas BRILLOUET

Né le 9 décembre 1989 à Saint-Mandé (94)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur LANÇON Christophe

Président

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCU-PH) MAAROUF Adil

Assesseur

Madame le Docteur MOREAU Carole

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 01/01/2019

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J. WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C. GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

- 1990**
MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)
- 1991**
MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)
- 1992**
MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)
- 1994**
MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)
- 1995**
MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)
- 1997**
MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)
- 1998**
MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)
- 1999**
MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)
- 2000**
MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)
- 2001**
MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
- 2002**
MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)
- 2003**
M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDI (Grande Bretagne)
- 2004**
M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)
- 2005**
M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
- 2006**
M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
- 2007**
M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)
-

PROFESSEURS EMERITE

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTE Bernard	31/08/2019

2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouïl (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)</p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMNOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
<p>GUEDJ Eric (PU-PH) GUYE Maxime (PU-PH) <i>MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre</i> TAIEB David (PU-PH)</p> <p>BELIN Pascal (PR) (69ème section) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)</p> <p>CAMMILLERI Serge (MCU-PH) VION-DURY Jean (MCU-PH)</p> <p>BARBACARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)</p>	<p>AVIERINOS Jean-François (PU-PH) BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH) CUISSSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH) PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)</p>
BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604	CHIRURGIE DIGESTIVE 5202
<p><i>CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre</i> GAUDART Jean (PU-PH) GIORGI Roch (PU-PH)</p> <p>CHAUDET Hervé (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH) GIUSIANO Bernard (MCU-PH) MANCINI Julien (MCU-PH)</p> <p>ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section) BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)</p>	<p>BERDAH Stéphane (PU-PH) HARDWIGSEN Jean (PU-PH) SIELEZNEFF Igor (PU-PH)</p> <p>BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)</p>
	CHIRURGIE GENERALE 5302
	<p>DELPERO Jean-Robert (PU-PH) MOUTARDIER Vincent (PU-PH) SEBAG Frédéric (PU-PH) TURRINI Olivier (PU-PH)</p> <p>BEGE Thierry (MCU-PH) BIRNBAUM David (MCU-PH)</p>

<p>CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002</p> <p>ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) <i>PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPICANO Patrick (PU-PH)</p> <p>OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)</p>	<p>GUERIN Carole (MCU PH)</p> <p>CHIRURGIE INFANTILE 5402</p> <p>GUYS Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)</p>
<p>CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702</p> <p>BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony (PU-PH) HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)</p> <p>SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)</p>	<p>CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503</p> <p>CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH)</p> <p>FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)</p>
<p>CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103</p> <p>COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)</p> <p>FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)</p>	<p>CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004</p> <p>CASANOVA Dominique (PU-PH) LÈGRE Régis (PU-PH)</p> <p>BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)</p>
<p>CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104</p> <p>ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)</p>	<p>GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201</p> <p>BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)</p> <p>GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)</p>
<p>HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202</p> <p>LEPIDI Hubert (PU-PH)</p> <p><i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)</p>	<p>GENETIQUE 4704</p> <p>BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)</p> <p>NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)</p>
<p>DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003</p> <p>BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)</p> <p>DUSI</p> <p>COLSON Sébastien (MCF)</p>	<p>GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403</p> <p>AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETTELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)</p>
<p>ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404</p> <p>BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)</p> <p>EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601</p> <p>AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH)</p> <p>BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)</p> <p>MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)</p>	

IMMUNOLOGIE 4703	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701
<p>KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)</p> <p>FERON François (PR) (69ème section)</p> <p>BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)</p> <p>BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)</p>	<p>BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH) GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH)</p> <p>DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)</p> <p>POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)</p>
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603
<p>BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)</p> <p>MILLION Matthieu (MCU-PH)</p>	<p>BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)</p> <p>TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)</p> <p>BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)</p>
MEDECINE D'URGENCE 4805	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905
<p>KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)</p>	<p>BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)</p>
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602
<p>BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)</p> <p>EBBO Mikael (MCU-PH)</p> <p>GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)</p> <p>ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)</p> <p>BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)</p>	<p>LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)</p> <p>BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH) SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)</p>
NUTRITION 4404	NEUROCHIRURGIE 4902
<p>DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)</p> <p>ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité BELIARD Sophie (MCU-PH)</p> <p>MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)</p>	<p>DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)</p> <p>CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)</p>
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
<p>CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)</p>	<p>ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)</p>

OPHTALMOLOGIE 5502	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) <i>Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) <i>Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
RANQUE Stéphane (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralle (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) MATHIEU Marion (MAST)
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGÉON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) <i>(disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH) RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903	
BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)	
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16	
AGHABABIAN Valérie (PR)	
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302	PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)	ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) CHARPIN Denis (PU-PH) <i>Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH) MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802	THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804
GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH) HRAIECH Sami (MCU-PH)	AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH) DAUMAS Aurélie (MCU-PH)
RHUMATOLOGIE 5001	UROLOGIE 5204
GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)	BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A tous ceux qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

Aux membres du jury,

Pr Christophe LANCON
Pr Laurent BOYER
Dr Carole MOREAU
Dr Adil MAAROUF

A mes mentors,

Pr Frédéric DUBAS
Pr Philippe MERCIER
Pr Henri-Dominique FOURNIER
Pr Xavier PAPON
Pr Sylvie CHEVALLIER
Pr Franck LETOURNEL
Pr CHOPARD

Pr REGIS
Dr Virgine BORGES

Dr Magali DEROIN
Dr Lucile LEGAL
Dr Elisa MARTIN
Dr Mathias LUCIANI
Dr Valérie SEUX
Dr Florent THIBAULT
Dr Phu-Quy DUONG
Dr Piseth SENG
Dr Mathieu BARDOUX
Pr Andreas STEIN
Dr Gilbert HANOKA
Dr Céline MEGUERDITCHIAN

Dr Aurélie BOUTIN
Dr Valérie BREMOND
Dr Violaine BRESSON
Dr Chloé CARDINALE

A mes confrères,

Dr Pierre-Emmanuel MEVEL
Dr Martin ELOIT
Dr Marine BOVE
Dr Emilien HERTEREAU
Dr Floriane BONNIN
Dr Alexis BEAL
Dr Florian GUILLOTIN
Dr Simon GIRAULT
Dr Marie GUERIN
Dr Valentine ROUSSEAU
Dr Julien COURATIN

Dr Aurélia RUF
Dr Guillaume BOSCO
Dr Giovanni BOUSQUET-DESBOIS
Dr Maxime CASTELLI
Dr Christophe BREULEUX
Dr Mathieu LUMETTA
Dr Simon BENICHOU
Dr Théo KORCHIA
Dr Sylvia HUG

Dr Charline PEROT
Dr Clélia ARQUILLIERE
Dr Alexis PIERRES
Dr Aurélien STENECK
Dr Benjamin BRARD
Dr Pauline COURBOIS
Dr Fabrice MUGABE
Dr Ophélie LEPAGNEY
Dr Guillaume LE DIAGON
Dr Yann BOURET
Dr Myriam HACHOUR
Dr Alice VALLON
Dr Mai JONG
Dr Marie-Solenne PERIER
Dr Filippo GHIDINI
Dr Maria Grazia FATICATO
Dr Sophie STOUT
Dr Thibaut SWINIAREK

Dr Laurent ZARHA
Dr Sophie CHIVAS
Dr Alain BRUN
Dr Magali CASAL
Dr Nicolas LAINE
Dr Alexandre ZERDAB

A Mensa,

Membre 7765

A mes proches,

Dont seul mon cœur détient la liste.

“Quel que soit votre exercice de la médecine, je vous conseille de l’aborder sous ces trois plans: bio-, psycho-, et social”.

“Souvent, dans l’histoire de la médecine, des savoir qui ne se touchent finissent par se rejoindre; par s’inter-pénétrer.”

Pr F.DUBAS
Qu’il repose en paix.

THESE DE MEDECINE GENERALE

Rencontres des adultes à haut potentiel
intellectuel avec la médecine générale
française

Etude transversale
auprès des membres de l'association Mensa France

Thomas BRILLOUET

SOMMAIRE

Chapitre I : Introduction.....	25
I.1. Histoire du quotient intellectuel.....	26
I.1.a. Génèse du concept	26
I.1.b. Approfondissement.....	26
I.1.c. Limite et alternative.....	28
I.2. Le tableau psycho-social.....	28
I.2.a. Conceptions sociales	28
I.2.b. Consensus professionnel.....	28
I.2.c. HPI laminaire, HPI complexe.....	29
I.3. Etat des connaissances en neurologie	30
I.3.a. Particularités anatomiques.....	30
I.3.b. Particularités fonctionnelles du HPI	30
I.3.c. Variantes entre personne à HPI complexe et laminaire	31
I.4. Etat des connaissances en psychiatrie	31
I.4.a. Collusion et risque	31
I.4.b. Approche quantitative.....	32
I.4.c. Analyse qualitative.....	32
I.4.d. Influence du temps.....	33
I.4.e. La question de l'adulte	33
I.5. Santé publique.....	34
I.6. L'état des connaissances en médecine générale	35
I.6.a. En fin de formation initiale: avis des internes marseillais.....	35
I.6.b. Une faible offre de formation, initiale comme continue	35
I.6.c. Un intérêt suivi d'une volonté	35
I.6.d. Positionnement de la médecine générale.....	36
I.6.e. Témoignages en pratique clinique médicale.....	36
I.6.f. Collaboration avec la psychologie.....	37
I.7. Synthèse	37
I.8. Questions de recherche	38
I.9. Hypothèses.....	38

Chapitre II : Matériel et méthode.....	39
II.1. Population.....	39
II.1.a. Population cible.....	39
II.1.b. Population source : l'association Mensa France.....	39
II.2. Le choix d'une analyse quantitative et qualitative.....	40
II.3. La méthode : étude transversale descriptive et analytique.....	40
II.3.a. Elaboration du questionnaire.....	40
II.3.b. Recueil des données.....	40
II.3.c. Analyse des données.....	41
Chapitre III : Résultats.....	43
III.1. Résultats descriptifs.....	43
III.2. Résultats analytiques.....	55
III.2.a. Parcours par sous-populations.....	55
III.2.b. Analyse des motifs de consultation.....	59
III.2.c. Actions de la médecine générale.....	64
III.2.d. Analyse factorielle.....	74
Chapitre IV : Discussion.....	76
IV.1. Synthèse de la contribution médicale actuelle.....	76
IV.1.a. Elle est quantitativement faible.....	76
IV.1.b. Premièrement, ne pas nuire.....	76
IV.1.c. Universalité des rapports en soins primaires.....	76
IV.1.d. Etat des lieux par les mensans.....	77
IV.2. Tentative de standardisation: profil du parcourant-type.....	77
IV.2.a. Sociologie.....	77
IV.2.b. Cheminement chronologique.....	78
IV.2.c. Cheminement psychique.....	78
IV.2.d. Ce qui fait consulter.....	78
IV.2.e. Signes à plus haute valeur prédictive positive en consultation.....	78
IV.3. Pertinence de la médicalisation.....	80
IV.3.a. Rappel de l'efficience de la médecine générale en santé publique.....	80
IV.3.b. Il est utile d'identifier le HPI en consultation.....	80
IV.4. Recommandations.....	81
IV.4.a. Attentes des mensans à l'échelle de la consultation.....	81
IV.4.b. Attentes des mensans en santé publique.....	82

IV.4.c. Apports au cursus	82
IV.4.d. Synthèse	82
IV.5. Faisabilité et adéquation	83
IV.6. Synthèse	83
IV.7. Biais	83
IV.7.a. Biais de sélection	83
IV.7.b. Biais de recrutement	84
IV.7.c. Biais de mémorisation	84
IV.7.d. Biais d'interprétation	84
IV.8. Limites	84
IV.8.a. Inhérentes à la méthode	84
IV.8.b. Inhérentes à la conjoncture/environnement	85
IV.9. Synthèse	86
Chapitre V : Conclusion	87
Chapitre VI : annexes	91
Chapitre VII : Références	88

Chapitre I : Introduction

Le haut potentiel intellectuel (HPI) est une spécificité neurologique à l'origine de particularités de vécu personnel et social (LANCON, et al., 2015) (KARPINSKI, KINASE, TERREAUULT, & BOROWSKI, 2017).

A l'inverse des enfants, les adultes à HPI ne font pas l'objet d'un repérage institutionnel en France. En médecine générale, une thèse qualitative (GAUDIN-CHAMAYOU, 2012) montre l'hétérogénéité des parcours des adultes HPI, et piste certaines caractéristiques comme aide à leur identification. Une revue de littérature infirme la constance de ces caractéristiques (BRASSEUR & CUCHE, 2017).

Une thèse quantitative (VINCENS DE TAPOL, 2018) démontre que le généraliste assure souvent le suivi des adultes à HPI quand il est nécessaire, aux côtés de psychologues et psychiatres ; moins leur identification.

Il semble que l'on retrouve un gain de qualité de vie suite à l'identification du HPI chez les adultes (GAUDIN-CHAMAYOU, 2012) (VINCENS DE TAPOL, 2018).

Ce bénéfice potentiel est à mettre en perspective avec la rareté des études françaises en médecine générale à ce sujet. Par sa fonction de premier recours, elle y est pourtant prioritairement exposée.

L'enjeu de ce travail est d'y légitimer son rôle, voire l'ériger en portail répondant aux adultes HPI en attente d'identification. Lesquels pourraient définir s'il est utile aux généralistes de disposer d'outils de repérage du HPI.

I.1. Histoire du quotient intellectuel

I.1.a. Génèse du concept

Tout outil de mesure ainsi que la mesure elle-même ont des limites dans leur rapports au réel qu'ils ne peuvent qu'approcher (BERNARD, 1865). Cette recherche ayant une aspiration quantitative, il a été rapidement nécessaire pour générer ses questions de se focaliser sur un élément mesurable de l'intelligence: le potentiel intellectuel.

La psychométrie tente depuis longtemps la mesure de l'intelligence par différents tests. Leur analyse factorielle a permis de trouver une corrélation entre la plupart d'entre eux, assez constante. Celle-ci est nommée "facteur g" ou "intelligence générale" (SPEARMAN, 1904).

Le terme naît en 1905 de la pensée du psychologue allemand William STERN, qui cherche à lier des mesures physiques au psychisme. Il s'intéresse donc notamment aux publications de son confrère Alfred BINET et forme le quotient intellectuel (QI) comme le rapport de l'âge "mental" (c'est-à-dire l'âge généralement observé pour développer les capacités intellectuelles mesurées) et l'âge "chronologique"(âge réel).

En France, le ministère de l'instruction publique commande à A.BINET un outil de mesure du niveau intellectuel des "anormaux" (BINET & SIMON, 1905) : visant à mesurer le "niveau intellectuel". Il doit servir à identifier les élèves susceptibles d'éprouver des difficultés pédagogiques, dans un contexte d'éducation nationale depuis peu obligatoire. Ce test doit donc être reproductible, objectif, et permettre la comparaison des individus. Il est mis au point avec le psychiatre français Théodore SIMON.

En 1925, le test de Stanford-Binet est revu par Lewis TERMAN sur la base de son suivi longitudinal d'enfants dits à haut potentiel intellectuel (TERMAN, 1925). Cette méthodologie innove; il avance l'utilisation des tests de QI pour optimiser l'orientation professionnelle.

I.1.b. Approfondissement

En 1939, David WESCHLER est à l'origine d'un changement de calcul et donc de définition: le "quotient" est standardisé sur une courbe de Gauss représentant la répartition des résultats aux tests d'un groupe de référence, sur laquelle se situe le résultat de l'individu testé ainsi exprimé en écart-type par rapport à cette moyenne (WESCHLER, 1981). Ces tests sont divisés en sub-tests évaluant différentes capacités intellectuelles constituante de l'intelligence :

- l'indice de compréhension verbale (ICV), qui évalue la capacité à raisonner sur base d'un matériel verbal (compréhension du langage).
- l'indice de raisonnement perceptif (IRP), qui évalue le raisonnement non verbal et les capacités visuo-spatiales (logique abstraite).
- l'indice de mémoire de travail (IMT), qui évalue la mémoire de travail verbale.
- l'indice de vitesse de traitement (IVT), qui évalue la rapidité dans le traitement de stimuli visuels simples et la coordination visuo-motrice.

Le QI total (QIT) est calculé en considérant leur ensemble. Par abus de langage, on parle de « QI » pour exprimer le QIT.

Raymond CATTELL reprend ensuite le facteur *g* en y distinguant des corrélations différentes à deux types d'intelligence (CATTELL, 1941):

- ❖ Cristallisée: celle qui dépend des connaissances
- ❖ Fluide: celle qui n'en dépend pas: elle approche la logique abstraite, celle encore mesurée par les matrices progressives de Raven.

John L HORN, adjoint ensuite à cette approche de nombreux paramètres pour tenter d'évaluer l'intelligence plus finement (HORN J. , 1965):

- ◇ Traitement des informations visuelles
- ◇ Traitement des informations auditives
- ◇ Vitesse de traitement
- ◇ Mémoire à court terme
- ◇ Mémoire à long terme.

Enfin, John Bissell CARROLL effectue à sa retraite une méta-analyse de toutes les études factorielles (460) menées sur les tests d'intelligence de son époque, qu'il a mené durant sa carrière de psychologue (CARROLL, 1993). Il conclut qu'il en ressort trois strates permettant de classer les capacités cognitives: un facteur général d'intelligence en amont, prédit par huit capacités cognitives générales, elles-mêmes associées à des capacités cognitives spécifiques (CARROLL, The three-stratum theory of cognitive abilities, 1997):

1. Le facteur *g*,
2. 8 capacités cognitives générales, prédisant le facteur *g*
3. 30 capacités dites "spécifiques" plus fines, mesurées directement sur les individus, servant ensuite de base au calcul des capacités supérieures dans ce schéma (et donc, théoriquement, dans la structure de l'intelligence).

La synthèse de leurs travaux génère le modèle de Cattell-Horn-Carroll. Celui-ci compile le modèle hiérarchique de Carroll (unidimensionnel) et la théorie de Cattell-Horn (pluridimensionnelle) (TERRIOT, 2018). On y retrouve (cf Annexes):

- ❖ Horizontalement: l'ensemble des dimensions dans lesquelles s'exprimerait l'intelligence, selon Cattell et Horn.
- ❖ Verticalement: la stratification de Carroll.

Dans cette structure, des facteurs étroits prédisent des facteurs cognitifs plus larges, qui eux-mêmes prédisent le facteur général d'intelligence, élément commun à tous les tests d'intelligence *g*.

Ces critères d'évaluation sont ceux utilisés dans les échelles de Weschler; principaux psychométriques utilisés actuellement pour calculer un quotient intellectuel: WISC (1) pour les enfants, WAIS (2) pour les adultes. Ces composantes sont testées séparément lors des entretiens dédiés.

Plus récemment, les psychologues ont eu tendance à dichotomiser les profils de HPI selon l'homogénéité des scores obtenus dans différentes catégories (TERRASSIER, 2005). Ils les classent en fait selon deux types de profils observés dans le comportement des enfants à HPI:

- I. QIT > 130: il est alors dit homogène, et on parle de HPI laminaire.
- II. QIT < 130 et ICV > 130 ou IRP > 130: le QIT est alors hétérogène: on parle de HPI complexe.

¹ Weschler Intelligence Scale for Children

² Weschler Adult Intelligence Scale

I.1.c. Limite et alternative

Le QI varie selon l'état psychique (dépression, troubles anxieux) (PRAT, 1979).

Enfin, on peut citer des théories alternatives comme celle des 8 formes d'intelligence de Gardner (GARDNER, 2004). Toutefois, discuter la primauté d'un modèle ne m'incombe pas dans ce travail. La définition de notre population source étant notamment basée sur l'échelle de Weschler; ma focalisation sur ses fondements est utilitariste.

Nous tenterons de faire ressortir des tendances quantifiables. Or le HPI se définit désormais de façon assez consensuelle comme une particularité de fonctionnement, donc qualitative : dont les écarts à la norme de ces qualités sont, eux, quantifiés. De fait et peut-être par collusion, c'est sensiblement la même approche que nous choisirons d'appliquer au traitement statistique de nos résultats pour tenter de mettre en lumière des données significatives dans les rapports que les adultes HPI ont eu avec la médecine générale.

I.2. Le tableau psycho-social

I.2.a. Conceptions sociales

L'imaginaire collectif et parfois professionnel attribue des particularités perçues sous des traits de personnalité. A l'inverse des a priori de perfectionnisme ou sens moral plus développés, certains peuvent s'assimiler à de réels pans pathologiques, au sens étymologique dès lors où ils relèvent dans leur définition d'une souffrance. Dans leur revue de littérature en psychologie, (BRASSEUR & CUCHE, 2017) concluent, à propos de ces états chez les personnes à HPI, comparativement à la population générale:

- Ont-elles plus de difficultés à gérer leurs émotions? Non
- Ont-elles plus de difficultés sociales? Non
- Ont-elles plus de troubles "au niveau de la santé mentale"? Non
- Ont-elles plus de difficultés sociales? Elles affirment ne pas pouvoir se prononcer sur la causalité au HPI.
- Sont-elles hypersensibles émotionnellement? Elles ne statuent pas face aux données de la littérature, mais précisent le concept qui sera lié sous le vocable d'intensité affective.

I.2.b. Consensus professionnel

La précocité intellectuelle n'est pas une pathologie, mais peut induire un mal-être significatif et des difficultés d'adaptation avec également un retentissement au niveau familial (ANAE, 2015).

Un certains consensus semble émerger entre les principaux auteurs effectuant des revues de littérature en psychologie à propos de traits de personnalité souvent conjugués au HPI: mais souvent limités dans leur étude aux enfants. Ils ne sauraient être extrapolés avec certitude à l'âge adulte. On peut citer pour exemple:

1. Des scores plus élevés pour "ouverture" selon le modèle OCEAN de la personnalité³
2. Des scores de pensée divergente légèrement plus élevés

³ également nommé en psychologie: modèle des "Big fives".

3. Des angoisses existentielles plus fréquentes. Ce que (GAUVRIT, 2014) relate comme “fear of unknown”; une “*anxiété métaphysique*” augmentée.
4. La rapidité de pensée différente de l’anxiété mais pouvant en être source.
5. L’émergence d’un sens moral semble précoce (BRASSEUR & CUCHE, 2017) mais je n’ai pas trouvé d’évidence de prééminence à l’âge adulte, comparativement à la population générale.

Un de ces éléments consensuels important à nuancer est la « dyssynchronie » (TERRASSIER, 2005) traduit le vécu particulier du HPI au plan psycho-social. On distingue :

Dyssynchronie interne : qui décrit chez les enfants le fait de présenter un développement affectif et une maturation psychomotrice moins en avance que leur développement intellectuel. Cela produit une inadéquation ; l’enfant à HPI ne comprend pas ce qu’il ressent puisque sa maturité intellectuelle n’y apporte pas de sens cohérent à son âge.

Dyssynchronie externe, ou sociale : il s’agit cette fois du décalage entre sa maturité intellectuelle propre, et celle de l’entourage. Elle est décrite aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Ce décalage peut aussi bien être perçu :

- sur le plan rationnel, par la différence d’analyse (l’individu à HPI prend conscience que quelque soit la situation, son analyse en sera différente de celle de son entourage : avec souvent des liens à divers idées éloignées du sujet que les autres ne comprennent pas et trouvent donc bizarres)
- sur le plan émotionnel : la personne à HPI réalise que ses ressentis ne sont pas partagés par son entourage, voire plus nombreux (le sentiment d’injustice notamment).

D’autres traits apparaissent souvent cités, mais non consensuels:

- Le perfectionnisme, dont les causes plausibles sont étudiées mais non retrouvées en revue de littérature (BRASSEUR & CUCHE, 2017)
- L’intolérance à l’injustice
- La réactivité : une tendance à réagir plus vite aux stimuli, par exemple en finissant les phrases des interlocuteurs (en percevant le sens avant la fin des énoncés).
- Le « faux-self » : qui est la production par la personne à HPI d’une personnalité « de façade », différente de sa personnalité réelle, utilisée pour manipuler son interlocuteur dont il a perçu les volontés afin que ce dernier ne puisse pas lui nuire. C’est donc initialement un processus défensif, secondaire à la dyssynchronie externe quand celle-ci devient intolérable. Elle est décrite par exemple dans un mémoire de médecine discutant les rapports entre médecins et adulte à HPI (BIDAUT GARNIER, 2008).

1.2.c. HPI laminaire, HPI complexe

Le haut potentiel laminaire est défini par l’homogénéité des scores obtenus à tous les indices de l’échelle de Weschler (cf I.1.). Ses caractéristiques psychiques sont aussi décrites comme “homogènes” par *le Journal des psychologues* (GUILLON) :

“Il éprouve du plaisir à apprendre, se montre ouvert au monde, sans toutefois présenter une curiosité particulière ou un besoin de collecter les informations. Ces enfants se distinguent moins par leur mode de pensée que par leurs capacités cognitives hors du commun. Contrairement aux enfants hpi complexes, ils ont besoin de planifier et d’anticiper. Le processus de pensée est essentiellement analytique, linéaire et déductif.” Une certaine adaptabilité scolaire et sociale semble en découler (TERRASSIER, 2005).

Le HPI dit complexe correspond à celui dont les scores varient aux différents indices du test. Malgré de possibles scores extrêmes à certains indices le QIT peut donc être inférieur à 130. Il seraient de fait sous-identifiés. Ecueil qui souligne l'intérêt de compléter le test par l'avis du psychologue, lesquels sont recommandés conjointement. *Le journal des psychologues* en traduit les spécificités comme suit, cliniquement:

“ils éprouvent un fort besoin d'apprendre, de comprendre ce qu'ils apprennent et pourquoi ils l'apprennent. Ils ressentent un besoin de stimulation intellectuelle, une grande curiosité du monde qui les entoure. Leur pensée est divergente, « arborescente », riche, rapide et associative, mais parfois épuisante, car prédominante et ininterrompue.”

Cette tendance associative se traduit par une créativité importante, mais aussi des dyssynchronies marquées. Les psychologues disent y décrire plus de labilité émotionnelle (MARCELLI & BRACONNIER, 2008) et en conséquence: les recevoir plus souvent en consultation. Et de même, on peut pressentir qu'ils pourraient être sur-représentés parmi les personnes à HPI vues en consultation de médecine générale.

I.3. Etat des connaissances en neurologie

Un QI>130 est corrélé à plusieurs particularités cérébrales: anatomiques et fonctionnelles.

I.3.a. Particularités anatomiques

Le potentiel intellectuel est positivement corrélé à une myélinisation accrue de la substance blanche, par rapport à la population générale (CHIANG, et al., 2009) et des connexions plus nombreuses (SOLE-CASALS, et al., 2019).

Les dernières études de neuroimagerie montrent également que le QI varie proportionnellement à l'épaisseur corticale, surtout en frontal gauche (BURGALETA, JOHNSON, WABER, COLOM, & KARAMA, 2013).

I.3.b. Particularités fonctionnelles du HPI

Le Pr (GRUBAR) constate que:

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

Les individus à HPI ont une connectivité supérieure au groupe contrôle (activité, connectivité) (NUSBAUM, et al., 2017).

Les travaux les plus récents menés au Centre d'Imagerie du Vivant de Lyon (SUPRANO, et al., 2019) en comparant des enfants à QIT moyen et des enfants à QIT>130 en IRM de repos. Ils montrent notamment que le réseau « DMN⁴ » ou réseau du mode par défaut, étudié dans le « connectome » (HORN, OSTWALD, REISERT, & BLANKENBURG, 2013) est plus actif.

I.3.c. Variantes entre personne à HPI complexe et laminaire

Leur équipe, dont O.REVOL et D.SAPPEY-MARINIER cherche ensuite des différences fonctionnelles entre deux groupes d'enfants et adolescents à HPI laminaire d'une part, et complexe d'autre part. Ils corrèlent des activités plus importantes:

Chez les laminaires :

- En cortex cingulaire post (maîtrise des liens associatifs entre différentes informations),
- En aire de Broca (cortex dorsal antérieur gauche : mémorisation et sélection des informations)
- En aire de Wernicke (gyrus supra-marginal : compréhension des mots, restitution des informations)
- En cortex préfrontal dorso-latéral droit (contrôle du comportement ; inhibition)

Chez les complexes :

- en cortex préfrontal dorso-latéral: supérieure à gauche chez les complexes (fonctionnement dit "en référence interne") confirmées par études en "split"; donc moins de confrontation avec l'environnement; laminaires sont plus des "adaptateurs".

De même, ils corrèlent des connectivités plus importantes :

- entre les deux hémisphères chez les laminaires (aptitudes visuo-spatiales)
- en hémisphère gauche chez les complexes (aptitudes de langage).

A noter que ces deux dernières études ont été menées sur des enfants ou adolescents: leur généralisation à tout âge n'est pas actée.

I.4. Etat des connaissances en psychiatrie

I.4.a. Collusion et risque

Mon analyse de la littérature pivote autour de la question: avoir un HPI est-il facteur de risque psychiatrique? Cette question demande pour être testée d'en différencier l'effet de collusion avec la psychiatrie: l'un peut être perçu comme relevant de l'autre, et inversement. Le différentiel entre TDA/H (5) et HPI est la réflexion de ce type la plus flagrante. Une ouvrage dédié (BANGE)

Souligne ces difficultés de discernement. Sans trouver de réel signe discriminant, O.REVOL recommande surtout pour ce faire d'évaluer leur QIT. Il conclut "*porter ce double diagnostic, une évaluation rigoureuse s'impose, car les deux syndromes présentent volontiers une sémiologie commune. La distractibilité, l'impulsivité et l'agitation sont les fidèles compagnes de route de l'enfant HP*".

C'est à mon sens en cela que la double approche psychologique et psychiatrique est nécessaire au médecin dont la pratique est transversale. La psychologie doit permettre de définir ce qu'est le haut potentiel intellectuel. La psychiatrie doit permettre de dire si le HPI entraîne des troubles psychiatriques

⁴ Default Mode Network

⁵ Trouble Déficitaire de l'Attention avec Hyperactivité

(addictions, troubles psychotiques, névrotiques, anxio-dépressifs). La médecine générale doit savoir différencier les deux.

« *L'intelligence est un double mal : elle fait souffrir et personne ne songe à la considérer comme une maladie.* » disait (PAGE, 2002). La science a nuancé ce propos et nous allons tenter d'y contribuer.

1.4.b. Approche quantitative

Le caractère physiologique du haut potentiel intellectuel, de nature statistique comme écart à une norme peut expliquer la relativité de son intérêt en médecine. On a démontré qu'il était positivement corrélé à la qualité de vie en population générale quand il est identifié (BRASSEUR & CUCHE, 2017). Si l'on s'intéresse en revanche aux adultes à HPI non identifiés comme tels, nous sommes face à une impasse méthodologique en questionnant ici ceux déjà identifiés. On peut toutefois interroger l'effet de l'identification sur la qualité de vie: en demandant si elle l'a augmenté ou non, aux identifiés (question 7 du questionnaire) et en quoi (question 8).

(BIDAUT GARNIER, 2008) réalisait en 2008 une revue de littérature pour répondre à ces questions: *“Les personnes à haut potentiel intellectuel ont-elles une augmentation avérée du risque de développer des troubles médicaux ?*

Le médecin généraliste a-t-il les moyens de prévenir ces troubles, s'ils existent ?

Comment un médecin généraliste peut agir concrètement, sans formation spécifique, et sans trop majorer le temps de ses consultations ?”.

A celles-ci, elle répond que le pourcentage de HPI parmi les patients présentant une psychopathologie est plus élevé que dans la population générale: mais il s'agit de références à des études menées sur les enfants, et pour des effectifs de l'ordre de la centaine.

On ne retrouve pas ce sur-risque dans littérature récente, d'après (BRASSEUR & CUCHE, 2017).

1.4.c. Analyse qualitative

Selon plusieurs auteurs, le HPI est à l'origine de particularités dans l'expression de troubles psychologiques, quand ceux-ci surviennent (qu'il y ait ou non de relation de cause à effet). Je les cite : *« Un besoin de maîtrise et de justice, une très faible estime de soi, le sentiment d'être décalé par rapport à leur environnement, des difficultés à s'affirmer et une conscience douloureuse du monde. Ils pensent sur tout, tout le temps, intensément, sans cesse, mettent en perspective, anticipent, intègrent de nouvelles données qu'ils analysent en activant leurs logiciels. »* (BOST, 2013).

“Les enfants repérés à haut potentiel intellectuel (HPI) se caractérisent par une hypersensibilité émotionnelle dans les interactions avec les autres, ont généralement une faible estime de soi, un sentiment d'être décalé par rapport à leur environnement. Souvent, ils imposent d'emblée une distance relationnelle dans une démarche de défense par la cognition et semblent passer toute émergence émotionnelle par le filtre du rationnel. Leur souffrance est teintée de lucidité douloureuse.” (GUILLON, WURMBERG, & ERTLE, La clinique psychiatrique de l'adolescent suicidaire repéré à haut potentiel intellectuel, 2018).

Il est fait description d'interactions apparaissant « verrouillées », la jeune personne à HPI imposant une distance relationnelle. On peut également en retenir une démarche dite de « défense par la cognition » consistant à rationaliser les affects (opposer aux émotions un filtre d'idées « froides » sensé les contrôler).

Il semble enfin pertinent d'évoquer le HPI penser devant une dépression résistante d'intérêt (SIAUD-FACCHIN, 2002). Elle est alors améliorée par la stimulation intellectuelle, et l'occurrence de nouveaux centres d'intérêt.

I.4.d. Influence du temps

Le Professeur (ZIV, 1989) qui enseigne la psychologie à l'université de Tel Aviv en Israël et qui a créé plusieurs classes spécialisées pour enfants à HP: pense que les médecins doivent avoir des notions sur HPI; La prise en charge éducative spécifique diminuerait les symptômes psychopathologiques. Ainsi « *les enfants [à HP] qui vont mal dans leur école et rentrent dans les classes spéciales n'ont pas autant de problèmes [psychopathologiques] que ceux qui restent dans les écoles où ils s'ennuient ou se trouvent socialement isolés.* »

Pour (SIAUD-FACCHIN, 2002) « le risque pathologique est corrélé à l'âge du diagnostic : plus le diagnostic est posé jeune, moins l'enfant développe de pathologie spécifique. A l'inverse, un diagnostic tardif favorise l'apparition et le développement de troubles plus ou moins graves. La gravité des troubles dépend de la bienveillance du milieu (familial, scolaire...) dans lequel grandit l'enfant ». (REVOL) dit lui que s'il y a souffrance, plus celle-ci arrive tôt et dure longtemps dans la vie d'un enfant ou adulte à HPI, plus elle a tendance à se chroniciser.

Ces points de vue suggèrent de questionner la temporalité dans les parcours de nos interrogés.

I.4.e. La question de l'adulte

“On parle en France des enfants surdoués sur un fond de remise en cause d'un système éducatif d'un pays qui expérimente douloureusement les limites de son modèle social. On y professe que s'occuper de la cause des enfants est important parce qu'ils ne savent pas se défendre seuls. Dans le même temps, on part du principe que les adultes, surtout s'ils sont surdoués, sont bien assez intelligents pour s'en sortir tout seuls!” (BOST, 2013)

En effet, en France, en 2019 on peut citer plusieurs associations dédiées aux enfants exclusivement. Retenons l'ANAPEIP: Association Nationale Pour les Enfants Intellectuellement Précoces, qui est agréée par l'éducation nationale, fédère des parents dont les missions sont:

- *“accueillir les familles, les soutenir et défendre leurs droits,*
- *Représenter toutes les familles adhérentes ANPEIP,*
- *Sensibiliser, informer et former,*
- *Fédérer et animer les réseaux de professionnels et mener toutes les actions utiles pour la reconnaissance et la prise en charge des EIP,*
- *Coordonner, soutenir et harmoniser l'action des associations et délégations locales selon une éthique commune et mettre à leur disposition les informations nécessaires à leurs activités.”*

On peut souligner un champ d'actions moins vaste à l'association Mensa France, accueillant la majorité des adultes actuellement à HPI:

- *“de détecter l'intelligence humaine et de contribuer à son épanouissement pour le bénéfice de tous ;*
- *de fournir à ses membres un environnement intellectuel et social stimulant ;*
- *d'encourager la recherche sur la nature, les caractéristiques et les emplois de l'intelligence.”*

Pour mémoire, les recommandations actuelles de l'éducation nationale sont, pour les enfants (MER, 2007):

“Un dépistage systématique de la précocité intellectuelle n'est pas utile. La situation d'un élève doit être examinée lorsque :

- *un élève manifeste un mal-être à l'école*
- *un élève a un trouble de l'apprentissage*
- *le comportement d'un élève alerte son enseignant*
- *les parents en font la demande“*

Le terme de “précocité” rapporté à ces enfants laisse penser que le HPI résiderait dans la rapidité accrue à acquérir une maturité intellectuelle, jusqu'à atteindre une norme adulte. Or, comme nous l'avons démontré cette interprétation est fautive puisque le QIT semble rester constant toute la vie (DEARY, WHALLEY, LEMMON, CRAWFORD, & STARR, 2000). Or il mesure bien un écart à la norme d'une population : y compris adulte. Cette imprécision sémantique peut expliquer en partie le relatif désintérêt institutionnel envers l'adulte.

Le seul pays au monde ayant fait le choix du dépistage systématique de l'ensemble de sa population scolarisée est Israël en 1974. Il est donc aussi le seul à s'émanciper de la question du dépistage adulte (en considérant WISC et WAIS congruents dans la vie d'une même personne).

Comme le souligne (LANCON, et al., 2015), la littérature considérant la santé des adultes à HPI est pauvre. Une étude comparant les membres de l'association Mensa France âgés de plus de 65 ans a montré qu'ils avaient une meilleure satisfaction de leur vie passée, et actuelle que la population générale - mesurée sur la Neugarten Scale (BESSOU, TYRRELL, MONTANI, YZIQUEL, & FRANCO, 2003)②. L'imprécision méthodologique et le faible effectif de l'étude interdisent l'extrapolation de ses résultats. Il s'agit de notre population source à 16 ans d'intervalle. Il est donc intéressant de poser cette même question à l'ensemble de ses effectifs adultes actuels.

I.5. Santé publique

A cette échelle, les données concernant la corrélation aux troubles somatiques sont manquantes. Toutefois, si l'on considère la possibilité d'exacerbation des troubles anxieux chez les adultes à HPI, il pourrait en découler que toutes les conséquences de stress chronique: troubles digestifs, pathologies cardio-vasculaires, dysménorrhées, dermatoses, pathologies inflammatoires. Des études comparatives à la population générale seraient intéressantes du point de vue de la santé publique, et pour discuter des causalités de ces trois variables (HPI ou non; troubles anxieux ou non; présence ou absence des troubles somatiques ici cités): sont-elles ou non intriquées?

A l'échelle des revues de littérature, il n'a pas été retrouvé pas de sur-risque psychiatrique chez l'adulte en population générale (BRASSEUR & CUCHE, 2017). Le TDA/H n'est pas consensuellement corrélé. Les études récentes semblent plutôt montrer une expression différente de celui-ci chez les enfants à HPI (LOUREIRO, LOWENTHAL, LEFEBVRE, & DOURET-VAIVRE, 2009).

Parmi les souffrances psychiques, les recherches n'ont pas permis de chiffrer le contingent de souffrances lié au HPI.

- Pour tenter de les quantifier, on peut partir de ces points: la psychiatrie est le 5^{ème} domaine le plus coûteux à l'Assurance-maladie (GABACH, 2018). Notre population-cible représente 2,18% de la population générale selon K.TERRIOT; population générale française estimée à 67 063 703 au

1er janvier 2020 (INSEE, 2020) soit actuellement 1 461 989 français (auxquels il faut retirer les enfants) concernées par le sujet de cette étude.

- Pour légitimer: on peut simplement rappeler que L'OMS définit comme priorité mondiale de santé publique l'amélioration de la santé mentale (WHO, Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, 2001)).

Sur le plan social, les revues de littérature (GAUVRIT, 2014)(BRASSEUR & CUCHE, 2017) montrent qu'il n'y a pas d'évidence à une souffrance sociale accrue chez notre population-cible.

I.6. L'état des connaissances en médecine générale

I.6.a. En fin de formation initiale: avis des internes marseillais

J'ai réalisé une enquête (BRILLOUET, 2020) par diffusion d'un questionnaire Google Forms sur un réseau social réservé aux internes de l'APHM⁶ (groupe fermé facebook) obtenant 100 réponses. Elle a montré que les internes en médecine pensent majoritairement que le HPI est un désavantage social (74%), psychologique (78,8%). Ils sont 52% à se dire capables de reconnaître un adulte HPI, principalement sur leur évaluation de l'intelligence hypothético-déductive (48,2%). Contrairement à ce que (CITATION BRASSEUR CUCHE) a démontré, ils sont 97% à penser que certains tableaux psychiatriques sont chez eux plus représentés, principalement les troubles anxieux (68%), puis dépressifs (17,5%).

I.6.b. Une faible offre de formation, initiale comme continue

64% des internes répondants à l'enquête disent avoir reçu un enseignement concernant les spécificités de cette population. Ces formations se sont faites en aparté de leur cursus parmi 76,6% d'eux. Seuls 7,8% 14,1% en formation initiale, et 7,8% en formation continue.

Je n'ai pas retrouvé de programme universitaire dédié sous forme de DU⁷ ou DIU⁸.

La recherche sur les organismes de DPC ne montre aucune formation disponible sur le Collège des hautes études en médecine ou sur le site web de l'ANDPC⁹. Il paraît donc y avoir possibilité de se former à ces notions colligées au HPI, mais de façon non uniforme et exceptionnelle dans notre pays.

I.6.c. Un intérêt suivi d'une volonté

Le mémoire a montré que 80% des internes en médecine actuels estiment que le dépistage des souffrances liées au haut potentiel relève des soins primaires. Ils ressentent cependant ensuite le besoin d'adresser à un spécialiste ces potentiels patients (98%). A la question " Souhaiteriez-vous avoir une formation ou un outil vous permettant d'identifier les cas où le HPI est à l'origine de la plainte ?", ils répondent positivement à 87,9%. Pour une moitié d'entre eux (51,7%) l'intérêt est de pouvoir orienter ces consultants. Ainsi, seuls 20,2% d'entre eux espèrent d'une formation qu'elle leur permette de "soigner eux-mêmes les souffrances y étant propres". Le différentiel avec des pathologies psychiatriques apparaît prioritaire (28,1%). En tant que premier recours, les jeunes généralistes se voient donc comme un portail

⁶ Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (groupement d'hôpitaux publiques)

⁷ Diplôme Universitaire

⁸ Diplôme Inter-Universitaire

⁹ Agence Nationale du Développement Professionnel Continu, <https://www.agencedpc.fr/>

d'accès aux soins. C'est en ce sens qu'ils souhaitent massivement gagner en compétence vis-à-vis des adultes à HPI.

I.6.d. Positionnement de la médecine générale

L'OMS définit la santé comme "état de complet bien-être physique, mental et social" (WHO, 1946). La médecine générale est la spécialité médicale de cette transversalité. Et sa spécificité dans le système sanitaire français est sa mission de coordination, que nos politiciens nomment "rôle pivot". (BIDAUT GARNIER, 2008) synthétise très bien ces facettes de part et d'autres de ce pivot, en ces termes: *"Le médecin généraliste est la personne la plus accessible pour toute personne en souffrance, à de multiples niveaux :*

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

"Le médecin généraliste, en plus de son accessibilité, a de multiples atouts et possibilités de prévention et de prise en charge adaptées de la personne à HP.

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

Elle émet au décours des recommandations issues de son expérience propre, et souligne l'absence d'étude dédiée dans sa revue de littérature.

I.6.e. Témoignages en pratique clinique médicale

Dans ma pratique personnelle, j'ai pu évoquer un HPI sans pouvoir le confirmer.

Ces impressions vont dans le sens de celles de qui produisent un recueil de ces vécus, sans précision méthodologique. On peut citer avec cette même limite de validité:

"Les différentes caractéristiques des personnes à HP sont diverses, peu sensibles et aspécifiques. Pour autant leur association et leur intensité peuvent être évocatrices. A tous les âges, on peut observer chez la personne à HP :

- *des passions multiples, une attitude passionnée*
- *une grande curiosité*

- une hypersensibilité
- l'expression de questionnements existentiels
- un refus ou une demande de justification des règles
- l'humour

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

"Dans mon expérience, la difficulté principale est que les parents sont très réticents à l'idée de faire un test de QI à leur enfant. Contrairement à cette idée erronée d'une famille arrogante et orgueilleuse, qui a le fol espoir que son enfant soit « plus intelligent », et qui veut absolument le « faire tester », souvent les parents d'enfants à HP ont peur que leur enfant soit anormal, différent de la majorité. Ils n'ont pas l'impression que leur enfant soit « plus intelligent ». Il ne fait rien d'exceptionnel, n'a pas 20/20 dans toutes les matières scolaires, ne récite pas l'annuaire par cœur, etc. La personne à HP elle-même, et c'est particulièrement flagrant pour les adultes, est plus consciente de ses lacunes et difficultés que de ses compétences, qui sont pour elle identiques voire inférieures à celles des autres. Alors pourquoi se faire tester ? Il est difficile de croire à l'éventualité du HP, pour des parents comme pour des adultes à HP."

I.6.f. Collaboration avec la psychologie

(VERGES, 2017) rappelle dans sa thèse de médecine générale que ses confrères français avaient peu tendance à orienter leurs patients vers des professionnels de santé mentale (Disorders, 2004)². Pour suivre, 69% des psychologues libéraux interrogés estiment que le principal frein à notre collaboration serait notre méconnaissance de leur activité. Le constat est équivoque côté médical.

I.7. Synthèse

La recherche en sciences cognitives montre que le HPI est une réalité biologique.

Les méta-analyses de psychologie montrent qu'il n'y a pas de différence quantitative, mais plus qualitative du vécu des HPI.

La psychiatrie montre, elle, que certains tableaux peuvent être modifiés, mais pas plus présents.

La médecine générale émet des hypothèses de corrélation, est soucieuse de répondre à une plainte due au HPI, et d'en faire le différentiel avec un trouble psychiatrique.

I.8. Questions de recherche

1. La médecine générale agit-elle actuellement dans l'identification des adultes à HPI?
2. Y a-t-il un intérêt médical à cette identification?
3. Y a-t-il une demande de médicalisation de celle-ci chez ces personnes?
4. Existe-il des motifs de consultation fréquemment retrouvés chez ces personnes?
5. Y a-t-il des critères cliniques fréquemment constatés en consultation de médecine générale permettant de l'évoquer?

I.9. Hypothèses

1. Beaucoup d'adultes HPI consultent en médecine générale pour des motifs liés à celui-ci, sans être identifiés.
2. Une amélioration de leur santé s'observe après leur identification comme tels.
3. Les adultes HPI ont une typologie de motifs de consultation propre en médecine générale.
4. Certains critères cliniques observés lors de ces consultations sont fréquemment retrouvés chez les adultes HPI.
5. Les adultes à HPI attendent de la médecine générale qu'elle l'identifie.

Chapitre II : Matériel et méthode

II.1. Population

II.1.a. Population cible

Il s'agit de la population adulte française à QIT supérieur à 130 sur l'échelle de Weschler en 2019.

II.1.b. Population source : l'association Mensa France

Mensa est une organisation internationale dont le seul critère d'admissibilité est d'obtenir des résultats supérieurs à ceux de 98 % de la population (du pays dont ils sont ressortissants) à des tests dits d'intelligence. En France, elle prend la forme d'une association loi 1901 nommée Mensa France.

Mensa a été fondée à Oxford en 1946. Créée dans un but pacifiste au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, elle vise à contribuer à l'épanouissement de l'intelligence humaine pour le bien de la société. Ses membres sont appelés "mensan(s)".

L'admission à l'association est possible par deux voies:

- Dossier de psychologue concluant à un QIT supérieur ou égal à 131, utilisant comme tests psychotechniques le WISC pour les enfants de 6 à 16 ans et WAIS IV pour les adultes (WAIS III est acceptée si passée avant octobre 2012 et les versions plus anciennes peuvent être acceptées si elles datent d'avant la disponibilité de la WAIS III en France vers 2001) que le QIT soit homogène ou hétérogène.
- Passation du test Mensa, dont les sessions ont lieu régulièrement dans toutes les régions de France. Ce test ne produit pas de résultat chiffré de QIT, mais certifie uniquement la possession d'un QIT supérieur à 131 (selon Katia TERRIOT, psychologue actuellement responsable des admissions).

Les effectifs de Mensa France au 15/12/19 étaient de 4337 membres. Son choix comme population source a été motivé par la taille de l'échantillon nécessaire. Les données étant recueillies sur la base du volontariat, il est usuel dans ce type d'enquête d'obtenir un ratio faible entre répondants et effectifs. Or nous cherchions à obtenir un effectif suffisant pour produire des données quantitatives significatives statistiquement.

II.2. Le choix d'une analyse quantitative et qualitative

On suppose que les adultes à HPI consultent peu en médecine générale pour un motif lié à cette caractéristique. Si on dispose d'un échantillon suffisant, on peut faire ressortir des tendances liées à ces consultations. Celles-ci pouvant y être intrinsèques (motifs de consultation les plus courants, comportements des médecins les plus courants) et extrinsèques (vérifier la fréquence de ces consultations, estimer leur pertinence). Ces données sont manquantes dans la littérature en médecine générale.

Ce sujet est traité dans la thèse de (GAUDIN-CHAMAYOU, 2012) menée auprès de 10 contacts appartenant au réseau des associations ANPEIP¹⁰, AFEP¹¹ et AAREIP¹² (2 médecins généralistes, des psychologues, des paramédicaux). De leurs entretiens elle isole certains signes récurrents en consultation avec des adultes HPI. Elle présente pour suivre la conjonction de leurs prévalences sous forme de diagrammes polygonaux qui ont une valeur quantitative faible. Cette faiblesse impose à mon sens de laisser une part d'expression libre pour permettre l'identification de nouveaux signes. Egalement: il n'est pas évident que le vocable utilisé dans nos propositions de réponses soit parfaitement congruent à celui des sondés, ce qui fragilise notre catégorisation en sus de l'effet de suggestion. Nous avons donc fait le choix d'apposer une réponse ouverte parmi celles possibles aux questions de vécu (Q8,12,18,20 du questionnaire cf VI.). La spécificité de ce vécu étant d'ordre plutôt qualitatif (cf I.3.).

Par définition, la sémiologie est l'étude des signes humainement et technologiquement perceptibles par le médecin. La priver d'une part de ces signes humains, bien que technologiquement mal quantifiables serait donc l'appauvrir.

II.3. La méthode : étude transversale descriptive et analytique

II.3.a. Elaboration du questionnaire

Les questions ont été émises par moi-même, enrichies et élaguées par les suggestions de membres, de médecins : parfois des deux, et de P.SINEGRE, statisticien (Aix-en-Provence). Elles ont ensuite été soumises au comité national de l'association Mensa France pour en discuter la forme. Le questionnaire a été réalisé par moi-même sur la plateforme en ligne Google Forms.

II.3.b. Recueil des données

Le questionnaire a été diffusé après accord du comité national à l'assemblée générale nationale de l'association Mensa France du 23 novembre 2019 par une infolettre sous forme de courriel adressé à l'ensemble de ses membres. Celle-ci contenait une description de l'étude accompagnée du lien vers le Google Forms contenant le dit questionnaire. Les réponses ont été reçues du 4 décembre au 15 décembre inclus pour un total de 909 réponses (soit 21% de la population-cible). Nous n'avons pas pu effectuer de relance

¹⁰ Association Nationale Pour les Enfants Intellectuellement Précoces

¹¹ Association Française des Enfants Précoces

¹² Association d'Aide à la Reconnaissance des Enfants Intellectuellement Précoces

II.3.c. Analyse des données

A propos des données quantitatives: moyennes et variances ont été calculées.

A propos des données qualitatives: les réponses ouvertes (réponses 2, 8, 24 et les choix "autres" des réponses 10, 12, 18, 20) ont été regroupées en catégories après leur revue exhaustive.

Le travail de recodage qui a été fait consiste à 'refermer' une question ouverte en définissant un nombre fini de modalités assez limité pour en permettre l'analyse en tri à plat et en tris croisés, de sorte que chaque case d'un tableau de contingence représente un nombre significatif d'individus. L'ensemble est présenté sous le vocable de "résultats descriptifs".

Concernant les tris croisés : nous avons choisi une présentation des résultats faisant apparaître le Pourcentage de l'Ecart Maximum (PEM), tel que défini par les travaux de Philippe CIBOIS (Cf. annexes). Cet indicateur statistique permet d'obtenir une analyse fiable parfois même malgré des effectifs faibles en comparant (en pourcentage) le nombre de répondant dans chaque case d'un tableau de contingence au maximum théorique de cette valeur en référence au total en ligne et en colonne. Comme tout indicateur statistique, il s'agit toujours de mesurer la tendance d'une sous-population spécifique à s'écarter, pour la ou les question(s) posée(s), du comportement moyen de l'ensemble de l'échantillon étudié.

Nous avons sélectionné les recoupements entre résultats descriptifs qui nous apparaissent pertinents en terme de sens, apportant une réponse aux questions de recherche.

Une analyse par test de Fisher a été réalisée en sus pour le deuxième résultat analytique (Ra2). Le test de Fisher compare l'homogénéité des variances d'échantillons avec des nombres différents d'individus. Il permet donc de savoir si les moyennes respectivement calculées sur ces deux échantillons sont comparables ou non.

Enfin, une analyse factorielle a été réalisée pour tenter d'identifier des liens non interrogés spontanément par moi, P. SINEGRE ou mes membres de jury. En effet, le nombre de questions posées étant important (25) elles sont autant de variables que l'on peut tenter de corrélérer entre elles, soit 25 puissance 25 analyses possibles. Or ces liens n'apportent pas tous des réponses aux questions posées dans l'étude. Mais si nous n'effectuons pas chacune de ces recherches de corrélation; parce que nous en éliminons certaines en supposant qu'elles ne montrent pas de tendance significative, ou parce que nous estimons que cette éventuelle tendance n'est pas intéressante pour comprendre notre sujet d'étude, alors on peut ignorer involontairement des corrélations "pertinentes" (au sens où elles mettraient en lumière des liens entre variables modifiant nos conclusions). Cette approche statistique vise donc à l'affranchir de nos limites analytiques humaines.

En particulier il est utile de retirer des variables qui présenteraient des attractions si fortes entre elles que les autres liens en seraient masqués. On conserve donc le minimum des variables significatives et utiles pour l'étude.

- Par exemple: croiser les réponses à la question 1 et 2 répond à une question (l'âge des participants est-il significativement différent entre les professions?) et peut donner un enseignement (l'âge est significativement différent entre les professions, ou non). Mais cet enseignement ne me paraît pas pertinent vis-à-vis de nos questions de recherche (je ne pense pas que l'âge ne pense pas qu'une différence d'âge entre les professions modifie les autres données recueillies).
- "âge" et "profession" mettraient en évidence un lien très fort entre la modalité "-18 ans" et la modalité "étudiant".

L'analyse factorielle permet de faire visualiser en deux dimensions d'éventuels liens entre variables étudiées. Ainsi:

1. elle vérifie cette présomption de non-corrélation
2. Si elle montre des liens non étudiés, nous pouvons alors apprécier leur sens; et s'il paraît pertinent, l'analyser.

L'analyse factorielle permet ainsi de rendre exhaustive et transparente cette étude de pertinence, en s'affranchissant de l'exhaustivité de l'étude analytique sur nos 25 questions. Elle permet donc de vérifier la validité de nos choix de traitement statistique, subjectifs et de permettre au lecteur de les discuter.

Ces analyses ont été réalisées avec le logiciel *Monalisa* (Ed. KYNOS).

Chapitre III : Résultats

III.1. Résultats descriptifs

Rd1. L'effectif est de 909 répondants avec une moyenne d'âge de 42,12 ans. La répartition des âges est gaussienne.

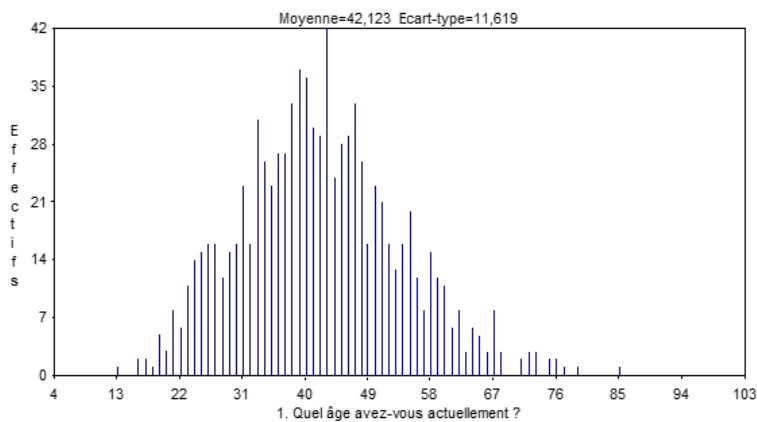


Figure 1: âges des participants.

Rd2. Majoritairement des techniciens et ingénieurs (20,3%), professionnels de la formation et éducation (12,0%), puis de la santé 11,0%), avant les inactifs (8,0%).

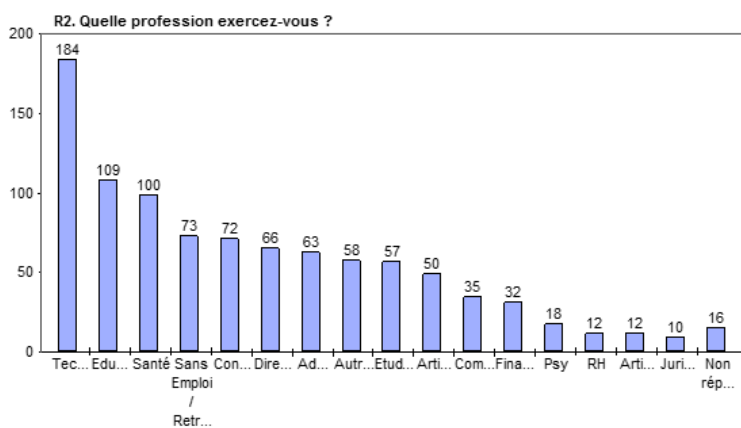


Figure 2: professions des participants.

Rd3. L'âge moyen à l'évocation des répondants était de 29,63 ans, l'âge moyen à leur confirmation était de 34,02 soit un délai moyen entre évocation et confirmation du HPI était de 4,34 ans.

Statistiques / 6 Variables

	1. Quel âge avez-vous actuellement ?	Temps passé deuis la confirmation de votre HPI	Temps passé depuis l'évocation de votre HPI	4. Quel âge aviez-vous alors ?	6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?	Délai entre évocation et confirmation
Moyenne	42,12	8,01	12,38	29,63	34,02	4,34
Ecart-type	11,62	11,17	13,76	14,08	12,66	8,84
Minimum	13	-4	-4	1	2	-26
Maximum	85	65	73	67	69	49
Somme	38037	7174	10978	26315	30520	3833
Nombre	903	896	887	888	897	883
Sans rép	5	12	21	20	11	25
1er décile	27	0	1	8	15,2	0
1er quartile	34	1	3	18	26	0
Médiane	41	3	6	32	36	1
3ème quartile	49	9	19	40	42	3
9ème décile	58	24	35	46	49	16
Valeurs inférieures au 1er décile	84	1	33	77	90	5
Valeurs supérieures au 9ème décile	80	88	84	82	86	82

Rd4. Ils évoquent le plus souvent eux-mêmes leur plausible HPI (38,4%), plus que par leur entourage personnel (31,5%), un psychologue (13,3%), et en dernier lieu par leur entourage professionnel (8,6%).

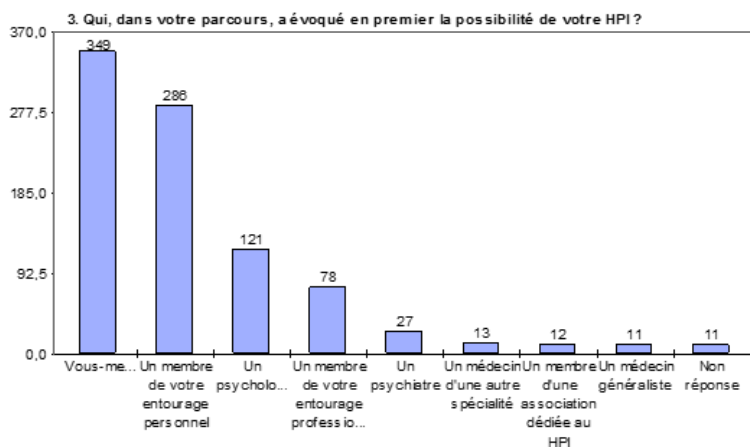


Figure 3: personne ayant évoqué le HPI.

Rd5. La confirmation de leur HPI a entraîné un gain de qualité de vie chez une grande majorité d'entre eux (78,2%): considéré grand à 45,2% et léger à 32,0%.

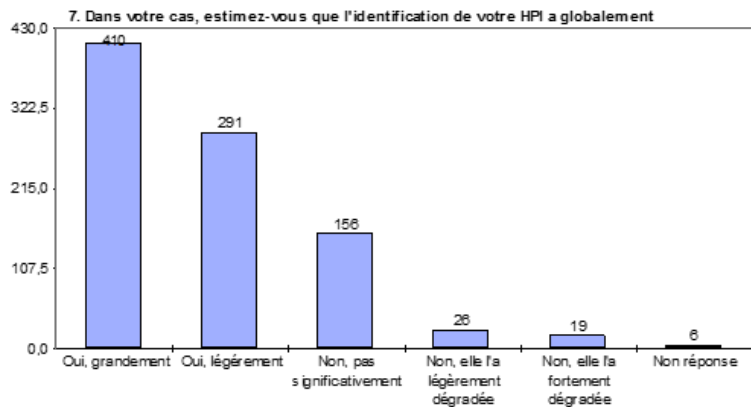


Figure 4: répercussion de l'identification du HPI sur la qualité de vie.

Rd6. Ce gain consistant pour la plupart en une amélioration de la compréhension de soi, puis une meilleure acceptation de soi, de confiance en soi, loin devant une meilleure adaptation sociale.

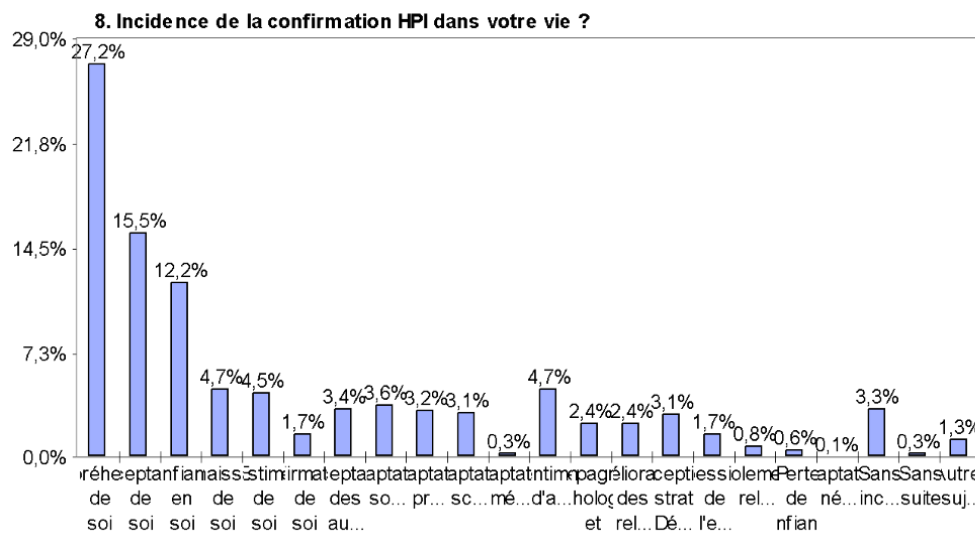


Figure 5: type de gains en qualité de vie.

Rd7.15,7% de ces répondants disent avoir consulté leurs médecins généralistes pour un motif s'étant révélé lié à son HPI.

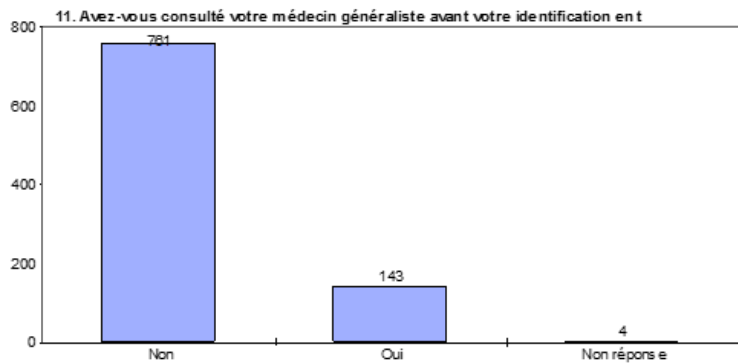


Figure 6: recours au médecin généraliste.

Rd8.Ces principaux motifs de consultation en médecine générale sont psychiatriques (anxiété, dépression, hallucinations); suivis des troubles sociaux (difficultés d'adaptation socio-professionnelle) et de l'angoisse existentielle, avant les troubles somatiques puis psychologiques (troubles de la personnalité).

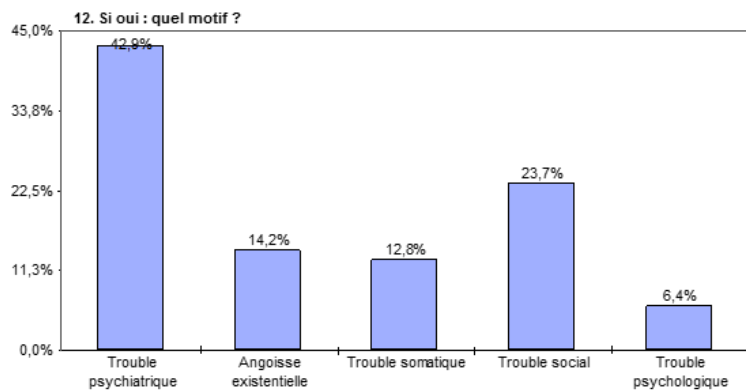


Figure 7: motif de consultation ayant révélé le HPI.

Rd9. Parmi ceux ayant consulté en médecine générale, l'évocation était de leur fait chez la plupart et leur médecin généraliste a le plus souvent émis un avis neutre (71,6%) quant à la plausibilité de leur HPI. Il l'a considéré plausible dans 24,9% des cas.

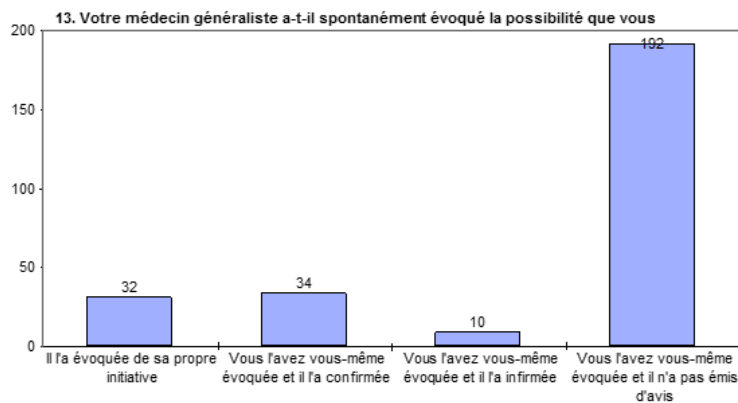


Figure 8: évocation du HPI en consultation.

Rd10. On retrouve comme principaux "critères diagnostiques" avancés par leur médecin le sentiment de décalage émotionnel ou analytique avec la population générale (dyssynchronie externe: 26,2%), la vitesse d'analyse (18,9%) puis la sensibilité émotionnelle (13,6%) accrues.

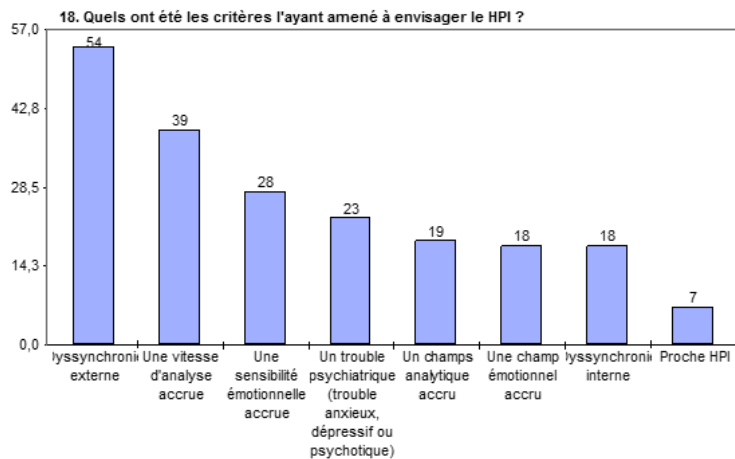


Figure 9: critères devant lesquels le médecin généraliste évoque le HPI.

Rd11. 73,7% des mensans s'exprimant ne relatent pas de participation de leur médecin généraliste dans leur parcours (en comptabilisant les non réponses). 2,8% rapporte une orientation vers un psychologue parmi ceux qui s'expriment. Les autres cas sont inférieurs à 1%.

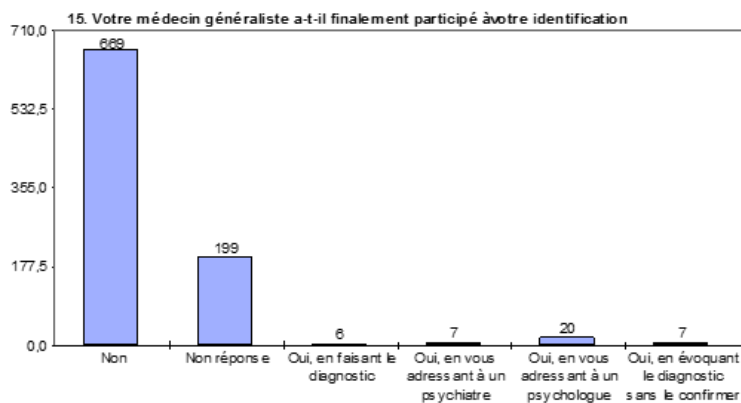


Figure 10: participation du médecin généraliste à l'identification du HPI.

Rd12. Ces derniers estiment qu'ils ne l'ont pas retardé (57,5%) voire accéléré (4,0%). 7,4% d'entre eux estiment l'inverse, et d'un délai jugé péjoratif sur leur qualité de vie ultérieure. 30,4% ne se sont pas exprimés.

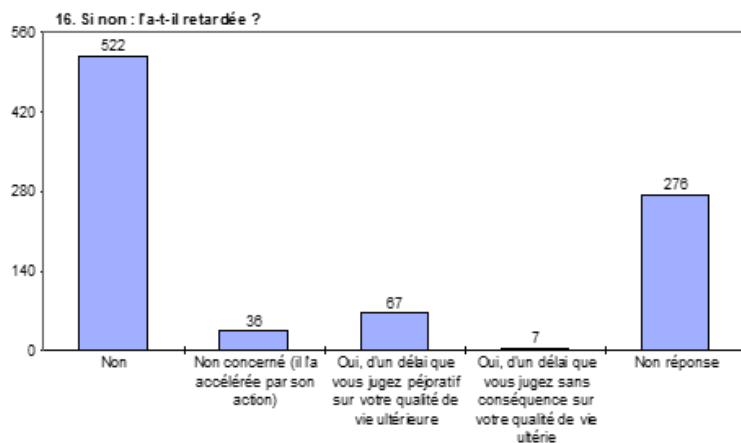


Figure 11: influence du médecin généraliste sur le délai avant identification du HPI.

Rd13. Parmi ceux qui s'expriment sur l'orientation faite par leur médecin généraliste, la plupart relate son absence (75,6%). Quand elle intervient (22,5%), elle se fait le plus souvent vers un psychologue (12,5%), vers un psychiatre (9,9%) et plus rarement vers une association de personnes HPI (1,1%).

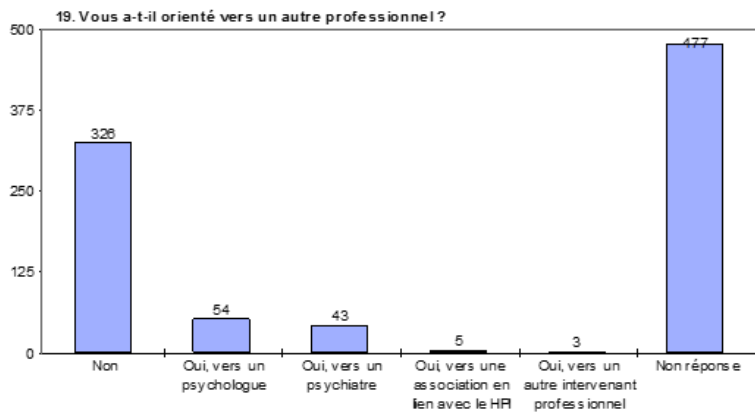


Figure 12: orientation faite par le médecin généraliste.

Rd14. Quand elle est faite, cette orientation est jugée à 46% féconde et 54% inféconde.

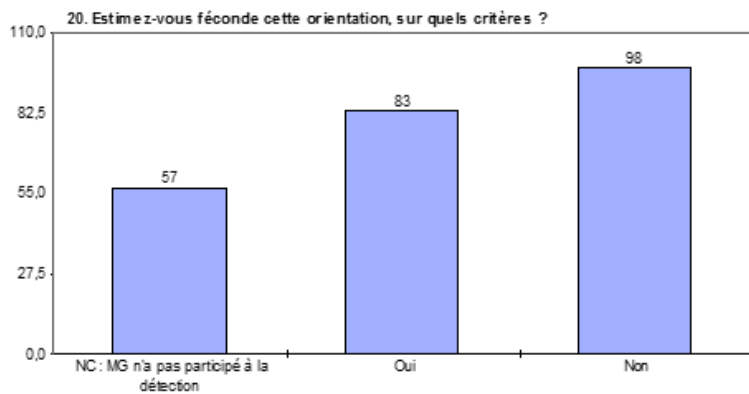


Figure 13: appréciation de l'orientation du médecin généraliste par les mensans.

Rd15. La confirmation de leur HPI s'est surtout faite par un psychologue (70,4%), plus que par le biais d'une association dédiée (17,7%) ou par eux-mêmes (7,0%) et plus encore que par un psychiatre (2,2%).

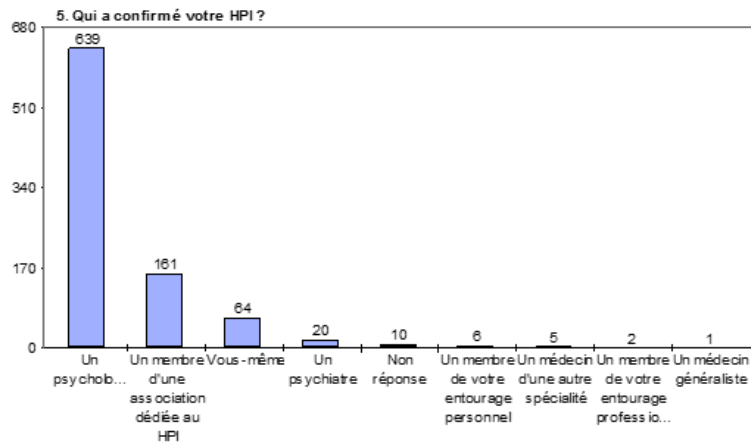


Figure 14: entité confirmant le HPI.

Rd16. 34,3% des répondants n'a pas d'avis quant à savoir si leur dépistage relève du médecin généraliste. 26,1% estime que cela relève de lui, 21,4% nous dit que non. Il y a 18,3% de non-répondants.

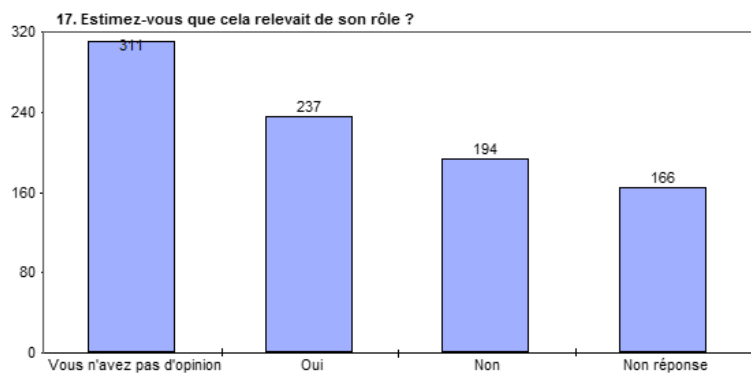


Figure 15: opinions des gens sur le rôle du médecin générale.

Rd17. 72,4% des répondants disent ignorer si leur médecin généraliste est HPI. 15,4% ne s'expriment pas, 8,0% disent savoir que non et 4,3% que oui.

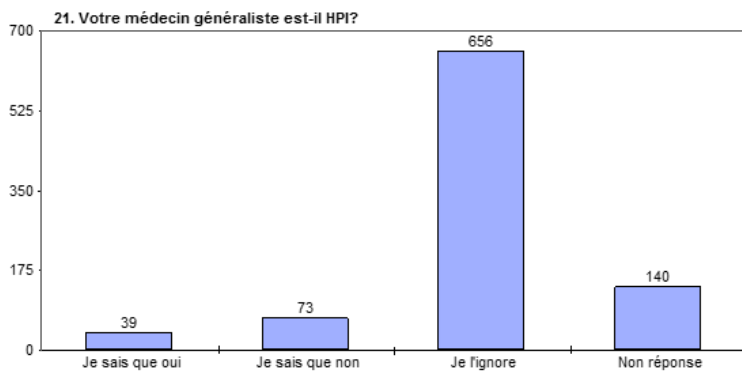


Figure 16: avis des mensans sur le potentiel intellectuel de leur médecin généraliste.

Rd18. Ils pensent majoritairement que ce critère est une aide pour permettre leur identification (51,8%). 5,3% pensent qu'il est obligatoire. 25,2% pensent qu'il n'est aucunement utile et 17,7% ne s'exprime pas.

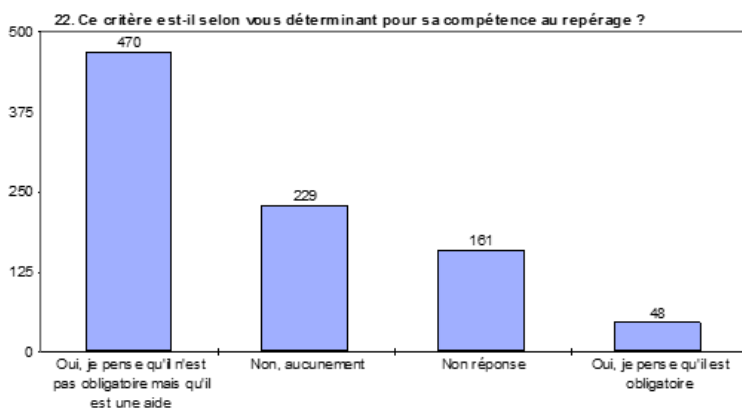


Figure 17: avis des mensans sur l'influence du HPI chez le médecin généraliste.

Rd19. Les répondants pensent surtout qu'un médecin généraliste peut être compétent pour ce travail d'identification après une formation complémentaire à leur cursus (60,7%), médicale pour 31,7% plutôt que réalisée par une association de personnes HPI (29,0%). 13,8% pensent qu'il est compétent dans tous les cas après sa formation initiale, 7,9% pensent qu'il est compétent s'il est HPI et 12,2% aucunement après formation initiale (5,4% de non réponse).

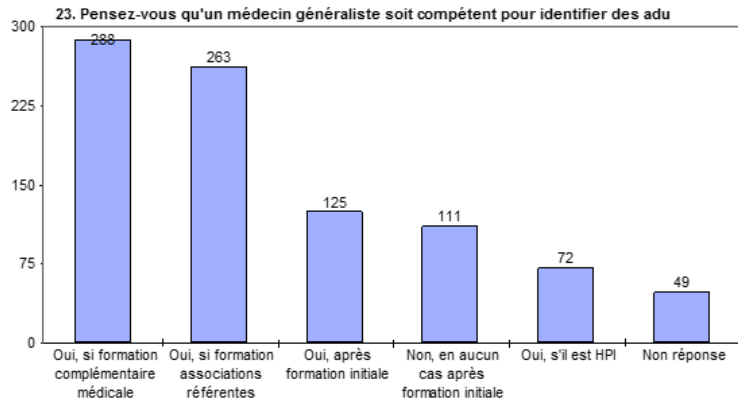


Figure 18: avis des mensans sur la compétence du médecin généraliste à identifier le HPI.

Rd20. La plupart (54,8%) recommande le dépistage du HPI de façon systématique et à tout âge. Ils sont 38,9% à y préférer la professionnalisation de cette décision et 3,9% à lier le caractère systématique à la majorité pénale (2,4% le recommandent systématiquement avant 18 ans, 1,5% après).

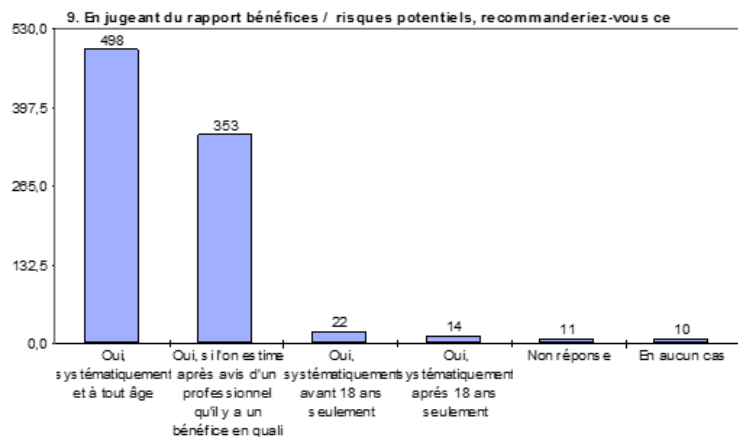


Figure 19: recommandations de dépistage par les mensans.

Rd21. Ils recommandent prioritairement de confier ce dépistage aux psychologues (64,7%), en deuxième intention aux médecins généralistes (11,7%), troisièmement aux psychiatres (8,6%) et 1,9% aux enseignements.

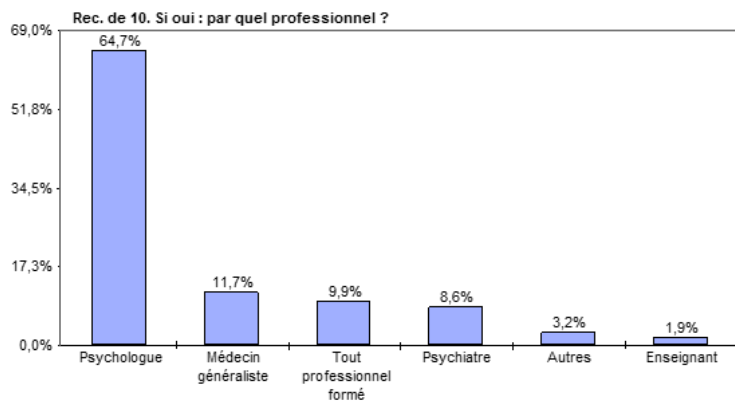


Figure 20: professionnel recommandé par les mensans pour le dépistage du HPI.

Rd22. Ils recommandent pour la confirmation du HPI de recourir aux tests réalisés chez un psychologue (65,5%), plus que par le test Mensa (9,4%) ou tout autre.

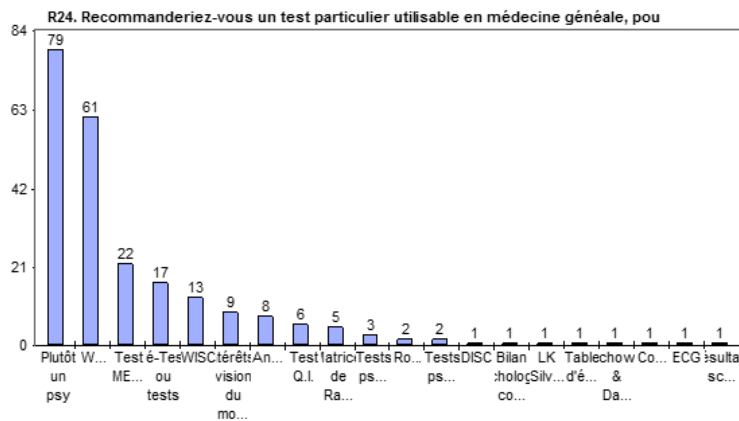


Figure 21: tests psychométriques recommandés par les mensans.

Rd23. 87,6% d’eux pensent qu’il peut être bénéfique pour eux d’intégrer une formation dédiée au cursus de médecine générale. Ils plébiscitent pour ce faire les psychologues (pour 44,2%), puis les associations dédiées au HPI à 36,7% (Mensa pour 23,4% et d’autres associations pour 12,4%). 6,7% pensent qu’il faudrait qu’elle soit réalisée par des psychiatres et 6,6% qu’elle ne serait nullement bénéfique.

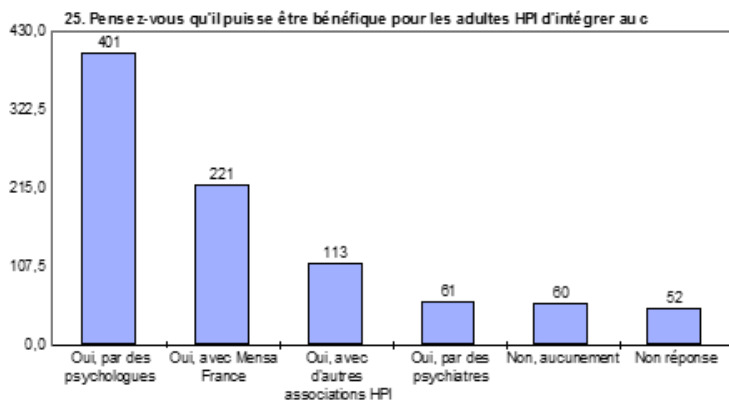


Figure 22: types de formation recommandés par les mensans.

III.2. Résultats analytiques

III.2.a. Parcours par sous-populations

Ra1. Les répondants n'avaient pas plus consulté pour un motif ayant révélé leur HPI avant leur majorité qu'après.

6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?/11. Avez-vous consulté votre médecin (...) pour un motif qui l'a révélé ?

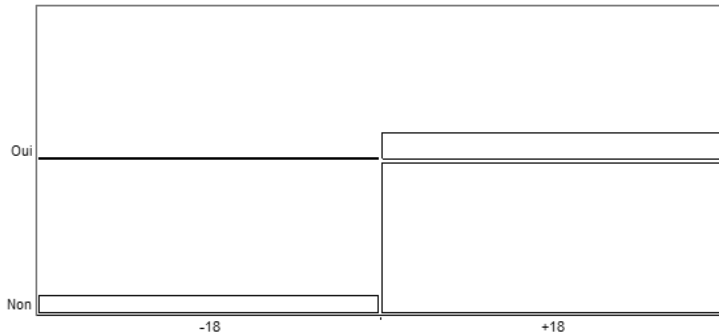


Figure 23: Q6xQ11 $\text{Khi}^2=0,02$ $\text{ddl}=1$ $p=0,883$ (Peu significatif)

Ra2. Le cheminement jusqu'à confirmation prend plus de temps chez les consultants adultes.

6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?/14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et votre identification ?

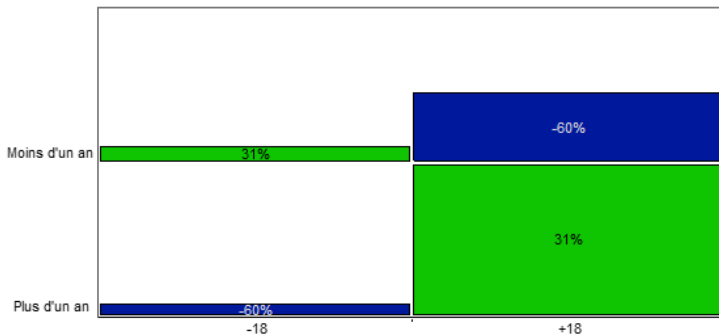


Figure 24: Q6xQ14 $\text{Khi}^2=6,64$ $\text{ddl}=1$ $p=0,01$ (Très significatif)

Q6 Comparaison de moyennes/ (Ecart type)

	Délai entre évocation et confirmation	
-18	1,18	(3,86)
+18	4,74	(9,21)
GLOBAL	4,34	(8,84)

Test de Fisher :

Délai entre évocation et confirmation : $F=14,45$ $p=0,001$ Discriminant

Ra3. La tendance veut que les cas ayant été détectés plus tardivement déclarent avoir eux-mêmes évoqué cette possibilité ; plus que ceux dépistés plus tôt. Pour ces derniers, dépistés avant leur majorité, c'est en principalement leur entourage (professionnel ou personnel) qui a détecté leur HPI.

4. Quel âge aviez-vous alors ? / 3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI

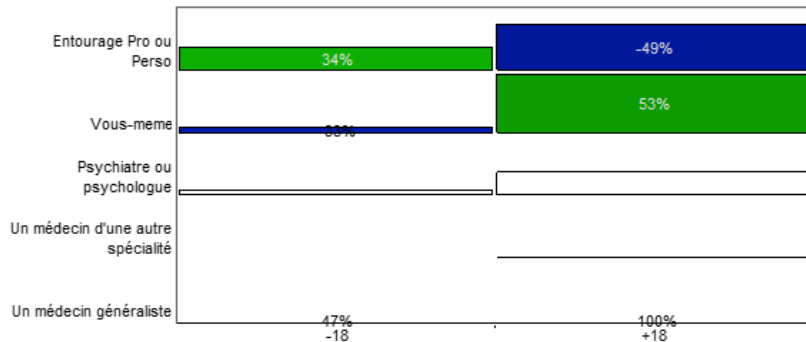


Figure 25: Q3xQ4 $\text{Khi}^2=62,6$ $\text{ddl}=4$ $p=0,001$ (Val. théoriques < 5 = 2)

Ra4. Le délai entre la première consultation MG et la confirmation du HPI a tendance à raccourcir chez les répondants ayant bénéficié d'une identification précoce.

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et votre identification ? / 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

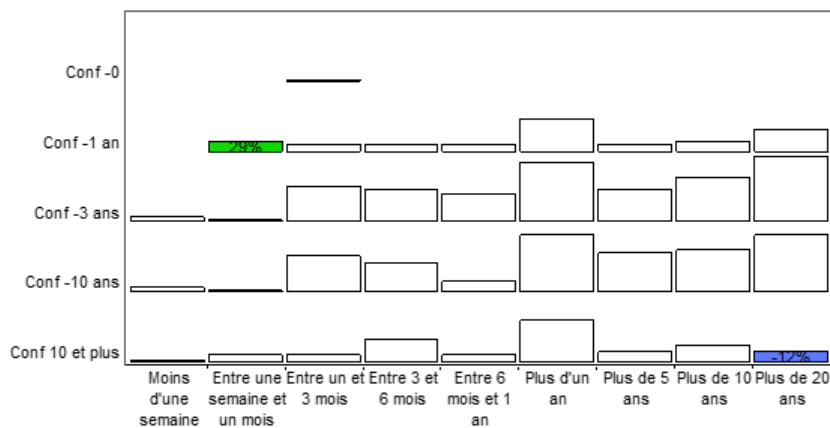


Figure 26: Q14xQ1 $\text{Khi}^2=18,1$ $\text{ddl}=32$ $p=0,977$ (Val. théoriques < 5 = 22)

Ra5.La durée entre première consultation MG et confirmation du HPI ne varie pas en fonction de la profession, hormis pour les étudiants qui sont (légèrement) plus nombreux à connaître un parcours court.

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v / R2. Quelle profession exercez-vous ?

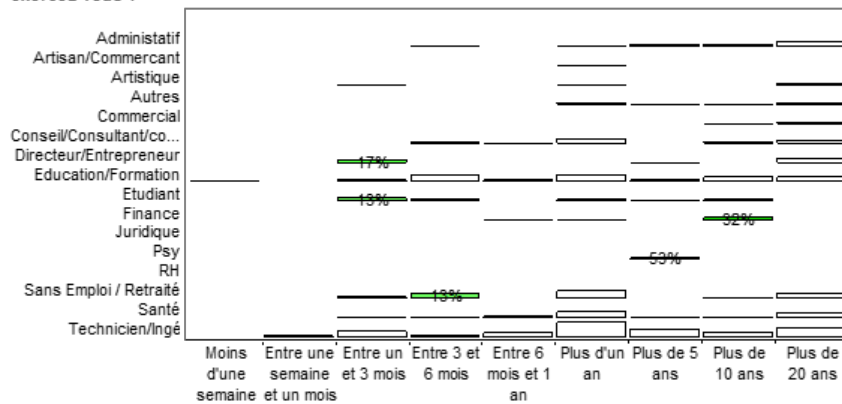


Figure 27: Q14xQ2 $\chi^2=43,6$ $ddl=120$ $p=0,999$ (Val. théoriques < 5 = 130)

Ra6.La durée entre première consultation MG et confirmation du HPI n'est pas significativement influencée par le type de personne l'ayant évoqué initialement.

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et votre identification ?/3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI ?

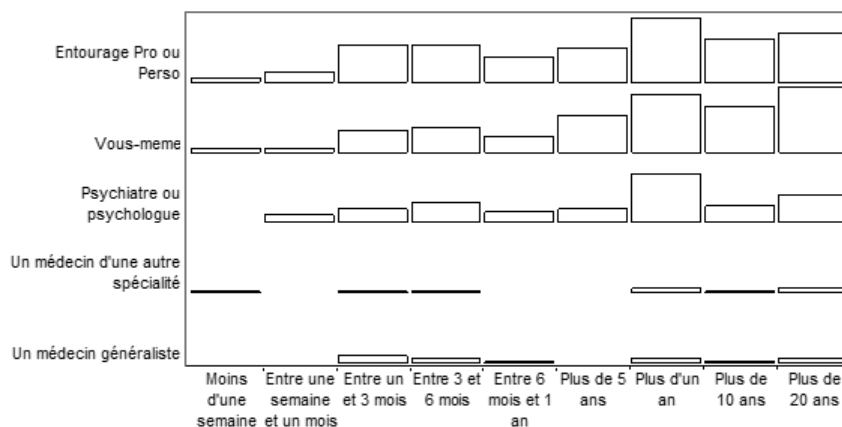


Figure 28: Q14xQ3 $\chi^2=10,8$ $ddl=40$ $p=0,999$ (Val. théoriques < 5 = 39)

Ra7. De même, cette durée n'est pas influencée par le type de personne l'ayant confirmé.

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v / 5. Qui a confirmé votre HPI ?

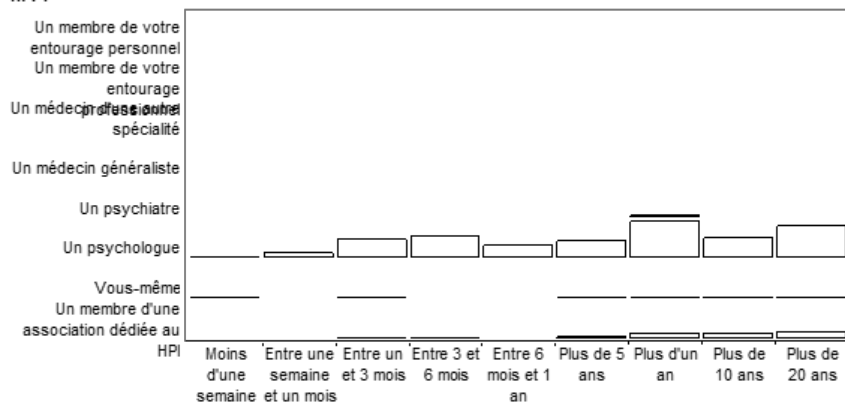


Figure 29: Q14xQ5 $\text{Khi}^2=12,5$ $\text{ddl}=56$ $p=0,999$ (Val. théoriques < 5 = 61)

Ra8. Les répondants pour qui la durée entre première consultation MG et confirmation du HPI excède un an rapportent un gain moindre en qualité de vie.

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation (...) et votre identification ? / 7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification (...) amélioré votre qualité de vie ?

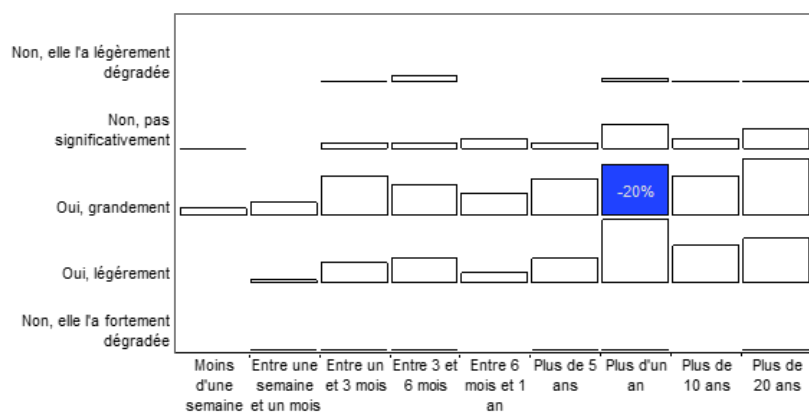


Figure 30: Q14xQ7 $\text{Khi}^2=10,3$ $\text{ddl}=32$ $p=0,999$ (Val. théoriques < 5 = 28)

Ra9. L'amélioration de soi est la conséquence la plus significée chez des plus de 18 ans à l'inverse de l'amélioration des conditions de vie.

6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ? / 8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ?

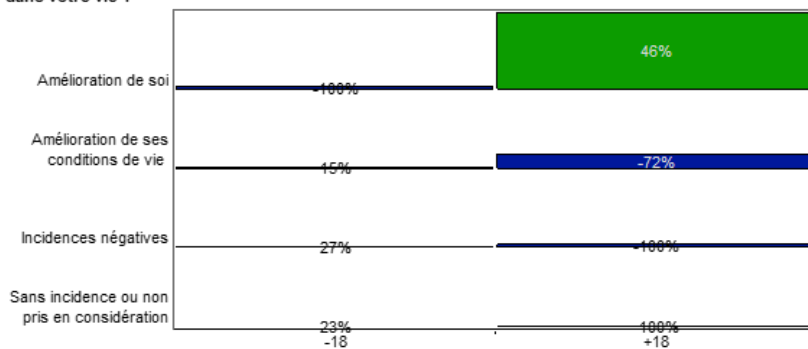


Figure 31: Q6xQ8 $\chi^2=91,1$ $ddl=3$ $p=0,001$ (Val. théoriques < 5 = 1)

III.2.b. Analyse des motifs de consultation

Ra10. Les parcours des répondants sont de durée équivalente quelque ait été leur motif de consultation.

12. Si oui : quel motif ? / Temps passé depuis l'évocation de votre HPI

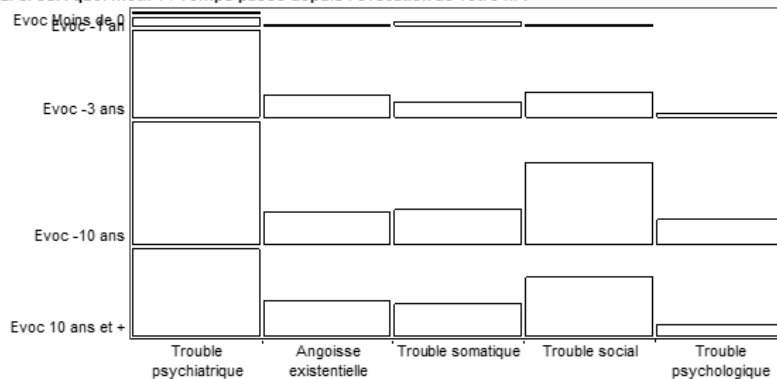


Figure 32: Q12xQ4 $\chi^2=5,98$ $ddl=16$ $p=0,988$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 12)

12. Si oui : quel motif ? / Temps passé deuis la confirmation de votre HPI

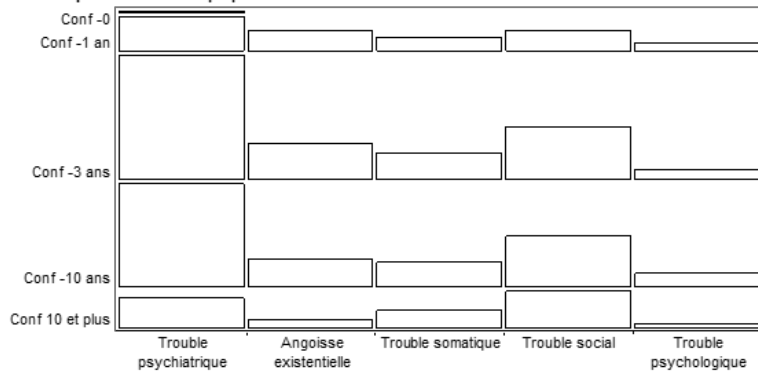


Figure 33: Q12xQ6 $\chi^2=7,22$ $ddl=16$ $p=0,969$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 12)

Ra11. Les généralistes ont plus tendance à l'évoquer spontanément devant un mineur

6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ? / 13. Votre médecin a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous soyez HPI ?

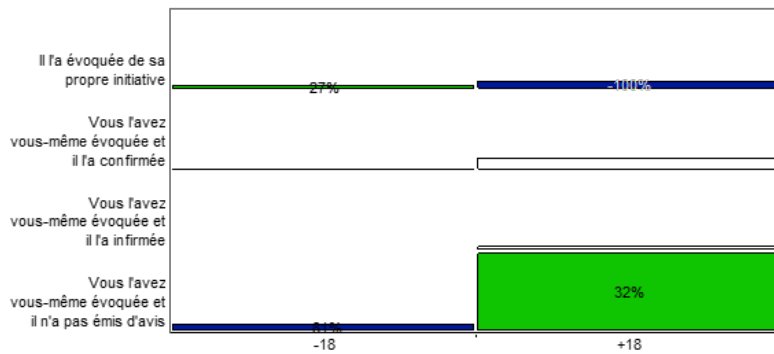


Figure 34: Q6xQ13 $\chi^2=18,2$ $ddl=3$ $p=0,001$ (Val. théoriques < 5 = 3)

Ra12. On ne retrouve pas d'influence générationnelle à travers les motifs de consultation, hormis pour les répondants les plus âgés qui ont moins tendance à avoir été identifiés suite à un motif psychiatrique.

1. Quel âge avez-vous actuellement ? / 12. Si oui : quel motif ?

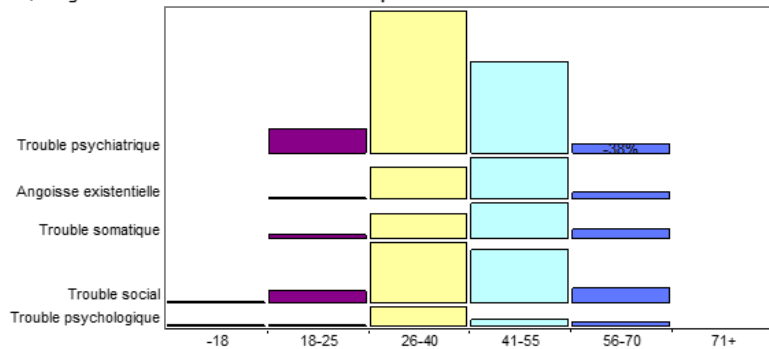


Figure 35: Q12xQ1 $\chi^2=9,28$ $ddl=20$ $p=0,979$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 18)

Ra13. On ne retrouve pas de corrélation entre motif de consultation et profession, en-dehors des inactifs ayant tendance à avoir plus consulté pour troubles sociaux.

12. Si oui : quel motif ? / R2. Quelle profession exercez-vous ?

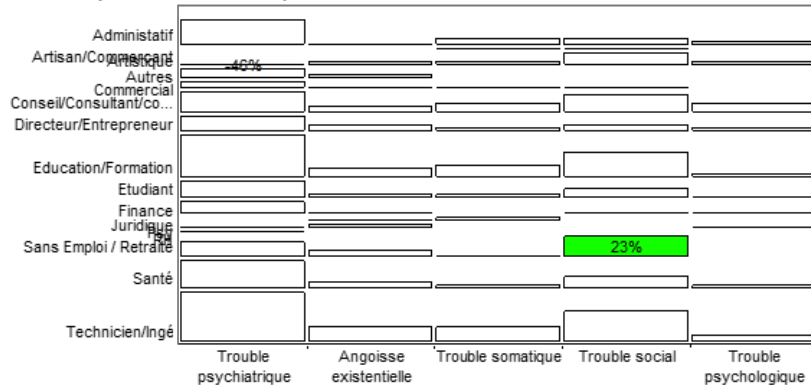


Figure 36: Q12xQ2 $\chi^2=13,9$ $ddl=60$ $p=0,999$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 65)

Ra14. Les médecins généralistes des répondants n'évoquaient pas plus la possibilité du HPI devant un motif de consultation plutôt qu'un autre.

12. Si oui : quel motif ? / 13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que

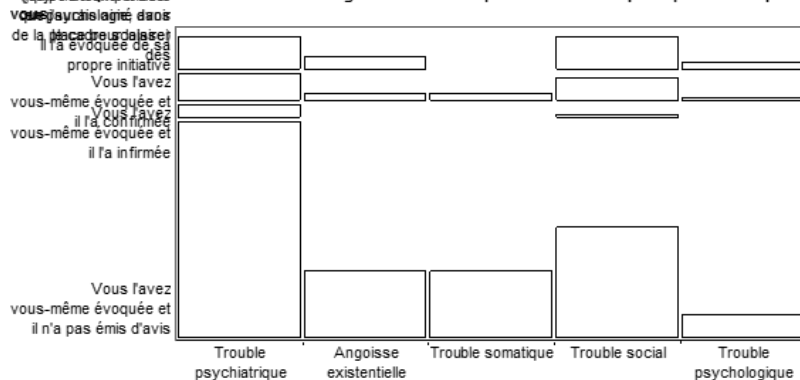


Figure 37: Q12xQ13 $\chi^2=2,21$ $ddl=20$ $p=0,999$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 23)

Ra15. Le délai entre la consultation initiale chez ces médecins et la confirmation de leur HPI n'a pas été influencé par le motif de consultation.

12. Si oui : quel motif ? / 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès

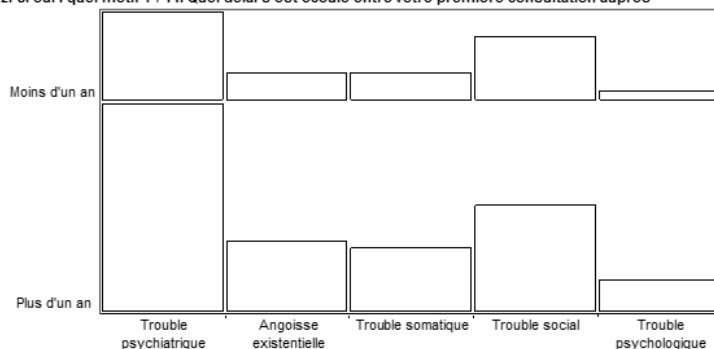


Figure 38: Q12xQ14 $\chi^2=1,09$ $ddl=4$ $p=0,895$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 1)

Ra16. Le motif de consultation ne semble pas corrélé au type de personne ayant initialement évoqué la possibilité du HPI.

12. Si oui : quel motif ? / 3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI

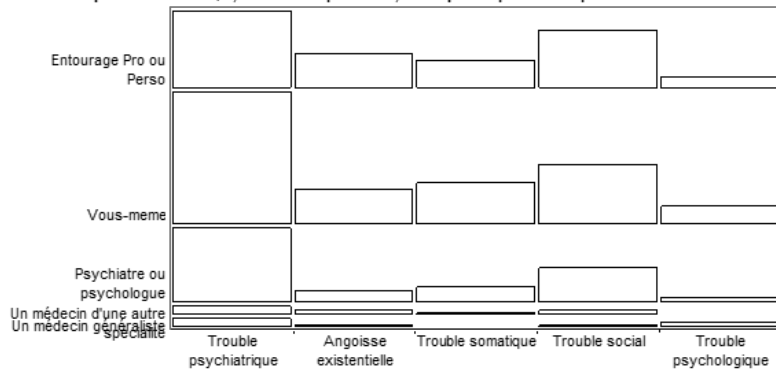


Figure 39: Q12xQ3 $\text{Khi}^2=5,04$ $\text{ddl}=16$ $p=0,995$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 12)

Ra17. L'âge au moment de l'évocation n'est pas lié aux motifs de consultation.

127. Si oui : quel motif ? / 4. Quel âge aviez-vous alors ?

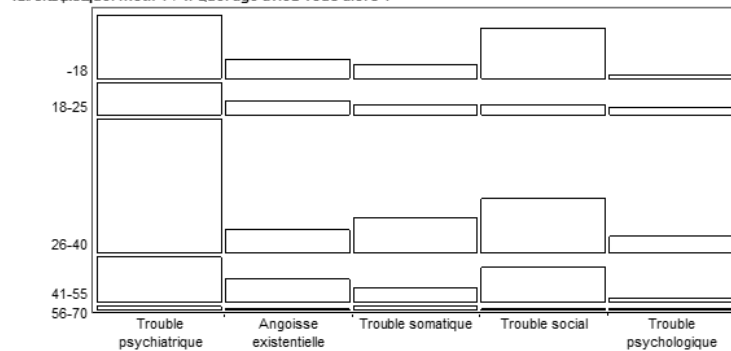


Figure 40: Q12xQ4 $\text{Khi}^2=8,89$ $\text{ddl}=20$ $p=0,984$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 15)

Ra18. On note une tendance des 26-40 ans à avoir été confirmés suite à un motif psychiatrique, et à moins l'avoir été pour trouble social que l'ensemble des répondants.

12. Si oui : quel motif ? / 6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?

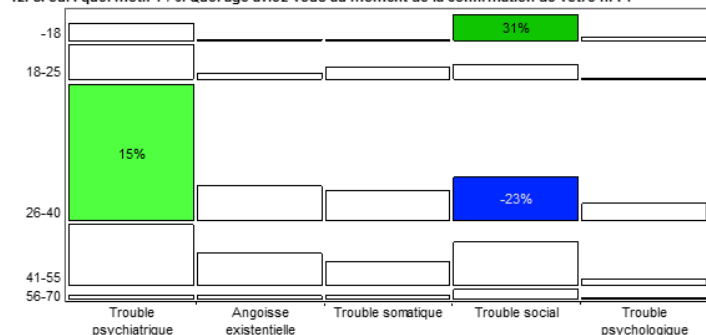


Figure 41: Q12xQ6 $\text{Khi}^2=15$ $\text{ddl}=20$ $p=0,777$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 17)

Ra19. Hormis les troubles psychiatriques qui ont une tendance faible à voir leur parcours raccourci, l'ensemble de leurs durées ne varie pas selon le motif de consultation.

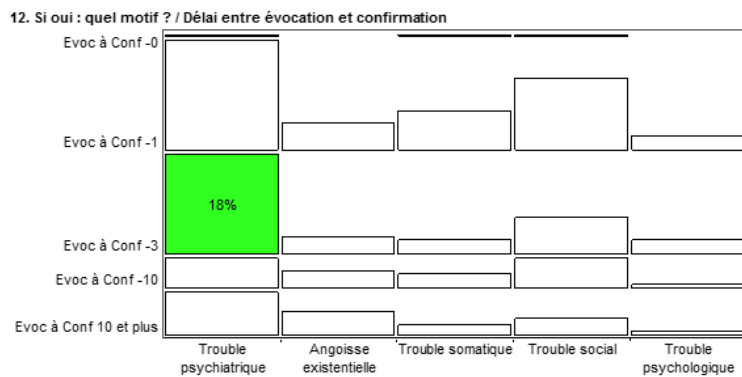


Figure 42: Q12x(Q6-Q4) $\chi^2=9,14$ $ddl=16$ $p=0,908$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 12)

Ra20. On ne trouve pas de corrélation entre motifs de consultation chez le médecin généraliste et type de personne ayant évoqué initialement la possibilité du HPI.

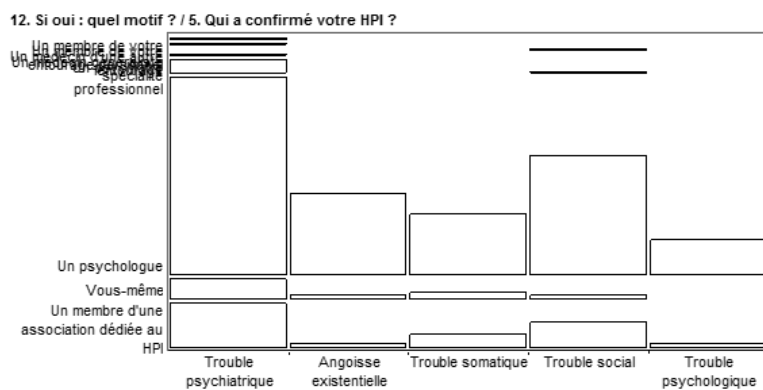


Figure 43: Q12xQ5 $\chi^2=4,76$ $ddl=28$ $p=0,999$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 32)

Ra21. On note une discrète tendance à la perte en qualité de vie chez les répondants disant avoir consulté pour trouble social suite à leur identification. Les autres motifs y sont sans lien.

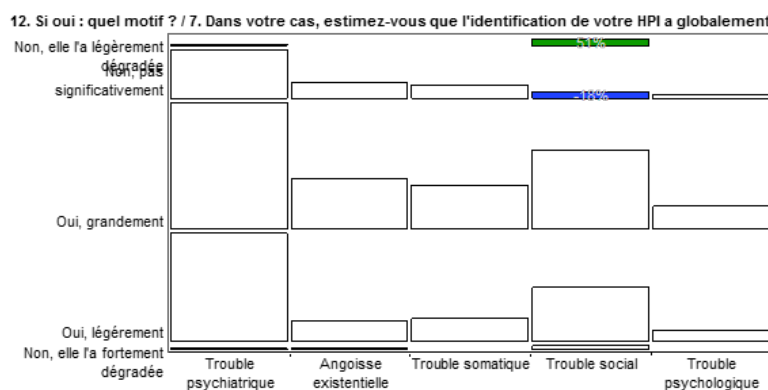


Figure 44: Q12xQ7 $\chi^2=8,17$ $ddl=16$ $p=0,944$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 14)

Ra22. Les répondants ayant consulté pour un trouble psychologique ont tendance à témoigner un plus grand gain en terme d'acceptation de soi que l'ensemble.

12. Si oui : quel motif ? / 8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ?

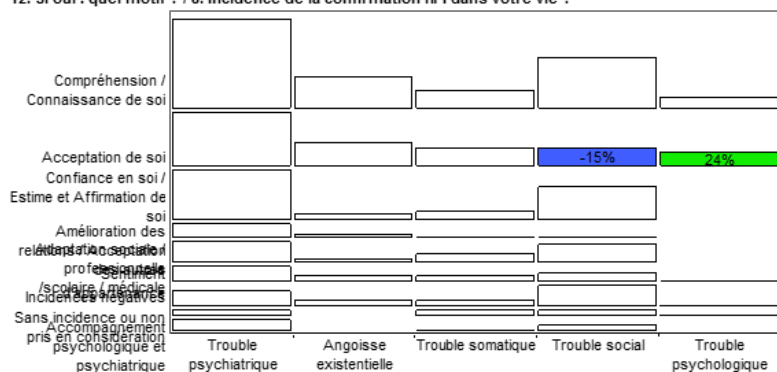


Figure 45: Q12xQ8 $\chi^2=15,6$ $ddl=32$ $p=0,993$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 28)

III.2.c. Actions de la médecine générale

Ra23. Les répondants chez qui le médecin généraliste a spontanément évoqué ou approuvé la suspicion de HPI ont ensuite été confirmés sensiblement plus vite que l'ensemble des répondants.

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et votre identification ? / 13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué(...)HPI ?

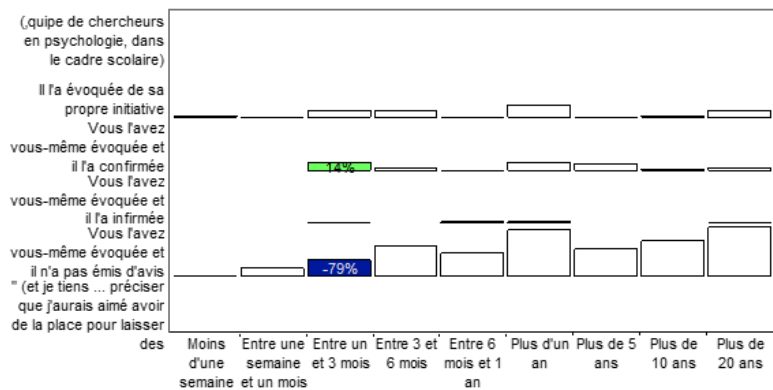


Figure 46: Q14xQ13 $\chi^2=13$ $ddl=40$ $p=0,999$ (Val. théoriques < 5 = 44)

Ra24. Inversement: une longue durée entre première consultation MG et confirmation du HPI semble corrélée à l'absence de participation du médecin généraliste à leur identification.

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et votre identification ? / 15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification ?

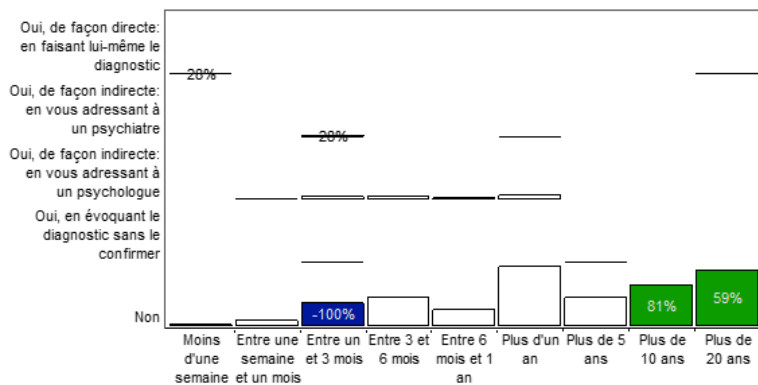


Figure 47: Q14xQ15 $\chi^2=11,9$ $ddl=32$ $p=0,999$ (Val. théoriques < 5 = 37)

Ra25. Il y a sensiblement plus de répondants non orientés par leur médecin généraliste pour qui ce délai excède 20 ans, que chez l'ensemble des répondants.

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et votre identification ? / 19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ?

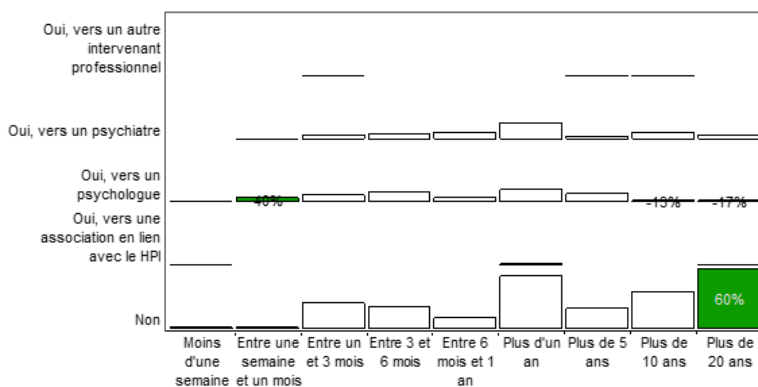


Figure 48: Q14xQ19 $\chi^2=24,4$ $ddl=32$ $p=0,83$ (Val. théoriques < 5 = 31)

Ra26. La participation du médecin généraliste ne change pas significativement entre les générations.

1. Quel âge avez-vous actuellement ? / 15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification

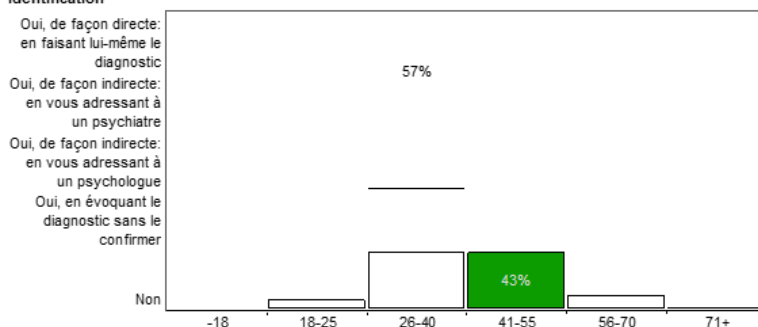


Figure 49: Q15xQ1 $\chi^2=7,25$ $ddl=20$ $p=0,996$ (Val. théoriques < 5 = 23)

Ra27. L'action d'orientation de leurs médecins généralistes ne varie pas selon la génération des répondants.

1. Quel âge avez-vous actuellement ? / 19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ?

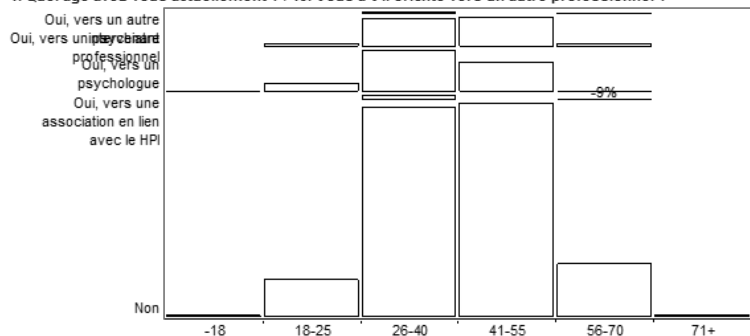


Figure 50: Q19xQ1 Khi2=5,96 ddl=20 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 22)

Ra28. Nous n'avons pas mis en évidence de liens entre motifs de consultation et critères du médecin généraliste lui ayant fait évoquer le HPI

18. Quels ont été les critères l'ayant amené à envisager le HPI ? / 12. Si oui : quel motif ?

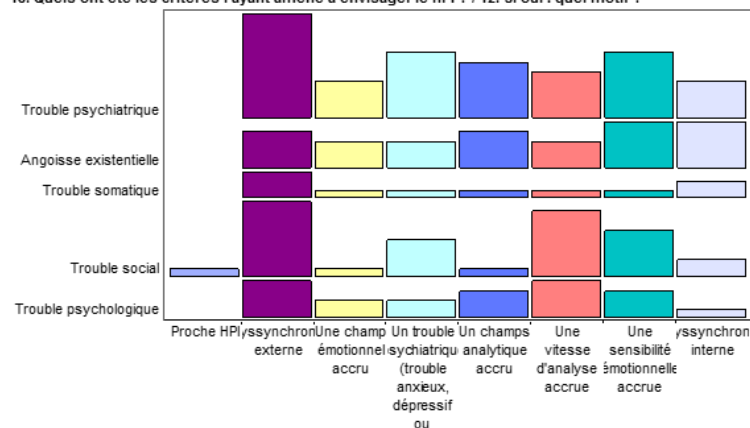


Figure 51: Q12xQ18 Khi2=6,15 ddl=28 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 33)

Ra29.La durée des parcours des répondants ne varie pas selon le critère du médecin généraliste lui ayant fait évoquer le HPI.

18. Quels ont été les critères l'ayant amené à envisager le HPI ?/14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et votre identification ?

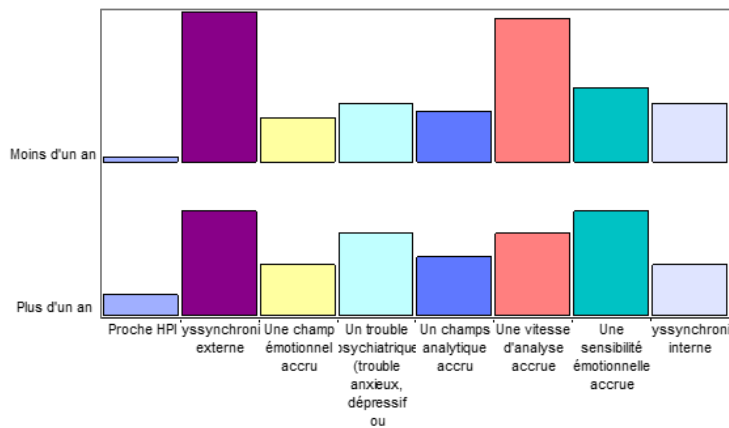


Figure 52: Q18xQ14 $\chi^2=4,66$ $ddl=7$ $p=0,704$ (Val. théoriques < 5 = 2)

Ra30.On retrouve les mêmes critères faisant évoquer le HPI aux médecins généralistes quelque soit l'âge des répondants.

18. Quels ont été les critères l'ayant amené à envisager le HPI ? / 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

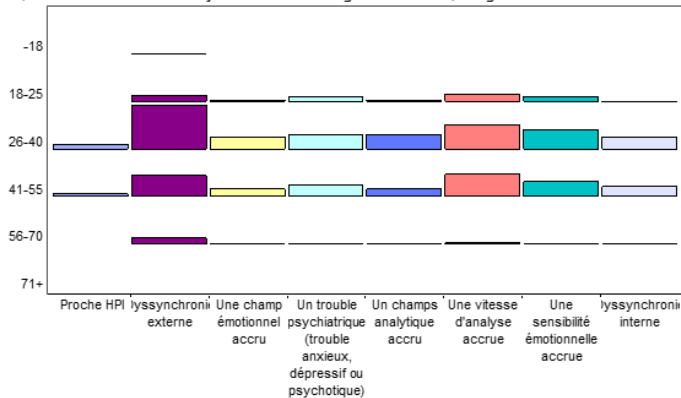


Figure 53: Q12xQ1 $\chi^2=3,92$ $ddl=35$ $p=0,999$ (Val. théoriques < 5 = 33)

Ra31.Il ne ressort pas d'orientation préférentielle selon le motif de consultation.

12. Si oui : quel motif ? / 19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ?

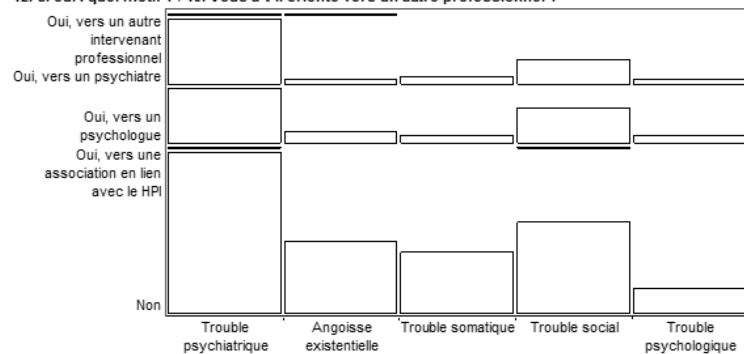


Figure 54: Q12xQ19 $\chi^2=7,11$ $ddl=16$ $p=0,971$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 14)

Avis des répondants sur leur prise en charge

Ra32. L'appréciation du bénéfice du fait de l'orientation ne varie pas aux yeux des répondants selon le motif les ayant amené à consulter.

12. Si oui : quel motif ? / 20. Estimez-vous féconde cette orientation, sur quels critères ?

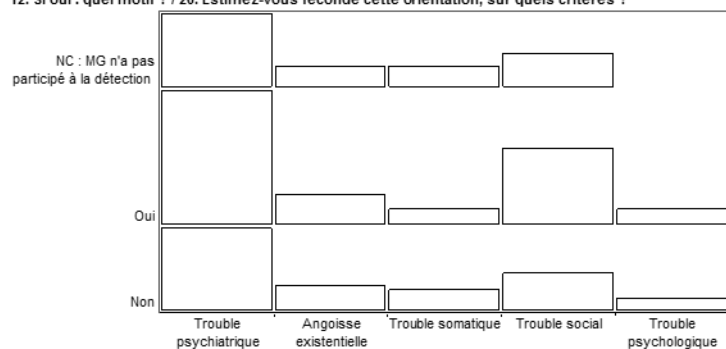


Figure 55: Q12xQ20 $\text{Khi}^2=2,09$ $\text{ddl}=8$ $p=0,977$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 6)

Ra33. Leur opinion à propos de la légitimité d'une adjonction de formation dans le cursus de médecine générale n'est pas non plus influencée par leur motif de consultation.

12. Si oui : quel motif ? / 25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c

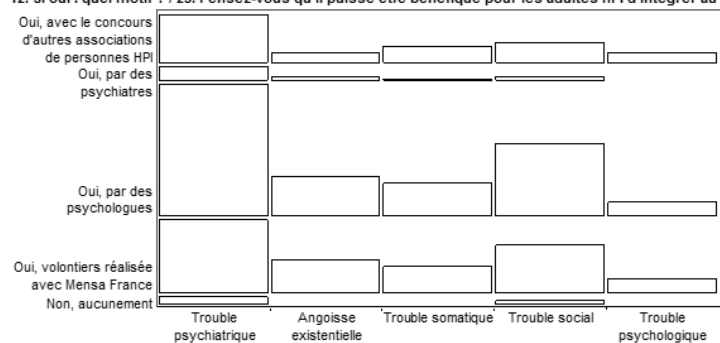


Figure 56: Q12xQ25 $\text{Khi}^2=2,83$ $\text{ddl}=16$ $p=0,999$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 13)

Ra34. Mineurs et majeurs considèrent de la même manière que cela relevait ou non du rôle du généraliste.

6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ? / 17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?

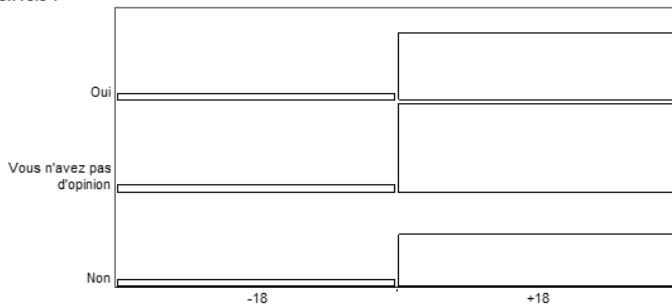


Figure 57: Q6xQ17 $\text{Khi}^2=2,86$ $\text{ddl}=2$ $p=0,238$ (Peu significatif)

Ra35. Par rapport à leur ensemble, les répondants ayant consulté leur médecin généraliste pour un motif ayant révélé leur HPI ont plus tendance à considérer que cela relevait de leur rôle. Inversement: ceux ne l'ayant pas fait ont plus tendance à penser que cela ne relevait pas de lui.

17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ? / 11. Avez-vous consulté votre médecin généraliste (...) motif l'ayant révélé ?

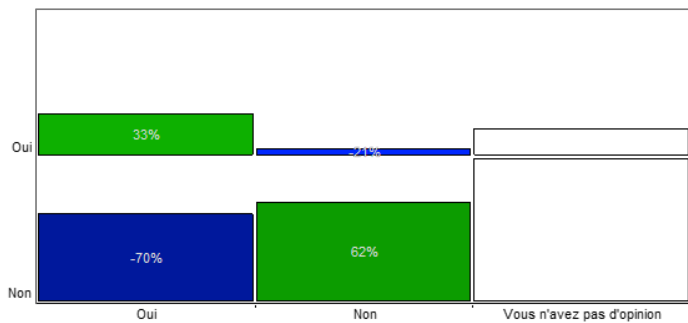


Figure 58: Q17xQ11 $\text{Khi}^2=47,2$ $\text{ddl}=2$ $p=0,001$ (Très significatif)

Ra36. Les répondants ayant plus tendance que l'ensemble à considérer que leur identification relevait du rôle de leur médecin généraliste sont ceux pour qui ce dernier a été le premier à l'avoir évoqué. On constate la tendance inverse chez ceux l'ayant eux-mêmes évoqué et pour lesquels le médecin généraliste n'y a pas émis d'avis.

17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?/13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous soyez HPI ?

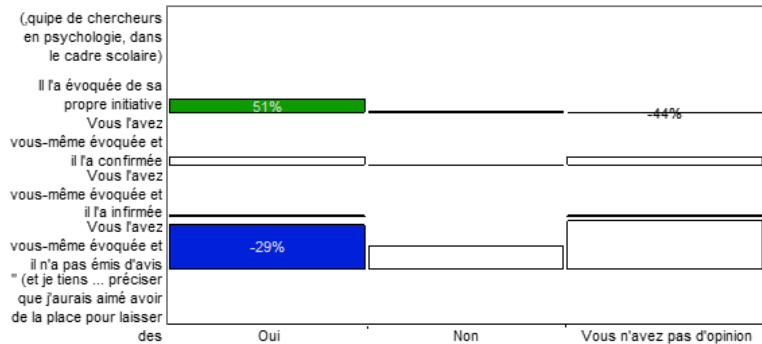


Figure 59: Q17xQ13 $\text{Khi}^2=15,2$ $\text{ddl}=10$ $p=0,123$ (Val. théoriques < 5 = 9)

Ra37. On observe les tendances équivoques en considérant la participation quelle qu'elle soit du médecin généraliste.

17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?/15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification ?

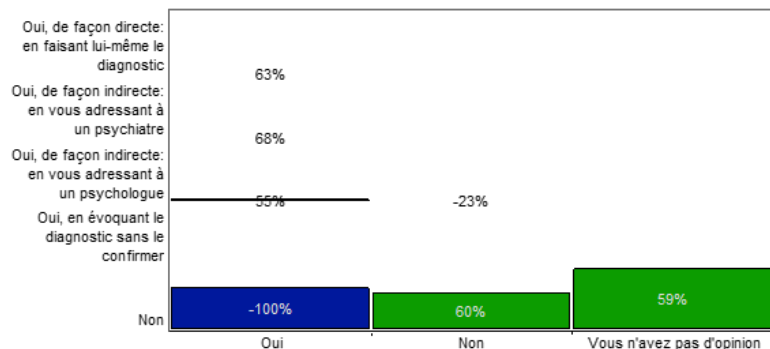


Figure 60: Q17xQ15 $\text{Khi}^2=23$ $\text{ddl}=8$ $p=0,003$ (Val. théoriques < 5 = 10)

Ra38. Les répondants chez qui l'évocation a été faite par un psychologue ou psychiatre ont légèrement plus tendance à dire qu'un médecin généraliste est compétent au dépistage s'il est lui-même HPI.

23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adultes HPI ?/Oui, dans votre parcours a évoqué en premier(...)HPI ?

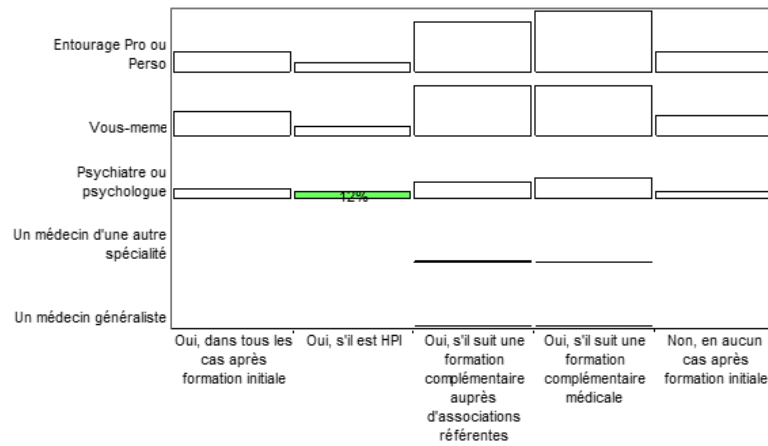


Figure 61: Q23xQ3 $\text{Khi}^2=11,6$ $\text{ddl}=16$ $p=0,773$ (Val. théoriques $< 5 = 10$)

Ra39. Ceux n'ayant pas consulté leur médecin généraliste ont plus tendance à considérer qu'il n'est pas compétent au dépistage, en aucun cas. Ceux l'ayant fait ont la tendance inverse sous condition que celui-ci ait fait une formation complémentaire dédiée.

23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier (...) HPI ?/11. Avez-vous consulté votre médecin(...)pour un motif l'ayant révélé ?

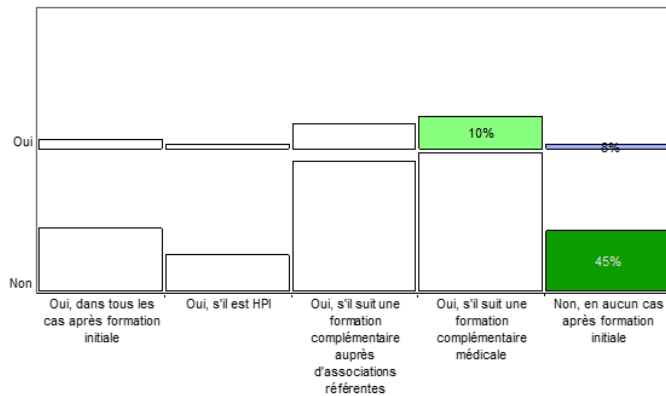


Figure 62: Q23xQ11 $\text{Khi}^2=7,06$ $\text{ddl}=4$ $p=0,131$ (Peu significatif)

Ra40. On retrouve cette tendance à le considérer non compétent chez ceux ayant évoqué la possibilité du HPI en consultation et pour qui il n'a pas émis d'avis en retour.

23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adultes HPI /13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué(...)HPI ?

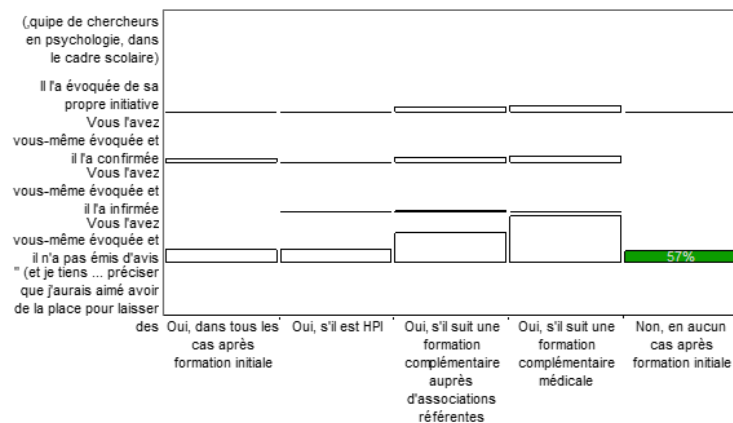


Figure 63: Q23xQ13 $\chi^2=5,27$ $ddl=20$ $p=0,999$ (Val. théoriques < 5 = 21)

Ra41. On ne retrouve pas de corrélation entre participation globale du médecin généraliste et avis sur sa compétence chez ces répondants.

23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier (...) HPI ?/15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification ?

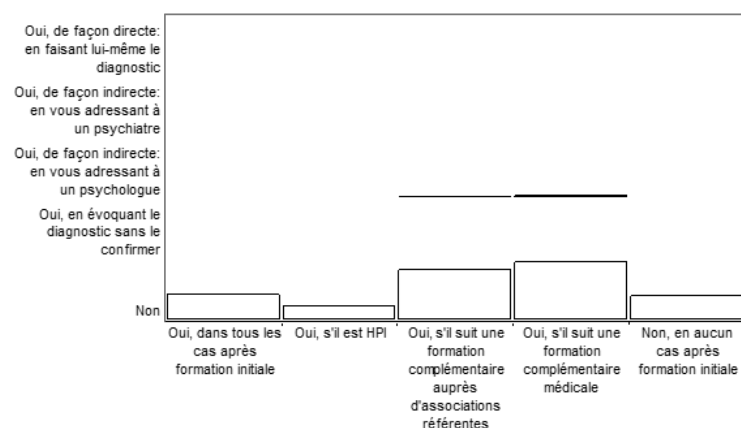


Figure 64: Q23xQ15 $\chi^2=4,8$ $ddl=16$ $p=0,996$ (Val. théoriques < 5 = 18)

Ra42. Les répondants ayant été confirmés par psychologue ont tendance à recommander aux médecins généralistes une formation faite par des psychologues.

25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c / 5. Qui a confirmé votre HPI ?

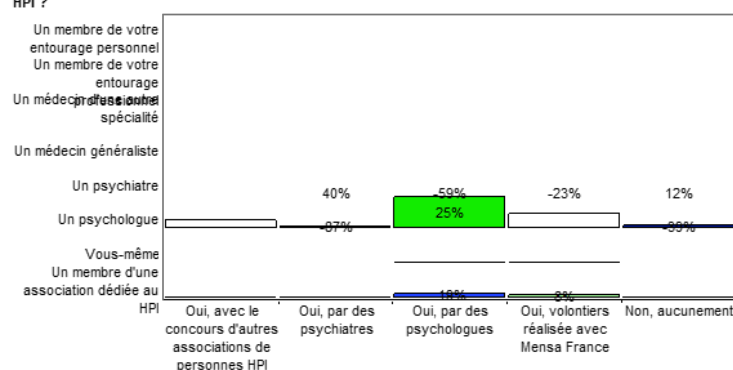


Figure 65: Q25xQ5 $\chi^2=59$ $ddl=28$ $p=0,001$ (Val. théoriques < 5 = 26)

Ra43. Les recommandations concernant le dépistage ne varient pas selon les motifs de consultations des répondants.

12. Si oui : quel motif ? / 9. En jugeant du rapport bénéfices / risques potentiels, recommanderiez-vous ce

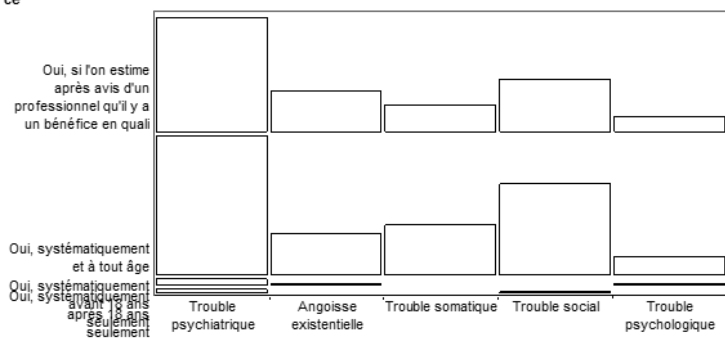


Figure 66: Q12xQ9 $\text{Khi}^2=2,32$ $\text{ddl}=16$ $p=0,999$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 15)

Ra44. L'avis des répondants quant au rôle du médecin généraliste dans leur dépistage ne varie pas selon le motif pour lequel ils l'ont consulté.

12. Si oui : quel motif ? / 17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?

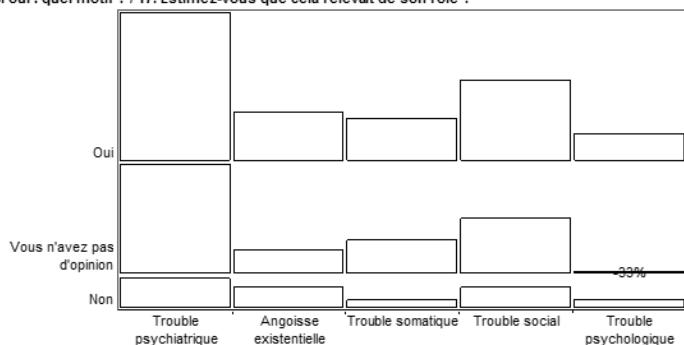


Figure 67: Q12xQ17 $\text{Khi}^2=6,14$ $\text{ddl}=8$ $p=0,633$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 4)

Ra45. Leur opinion à propos de la compétence du médecin généraliste à ce dépistage n'est pas non plus influencée par le motif de consultation.

12. Si oui : quel motif ? / 23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu

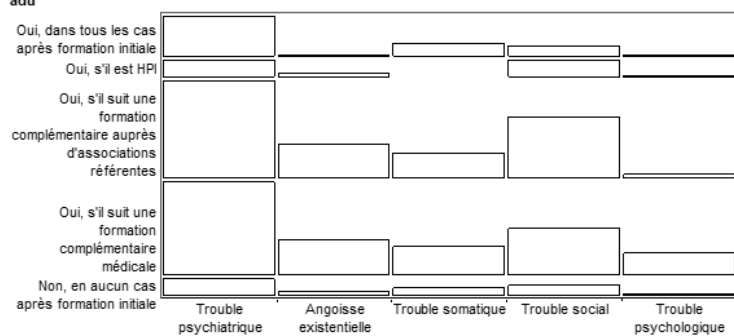


Figure 68: Q12xQ23 $\text{Khi}^2=8,35$ $\text{ddl}=16$ $p=0,938$ (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 13)

Ra46. Ceux estimant leur qualité de vie augmentée par leur identification ont plus tendance à recommander un dépistage systématique quel que soit l'âge.

7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification (...) amélioré votre qualité de vie ? / 9. (...) recommanderiez-vous ce repérage à d'autres ?

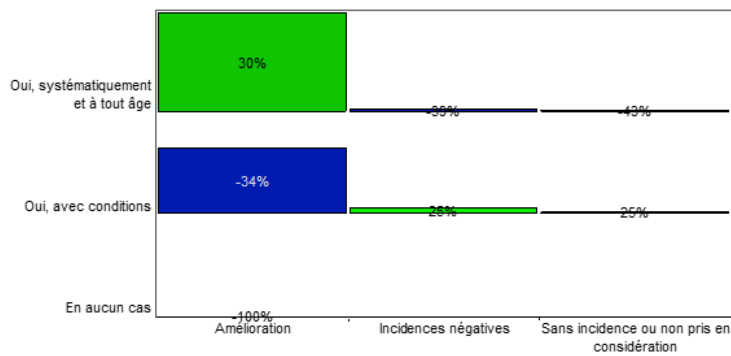
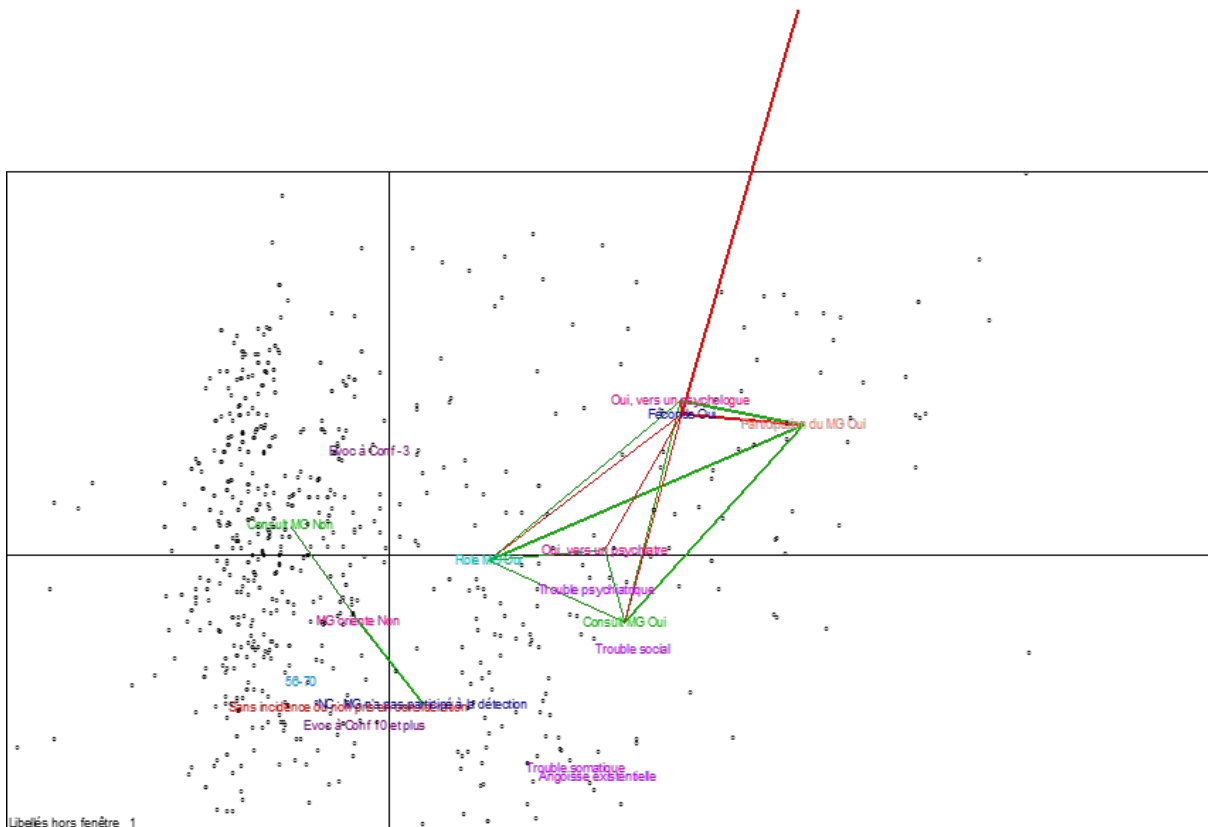
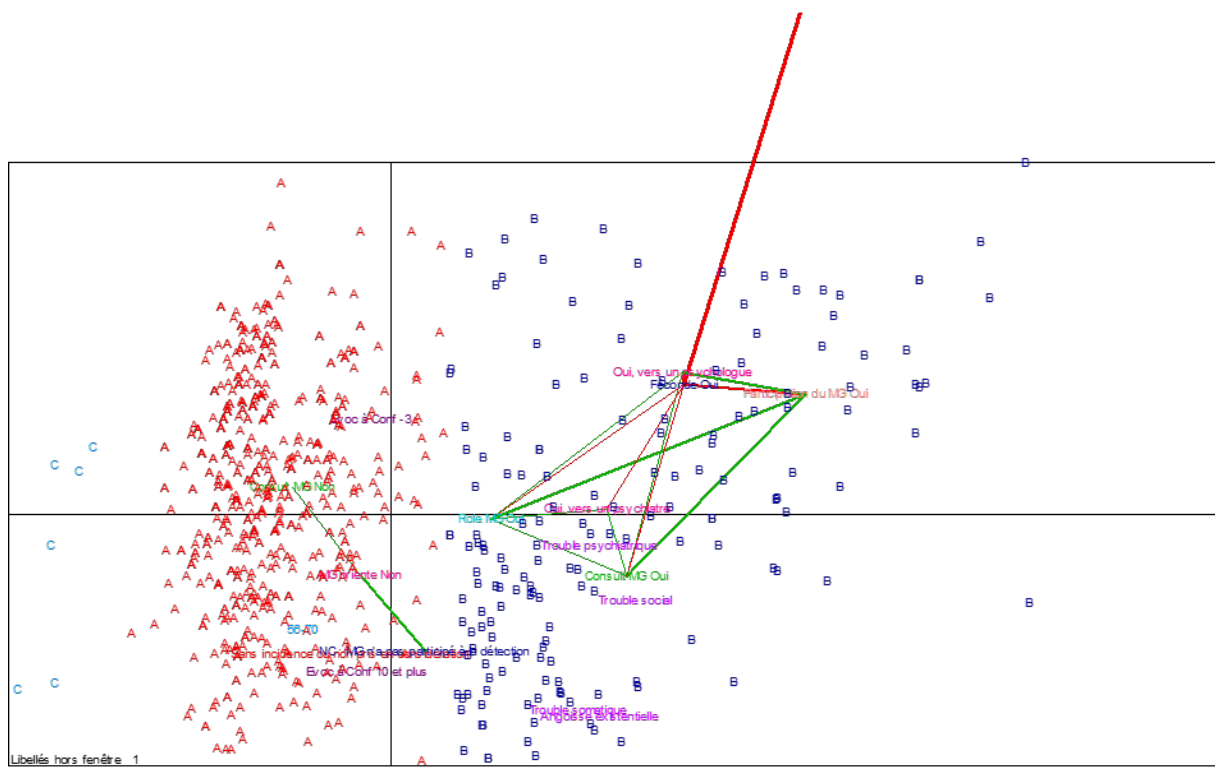


Figure 69: $Q7 \times Q9$ $\text{Khi}^2=17,8$ $\text{ddl}=4$ $p=0,001$ (Val. théoriques $< 5 = 2$)

III.2.d. Analyse factorielle





9 variables sélectionnées :

2	R1	Un	6	1. Quel âge avez-vous actuellement ?
7	R3	Un	5	Délai entre évocation et confirmation
9	R93	Mult	4	8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ?
12	Un	2	11. Avez-vous consulté votre médecin généraliste avant votre identification en t	
13	R4	Mult	5	12. Si oui : quel motif ?
16	R1	Un	2	15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre iden
18	R1	Un	3	17. E stimez-vous que cela relevait de son rôle ?
20	Un	5	19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ?	
21	R2	Mult	3	20. Estimez-vous féconde cette orientation, sur quels critères ?

La variable qui semble faire la principale contribution à la définition de profils typique est :

Consultation de votre MG avant identification pour des symptômes qui se sont révélés ensuite relatifs à votre HPI Oui/Non

Il en découle 2 types principaux (A et B) :

A : déclare n'avoir pas consulté son MG ou que son MG n'a pas contribué à la détection ou que la détection n'a pas été vécue comme féconde

B : l'inverse du groupe A

Le groupe C est très minoritaire et il faudrait un complément d'analyse pour en définir les caractéristiques.

Chapitre IV : Discussion

IV.1. Synthèse de la contribution médicale actuelle

IV.1.a. Elle est quantitativement faible

Une minorité de sondés nous dit avoir consulté son médecin généraliste pour un motif ayant révélé son HPI: ce taux est de 15,7% chez les répondants à la question (Q11, Rd7) qui représentent 83,7% des participants soit un taux minimal extrapolé à ceux-ci de 13,1%. Si on comptabilise les non-réponses, les mensans sont 4,37% à exprimer une participation du médecin généraliste dans leur parcours, quelle qu'en soit la nature (Rd11). Nous verrons cependant au chapitre IV.3 qu'indépendamment de son ampleur l'intérêt qualitatif de l'intervention médicale est vérifié.

IV.1.b. Premièrement, ne pas nuire

Si elle est rare, quand elle se fait l'intervention du médecin généraliste respecte son serment ("*primum non nocere*"): ainsi dans la plupart des cas quand un de ces adultes HPI l'a questionné, le médecin a émis un avis neutre sur sa plausibilité (Rd9) et n'a pas entraîné de retard d'identification péjoratif pour 92,8% de ces consultants (Rd12). Ces deux constats rassurent: nos confrères ont très rarement été contre-productifs. 7,4% des mensans interrogés rapportent un retard péjoratif dû à un de nos confrère (Rd12). Nous n'apprenons pas les causes de cette rare nuisance. On peut y considérer les cas où le médecin nie qu'il puisse y avoir de souffrance propre au HPI, postulant qu'il entraîne uniquement des gains en qualité de vie (comme ce fut le cas dans mon expérience) ou que celui-ci serait plus apte qui quiconque à les solutionner (BOST, 2013).

IV.1.c. Universalité des rapports en soins primaires

Nos confrères se sont uniformément comportés chez ces mensans qu'elle que soit leur profession (Ra5), leur âge (Ra6) ou la personne ayant évoqué leur potentiel haut potentiel (Ra7). On peut dire, du fait que leur motif de consultation n'a pas modifié la durée de leur parcours (Ra9, Ra15) qu'ils ont considéré que leur HPI était aussi plausible quel que soit le motif pour lequel ils consultaient (Ra14).

S'il y a un gain à confirmer le HPI rapidement, on peut dire qu'il n'a pas pâti de perte de chance selon la raison pour laquelle ils consultent (Ra10, Ra15) mais que les motifs psychiatriques ont tendance pour partie à être confirmés plus vite (Ra19). On pourrait penser que le médecin évoque plus souvent le HPI face à un tableau psychiatrique les pensant corrélés; or cet enseignement du mémoire (BRILLOUET, 2020) est contredit ici (Ra14).

En fait, on observe cela uniquement pour la tranche temporelle la plus courte. On peut donc spéculer que parmi ceux-ci, des cas étant des semi-urgences psychiatriques comme une dépression résistante (SIAUD-FACCHIN, 2002) aient mené nos confrères à accélérer leur orientation spécialisée; bien qu'elle n'ait pas été plus fréquente (Ra31). Nous nous accorderons à statuer que la confirmation du HPI elle-même n'en

soit pas une. On peut alors supposer qu'elle se fasse opportunément dans un but de discerner les causes des souffrances connexes dans cette collusion de tableaux, en vue d'optimiser la prise en charge. Nous n'avons pas de données qualitatives suffisamment précises ici pour trancher.

Quelques retouches à cet état des lieux positif: le fait attendu que l'on pense moins au HPI devant un adulte qu'un enfant (Ra12); et on découvre une accélération récente du parcours impliquant le médecin généraliste (Rd4) dont nous développerons le bénéfice au chapitre IV.3.

IV.1.d. Etat des lieux par les mensans

On peut avancer comme cause possible du peu d'orientations faites par les médecins généralistes (Rd13) le manque de correspondant. Le cas échéant, sa portée est jugée par les mensans de façon neutre (Rd14). Ceci peut s'interpréter à mon sens comme leur absence d'a priori à l'égard du bénéfice actuellement fourni par une angulation médicale, dans leur parcours.

En fait, on s'aperçoit en analyse catégorielle que ceux étant passés par un médecin généraliste sont plus satisfaits et gratifient plus son action (Ra35,36) que ceux qui ne sont pas concernés (Ra37). Les mensans ont donc une légère tendance à dévaluer ce qu'ils méconnaissent. On pourrait logiquement prévoir que la promotion de l'interventionnisme en médecine générale augmenterait la satisfaction de tous ces adultes particuliers.

D'autre part; ces retours d'expérience sont favorables alors que l'orientation prodiguée n'est jugée féconde que par la moitié de ces mensans (Rd14). On peut dès lors imaginer d'autres sources de satisfaction; d'autres apports de leurs médecins généralistes quand il sont acteurs de leur identification comme adulte à HPI. Ces derniers se sentent-ils considérés de façon plus juste quand cette caractéristique est connue de leur médecin? La qualité de leurs rapports est-elle alors augmentée, par cela ou un autre effet? Nous ne pouvons pas conclure, la revue des réponses ouvertes n'ayant pas fait ressortir de tendance particulière.

A noter également, la tendance au sur-gain en acceptation de soi rapportée chez ceux consultant pour trouble psychologique (Ra22) qui bien que non significative rappelle l'intérêt de la dimension psychologique dans l'entretien qu'est la consultation, et renforce l'intérêt à porter à cette science en tant que médecin généraliste.

IV.2. Tentative de standardisation: profil du parcourant-type

IV.2.a. Sociologie

Le parcourant indiffère professionnellement (Ra5). Tout juste peut-on noter une faible tendance des étudiants à un parcours plus court après premier contact avec un médecin généraliste. On peut y voir une moindre chronicisation du "renoncement à la curiosité" caractérisant la dépréciation personnelle liée à l'ignorance du HPI au fil de l'âge (BOST, 2013): peut-être que les étudiants sont plus avides de progresser dans leur propre compréhension et suivent plus les invitation à confirmer leur HPI que les adultes plus âgés. On peut également se demander s'il existe un "encouragement" plus marqué de leur entourage (personnel ou professionnel) à y aboutir.

On peut conclure du moins qu'il semble y avoir une équité sociale face à l'identification du HPI.

IV.2.b. Cheminement chronologique

Le cheminement entre évocation et confirmation du HPI dure plus de 4 ans (Rd3), ce qui est long à l'échelle médicale. Il est encore plus long chez les adultes non dépistés mineur: 4,74 ans chez les premiers contre 1,18 chez les seconds (Ra2). On peut dès lors se poser au moins deux questions, sans élément de réponse clair dans notre étude: est-ce volontaire de la part de l'intéressé (a-t-il hésité à chercher confirmation), et si oui pourquoi; et si non: y a-t-il des freins dans ce parcours? Voire: la médicalisation de celui-ci (au moins sa réticulation) diminuerait-elle ce délai moyen? Nous le montrons dans cette série, de façon non significative (Ra23,24,25).

IV.2.c. Cheminement psychique

L'idée est le plus souvent venue de lui-même (Rd4), surtout quand le processus débute adulte. En effet quand il débute enfant l'initiative est le plus souvent le fait de l'entourage (Ra3). ce qui réaffirme la perte de chance (cf infra IV.3) propre au caractère adulte ayant motivé l'étude. Que relate la longueur de ce délai? Si ce n'est parce que le vécu du HPI, enfant comme adulte reste ineffable. Ce qui aurait comme corollaire le conditionnement du HPI comme compétence au dépistage chez le médecin généraliste, or on ne constate pas majoritairement cette tendance (Rd22). Ce à quoi on peut rattacher l'humilité décrite comme "extrême" voire pathologique avec le HPI souvent perçu comme une infériorité, elle-même volontiers liée à un défaut d'adaptation (REVOL). On peut du moins déduire que l'anamnèse est cruciale; toutefois pour évaluer la spécificité de cette auto-évocation il faudrait une étude complémentaire comparative à la population générale.

IV.2.d. Ce qui fait consulter

Les principaux motifs catégorisés (Rd8) peuvent se voir à tout âge (Ra17) et quelle que soit la personne ayant initialement suggéré le HPI (Ra16). Les personnes inactives ou retraitées ont plus tendance à consulter pour trouble social (Ra13): ce qui peut se comprendre en considérant que ces deux facteurs soient confondants l'un pour l'autre (un isolement social ou professionnel peut être cause ou conséquence d'un trouble d'adaptation sociale ou professionnelle).

Les jeunes ont plus tendance à être vus pour motif psychiatrique (Ra18). A cela on peut recouper beaucoup d'autres données des littératures psychologique et médicale. On sait que la proximité de l'enfance fait plus évoquer le HPI (V.1.c, Ra12). De la proximité des parents avec le jeune adulte peut émaner une sur-médicalisation, comparativement aux autres sous-groupes: l'adulte plus âgé a peut-être moins de proches autant promoteurs de ses consultations. Enfin on peut invoquer comme probable facteur confondant la perception du haut potentiel lui-même comme pathologie psychiatrique, par méconnaissance du médecin.

IV.2.e. Signes à plus haute valeur prédictive positive en consultation

L'intérêt rétrospectif de ce travail est de disposer d'une population-source dont l'ensemble a bénéficié d'une confirmation "diagnostique". Ainsi peut-on directement corrélérer ces critères aux HPI ayant fait la démarche de consulter pour un motif lié (définition comportant des biais qui sont discutés, mais permettant de "resserrer" cette cible sur les effectifs potentiellement les plus en souffrance de ce fait, ceux justifiant l'intérêt médical) et les traduire en pronostics (Rd10). Il faut les différencier des motifs amenant en consultation: il s'agit ici de ce que nous (médecins) trouvons significatif, et d'en interroger la valabilité. Par ordre croissant on obtient ainsi:

1. L'existence d'un proche HPI (3,4%). Cette donnée est connue en psychologie (BRASSEUR & CUCHE, 2017) et liée au déterminisme génétique et épigénétique du haut potentiel. Cet item n'était pas proposé dans nos réponses fermées et est ressorti lors de la catégorisation de la réponse ouverte, donc peut être sous-estimé.
2. La dyssynchronie interne (8,7%). Définie comme en décalage personnel entre vécu émotionnel et analyse rationnelle des situations de vie, souvent douloureux O.REVOL[CITATION] (BRASSEUR & CUCHE, 2017). On peut poser la question du différentiel avec les troubles affectifs notamment (trouble bipolaire, personnalité borderline).
3. L'accroissement du champ analytique rationnel (8,7%). On peut se demander si sa perception en médecine générale est relation-dépendante. Le temps et la qualité des échanges entre médecin et patient varient: on peut supposer que l'appréciation de ce critère pour le médecin sera proportionnelle à ces deux variables. Le volontarisme du patient entre en jeu également, et peut être biaisé par sa production d'un « faux-self » (BIDAUT GARNIER, 2008)☒
4. L'accroissement du champ émotionnel (9,2%). On peut apposer à cet item les biais du précédent; on peut supposer en sus que celui-ci pouvant se traduire par une plus grande empathie (à l'égard du médecin, par exemple), il soit plus rapidement perceptible par ce dernier. Ces patients peuvent notamment relater plus d'injustices, médicales ou sur des sujets de société débattus en aparté lors des consultations, comme il est couramment décrit dans le tableau psychologique (cf supra I.3).
5. La présence d'un trouble psychiatrique (11,2%). L'imprécision de cet item est conséquent à la nécessité de simplification du questionnaire d'une part, et aux considérations de secret médical attendantes d'autre part que nous avons souhaité évincer (notamment pour ne pas décourager d'y répondre): la revue des questions ouvertes lors de leur catégorisation fait toutefois ressortir, sans valabilité statistique honorable la prépondérance des troubles anxieux. Quid des collusions? (cf supra I.4.).
6. Une hypersensibilité émotionnelle (13,6%) qu'il convient de préciser dans sa définition: celle-ci pouvant paraître intuitive mais qui n'est corrélée au HPI qu'avec l'hyperexcitabilité émotionnelle, plus précisément (BRASSEUR & CUCHE, 2017).
7. L'accroissement de la vitesse d'analyse (18,9%). Ce critère est probablement sensible du fait de sa facilité d'appréhension: bien que la question du différentiel avec l'état maniaque se pose, par exemple; elle est a priori observable dès les premiers échanges d'une consultation, et ce, également a priori, par tout médecin. Il me paraît donc d'autant plus recommandable pour la pratique puisqu'il répond ainsi à cette conjonction de critères (sensibilité, accessibilité du test) nécessaires à un dépistage (cf infra IV.5).
8. La dyssynchronie externe (26,2%): ce sentiment de décalage de son vécu d'une situation donnée, en terme d'analyse rationnelle ou émotionnelle, et celui la population générale. La définition de celle-ci peut paraître aussi vaste dans son champ que dans sa difficulté à être sémiologiquement appréhendée. Nous avons choisi d'inclure la psychologie dans l'introduction de ce travail pour qu'elle valide et enrichisse les prérequis en amont de ces consultations. Sans notion de psychologie clinique, la médecine au sens de "recherche du meilleur état de santé possible" (WHO, Constitution de l'organisation mondiale de la santé, 1946) peut difficilement identifier dans cette population les cas où elle serait utile. Ici: les adultes à haut potentiel intellectuel chez qui on peut espérer améliorer la qualité de vie par sa simple identification.

La sensibilité de ces items reste faible, mais leur isolement permet de mettre en relief la part des connaissances en psychologie actuellement accessible à la clinique médicale (en soins primaires). Ce point de jonction serait donc utile à une analyse didactique qui aurait pour objet une formation approfondie sur notre sujet en médecine générale.

IV.3. Pertinence de la médicalisation

IV.3.a. Rappel de l'efficience de la médecine générale en santé publique

Dans sa thèse (VERGES, 2017) rappelle que le médecin généraliste est le professionnel de premier recours pour les souffrances psychiques quelles qu'elles soient.

La satisfaction des patients est supérieure à celle de la moyenne OCDE (FUJISAWA & KLAZINGA, 2017).

Je n'ai pas obtenu de données démographiques de certitude quant aux psychologues. Leur nombre en activité est estimé à 65 000 en 2019¹³ sans précision sur leur pratique des bilans de potentiel intellectuel. Les médecins généralistes en activité en 2018 étaient dénombrés à 87 801 (CNOM, 2018). Là, la pratique en soins primaires n'est pas précisée. Leur comparabilité en terme d'accès à la population générale est donc compromise. En revanche, on peut avancer comme facteur favorisant le moindre coût des consultations en médecine générale (25€ actuellement, contre 44 en moyenne sur la série de (VERGES, 2017) par exemple) et leur remboursement par l'Assurance-maladie. Notons que des expérimentations de remboursement en psychologie libérale sont en cours, notamment dans les Bouches-du-Rhône (L'Assurance-Maladie, 2018) en concernant une part minime, elles sont probablement négligeables sur ce plan. Enfin, cette prise en charge ne recouvre a priori pas le champ des tests intellectuels.

Surtout: l'orientation recommandée par le généraliste est suivie par ses patients dans 83% de leurs cas (VERGES, 2017).

IV.3.b. Il est utile d'identifier le HPI en consultation

Les mensans s'expriment largement pour la systématisation du dépistage du HPI, à tout âge et sans condition (Rd21). Ce constat contraste avec les avis des psychologues (BRASSEUR & CUCHE, 2017), et en santé publique en posant les quid classiques de l'échelle collective rappelés ci-bas (IV.5).

A l'échelle de l'ensemble de nos répondants, il est surtout considéré qu'évoquer le HPI (Rd21) et le confirmer (Rd22) relève du psychologue. Or ceux passés par leur médecin généraliste pour arriver à leur identification - quand ils ont un avis - considèrent plutôt que leur identification relève de son rôle (Rd16). Donc il est licite de considérer la satisfaction des membres identifiés en passant par la médecine générale: elle encourage à promouvoir son action. Or, le médecin généraliste est en France un professionnel de premier recours pour l'ensemble de la population, donc ces potentialités d'identification sont importantes (cf IV.5.).

¹³ <https://fr.statista.com/statistiques/702566/nombre-de-psychologues-france/>

L'intervention du médecin généraliste est souhaitable. Sous réserve de définition de la population à laquelle il est possible de l'extrapoler (les adultes HPI en attente d'identification et chez qui une amélioration de santé en découlerait). Pour preuve:

- 1) L'identification du HPI augmente la qualité de vie de ses détenteurs (Rd5).
- 2) Plus cette identification est rapide, plus le gain en qualité de vie est fréquent et important (Ra8). Ce résultat est peu significatif ($p = 0,999$) mais concordant avec le consensus psychologique qui l'affirme (ZIV, 1989) (SIAUD-FACCHIN, 2002) (REVOL).
- 3) Consulter en médecine générale, de même accélère cette identification (Ra23,24,25). Ces données sont malheureusement peu significatives (les valeurs p de ces résultats sont respectivement 0,999, 0,999 et 0,83).

Donc: dans ces limites statistiques, on peut conclure que la médecine générale améliore la santé de cette population.

A cela, on doit ajouter une dimension qualitative: bien que n'en précisant pas les raisons, on découvre que la satisfaction du passage par la médecine générale dans leur parcours est augmentée par son expérience (Ra35; très significatif avec $p = 0,001$): les mensans gratifient leur médecin généraliste lorsqu'il intervient. En fait, il a une plus-value médicale, qui ne se traduit pas par un gain quantifiable. On peut suggérer d'innombrables interprétations, et du moins souligner qu'il serait intéressant d'explorer cette inconnue. Une piste est le gain en terme d'acceptation de soi rapporté par les membres consultant le médecin généraliste pour trouble psychologique (Ra22): fait qui peut indiquer que cette aide prend la forme d'un effet de suggestion, assimilable à une psychothérapie de soutien tout au long de ce processus d'identification du HPI et donc de la probable psychopathologie liée à ces cas.

IV.4. Recommandations

IV.4.a. Attentes des mensans à l'échelle de la consultation

A l'inverse de notre dernière conclusion, quand il ne s'exprime pas, le médecin est pénalisé dans son niveau de confiance avec ces patients (Ra36,37): phénomène décrit par (BIDAUT GARNIER, 2008). Et il est plutôt consensuel qu'émettre un avis négatif a des répercussions péjoratives: retard d'identification donc retard du fréquent gain en qualité de vie, et surtout dans les cas intriqués à des pathologies psychologiques ou psychiatriques une perte de chance (REVOL).

Cette étude ne s'intéresse pas à la population générale. Nous ne pouvons pas retrancher les cas de personnes à potentiel intellectuel normal qui s'inscriraient dans ce questionnement en consultation de médecine générale. Il est probable que ces consultations soient nombreuses: considérant l'effet Barnum conjugué à la médiatisation populaire contemporaine de ce sujet (ou effet "Forer", ou effet de validation subjective" (GAUVRIT, 2014). Dès lors la probabilité de faux-positifs devient majeure en médecine de premier recours. Néanmoins pour ne pas nuire aux personnes à HPI non identifiées, il paraît indiqué de postuler une présomption de plausibilité. Or répondre positivement à toute suggestion de patient pose deux nouveaux problèmes: celui du retard diagnostique d'autres troubles, non liés au HPI (rappelant la nécessité d'un différentiel fin); et celui de l'orientation à outrance vers les psychologues. A mon sens, ces problèmes sont difficilement solvables en médecine: notamment du fait de notre absence actuelle de formation dédiée, et de la judiciarisation croissante des relations médecin-malade et son obligation de moyen.

IV.4.b. Attentes des mensans en santé publique

A la question du dépistage systématique, (CITATION BRASSEUR et CUCHE) répondaient par la négative, considérant l'absence de corrélation du HPI à un surplus de souffrances. Cette étude démontre qu'il est jugé positivement par les adultes à HPI membres de Mensa; principalement sur des critères intrinsèques et non de relation à leur environnement (Rd6, Ra46).

Les niveaux d'estime de soi semblent corrélés à la santé mentale des adultes à HPI (cf I.4.). (LANCON, et al., 2015) conclut toutefois que l'estime de soi peut apparaître "défensive et inadaptée": ce qui concorde avec le portrait des personnes à HPI complexes actuellement peint (cf I.2.). On peut donc suggérer que ces profils soient un facteur confondant dans notre analyse. En fait: il serait très intéressant de refaire cette étude en étudiant ses variables selon ces deux sous-populations de personnes à HPI: on peut supposer qu'elles montreraient des gains en qualité de vie très variables. Ainsi: si l'estime de soi est une composante utilisée comme moteur d'épanouissement personnel (REVOL) dans le haut QI hétérogène et non dans le haut QI homogène, il est probable que le gain en qualité de vie dû à leurs identifications soit supérieur chez les personnes à HPI complexe par rapport à celui observable chez celles à HPI laminaire.

IV.4.c. Apports au cursus

Outre recommander une dite formation, plébiscitée par les interrogés de façon large et consensuelle (Ra33) par psychologues (Rd22, Ra43) qu'elle que soit la sociologie et épidémiologie de leur cas (Ra44,45), la modeste recherche sémiologique précédemment exposée se veut constituer une aide pour hiérarchiser le risque en pratique courante. A défaut de savoir qui parmi les consultants sera ou non HPI (et lequel peut espérer une amélioration de sa santé en s'identifiant), nous savons quels signes et motifs sont sensibles dans son "dépistage". Sa spécificité pourrait s'étudier en comparatif avec la population générale.

IV.4.d. Synthèse

On ne peut donc pas plus conclure qu'il y ait intérêt au dépistage systématique en population générale du HPI, en termes de santé publique (BRASSEUR & CUCHE, 2017). On peut dire que la médecine générale a intérêt à identifier ces adultes à HPI parce que le faire améliore leur qualité de vie, à un niveau probablement supérieur à la population générale (BESSOU, TYRRELL, MONTANI, YZIQUEL, & FRANCO, 2003).

IV.5. Faisabilité et adéquation

Les critères scientifiques pour décider d'un dépistage systématique sont:

1. Présence d'une morbidité et/ou mortalité fréquente et/ou grave
2. Histoire naturelle bien définie
3. Incidence élevée
4. Phase asymptomatique durant laquelle la détection peut permettre une prise en charge diminuant de la morbidité et/ou la mortalité
5. Dépistage simple, fiable, sans danger, reproductible, qui permet la détection durant la phase asymptomatique
6. Prise en charge efficace existante à la phase asymptomatique
7. Prise en charge plus efficace à la phase asymptomatique qu'à la phase symptomatique
8. Rapport coût/efficacité favorable

Ici : tous ces critères ne semblent pas évalués. J'estime que nous vérifions les critères 3 à 10.

Le cinquième critère se discute en fonction de l'histoire (critère 2). Les trois derniers critères sont vérifiés (Rd5). Le septième semble consensuel dans la littérature (SIAUD-FACCHIN, 2002) (ZIV, 1989) (REVOL).

(VERGES, 2017) montre que les psychologues libéraux de sa région (Midi-Pyrénées) sont potentiellement disponibles (avec une moyenne de 17 consultations hebdomadaires) et on peut désormais conclure qu'il y a un intérêt à s'informer de son entourage professionnel dans ce domaine en tant que médecin. C'est à ce propos que disposer d'un réseau de professionnels du domaine est utile.

IV.6. Synthèse

Il y a un gain en santé mentale à identifier les adultes HPI en consultation.

Il est probable que plus on adresse vite, plus le gain en qualité de vie est grand.

Il y a une certaine reconnaissance de ces patients liée à d'autre(s) facteur(s) que ceux mesurés dans cette étude (évocation, confirmation du HPI et orientation vers un autre professionnel).

IV.7. Biais

IV.7.a. Biais de sélection

L'appartenance à Mensa approximée comme la réalité de possession d'un haut potentiel intellectuel.

L'appartenance à Mensa comme favorisant la sur-représentation de personnes en souffrance parmi la population des adultes HPI. Cependant, ce biais bien que limitant l'ubiquité de nos résultats peut être considéré comme catalyseur de pertinence pour l'étude: puisque l'on cherche principalement à répondre à une demande d'aide en médecine.

IV.7.b. Biais de recrutement

Le choix d'un questionnaire facultatif impose la restriction des résultats aux répondants. Ceux-ci étant à la date du recueil au nombre de 909, pour un effectif total de l'association Mensa alors arrêté à 4337 membres: soit un rapport répondants/membres de 21%. On ignore les causes de non réponses et leur degré d'influence sur elles: notamment, nous ne savons pas quelle proportion d'e-mails a été non lue; quelle est celle dues à un choix de leurs lecteurs et alors: leurs motivations.

IV.7.c. Biais de mémorisation

Inhérent au caractère déclaratif et rétrospectif de l'enquête.

IV.7.d. Biais d'interprétation

La standardisation des réponses aux questions ouvertes, et donc la pertinence de leur traitement statistique dépend de l'appréhension subjective du répondant du thème questionné, en fonction de ses représentations rhétoriques. Voire: peut entraîner une non réponse si celui-ci est conscient de ce biais au point de le considérer suspensif.

IV.8. Limites

IV.8.a. Inhérentes à la méthode

Les membres qui ont retourné le questionnaire ont fait remarquer leur impossibilité de témoigner du cas où leur propre HPI avait été évoqué suite à la confirmation de celui d'un proche (souvent: un enfant). La fréquence de cette réponse en question ouverte Q18 a été telle que nous avons jugé pertinent de créer une catégorie dédiée (Rd10). Contrairement aux autres catégories de cette réponse, celle-ci a donc été créée a posteriori. De fait, nous perdons cette précision dans les résultats de questions entièrement fermées (Rd4 où ce cas peut être inclus dans la proposition "un membre de votre entourage personnel").

On a souligné le problème de la comparabilité à un groupe témoin. Le fait qu'il y ait un gain en qualité de vie en dépistant les profils étudiés dans cette étude ne signifie pas que cet effet soit extrapolable à la part de population générale effectivement HPI mais non identifiée comme telle. On ne peut affirmer que ce gain soit universel pour la population à HPI, et donc se prononcer sur cette même universalité du bénéfice. L'identification aurait-elle positivement modifié la qualité de vie de ces autres profils (non identifiés) ?

Compte-tenu du faible taux de répondants habituellement observé dans ce type d'études, dans le but de maximiser ses réponses et leur informativité il m'a paru nécessaire de restreindre le questionnaire à une vingtaine de questions. Et dans cette logique: d'abandonner le recours à des scores standardisés qu'on aurait adjoints. Ce taux est de 21% pour cette enquête. On ne connaît pas les causes de non-réponse, ni leur influence. Sont probables: l'inintérêt du lecteur, le refus, la non-lecture.

Quid de la subjectivité de catégorisation des réponses ouvertes? Le regroupement en "clusters" de témoignages possédant une part d'arbitraire. Cet exercice a été réalisé par moi-même (médecin) et Patrick SINEGRE (statisticien) et non par des experts (tel un sociologue).

Enfin nous avons identifié un facteur de confusion: la tendance des membres ayant connu un gain en qualité de vie à recommander le dépistage systématique (Ra46). Celle-ci pourrait être explorée en dichotomisant nos données selon les profils des participants à QIT homogène ou hétérogène (cf IV.4.) mais nous ne disposons pas dans cette étude des moyens pour le faire.

IV.8.b. Inhérentes à la conjoncture/environnement

La question de la nécessité pour le médecin généraliste d'être ou non à HPI pour être compétent à le percevoir en consultation peut encore être posée. Plus de la moitié des mensans répondants estiment que ce critère est une aide, mais qu'il n'est pas obligatoire à cela (Rd18). On peut imaginer une étude comparative de l'aptitude des médecins à HPI ou non à l'identifier: mais quels qu'en soient les résultats, viendrait la question de leur applicabilité en pratique. Peut-on rendre discriminant ce critère dans les compétences du médecin? J'y verrais alors a minima: un questionnement méthodologique (n'est-ce pas un facteur de confusion majeur?) et un questionnement éthique (ce critère soumis à déterminismes, et donc indépendant de sa volonté ou de son travail est-il acceptable?).

(BIDAUT GARNIER, 2008) expose un processus conditionnant les rapports entre patient HPI et médecin dans lequel le degré d'analyse du médecin - donc peut-être son potentiel intellectuel - peut rendre caduque leur relation:

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

On peut citer, pour approximer quantitativement cette représentation des adultes à HPI au sein de nos effectifs médicaux une étude américaine (avec les biais inhérents à nos différences entre recrutement universitaire français et américain) (WEINTRAUB, POWELL, & WHITLA, 1994) concluant que le QIT moyen de leurs étudiants en médecine était de 125, en faisant le cluster de profession le plus "doué". Si on décide de l'extrapoler, on peut penser que près de la moitié des médecins ont un haut potentiel intellectuel.

IV.9. Synthèse

Une étude longitudinale comparant process médical ou non permettrait de confirmer ou infirmer l'intérêt en terme de santé publique de médicaliser l'identification des adultes HPI (comme démontré pour partie: probablement par un accroissement du dépistage et la promotion d'un réseau amenant à la confirmation)

Une étude comparant des motifs de consultation des adultes HPI à ceux de la population générale, et son équivalent pour y comparer les critères évocateurs de HPI permettraient de renforcer la valeur quantitative de nos résultats.

Une étude, de nature à déterminer (potentiellement exploratoire) pourrait s'intéresser à identifier le ou les autre(s) critères de satisfaction des mensans (ou une population plus large d'adultes HPI) de faire intervenir la médecine générale dans leurs parcours vers une meilleure santé.

Enfin, il est très souhaitable à mon sens d'étudier à nouveau ces paramètres en dissociant le HPI laminaire du HPI complexe.

Chapitre V : Conclusion

Identifier le haut potentiel intellectuel chez les adultes le possédant augmente leur qualité de vie.

Actuellement, la plupart de ces adultes entre en contact avec la médecine générale à l'occasion d'un problème psychiatrique. Nos connaissances en psychologie doivent permettre de l'en dissocier.

La médecine générale est peu présente dans l'identification du haut potentiel intellectuel chez ces adultes. Elle l'envisage moins quand ils sont adultes qu'enfant, mais autant quel que soit le motif les amenant en consultation.

Lors de ces consultations, le signe clinique le plus sensible au HPI est la dyssynchronie externe.

Pour un adulte à HPI, le fait de consulter en médecine générale semble accélérer son identification. Quand ils sont identifiés comme tels, les adultes à HPI prônent l'intervention de la médecine générale pour cette identification.

La collaboration avec un psychologue est fortement recommandée pour confirmer le HPI.

Le dépistage systématique et à tout âge du haut potentiel intellectuel est massivement recommandé, de même qu'une formation dédiée dans le cursus de médecine générale.

Conclusion personnelle

Le socialisme extrémiste français et son idéologie égalitariste, utopique, ont depuis un siècle condamné les enfants à HPI non identifié pendant leur scolarité à l'ignorance de leurs capacités intellectuelles, et, parfois: à la conviction qu'ils étaient inaptes à vivre dans ce monde humain.

La médecine n'a peut-être pas vocation à rattraper l'inconséquence de cette pensée nationale, mais elle peut et doit permettre à ces personnes de ne plus souffrir de ce qui devrait être un don, et non un fardeau.

BREL disait: *"un homme passe sa vie à compenser son enfance"*.

Dans cette vie, nous espérons tous arriver à regarder l'enfant que nous étions dans les yeux.

Chapitre VI : Références

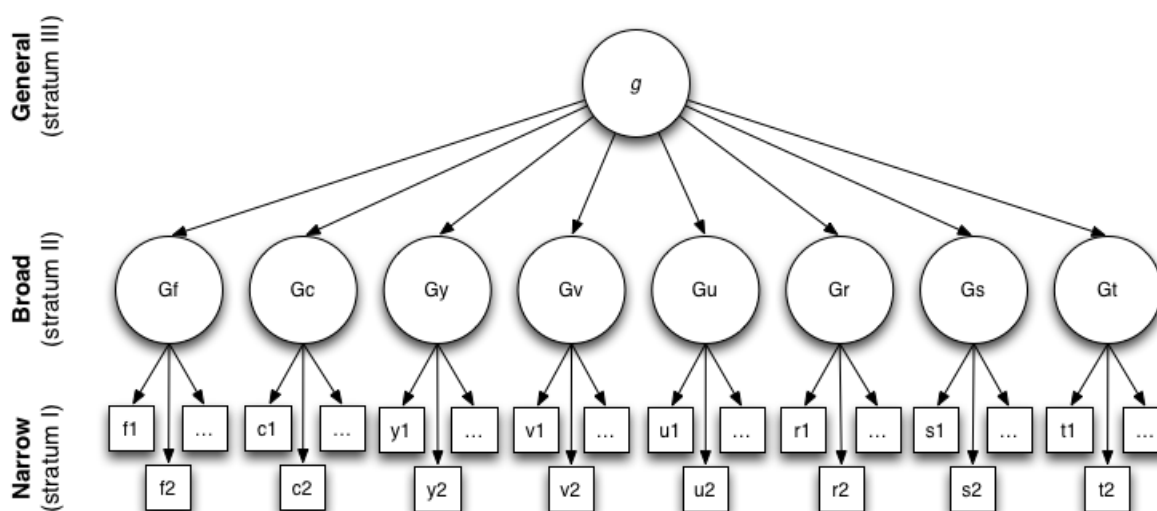
- ANAE. (2015). Apport de la neuropsychologie à l'examen psychologique de l'enfant. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*.
- BANGE, F. (s.d.). *TDA/H en 57 notions*. 2014: Dunod.
- BERNARD, C. (1865). *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*.
- BESSOU, A., TYRRELL, J., MONTANI, C., YZIQUEL, M., & FRANCO, A. (2003). Life satisfaction in 28 intellectually gifted persons aged 65 and over. *La presse médicale*.
- BIDAUT GARNIER, M. (2008). *Personnes à haut potentiel - les aider à utiliser leur potentiel - et à ne pas en souffrir*. Reims: UFR Médecine.
- BINET, A., & SIMON, T. (1905). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'année psychologique*.
- BOST, C. (2013). *Différence et souffrance de l'adulte surdoué*. VUIBERT.
- BRASSEUR, S., & CUCHE, C. (2017). *Le haut potentiel en questions*. Mardaga.
- BRILLOUET, T. (2020). *Etat des connaissances des internes marseillais sur les adultes à haut potentiel intellectuel* (Marseille).
- BURGALETA, A., JOHNSON, W., WABER, D., COLOM, R., & KARAMA, S. (2013). Cognitive ability changes and dynamics of cortical thickness development in healthy children and adolescents.
- CARROLL, J. (1993). *Human cognitive abilities: a survey of factor-analytic studies*. New York: Cambridge University Press.
- CARROLL, J. (1997). The three-stratum theory of cognitive abilities. *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues*.
- CATTELL, R. (1941). Some theoretical issues in adult intelligence testing. *Psychological Bulletin, série 38*.592.
- CHIANG, M., BARYSHEVA, M., SHATTUCK, D., LEE, A., MADESN, S., AVEDISSIAN, C., . . . THOMPSON, P. (2009). Genetics of brain fiber architecture and intellectual performance. *Neurosciences*.
- CNOM. (2018). *atlas de démographie médicale*.
- DEARY, I., WHALLEY, L., LEMMON, H., CRAWFORD, J., & STARR, J. (2000). The stability of individual differences in mental ability from childhood to old age: follow-up of the 1932 Scottish Mental Survey. *Intelligence*.
- Disorders, T. E. (2004). *EUROPEAN COMMUNITIES The State of Mental Health in the European Union*.
- FUJISAWA, R., & KLAZINGA, N. (2017). Measuring patient experiences (PREMS) : Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*. Paris: OCDE.

- GABACH, P. (2018). *Prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée*. Paris: CNAM.
- GARDNER, H. (2004). *Les intelligences multiples*. Paris: Retz.
- GAUDIN-CHAMAYOU, L. (2012). *L'adulte surdoué en médecine générale: dépistage, diagnostic et propositions de prise en charge*".
- GAUVRIT, N. (2014). *Les surdoués ordinaires*. PUF.
- GRUBAR, J.-C. (s.d.). *Approche psychophysiological du potentiel intellectuel. Association pour l'épanouissement des enfants à haut potentiel intellectuel*.
- GUILLON, M.-S. (s.d.). *Les enfants et adolescents intellectuellement précoces, atout ou handicap?* 2019.
- GUILLON, M.-S., WURMBERG, D., & ERTLE, S. (2018, 01). *La clinique psychiatrique de l'adolescent suicidaire repéré à haut potentiel intellectuel. L'information psychiatrique*.
- HORN, A., OSTWALD, D., REISERT, M., & BLANKENBURG, F. (2013). *The structural-functional connectome and the default mode network of the human brain. Neuroimage*.
- HORN, J. (1965). *Fluid and crystallized intelligence: a factor analytic study of the structure among primary abilities*. Urbana: Univ of Illinois.
- INSEE. (2020). *Estimation de population par département, sexe et grande classe d'âge - Années 1975 à 2020*.
- KARPINSKI, R., KINASE, K., TERREAU, N., & BOROWSKI. (2017). *High intelligence: a risk factor psychological and physiological overexcitabilities*.
- LANCON, C., MARTINELLI, M., MICHEL, P., DEBALS, M., AUQUIER, P., GUEDJ, E., & BOYER, L. (2015). *Comorbidités psychiatriques et qualité de vie chez les sujets adultes à haut potentiel intellectuel: relations avec l'estime de soi. La presse médicale*.
- L'Assurance-Maladie. (2018). *guide pratique à destination des psychologues cliniciens et des psychothérapeutes: prise en charge par l'AM des thérapies non médicamenteuses*.
- LOUREIRO, I., LOWENTHAL, F., LEFEBVRE, L., & DOURET-VAIVRE, L. (2009). *Le trouble déficitaire de l'attention chez l'enfant à haut potentiel: étude exploratoire. ANAE*.
- MARCELLI, D., & BRACONNIER, A. (2008). *Le Problème de l'agir et du passage à l'acte. Adolescence et psychopathologie*. Paris: Masson.
- MER. (2007). *Parcours scolaires des élèves intellectuellement précoces ou manifestant des aptitudes particulières à l'école et au collège*. circulaire 2007-158 du 17 10 2007.
- NUSBAUM, F., HANNOUN, S., KOCEVAR, G., STAMILE, C., FOURNERET, P., REVOL, O., & SAPPEY-MARINIER, D. (2017, april 03). *Hemispheric differences in white matter microstructure between two profiles of children with high intelligence quotient vs controls: a tract-based spatial statistics study. Frontiers in neurosciences child and adolescent psychiatry*.
- PAGE, M. (2002). *Comment je suis devenu stupide. J'ai lu*.

- PRAT, G. (1979). Vingt ans de psychopathologie de l'enfant doué et surdoué en internat psychothérapique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*.
- REVOL, O. (s.d.). Le triple décalage des enfants à haut potentiel intellectuel. <https://www.youtube.com/watch?v=tRdxHHD0gyk>.
- SIAUD-FACCHIN, J. (2002). *Les risques de troubles psychologiques chez l'enfant surdoué. L'enfant surdoué, l'aider à grandir, l'aider à réussir*. Odile Jacob.
- SOLE-CASALS, J., SERRA-GRABULOSA, J., ROMERO-GARCIA, R., VILASECA, G., ADAN, A. V., BALGALLO, N., & BULMORE, E. (2019). Structural brain network of gifted children has a more integrated and versatile topology. *Brain structure and function*.
- SPEARMAN, C. E. (1904). General intelligence, the objectively determined and measured. *The american journal of psychology*, 201-292.
- SUPRANO, I., DELON-MARTIN, C., KOCEVAR, G., STAMILE, C., HANNOUN, S., ACHARD, S., . . . SAPPEY-MARINIER, D. (2019). Topological Modification of Brain Networks Organization in Children With High Intelligence Quotient: A Resting-State fMRI Study. *Frontiers in Human Neuroscience*.
- TERMAN, L. (1925). *Genetic Studies of Genius*.
- TERRASSIER, J.-C. (2005). Les dyssynchronies des enfants intellectuellement précoces. *Enfants surdoués en difficulté: de l'identification à une prise en charge adaptée*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- TERRIOT, K. (2018). De la définition théorique du haut potentiel intellectuel (HPI) aux conséquences pratiques. *A.N.A.E.*
- VERGES, Y. (2017). *Collaboration entre médecins généralistes et psychologues: le point de vue des psychologues*. Toulouse: Université Paul Sabatier.
- VINCENS DE TAPOL, J. (2018). Haut potentiel intellectuel et comorbidités psychiatriques chez l'adulte: étude exploratoire de prévalence et des praticiens impliqués. *HAL*.
- WEINTRAUB, S., POWELL, D., & WHITLA, D. (1994). Successful cognitive aging: Individual differences among physicians on a computerized test of mental state. *Journal of Geriatric Psychiatry*.
- WESCHLER, D. (1981, avril). The psychometric tradition: Developing the Weschler Adult Intelligence Scale. *Contemporary Educational Psychology*, vol.6.
- WHO. (1946). *Constitution de l'organisation mondiale de la santé*.
- WHO. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*.
- ZIV, A. (1989). *Counselling the intellectually gifted child*. Toronto.

Chapitre VII : annexes

Modèle de Cattell-Horn-Carroll



Calcul du QIT

modèle de Carroll		modèle de Cattell-Horn	Indices WISC-IV	Descriptif
f	Intelligence cristallisée (Gc)		ICV	comprend l'ampleur et la profondeur des connaissances acquises d'une personne, la capacité de communiquer ses connaissances et la capacité de raisonner en utilisant des expériences ou des procédures apprises précédemment.
	Intelligence fluide (Gf)		IRP	comprend la vaste capacité de raisonner, les concepts de forme, et résoudre des problèmes en utilisant des informations familières ou de nouvelles procédures. Ce facteur est très proche du facteur g retenu par Carroll
a	Perception visuelle (Gv)	Traitement visuel (Gv)	-	capacité à percevoir, analyser, synthétiser, et de penser avec des supports visuels, y compris la capacité de stocker et de rappeler des représentations visuelles.
c	Mémoire générale et apprentissage (Gy)	Mémoire à court terme (Gsm)	IMT	capacité d'appréhender et de retenir des informations dans l'instant pour ensuite les utiliser quelques secondes plus tard.
e	Rapidité cognitive (Gs)	Vitesse de traitement (Gs)	IVT	capacité à effectuer des tâches cognitives automatiques, en particulier lorsqu'elle est mesurée sous pression pour maintenir l'attention ciblée.
u	Perception auditive (Gu)	Traitement auditif (Ga)	-	capacité d'analyser, de synthétiser et de discriminer des stimuli auditifs, y compris la capacité de traiter et de discriminer les sons de la parole qui peuvent être présentés dans des conditions déformées.
r	Vitesse de traitement (Gt)	Vitesse de réaction (Cds)	-	Cette aptitude reflète l'immédiateté avec laquelle un individu peut réagir à des stimuli ou une tâche (généralement mesurée en secondes ou fractions de secondes; à ne pas confondre avec GS, qui est généralement mesurée à des intervalles de 2- 3 minutes). Cette aptitude n'est pas évaluée par un test d'aptitude majeur.
g	Capacité de rappel (Gr)	Aptitude à récupérer des informations à long terme (Glr)	-	capacité de stocker des informations pour les récupérer régulièrement plus tard.
n	-	Connaissances quantitatives (Gq)	-	capacité de comprendre les concepts et les relations quantitatives et de manipuler des symboles numériques. Pour Carroll, cette aptitude est comprise dans l'intelligence fluide (Gf)
e	-	Capacités de lecture et d'écriture (Gw)	-	comprend les compétences de base en lecture et écriture. Dans le modèle de Carroll, cette aptitude est associée à l'intelligence cristallisée (Gc).

Questionnaire (questions)

Rencontres des adultes à haut potentiel intellectuel (HPI) avec la médecine générale française

Le haut potentiel intellectuel est une spécificité neurologique à l'origine de particularités de vécu personnel et social (1,5). A l'inverse des enfants, les adultes HPI ne font pas l'objet d'un repérage institutionnel en France. En médecine générale, une thèse qualitative (2) montre l'hétérogénéité des parcours des adultes HPI, et piste certaines caractéristiques comme aide à leur identification. Une revue de littérature infirme la constance de celles-ci (3). Une thèse quantitative (4) démontre que le généraliste assure souvent leur suivi, aux côtés de psychologues et psychiatres, moins leur identification. On retrouve globalement un gain de qualité de vie suite à celle-ci (1,2,4). Cette mine de bénéfices potentiels contraste avec la rareté des études françaises en médecine générale, pourtant majoritairement exposée par sa nature de premier recours. L'enjeu de ce travail est d'y légitimer son rôle, voire l'ériger en portail répondant aux adultes HPI en attente d'identification : lesquels pourraient définir s'il est utile aux généralistes de disposer d'outils de repérage.

- 1.Christophe LANÇON, "Comorbidités psychiatriques et qualité de vie chez les sujets adultes à haut potentiel intellectuel : relations avec l'estime de soi"
- 2.Ludvine GAUDIN-CHAMAYOU, "L'adulte surdoué en médecine générale : dépistage, diagnostic et propositions de prise en charge" (thèse disponible uniquement en format physique à la faculté de médecine de Rennes, photocopies disponibles)
- 3.Catherine Cuhe, Sophie Brasseur "le haut potentiel en questions", Editions Mardaga
- 4.Jean Vincens De Tapol, "Haut potentiel intellectuel et comorbidités psychiatriques chez l'adulte : étude exploratoire de prévalence et des praticiens impliqués" <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01716051>
- 5.Ruth I. Karpinski "High intelligence: A risk factor for psychological and physiological overexcitabilities" by Karpinski, R.I., Kinase Kolb, A.M., Tetreault, N.A., and Borowski" <https://dx.doi.org/10.1016/j.intell.2017.09.001>

1. 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

2. 2. Quelle profession exercez-vous ?

3. 3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI ?

Une seule réponse possible.

- Vous-même
- Un membre de votre entourage personnel
- Un membre de votre entourage professionnel
- Un membre d'une association dédiée au HPI
- Un psychologue
- Un psychiatre
- Un médecin généraliste
- Un médecin d'une autre spécialité

4. 4. Quel âge aviez-vous alors ?

5. 5. Qui a confirmé votre HPI ?

Une seule réponse possible.

- Vous-même
- Un membre de votre entourage personnel
- Un membre de votre entourage professionnel
- Un membre d'une association dédiée au HPI
- Un psychologue
- Un psychiatre
- Un médecin généraliste
- Un médecin d'une autre spécialité

6. 6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?

7. 7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement amélioré votre qualité de vie ?

Une seule réponse possible.

- Oui, grandement
- Oui, légèrement
- Non, pas significativement
- Non, elle l'a légèrement dégradée
- Non, elle l'a fortement dégradée

8. 8. Si vous le souhaitez, vous pouvez nous préciser en quoi :

9. 9. En jugeant du rapport bénéfices / risques potentiels, recommanderiez-vous ce repérage à d'autres ?

Une seule réponse possible.

- Oui, systématiquement et à tout âge
- Oui, systématiquement avant 18 ans seulement
- Oui, systématiquement après 18 ans seulement
- Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en qualité de vie et seulement avant 18 ans
- Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en qualité de vie et seulement après 18 ans
- Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en qualité de vie, à tout âge
- En aucun cas

10. 10. Si oui : par quel professionnel ?

Une seule réponse possible.

- Psychologue
- Psychiatre
- Médecin généraliste
- Non concerné (vous avez répondu "en aucun cas" à la question 9)
- Autre : _____

11. 11. Avez-vous consulté votre médecin généraliste avant votre identification en tant que HPI, pour un motif qui l'a révélé ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

12. 12. Si oui : quel motif ?

Une seule réponse possible.

- Trouble somatique (problème physique)
- Trouble psychiatrique (anxiété, dépression, hallucinations)
- Trouble psychologique (trouble de la personnalité)
- Trouble social (difficultés d'adaptation socio-professionnelle)
- Angoisse existentielle
- Autre : _____

13. 13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous soyez HPI ?

Une seule réponse possible.

- Il l'a évoquée de sa propre initiative
- Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée
- Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée
- Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis

14. 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et votre identification ?

Une seule réponse possible.

- Moins d'une semaine
- Entre une semaine et un mois
- Entre un et 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Plus d'un an
- Plus de 5 ans
- Plus de 10 ans
- Plus de 20 ans

15. 15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification ?

Une seule réponse possible.

- Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic
- Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre
- Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue
- Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer
- Non

16. 16. Si non : l'a-t-il retardée ?

Une seule réponse possible.

- Oui, d'un délai que vous jugez péjoratif sur votre qualité de vie ultérieure
- Oui, d'un délai que vous jugez sans conséquence sur votre qualité de vie ultérieure
- Oui, d'un délai que vous jugez bénéfique sur votre qualité de vie ultérieure
- Non
- Non concerné (il l'a accélérée par son action)

17. 17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Vous n'avez pas d'opinion

18. 18. Quels ont été les critères l'ayant amené à envisager le HPI ?

Une seule réponse possible.

- Une vitesse d'analyse accrue
- Un champ d'analyse accru
- Un trouble psychiatrique (trouble anxieux, dépressif ou psychotique)
- Une sensibilité émotionnelle accrue
- Un champ émotionnel accru
- Un sentiment de décalage entre émotion et analyse (dyssynchronie interne)
- Un sentiment de décalage émotif ou analytique par rapport à la population générale (dyssynchronie externe)
- Autre : _____

19. 19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ?

Une seule réponse possible.

- Oui, vers un psychologue
- Oui, vers un psychiatre
- Oui, vers une association en lien avec le HPI
- Oui, vers un autre intervenant non professionnel et non associatif
- Oui, vers un autre intervenant professionnel
- Non

20. 20. Estimez-vous féconde cette orientation, sur quels critères ?

Une seule réponse possible.

- Non
- Oui: pour l'orientation qu'il vous a prodiguée
- Oui: par une action unique ayant amélioré votre qualité de vie (identification)
- Oui: par des conseils propres à la gestion du HPI ayant amélioré votre qualité de vie
- Autre : _____

21. 21. Votre médecin généraliste est-il HPI?

Une seule réponse possible.

- Je l'ignore
- Je sais que oui
- Je sais que non

22. 22. Ce critère est-il selon vous déterminant pour sa compétence au repérage ?

Une seule réponse possible.

- Non, aucunement
- Oui, je pense qu'il est obligatoire
- Oui, je pense qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est une aide

23. 23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adultes HPI ?

Une seule réponse possible.

- Oui, s'il est HPI
- Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale
- Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations faisant référence sur le HPI
- Oui, dans tous les cas après formation initiale
- Non, en aucun cas après formation initiale

24. 24. Recommanderiez-vous un test particulier utilisable en médecine générale, pour aider au repérage ?

25. 25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au cursus de médecine générale une formation dédiée ?

Une seule réponse possible.

- Oui, volontiers réalisée avec Mensa France
- Oui, avec le concours d'autres associations de personnes HPI
- Oui, par des psychologues
- Oui, par des psychiatres
- Non, aucunement

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Questionnaire (réponses)



Rencontres des adultes à haut potentiel intellectuel (HPI) avec la médecine

Questions Réponses 909

909 réponses



Les réponses ne sont plus acceptées

Message pour les personnes interrogées

Il n'est plus possible de saisir de réponses dans ce formulaire.

Résumé

Question

Individuel

1. Quel âge avez-vous actuellement ?

904 réponses

43

39

40

38

47

33

42

41

45

2. Quelle profession exercez-vous ?

900 réponses

Ingénieur

Aucune

ingénieur

Sans emploi

Chef d'entreprise

Enseignant

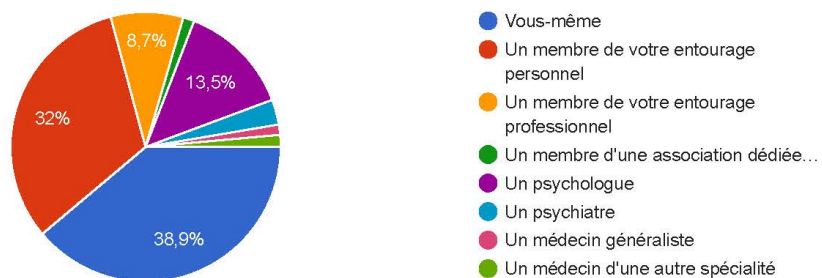
Enseignante

Consultant

Étudiant

3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI ?

898 réponses



4. Quel âge aviez-vous alors ?

897 réponses

37

40

35

38

42

36

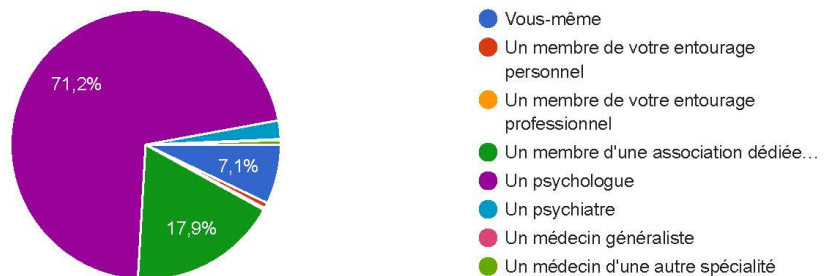
25

39

29

5. Qui a confirmé votre HPI ?

899 réponses



6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?

900 réponses

38

37

35

39

40

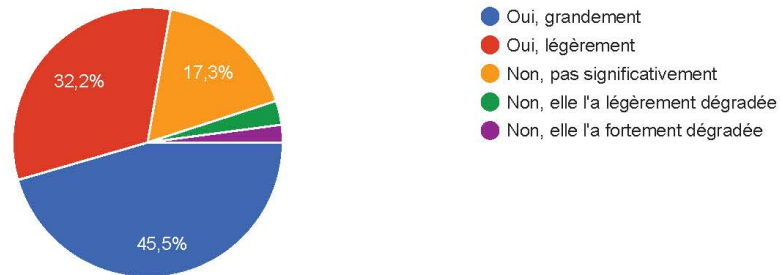
36

30

42

7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement amélioré votre qualité de vie ?

903 réponses



8. Si vous le souhaitez, vous pouvez nous préciser en quoi :

745 réponses

Acceptation de soi

Confiance en soi

Confiance en moi

UN PEU MEILLEURE CONFIANCE EN MOI

Je communique mieux

Trop de questionnements qui peuvent empêcher d'avancer

cela a précipité mon burn out

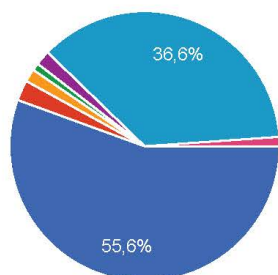
Donner une cause à un fonctionnement. Trop long à exposer ici.

Cela amène beaucoup d'autres questions et je me suis demandé si mes choix auraient été les mêmes si je l'avais su plus tôt. J'aurais mieux vécu. par compréhension. certains moments de ma

9. En jugeant du rapport bénéfices / risques potentiels, recommanderiez-vous ce

repérage à d'autres ?

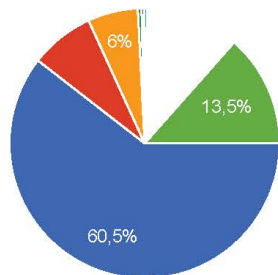
898 réponses



- Oui, systématiquement et à tout âge
- Oui, systématiquement avant 18 ans seulement
- Oui, systématiquement après 18 ans seulement
- Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en...
- Oui, si l'on estime après avis d'un prof..
- Oui, si l'on estime après avis d'un prof..
- En aucun cas

10. Si oui : par quel professionnel ?

899 réponses

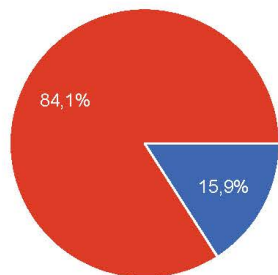


- Psychologue
- Médecin généraliste
- Psychiatre
- Non concerné (vous avez répondu "en...)
- Non concerné (vous avez répondu "en...)
- peu importe
- Pas d'avis
- Neuro-psychologue

▲ 1/13 ▼

11. Avez-vous consulté votre médecin généraliste avant votre identification en tant que HPI, pour un motif qui l'a révélé ?

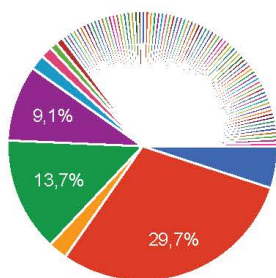
905 réponses



- Oui
- Non

12. Si oui : quel motif ?

219 réponses

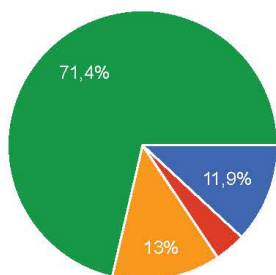


- Trouble somatique (problème physique)
- Trouble psychiatrique (anxiété, dépres..)
- Trouble psychologique (trouble de la p..)
- Trouble social (difficultés d'adaptation...)
- Angoisse existentielle
- non
- N/A
- Non

▲ 1/11 ▼

13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous soyez HPI ?

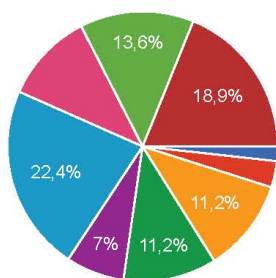
269 réponses



- Il l'a évoquée de sa propre initiative
- Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée
- Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée
- Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et votre identification ?

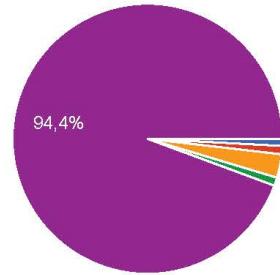
286 réponses



- Moins d'une semaine
- Entre une semaine et un mois
- Entre un et 3 mois
- Entre 3 et 6 mois
- Entre 6 mois et 1 an
- Plus d'un an
- Plus de 5 ans
- Plus de 10 ans
- Plus de 20 ans

15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification ?

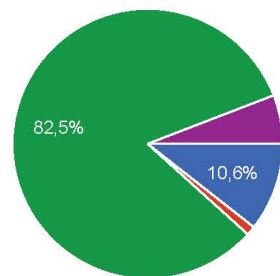
710 réponses



- Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic
- Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre
- Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue
- Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer
- Non

16. Si non : l'a-t-il retardée ?

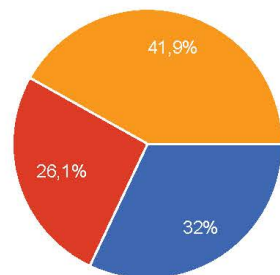
633 réponses



- Oui, d'un délai que vous jugez péjoratif sur votre qualité de vie ultérieure
- Oui, d'un délai que vous jugez sans conséquence sur votre qualité de vie ultérieure
- Oui, d'un délai que vous jugez bénéfique sur votre qualité de vie ultérieure
- Non
- Non concerné (il l'a accélérée par son action)

17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?

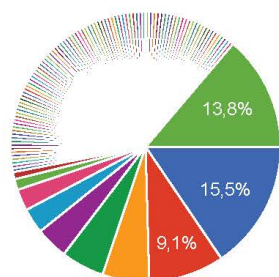
743 réponses



- Oui
- Non
- Vous n'avez pas d'opinion

18. Quels ont été les critères l'ayant amené à envisager le HPI ?

232 réponses

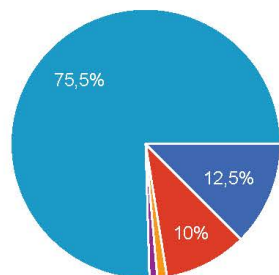


- Un sentiment de décalage émotif ou a..
- Une vitesse d'analyse accrue
- Une sensibilité émotionnelle accrue
- Un trouble psychiatrique (trouble anxi...
- Un sentiment de décalage entre émoti...
- Une champ émotionnel accru
- Un champ d'analyse accru
- il ne l'a pas envisagé

▲ 1/13 ▼

19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ?

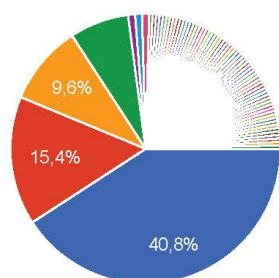
432 réponses



- Oui, vers un psychologue
- Oui, vers un psychiatre
- Oui, vers une association en lien avec le HPI
- Oui, vers un autre intervenant non professionnel et non associatif
- Oui, vers un autre intervenant professionnel
- Non

20. Estimez-vous féconde cette orientation, sur quels critères ?

240 réponses

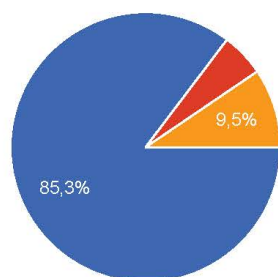


- Non
- Oui: pour l'orientation qu'il vous a prod..
- Oui: par une action unique ayant amél..
- Oui: par des conseils propres à la ges...
- Non concerné
- hors sujet, je suis mon propre médi-ci...
- Il ne m'a pas orienté
- Ce n'est pas mon généraliste qui est à..

▲ 1/9 ▼

21. Votre médecin généraliste est-il HPI?

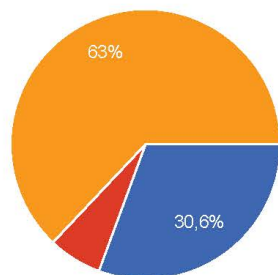
709 réponses



- Je l'ignore
- Je sais que oui
- Je sais que non

22. Ce critère est-il selon vous déterminant pour sa compétence au repérage ?

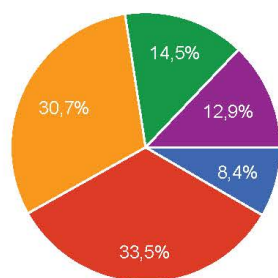
748 réponses



- Non, aucunement
- Oui, je pense qu'il est obligatoire
- Oui, je pense qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est une aide

23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adultes HPI ?

860 réponses



- Oui, s'il est HPI
- Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale
- Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations faisant référence sur le HPI
- Oui, dans tous les cas après formation initiale
- Non, en aucun cas après formation initiale

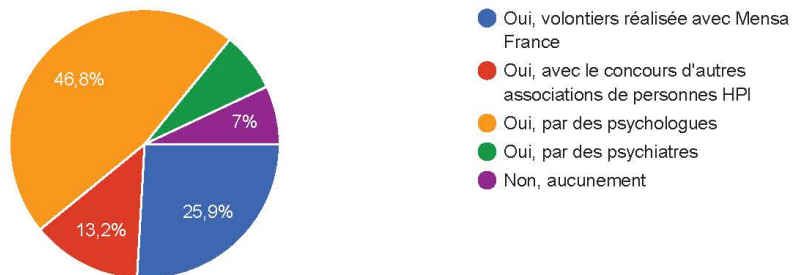
24. Recommanderiez-vous un test particulier utilisable en médecine générale, pour aider au repérage ?

468 réponses

Oui
Non
oui
non
Oui
WAIS IV
WAIS
OUI
Pourquoi pas

25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au cursus de médecine générale une formation dédiée ?

857 réponses



A PROPOS DU PEM

LOGIQUE DU PEM La logique de l'indice que nous présentons est dérivée du coefficient que Cramér a mis au point pour **juger de l'intensité de la dépendance dans un tableau de contingence** dans son entier. En effet celui-ci indique (Cramér 1946 : 282) que s'il y a dépendance parfaite d'une variable par rapport à l'autre, le Phi-deux sera alors égal à la plus petite dimension du tableau diminuée d'une unité. Disposant ainsi du maximum possible de la liaison, Cramér construit son coefficient en faisant le rapport du Phi-deux observé au Phi-deux maximum. Cet indice varie évidemment de zéro à un en allant de l'indépendance à la dépendance. Si l'on cherche à appliquer la même logique **dans le cas d'une case isolée d'un tableau de contingence**, il est facile de trouver le minimum de la liaison puisqu'il correspond à l'indépendance, mais la question se pose pour le maximum : à quoi correspond pour une case la liaison maximum ? Une réponse possible à cette question **consiste à mettre dans cette case l'effectif le plus fort possible qui soit compatible avec les marges du tableau et à calculer l'écart à l'indépendance maximum qu'il y aurait dans ce cas. La force de la liaison sera simplement calculée en examinant le rapport entre l'écart à l'indépendance observé et l'écart maximum à l'indépendance calculé précédemment. Ce rapport étant mis en pourcentage, on parlera donc de Pourcentage de l'Ecart Maximum ou PEM.**

En plus simple :

Dans un tableau de tri croisé, pour une valeur donnée (une case) on regarde quelle valeur devrait y figurer pour être exactement une valeur moyenne.

On recherche ensuite, au vu des effectifs de cette catégorie (en ligne et en colonne), quelle pourrait être la valeur maximale qui pourrait y figurer. On en déduit l'écart maximum avec la moyenne.

On compare la valeur réelle à la valeur obtenue par ce calcul et on en déduit le pourcentage de l'écart maximum.

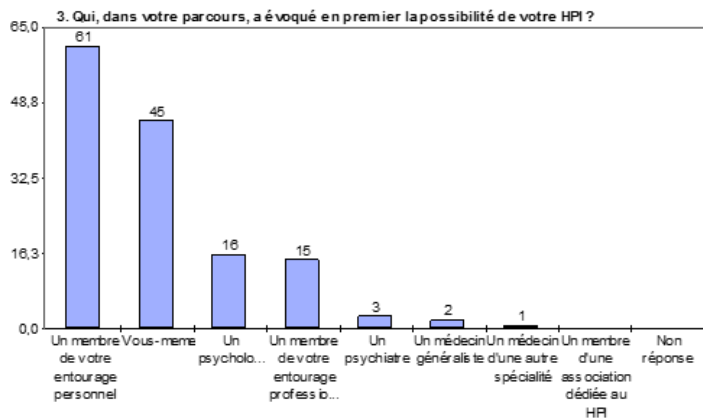
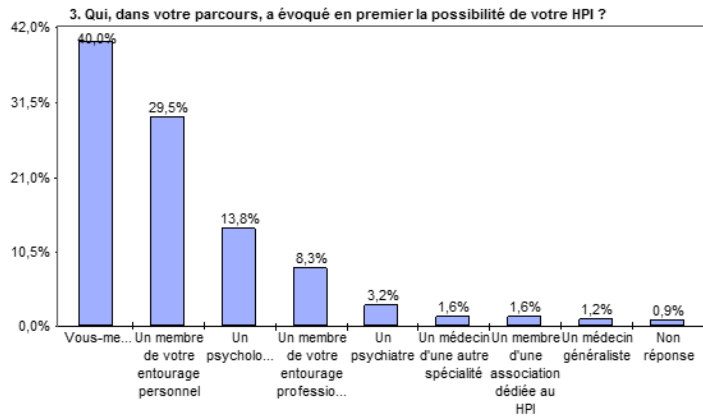
Patrick SINEGRE

Aparté

VII.1.a. Santé publique: impact de la circulaire de 2007 (éducation nationale)

Ra46. Le HPI n'est pas plus évoqué par un membre de l'entourage professionnel chez les répondants nés après 2007. Ces derniers l'évoquent eux-mêmes plus souvent cependant.

Q1xQ3



En aparté, et a posteriori nous avons recherché sans succès une modification des personnes évoquant le HPI entre la parution de la circulaire de l'éducation nationale (CITATION) (Ra46). Cette analyse est peu fiable puisque nous n'avons pas catégorisé clairement les enseignants, qui ont donc pu être répertoriés dans plusieurs autres items. On peut postuler qu'ils l'ont majoritairement été par la suggestion "membre de votre entourage professionnel", qui n'a pas été influencée par ce critère temporel. On découvre cependant la tranche d'âge

TRIS A PLAT SUR LES QUESTIONS INITIALES

1. Quel âge avez-vous actuellement ?

	Effectifs	Fréquence
Non réponse	5	0,6%
-18	5	0,6%
18-25	63	6,9%
26-40	354	39,0%
41-55	366	40,3%
56-70	100	11,0%
71+	15	1,7%
Total	908	

R2. Quelle profession exercez-vous ?

	Effectifs	Fréquence
Technicien/Ingé	184	20,3%
Education/Formation	109	12,0%
Santé	100	11,0%
Sans Emploi / Retraité	73	8,0%
Conseil/Consultant/coach	72	7,9%
Directeur/Entrepreneur	66	7,3%
Administratif	63	6,9%
Autres	58	6,4%
Etudiant	57	6,3%
Artistique	50	5,5%
Commercial	35	3,9%
Finance	32	3,5%
Psy	18	2,0%
RH	12	1,3%
Artisan/Commerçant	12	1,3%
Juridique	10	1,1%
Non réponse	16	
Total / interrogés	908	

Interrogés : 908 / Répondants : 892 / Réponses : 951 - Pourcentages calculés sur la base des interrogés

3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI ?

	Effectifs	Fréquence
Vous-meme	349	38,4%
Un membre de votre entourage personnel	286	31,5%
Un psychologue	121	13,3%
Un membre de votre entourage professionnel	78	8,6%
Un psychiatre	27	3,0%
Un médecin d'une autre spécialité	13	1,4%
Un membre d'une association dédiée au HPI	12	1,3%
Un médecin généraliste	11	1,2%
Non réponse	11	1,2%
Total	908	

4. Quel âge aviez-vous alors ?

	Effectifs	Fréquence
on réponse	20	2,2%
-18	205	22,6%
18-25	125	13,8%
26-40	362	39,9%
41-55	174	19,2%
56-70	22	2,4%
Total	908	

Temps passé depuis l'évocation de votre HPI

	Effectifs	Fréquence
Non réponse	22	2,4%
Evoc -1 an	32	3,5%
Evoc -3 ans	187	20,6%
Evoc -10 ans	331	36,5%
Evoc 10 ans et +	336	37,0%
Total	908	

5. Qui a confirmé votre HPI ?

	Effectifs	Fréquence
Un psychologue	639	70,4%
Un membre d'une association dédiée au HPI	161	17,7%
Vous-même	64	7,0%
Un psychiatre	20	2,2%
Non réponse	10	1,1%
Un membre de votre entourage personnel	6	0,7%
Un médecin d'une autre spécialité	5	0,6%
Un membre de votre entourage professionnel	2	0,2%
Un médecin généraliste	1	0,1%
Total	908	

6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?

	Effectifs	Fréquence
Non réponse	11	1,2%
-18	101	11,1%
18-25	110	12,1%
26-40	410	45,2%
41-55	241	26,5%
56-70	35	3,9%
Total	908	

Temps passé depuis la confirmation de votre HPI

	Effectifs	Fréquence
Non réponse	13	1,4%
Conf -1 an	99	10,9%
Conf -3 ans	280	30,8%
Conf -10 ans	300	33,0%
Conf 10 et plus	216	23,8%
Total	908	

Délai entre évocation et confirmation

	Effectifs	Fréquence
Non réponse	30	3,3%
Evoc à Conf -1	389	42,8%
Evoc à Conf -3	248	27,3%
Evoc à Conf -10	116	12,8%
Evoc à Conf 10 et plus	125	13,8%
Total	908	

7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement

	Effectifs	Fréquence
Oui, grandement	410	45,2%
Oui, légèrement	291	32,0%
Non, pas significativement	156	17,2%
Non, elle l'a légèrement dégradée	26	2,9%
Non, elle l'a fortement dégradée	19	2,1%
Non réponse	6	0,7%
Total	908	

. En jugeant du rapport bénéfices / risques potentiels, recommanderiez-vous ce

	Effectifs	Fréquence
Oui, systématiquement et à tout âge	498	54,8%
Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en quali	353	38,9%
Oui, systématiquement avant 18 ans seulement	22	2,4%
Oui, systématiquement après 18 ans seulement	14	1,5%
Non réponse	11	1,2%
En aucun cas	10	1,1%
Total	908	

11. Avez-vous consulté votre médecin généraliste avant votre identification en t

	Effectifs	Fréquence
Non	761	83,8%
Oui	143	15,7%
Non réponse	4	0,4%
Total	908	

12. Si oui : quel motif ?

	Effectifs	Fréquence
Trouble psychiatrique (anxiété, dépression, hallucinations)	67	30,7%
Trouble social (difficultés d'adaptation socio-professionnelle)	30	13,8%
Angoisse existentielle	19	8,7%
Trouble somatique (problème physique)	11	5,0%
Trouble psychologique (trouble de la personnalité)	5	2,3%
Total / répondants	218	

Interrogés : 908 / Répondants : 218 / Réponses : 225

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v

	Effectifs	Fréquence
-1sem	5	1,8%
1s-1m	9	3,2%
1m-3m	31	10,9%
3m-6m	32	11,2%
6m-1a	20	7,0%
+1a	64	22,5%
+5a	31	10,9%
+10a	39	13,7%
+20a	54	18,9%
Total	285	

15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification

	Effectifs	Fréquence
Non	669	73,7%
Non réponse	199	21,9%
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic	6	0,7%
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre	7	0,8%
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue	20	2,2%
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer	7	0,8%
Total	908	

16. Si non : l'a-t-il retardée ?

	Effectifs	Fréquence
Non	522	57,5%
Non concerné (il l'a accélérée par son action)	36	4,0%
Oui, d'un délai que vous jugez péjoratif sur votre qualité de vie ultérieure	67	7,4%
Oui, d'un délai que vous jugez sans conséquence sur votre qualité de vie ultérieure	7	0,8%
Non réponse	276	30,4%
Total	908	

17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?

	Effectifs	Fréquence
Vous n'avez pas d'opinion	311	34,3%
Oui	237	26,1%
Non	194	21,4%
Non réponse	166	18,3%
Total	908	

19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ?

	Effectifs	Fréquence
Non	326	35,9%
Oui, vers un psychologue	54	5,9%
Oui, vers un psychiatre	43	4,7%
Oui, vers une association en lien avec le HPI	5	0,6%
Oui, vers un autre intervenant professionnel	3	0,3%
Non réponse	477	52,5%
Total	908	

20. Estimez-vous féconde cette orientation, sur quels critères ?

	Effectifs	Fréquence
NC : MG n'a pas participé à la détection	57	23,8%
Oui	83	34,7%
Non	98	41,0%
Total / répondants	239	

Interrogés : 908 / Répondants : 239 / Réponses : 241

21. Votre médecin généraliste est-il HPI?

	Effectifs	Fréquence
Je sais que oui	39	4,3%
Je sais que non	73	8,0%
Je l'ignore	656	72,2%
Non réponse	140	15,4%
Total	908	

22. Ce critère est-il selon vous déterminant pour sa compétence au repérage ?

	Effectifs	Fréquence
Oui, je pense qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est une aide	470	51,8%
Non, aucunement	229	25,2%
Non réponse	161	17,7%
Oui, je pense qu'il est obligatoire	48	5,3%
Total	908	

23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu

	Effectifs	Fréquence
Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale	288	31,7%
Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes	263	29,0%
Oui, dans tous les cas après formation initiale	125	13,8%
Non, en aucun cas après formation initiale	111	12,2%
Oui, s'il est HPI	72	7,9%
Non réponse	49	5,4%
Total	908	

R24. Recommanderiez-vous un test particulier utilisable en médecine générale, pou

	Occurrences	Fréquence
Plutôt un psy	79	33,6%
WAIS	61	26,0%
Test MENSA	22	9,4%
Pré-Tests ou tests simplifiés	17	7,2%
WISC	13	5,5%
Intérêts, vision du monde	9	3,8%
Anamnèse	8	3,4%
Test Q.I.	6	2,6%
Matrice de Raven	5	2,1%
Tests psychométriques	3	1,3%
Rocamora	2	0,9%
Tests psychotechniques	2	0,9%
DISC	1	0,4%
Bilan psychologique complet	1	0,4%
LK Silverman	1	0,4%
Table d'éveil	1	0,4%
Piechowski & Dabrowski	1	0,4%
Conners	1	0,4%
ECG	1	0,4%
Résultats scolaires	1	0,4%
Total / occurrences	235	

908 enregistrements / 204 textes codifiés / 235 occurrences

25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c

	Effectifs	Fréquence
Oui, par des psychologues	401	44,2%
Oui, volontiers réalisée avec Mensa France	221	24,3%
Oui, avec le concours d'autres associations de personnes HPI	113	12,4%
Oui, par des psychiatres	61	6,7%
Non, aucunement	60	6,6%
Non réponse	52	5,7%
Total	908	

ANALYSES THEMATIQUES

Concernant la détection et la confirmation de HPI ...

L'âge du répondant est-il un critère discriminant ?

1. Sur l'âge de la détection ?

Pour mémoire, Circulaire Education Nationale de 2007 pour la détection des enfants HPI : Les adultes de plus de 30 ans à ce jour n'ont donc pas été détectés dans le cadre d'un dispositif systématique.

4. Quel âge aviez-vous alors ? / 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

Khi2=339,5 ddl=25 p=0,001 (Val. théoriques < 5 = 18)

EFFECTIFS	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
-18	5	33	88	58	17	4	205
18-25		29	54	23	15	3	124
26-40			208	135	17	2	362
41-55				143	29	2	174
56-70					21	1	22
71 et plus							
Total	5	62	350	359	99	12	887

Khi2=339,5 ddl=25 p=0,001 (Val. théoriques < 5 = 18)

% Colonnes	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
-18	100,0%	53,2%	25,1%	16,2%	17,2%	33,3%	23,1%
18-25		46,8%	15,4%	6,4%	15,2%	25,0%	14,0%
26-40			59,4%	37,6%	17,2%	16,7%	40,8%
41-55				39,8%	29,3%	16,7%	19,6%
56-70					21,2%	8,3%	2,5%
71 et plus							
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

De fait, tendanciellement, plus le répondant est âgé, plus l'âge de la détection est élevé.

2. Sur le délai entre détection et confirmation ?

Comparaison de moyennes

	Temps passé depuis la confirmation de votre HPI	Temps passé depuis l'évocation de votre HPI	Délai entre évocation et confirmation
NES A PARTIR DE 2007	5,66 (6,51)	8,21 (7,2)	2,57 (4,73)
NES AVANT 2007	8,45 (11,79)	13,16 (14,54)	4,68 (9,39)
GLOBAL	8,01 (11,17)	12,38 (13,76)	4,34 (8,84)

Test de la moyenne : Une case est soulignée lorsque la moyenne correspondante est significativement différente de la moyenne de la variable (risque de 5%)
Test de Fisher :

Temps passé deuis la confirmation de votre HPI : F=7,59 p=0,006 Discriminant
 Temps passé depuis l'évocation de votre HPI : F=15,61 p=0,001 Discriminant
 Délai entre évocation et confirmation : F=6,78 p=0,009 Discriminant

3. Sur le mode de détection et de confirmation

3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI ?

(Sous-population : NES A PARTIR DE 2007)

	Effectifs	Fréquence
Un membre de votre entourage personnel	61	42,7%
Vous-meme	45	31,5%
Un psychologue	16	11,2%
Un membre de votre entourage professionnel	15	10,5%
Un psychiatre	3	2,1%
Un médecin généraliste	2	1,4%
Un médecin d'une autre spécialité	1	0,7%
Total	143	

3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI ?

(Sous-population : NES AVANT 2007)

	Effectifs	Fréquence
Vous-meme	304	40,0%
Un membre de votre entourage personnel	224	29,5%
Un psychologue	105	13,8%
Un membre de votre entourage professionnel	63	8,3%
Un psychiatre	24	3,2%
Un médecin d'une autre spécialité	12	1,6%
Un membre d'une association dédiée au HPI	12	1,6%
Un médecin généraliste	9	1,2%
Non réponse	7	0,9%
Total	760	

1. Quel âge avez-vous actuellement ?

3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI ?

Khi2=42,9 ddl=35 p=0,167 (Val. théoriques < 5 = 27)

EFFECTIFS	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
Un membre de votre entourage personnel	4	25	125	105	22	4	285
Un membre de votre entourage professionnel	1	3	38	29	5	2	78
Un médecin d'une autre spécialité			4	9			13
Un médecin généraliste		2	4	5			11
Un psychiatre		2	10	13	2		27
Un psychologue		8	54	52	7		121
Vous-meme		23	114	146	59	7	349
Un membre d'une association dédiée au HPI			2	4	5	1	12
Total	5	63	351	363	100	14	896

% Colonnes	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
Un membre de votre entourage personnel	80,0%	39,7%	35,6%	28,9%	22,0%	28,6%	31,8%
Un membre de votre entourage professionnel	20,0%	4,8%	10,8%	8,0%	5,0%	14,3%	8,7%
Un médecin d'une autre spécialité			1,1%	2,5%			1,5%
Un médecin généraliste		3,2%	1,1%	1,4%			1,2%
Un psychiatre		3,2%	2,8%	3,6%	2,0%		3,0%
Un psychologue		12,7%	15,4%	14,3%	7,0%		13,5%
Vous-meme		36,5%	32,5%	40,2%	59,0%	50,0%	39,0%
Un membre d'une association dédiée au HPI			0,6%	1,1%	5,0%	7,1%	1,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

% Lignes	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
Un membre de votre entourage personnel	1,4%	8,8%	43,9%	36,8%	7,7%	1,4%	100,0%
Un membre de votre entourage professionnel	1,3%	3,8%	48,7%	37,2%	6,4%	2,6%	100,0%
Un médecin d'une autre spécialité			30,8%	69,2%			100,0%
Un médecin généraliste		18,2%	36,4%	45,5%			100,0%
Un psychiatre		7,4%	37,0%	48,1%	7,4%		100,0%
Un psychologue		6,6%	44,6%	43,0%	5,8%		100,0%
Vous-meme		6,6%	32,7%	41,8%	16,9%	2,0%	100,0%
Un membre d'une association dédiée au HPI			16,7%	33,3%	41,7%	8,3%	100,0%
Total	0,6%	7,0%	39,2%	40,5%	11,2%	1,6%	100,0%

A propos de la compétence estimée des MG pour la détection des adultes HPI

23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adultes HPI

3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI

	Entourage Pro ou Perso	Vous-meme	Psychiatre ou psychologue	Un médecin d'une autre spécialité	Un médecin généraliste	Total
Oui, dans tous les cas après formation initiale	44	53	25		2	124
Oui, s'il est HPI	24	24	20	2	1	71
Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes	106	106	39	6	4	261
Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale	126	104	48	3	3	284
Non, en aucun cas après formation initiale	45	44	21		1	111
Total	345	331	153	11	11	851

Khi2=11,6 ddl=16 p=0,773 (Val. théoriques < 5 = 10)

2. Si oui : quel motif ?	Effectifs	Fréquence
Non réponse	690	
Trouble psychiatrique (anxiété, dépression, hallucinations)	65	7,2%
Trouble social (difficultés d'adaptation socio-professionnelle)	30	3,3%
Angoisse existentielle	19	2,1%
Trouble somatique (problème physique)	11	1,2%
non	6	0,7%
Trouble psychologique (trouble de la personnalité)	5	0,6%
A	3	0,3%
N	3	0,3%
Burn out	2	0,2%
j'étais bébé	1	0,1%
La réponse était non :)	1	0,1%
+ angoisse existentielle	1	0,1%
Mais parents ne m'ont jamais envoyé chez un médecin consulter mais par nature j?	1	0,1%
"Q11, que veut dire ""pour un motif qui l'a révélé"" ?"	1	0,1%
mes enfants se comportaient comme moi au même âge	1	0,1%
All of the above	1	0,1%
Mon généraliste a connaissance de mes troubles anxieux mais je n'ai pas (encore)	1	0,1%
Angoisse, trouble social, douleur somatique, etc. Depuis la petite enfance	1	0,1%
Mon médecin est un ami proche. Quand retrospectivement je lui ai dit que j'avais	1	0,1%
Anxiété, dépression, angoisse existentielle, difficulté d'adaptation sociopro, s	1	0,1%
mon médecin G m'a dit que j'étais une dépressive chronique ce qui m'a amenée à c	1	0,1%
Aucun	1	0,1%
Mon médecin généraliste n'est pas au courant	1	0,1%
Autre	1	0,1%
Mon père est mon médecin	1	0,1%
boulimie, mutilation, insomnie, angoisse généralisée	1	0,1%
"Je lui ai parlé de ma prétendue ""bipolarité"" pour qu'il sache quel traitement	1	0,1%
Burn - out	1	0,1%
"j'ai été suivi pour dépression avant d'être reconnu HPI, pendant des années, 4	1	0,1%
Burn out professionnel et social	1	0,1%
non concerné	1	0,1%
burnout	1	0,1%
Non, mais consultation dépression	1	0,1%
dommage que le choix multiple n'existe pas : troubles somatiques+psychiatrique+s	1	0,1%
Par contre il aurait pu, peut-être, le détecter quand j'étais plus jeune, m'évi	1	0,1%
Ennui profond en classe de CE2	1	0,1%
Par contre, cela a expliqué le burn out passé lié à une personnalité perverse na	1	0,1%
harcèlement au travail : fausse plainte au pénal de mon supérieur (évidemment cl	1	0,1%
période de grande autodévalorisation et manque de confiance +++"	1	0,1%
indiscipliné à l'école	1	0,1%
Problemes de mes enfants eux même HPI	1	0,1%
j'ai parlé de mon stress, des troubles du sommeil et des problèmes de contractio	1	0,1%
Psycho-analyse	1	0,1%
J'ai vu de multiples fois mon généraliste avant le passage de mon test pour tous	1	0,1%
Question 11 non	1	0,1%
"je suis mon propre MG;)"	1	0,1%
Réaction Violente du du corps (Nodule précancéreux à la thyroïde) révélateur de	1	0,1%
Je n'ai pas consulté de médecin (à prendre en compte pour les questions qui suiv	1	0,1%
Reponse choix multiples: trouble social et angoisse existentielle	1	0,1%
l'addition de ses troubles, si considérée par ma généraliste, aurait pu être pri	1	0,1%
Réponse non à la question 11	1	0,1%
2 Burn out en 3 ans	1	0,1%
Somatique et social. Q13. Personne ne l'a évoqué.	1	0,1%
"peur enfantine de la mort et incompréhension du ""rien"" qui m'ont rendu diffic	1	0,1%
Syndrome d'Asperger	1	0,1%
Après le test de mes enfants.	1	0,1%
Tous les motifs cités sauf le trouble de la personnalité	1	0,1%
avec mon médecin traitant"	1	0,1%
Tous les motifs proposés ci-dessus	1	0,1%
"médecin de l'ami qui me ""suspectait"" d'être HPI	1	0,1%
TOUT ! LOL	1	0,1%
C'est le psychiatre de l'hôpital, suite à mon hospitalisation psychiatrique (ang	1	0,1%
Tout sauf psycho	1	0,1%
Fatigue intense, insomnies, problèmes physiques à répétition, hypersensibilitié	1	0,1%
Toutes les propositions	1	0,1%
J'ai au contraire mis 20 ans à réaliser que mes états dépressifs étaient liés au	1	0,1%
Trouble du sommeil (pour la question suivante, ni lui ni moi n'avons détecté le	1	0,1%
J'estime que ma dépression est plus liée à mon histoire personnelle, même si on pe	1	0,1%
"j'ai consulté mon médecin pour anxiété, dépression, dues entre autres à ce pro	1	0,1%
je n'avais et n'ai toujours pas de généraliste	1	0,1%
"il manque 'non' comme choix à la question 13, et 'non concerné' à la 14"	1	0,1%
A mi chemin entre trouble social et angoisse existentielle	1	0,1%
"Désolé, je ne peux plus répondre à rien au-delà, car la caractéristique HPI est	1	0,1%
Aucune consultation n'a révélé le HPI. Mais plusieurs consultations relatives à	1	0,1%
Trouble social, somatique et psychiatrique	1	0,1%
burn-out	1	0,1%
"Ben j'ai dit 'non'. Du coup, les questions 12 à 22 n'ont plus raison d'être"	1	0,1%
Hyperactivité	1	0,1%
trouble somatique + anxiété + trouble social + décalage	1	0,1%
Jamais évoqué malgré tous ces sympt"mes.	1	0,1%
Trouble somatique, social et angoisse existentielle	1	0,1%
anxiété, dépression et difficultés d'adaptation socio-professionnelle (incompréh	1	0,1%
Troubles alimentaires anorexie	1	0,1%
Ennui à l'école et sentiment de décalage	1	0,1%
troubles anxieux qui n'a mené à rien.	1	0,1%
La dépression pour cause de harcèlement moral est ce qui a amené à l'identificat	1	0,1%
troubles cognitifs (dys)	1	0,1%
j'ai répondu non à la question précédente	1	0,1%
un ensemble de facteurs, un questionnement sur la vie, les relations, clarté con	1	0,1%
Brun out	1	0,1%
Total / interrogés	908	

PROFIL DE MODALITES SUR QUESTION 8

INCIDENCE DE LA CONFIRMATION HPI DANS VOTRE VIE ?

8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ?

Modalité 1. Compréhension / Connaissance de soi (365 = 32,4%)

Question		Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test local	Khi2
R2. Quelle profession exercez-vous ?	1	Administratif	30	8	2,891	17	••	
R2. Quelle profession exercez-vous ?	16	Technicien/Ingé	82	13	2,493	9	••	
4. Quel âge aviez-vous alors ?	3	26-40	166	13	1,145	6		
4. Quel âge aviez-vous alors ?	5	56-70	15	4	1,371	17		
5. Qui a confirmé votre HPI ?	3	Un médecin d'une autre spécialité	3	1	1,114	55		
6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?	5	56-70	20	4	1,214	13		
7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement	4	Oui, légèrement	137	24	4,9	10	•••	
17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?	2	Vous n'avez pas d'opinion	142	14	1,611	8	•	
25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c	4	Oui, volontiers réalisée avec Mensa France	97	13	2,116	8	•	

8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ?

Modalité 2. Acceptation de soi (177 = 15,7%)

Question		Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test local	Khi2
1. Quel âge avez-vous actuellement ?	4	41-55	84	12	2,081	12	•	
Temps passé deuis la confirmation de votre HPI	3	Conf -3 ans	68	11	1,954	9	•	
Temps passé depuis l'évocation de votre HPI	4	Evoc -10 ans	77	11	1,851	10	•	
R2. Quelle profession exercez-vous ?	6	Conseil/Consultant/coach	19	4	1,205	5		
R2. Quelle profession exercez-vous ?	11	Juridique	6	3	2,898	20	•	
6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?	4	41-55	61	14	3,968	11	••	
7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement	3	Oui, grandement	116	15	2,264	20	••	
14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v	5	Plus de 5 ans	13	5	3,412	11	•	
14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v	7	Plus de 20 ans	15	5	2,441	11	•	
23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu	1	Oui, dans tous les cas après formation initiale	31	9	3,377	7	••	

8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ?

Modalité 3. Confiance en soi / Estime et Affirmation de soi (209 = 18,5%)

Question		Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test local	Khi2
Temps passé depuis la confirmation de votre HPI	2	Conf -1 an	31	7	2,264	7	•	
Temps passé depuis l'évocation de votre HPI	2	Evoc -1 an	11	3	1,325	9		
Temps passé depuis l'évocation de votre HPI	4	Evoc -10 ans	89	10	1,269	8		
R2. Quelle profession exercez-vous ?	4	Autres	19	6	2,357	10		
R2. Quelle profession exercez-vous ?	8	Education/Formation	36	7	1,744	6		
R2. Quelle profession exercez-vous ?	10	Finance	11	4	1,787	12		
3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI	2	Vous-meme	94	18	4,426	14	•••	
3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI	4	Un médecin d'une autre spécialité	7	2	1,418	14		
4. Quel âge aviez-vous alors ?	3	26-40	104	17	3,271	14	•••	
5. Qui a confirmé votre HPI ?	8	Un membre d'une association dédiée au HPI	35	6	1,359	5		
6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?	3	26-40	109	14	1,978	12	••	
7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement	3	Oui, grandement	137	18	2,649	20	•••	
14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v	1	Plus d'un an	19	5	1,441	8		
14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v	3	Moins d'une semaine	4	2	2,58	33	•	
15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification	1	Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic	3	2	2,423	43		
17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?	1	Oui	75	12	2,24	10	••	
23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu	2	Oui, s'il est HPI	26	8	3,408	10	••	
25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c	5	Non, aucunement	13	4	1,409	9		

8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ?

Modalité 4. Amélioration des relations / Acceptation des autres (66 = 5,9%)

Question		Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test local	Khi2
R2. Quelle profession exercez-vous ?	3	Artistique	7	2	1,149	3		
R2. Quelle profession exercez-vous ?	7	Directeur/Entrepreneur	8	3	1,346	4		
3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI	1	Entourage Pro ou Perso	37	9	3,036	24	**	
4. Quel âge aviez-vous alors ?	4	41-55	18	4	1,3	8		
6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?	4	41-55	23	5	1,561	11		
7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement	4	Oui, légèrement	27	6	2,013	14		
13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous	1	(équipe de chercheurs en psychologie, dans le cadre scolaire)	1	0	2,796	100		
14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v	4	Entre un et 3 mois	6	3	4,626	17	**	
19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ?	2	Oui, vers un psychiatre	7	2	1,026	7		
22. Ce critère est-il selon vous déterminant pour sa compétence au repérage ?	1	Oui, je pense qu'il est obligatoire	7	3	2,336	5		
23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu	2	Oui, s'il est HPI	8	3	1,255	5		

8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ?

Modalité 5. Adaptation sociale / professionnelle / scolaire / médicale (117 = 10,4%)

Question		Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test local	Khi2
1. Quel âge avez-vous actuellement ?	1	-18	3	2	7,618	50	**	
1. Quel âge avez-vous actuellement ?	3	26-40	59	12	3,185	18	**	
Temps passé deuis la confirmation de votre HPI	4	Conf -10 ans	46	7	1,108	9		
Temps passé deuis la confirmation de votre HPI	5	Conf 10 et plus	34	9	2,997	10	**	
R2. Quelle profession exercez-vous ?	5	Commercial	8	3	1,559	6		
R2. Quelle profession exercez-vous ?	9	Etudiant	15	6	4,465	8	**	
3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI	1	Entourage Pro ou Perso	60	12	2,749	17	**	
4. Quel âge aviez-vous alors ?	1	-18	32	8	2,368	8	*	
4. Quel âge aviez-vous alors ?	2	18-25	19	5	1,505	5		
6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?	1	-18	26	13	13,479	13	***	
Délai entre évocation et confirmation	2	Evoc à Conf -1	61	10	1,879	16	*	
7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement	3	Oui, grandement	82	16	3,923	33	***	
7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement	5	Non, elle l'a fortement dégradée	5	3	3,805	17	*	
14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v	2	Entre une semaine et un mois	5	3	6,497	28	***	
14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v	4	Entre un et 3 mois	8	3	2,337	9	*	
22. Ce critère est-il selon vous déterminant pour sa compétence au repérage ?	3	Non, aucunement	37	10	3,602	15	**	

8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ?

Modalité 6. Sentiment d'appartenance (54 = 4,8%)

Question		Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test local	Khi2
1. Quel âge avez-vous actuellement ?	2	18-25	7	2	1,424	5		
1. Quel âge avez-vous actuellement ?	5	56-70	8	3	1,452	6		
3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI	3	Psychiatre ou psychologue	16	6	4,306	15	**	
4. Quel âge aviez-vous alors ?	1	-18	15	4	1,179	9		
5. Qui a confirmé votre HPI ?	7	Vous-même	8	4	5,86	9	**	
Délai entre évocation et confirmation	5	Evoc à Conf 10 et plus	12	6	7,348	14	***	
9. En jugeant du rapport bénéfices / risques potentiels, recommanderiez-vous ce	5	Oui, systématiquement après 18 ans seulement	2	1	1,583	9		
13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous	6	" (et je tiens ... préciser que j'aurais aimé avoir de la place pour laisser des c	1	0	1,727	29		
21. Votre médecin généraliste est-il HPI?	2	Je sais que oui	6	3	4,779	8	**	
22. Ce critère est-il selon vous déterminant pour sa compétence au repérage ?	2	Oui, je pense qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est une aide	33	7	1,619	45	**	
R24. Recommanderiez-vous un test particulier utilisable en médecine générale, pou	20	ECG	1	0	2,035	29		
25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c	2	Oui, par des psychiatres	7	3	2,687	6	*	

8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ?

Modalité 7. Incidences négatives (71 = 6,3%)

Question		Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test local	Khi2
1. Quel âge avez-vous actuellement ?	2	18-25	8	3	1,283	4		
Temps passé deuis la confirmation de votre HPI	5	Conf 10 et plus	32	17	17,624	30	•••	
Temps passé depuis l'évocation de votre HPI	5	Evoc 10 ans et +	42	18	13,441	38	•••	
R2. Quelle profession exercez-vous ?	9	Etudiant	9	3	1,962	5		
R2. Quelle profession exercez-vous ?	14	Sans Emploi / Retraité	11	6	7,419	9	•••	
4. Quel âge aviez-vous alors ?	1	-18	36	21	28,481	37	•••	
6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?	1	-18	25	17	37,37	27	•••	
Délai entre évocation et confirmation	5	Evoc à Conf 10 et plus	12	4	2,078	6		
7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement	1	Non, elle l'a légèrement dégradée	21	19	174,142	63	•••	
7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement	2	Non, pas significativement	15	10	19,066	15	•••	
7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement	5	Non, elle l'a fortement dégradée	11	9	79,529	57	•••	
9. En jugeant du rapport bénéfices / risques potentiels, recommanderiez-vous ce	1	Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en quali	38	10	3,852	24	•••	
9. En jugeant du rapport bénéfices / risques potentiels, recommanderiez-vous ce	3	En aucun cas	2	1	2,498	17		
11. Avez-vous consulté votre médecin généraliste avant votre identification en t	1	Oui	14	3	1,163	6		
13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous	4	Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	2	1	1,004	8		
14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v	5	Plus de 5 ans	6	2	1,149	10		
16. Si non : l'a-t-il retardée ?	1	Non concerné (il l'a accélérée par son action)	5	2	1,889	6		
23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu	1	Oui, dans tous les cas après formation initiale	13	4	1,42	6		
23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu	5	Non, en aucun cas après formation initiale	12	4	1,625	6		
R24. Recommanderiez-vous un test particulier utilisable en médecine générale, pou	12	Pré-Tests ou tests simplifiés	3	1	1,921	9		
R24. Recommanderiez-vous un test particulier utilisable en médecine générale, pou	15	Matrice de Raven	2	1	2,834	18		
25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c	1	Oui, avec le concours d'autres associations de personnes HPI	14	4	1,538	7		
25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c	2	Oui, par des psychiatres	8	3	1,607	4		
25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c	5	Non, aucunement	7	3	3,07	7	•	

8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ?

Modalité 8. Sans incidence ou non pris en considération (41 = 3,6%)

Question		Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test local	Khi2
1. Quel âge avez-vous actuellement ?	3	26-40	22	5	1,803	22		
1. Quel âge avez-vous actuellement ?	5	56-70	8	4	3,114	10	•	
1. Quel âge avez-vous actuellement ?	6	71+	2	1	2,215	9		
Temps passé deuis la confirmation de votre HPI	5	Conf 10 et plus	23	14	23,373	46	•••	
Temps passé depuis l'évocation de votre HPI	5	Evoc 10 ans et +	31	18	24,008	69	•••	
R2. Quelle profession exercez-vous ?	13	RH	2	1	2,196	9		
R2. Quelle profession exercez-vous ?	16	Technicien/Ingé	11	3	1,097	8		
3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI	3	Psychiatre ou psychologue	13	5	3,931	16	••	
4. Quel âge aviez-vous alors ?	1	-18	22	14	22,331	45	•••	
6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?	1	-18	13	8	14,711	23	•••	
Délai entre évocation et confirmation	5	Evoc à Conf 10 et plus	11	6	8,643	18	•••	
7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement	2	Non, pas significativement	31	28	263,559	73	•••	
9. En jugeant du rapport bénéfices / risques potentiels, recommanderiez-vous ce	1	Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en quali	22	6	2,267	24	•	
9. En jugeant du rapport bénéfices / risques potentiels, recommanderiez-vous ce	3	En aucun cas	2	1	6,006	20		
13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous	2	Il l'a évoquée de sa propre initiative	5	3	11,527	33	•••	
17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?	3	Non	15	6	4,724	22	••	
22. Ce critère est-il selon vous déterminant pour sa compétence au repérage ?	3	Non, aucunement	18	7	4,322	26	••	
23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu	5	Non, en aucun cas après formation initiale	12	7	9,564	19	•••	
25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c	2	Oui, par des psychiatres	5	2	1,309	5		
25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c	5	Non, aucunement	8	6	17,332	15	•••	

8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ?

Modalité 9. Accompagnement psychologique et psychiatrique (28 = 2,5%)

Question		Modalité	Effectifs	Ecart	Khi2	PEM	Test local	Khi2
1. Quel âge avez-vous actuellement ?	5	56-70	5	2	1,348	8		
Temps passé depuis la confirmation de votre HPI	5	Conf 10 et plus	9	3	1,646	15		
Temps passé depuis l'évocation de votre HPI	3	Evoc -3 ans	12	6	4,8	27	**	
R2. Quelle profession exercez-vous ?	1	Administratif	4	2	2,493	8		
R2. Quelle profession exercez-vous ?	14	Sans Emploi / Retraité	5	3	5,366	12	**	
4. Quel âge aviez-vous alors ?	1	-18	10	4	3,083	20	*	
5. Qui a confirmé votre HPI ?	6	Un psychologue	26	5	1,338	84	**	
6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?	1	-18	7	4	4,123	15	**	
6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?	5	56-70	3	1	1,558	5		
7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement	2	Non, pas significativement	10	8	30,293	31	***	
16. Si non : l'a-t-il retardée ?	3	Oui, d'un délai que vous jugez sans conséquence sur votre qualité de vie ultérieure	2	1	4,317	9		
22. Ce critère est-il selon vous déterminant pour sa compétence au repérage ?	2	Oui, je pense qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est une aide	21	6	1,963	65	**	
R24. Recommanderiez-vous un test particulier utilisable en médecine générale, pour	18	LK Silverman	1	0	5,361	32		
R24. Recommanderiez-vous un test particulier utilisable en médecine générale, pour	19	Piechowski & Dabrowski	1	0	5,361	32		

1. Quel âge avez-vous actuellement ?

Résumés statistiques	
Moyenne	42,12
Ecart-type	11,62
Minimum	13
Maximum	85
Somme	38037
Nombre	903
Sans rép	5
1er décile	27
1er quartile	34
Médiane	41
3ème quartile	49
9ème décile	58
Valeurs inférieures au 1er décile	84
Valeurs supérieures au 9ème décile	80

R2. Quelle profession exercez-vous ? / 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès

Khi2=8,67 ddl=15 p=0,894 (Val. théoriques < 5 = 12)

	Moins d'un an	Plus d'un an	Total
Administratif	6	15	21
Artisan/Commerçant		2	2
Artistique	3	7	10
Autres	2	10	12
Commercial	4	6	10
Conseil/Consultant/coach	9	15	24
Directeur/Entrepreneur	8	10	18
Education/Formation	17	26	43
Etudiant	11	10	21
Finance	2	9	11
Juridique		3	3
Psy		6	6
RH	1	2	3
Sans Emploi / Retraité	11	18	29
Santé	8	18	26
Technicien/Ingé	21	47	68
Total	103	204	307

12. Si oui : quel motif ? / 9. En jugeant du rapport bénéfices / risques potentiels, recommanderiez-vous ce

Khi2=3,37 ddl=12 p=0,992 (Val. théoriques < 5 = 15)

	Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en quali	Oui, systématique ment et à tout âge	En aucun cas	Oui, systématique ment avant 18 ans seulement	Oui, systématique ment après 18 ans seulement	Total	
Trouble psychiatrique (anxiété, dépression, hallucinatio /Burn out	40	41		3	2	86	
Trouble social (difficultés d'adaptation socio-professionnelle)	9	20			1	30	
Trouble somatique (problème physique)	4	7				11	
Trouble psychologique (trouble de la personnalité)	3	2				5	
Total	56	70		3	3	132	

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui

	Effectifs	Fréquence
Moins d'un an	97	34,0%
Plus d'un an	188	66,0%
Total	285	

Statistiques par sous-population sur : Délai entre évocation et confirmation

	HPI via MG	HPI nié ou non identifié par MG	GLOBAL
Moyenne	4,59	5,04	4,34
Ecart-type	9,11	9,26	8,84
Variance	83,01	85,73	78,15
Minimum	0	-1	-26
Maximum	39	44	49
Etendue	39	45	75
Somme	303	1008	3833
Nombre	66	200	883
Intervalle de confiance à 95 %	2,2	1,28	0,58
1er décile	0	0	0
1er quartile	0	0	0
Médiane	1	1	1
3ème quartile	2	4	3
9ème décile	18,7	21	16
Valeurs inférieures au 1er décile	0	1	5
Valeurs supérieures au 9ème décile	7	18	82

Temps passé deuis la confirmation de votre HPI / 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès

Khi2=1,01 ddl=4 p=0,907 (Val. théoriques < 5 = 2)

	Moins d'un an	Plus d'un an	Total
Conf -0	1		1
Conf -1 an	13	26	39
Conf -3 ans	36	68	104
Conf -10 ans	29	65	94
Conf 10 et plus	18	28	46
Total	97	187	284

12. Si oui : quel motif ? / Délai entre évocation et confirmation

Khi2=4,29 ddl=12 p=0,977 (Val. théoriques < 5 = 13)

	Evoc à Conf - 0	Evoc à Conf - 1	Evoc à Conf - 3	Evoc à Conf - 10	Evoc à Conf 10 et plus	Total
Trouble psychiatrique (anxiété, dépression, hallucinatio /Burn out		28	27	10	17	82
Trouble social (difficultés d'adaptation socio-professionnelle)		12	9	6	3	30
Trouble somatique (problème physique)		4	2	3	2	11
Trouble psychologique (trouble de la personnalité)		4	1			5
Total		48	39	19	22	128

19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ? / 12. Si oui : quel motif ?

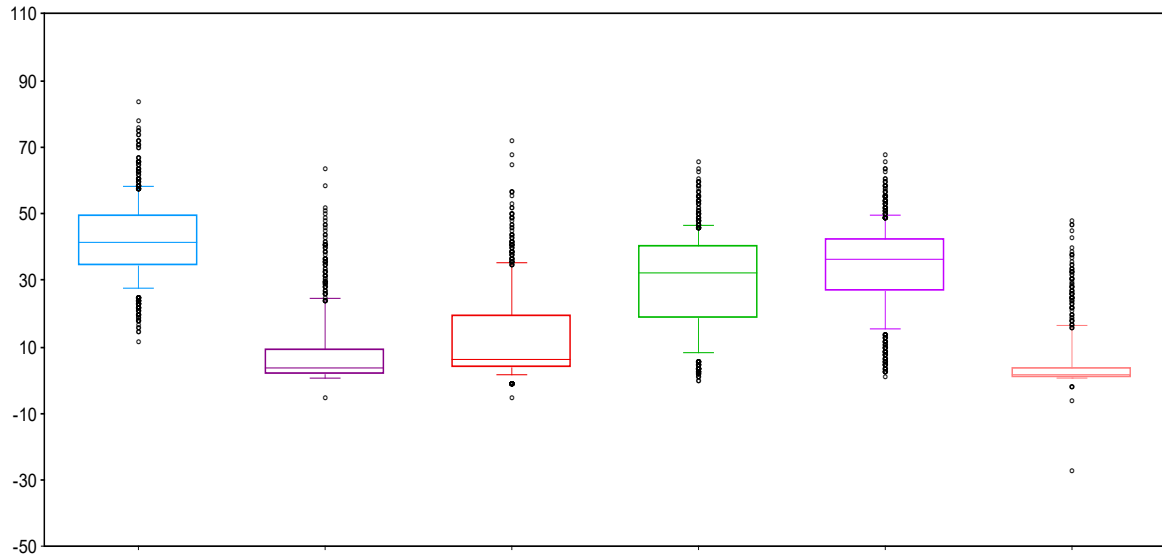
Khi2=3,19 ddl=12 p=0,994 (Val. théoriques < 5 = 13)

	Trouble psychiatrique (anxiété, dépression, hallucinatio /Burn out	Trouble social (difficultés d'adaptation socio- professionnell e)	Trouble somatique (problème physique)	Trouble psychologique (trouble de la personnalité)	Total	
Oui, vers un autre intervenant professionnel	2				2	
Oui, vers un psychiatre	16	7	1	1	25	
Oui, vers un psychologue	14	7	1	1	23	
Oui, vers une association en lien avec le HPI	1	1			2	
Non	46	13	9	2	70	
Total	79	28	11	4	122	

20. Estimez-vous féconde cette orientation, sur quels critères ? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=0,626 ddl=6 p=0,995 (Val. théoriques < 5 = 7)

	Trouble psychiatrique (anxiété, dépression, hallucinatio /Burn out	Trouble social (difficultés d'adaptation socio- professionnell e)	Trouble somatique (problème physique)	Trouble psychologique (trouble de la personnalité)	Total	
NC : MG n'a pas participé à la détection	11	3	1		15	
Oui	28	12	1	2	43	
Non	19	6	2	1	28	
Total	58	21	4	3	86	



1. Quel âge avez-vous a Temps passé deuis la con Temps passé depuis l'évo 4. Quel âge avez-vous a 6. Quel âge avez-vous a Délai entre évocation et

20. Estimez-vous féconde cette orientation, sur quels critères ?

	Effectifs	Fréquence
Non	98	41,0%
Oui: pour l'orientation qu'il vous a prodiguée	37	15,5%
Oui: par une action unique ayant amélioré votre qualité de vie (identification)	23	9,6%
Oui: par des conseils propres à la gestion du HPI ayant amélioré votre qualité d	16	6,7%
Il ne m'a pas orienté	3	1,3%
Non concerné	3	1,3%
nc	2	0,8%
Pas d'orientation	2	0,8%
hors sujet. je suis mon propre médecin traitant et c'est via ma fille que j'ai p	2	0,8%
Pas applicable	2	0,8%
Oui : pour régler d'autres aspects psy, lent mais utile	1	0,4%
oui, orientation vers un psychiatre pour problématique ponctuelle vs dépression.	1	0,4%
Non : car ce psychiatre a nié l'existence même du HPI et a tenu des propos dépré	1	0,4%
Aucune aide, plutôt le contraire	1	0,4%
non adapté	1	0,4%
Oui, par rapport à la possibilité d'un profil asperger en plus de la douance	1	0,4%
Non applicable	1	0,4%
Cela pourrait être intéressant mais je ne l'ai pas vécu.	1	0,4%
non car la psychiatre n'a pas envisagé non plus cette option	1	0,4%
"Je comprends pas ces questions : il a rien fait - ni aucun professionnel de san	1	0,4%
Non concerné, j'ai été soupçonné par une camarade de fac et j'ai fait la démarch	1	0,4%
Il m'a prêté des livres.	1	0,4%
non concernée	1	0,4%
pas concerné	1	0,4%
Non consulte	1	0,4%
j'ai fais les démarches moi-même	1	0,4%
Non, j'aurais aimé que mon médecin qui connaissait ma situation personnelle (le	1	0,4%
pas concernée	1	0,4%
Non, poursuite de l'errance diagnostique pendant plusieurs années, entre les mai	1	0,4%
Je n'ai pas confiance dans la médecine.	1	0,4%
orientation et conseil d'un livre à lire sur le hpi	1	0,4%
pas concerner	1	0,4%
Le psychiatre c'était pour faire établir le diagnostic par CRA	1	0,4%
Les démarches sont de ma propre initiative	1	0,4%
Oui parce qu'il a confirmé la nécessité de suivre une thérapie pour régler les s	1	0,4%
"Il ne m'a pas identifié HPI. Je l'ai su par le biais de ma diététicienne qui tr	1	0,4%
Oui, mais pas à ce sujet	1	0,4%
...	1	0,4%
Aucun n'a jamais émis l'hypothèse malgré tous les signes, troubles psychosomatiq	1	0,4%
pas d'orientation prodiguée.	1	0,4%
Ce n'est pas mon médecin qui m'a orienté, nous en avons simplement discuté, le r	1	0,4%
EMDR	1	0,4%
A l'époque, enfant, j'ai été à l'ALREP. Sans fournir de solution au quotidien, c	1	0,4%
Pour continuer à améliorer ma compréhension de mon moi	1	0,4%
J'ai demandé à être dirigée vers un psychiatre, l'accueil proprement dit du méde	1	0,4%
J'étais déjà en thérapie à l'époque. Quand je lui ai demandé le nom d'un psychia	1	0,4%
je n'ai jamais évoqué le sujet avec mon généraliste	1	0,4%
pour orientation (mais par assistante sociale)	1	0,4%
A	1	0,4%
N	1	0,4%
NA	1	0,4%
Question 19 non	1	0,4%
cf. réponse à la question 15	1	0,4%
Il ne m'a pas orientée, s'est contenté d'écouter, mais c'est déjà... bien sachant	1	0,4%
j'ai vu de moi même un psychologue puis un psychanalyste	1	0,4%
sans objet	1	0,4%
Mon généralist m'a orienté vers tous les voies physiques imaginables, mais n'a j	1	0,4%
Ce n'est pas mon généraliste qui est à l'origine de mon identification mais le f	1	0,4%
il n' pas participé	1	0,4%

Voir mon commentaire ci dessus	1	0,4%
C'est mon psychiatre qui m'a envoyé vers un psychologue	1	0,4%
La psychologue qu'il m'a recommandé ne m'a jamais parlé de HPI en 3 ans de suivi	1	0,4%
Je n'ai pas consulté de médecin !!!!!	1	0,4%
Total / répondants	239	

Interrogés : 908 / Répondants : 239 / Réponses : 241

20. Estimez-vous féconde cette orientation, sur quels critères ? / 13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité

Khi2=11 ddl=4 p=0,026 (Val. théoriques < 5 = 3)

	HPI identifié ou confirmé par MG	Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	Total
NC : MG n'a pas participé à la détection	6	1	25	32
Oui	26		28	54
Non	11	2	38	51
Total	43	3	91	137

12. Si oui : quel motif ? / 18. Quels ont été les critères l'ayant amené à envisager le HPI ?

Khi2=6,15 ddl=28 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 33)

	Proche HPI	Dyssynchronie externe	Une champ émotionnel accru	Un trouble psychiatrique (trouble anxieux, dépressif ou psychotique)	Un champs analytique accru	Une vitesse d'analyse accrue	Une sensibilité émotionnelle accrue	Dyssynchronie interne	Total
Trouble psychiatrique		11	4	7	6	5	7	4	44
Angoisse existentielle		4	3	3	4	3	5	5	27
Trouble somatique		3	1	1	1	1	1	2	10
Trouble social	1	8	1	4	1	7	5	2	29
Trouble psychologique		4	2	2	3	4	3	1	19
Total	1	30	11	17	15	20	21	14	129

1. Quel âge avez-vous actuellement ? / 18. Quels ont été les critères l'ayant amené à envisager le HPI ?

Khi2=3,92 ddl=35 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 33)

	Proche HPI	Dyssynchronie externe	Une champ émotionnel accru	Un trouble psychiatrique (trouble anxieux, dépressif ou psychotique)	Un champs analytique accru	Une vitesse d'analyse accrue	Une sensibilité émotionnelle accrue	Dyssynchronie interne	Total
-18		1							1
18-25		5	2	4	2	6	4	1	24
26-40	4	29	9	10	10	16	13	9	100
41-55	3	14	6	8	6	15	10	7	69
56-70		5	1	1	1	2	1	1	12
71+									
Total	7	54	18	23	19	39	28	18	206

13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous

	Effectifs	Fréquence
Il l'a évoquée de sa propre initiative	32	11,9%
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée	34	12,7%
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	10	3,7%
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	192	71,6%
Total	268	

20. Estimez-vous féconde cette orientation, sur quels critères ?

	Effectifs	Fréquence
NC : MG n'a pas participé à la détection	57	24,1%
Oui	83	35,0%
Non	98	41,4%
Total / répondants	237	

Interrogés : 908 / Répondants : 237 / Réponses : 238

18. Quels ont été les critères l'ayant amené à envisager le HPI ?

	Occurrences	Fréquence
Dyssynchronie externe	54	26,2%
Une vitesse d'analyse accrue	39	18,9%
Une sensibilité émotionnelle accrue	28	13,6%
Un trouble psychiatrique (trouble anxieux, dépressif ou psychotique)	23	11,2%
Un champs analytique accru	19	9,2%
Une champ émotionnel accru	18	8,7%
Dyssynchronie interne	18	8,7%
Proche HPI	7	3,4%
Total / occurrences	206	

908 enregistrements / 134 textes codifiés / 206 occurrences

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès / 18. Quels ont été les critères l'ayant amené à envisager le HPI ?

Khi2=4,66 ddl=7 p=0,704 (Val. théoriques < 5 = 2)

	Proche HPI	Dyssynchronie externe	Une champ émotionnel accru	Un trouble psychiatrique (trouble anxieux, dépressif ou psychotique)	Un champs analytique accru	Une vitesse d'analyse accrue	Une sensibilité émotionnelle accrue	Dyssynchronie interne	Total
Moins d'un an	1	20	6	8	7	19	10	8	79
Plus d'un an	3	14	7	11	8	11	14	7	75
Total	4	34	13	19	15	30	24	15	154

RECHERCHE D'OCCURRENCES SUR QUESTION 6 :

avant ou après 18 ANS au moment de la confirmation HPI

11. Avez-vous consulté votre médecin généraliste avant votre identification en t / 6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?

Khi2=0,02 ddl=1 p=0,883 (Peu significatif)

	-18	+18	Total
Oui	17	125	142
Non	84	670	754
Total	101	795	896

13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous / 6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?

Khi2=18,2 ddl=3 p=0,001 (Val. théoriques < 5 = 3)

	-18	+18	Total
Il l'a évoquée de sa propre initiative	12	20	32
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée	5	29	34
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée		10	10
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	16	176	192
Total	33	235	268

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès / 6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?

Khi2=6,64 ddl=1 p=0,01 (Très significatif)

	-18	+18	Total
Moins d'un an	18	79	97
Plus d'un an	14	173	187
Total	32	252	284

17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ? / 6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?

Khi2=2,86 ddl=2 p=0,238 (Peu significatif)

	-18	+18	Total
Oui	25	211	236
Vous n'avez pas d'opinion	29	282	311
Non	27	164	191
Total	81	657	738

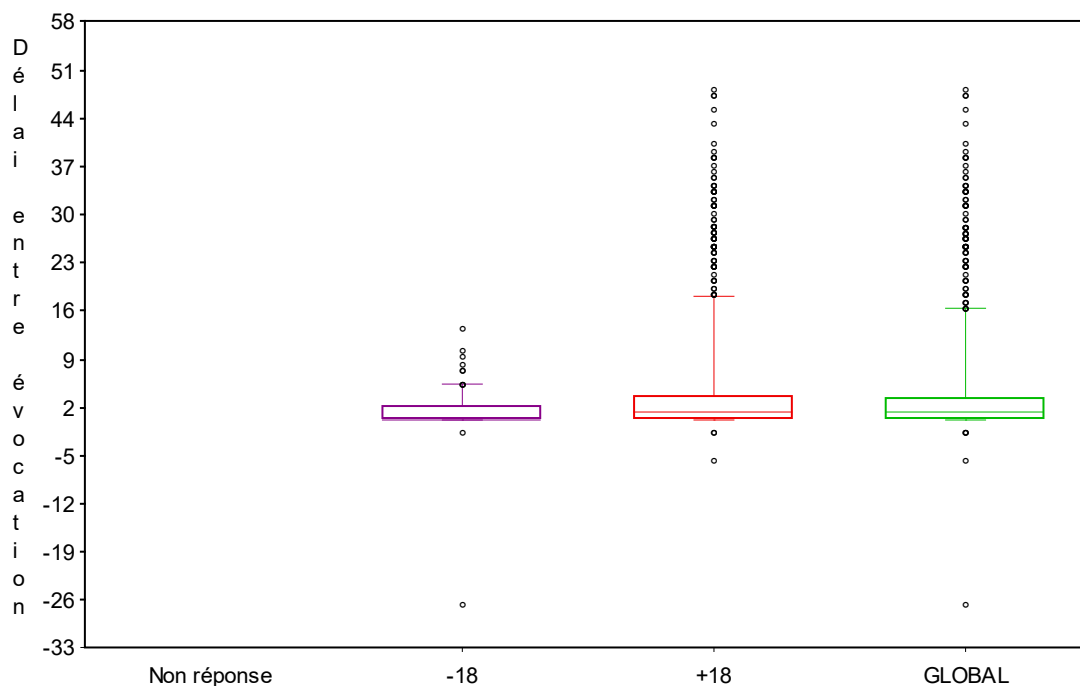
6. Comparaison de moyennes/ (Ecart type)

	Délai entre évocation et confirmation
-18	1,18 (3,86)
+18	4,74 (9,21)
GLOBAL	4,34 (8,84)

Test de la moyenne : Une case est soulignée lorsque la moyenne correspondante est significativement différente de la moyenne de la variable (risque de 5%)

Test de Fisher :

Délai entre évocation et confirmation : F=14,45 p=0,001 Discriminant



Statistiques sur : Délai entre évocation et confirmation pour chaque modalité de : 6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ?

	Mini	Maxi	Nombre	Sans rép	Intervalle de confiance à 95 %	1er décile	1er quartile	Médiane	3ème quartile	9ème décile	Valeurs inférieures au 1er décile	Valeurs supérieures au 9ème décile
Non réponse	.	.	0	11
-18	-26	14	99	2	0,76	0	0	0	2	5	2	9
+18	-5	49	784	12	0,64	0	0	1	3,5	18	3	76
GLOBAL	-26	49	883	25	0,58	0	0	1	3	16	5	82

12. Si oui : quel motif ?

	Occurrences	Fréquence
Trouble psychiatrique	94	42,9%
Angoisse existentielle	31	14,2%
Trouble somatique	28	12,8%
Trouble social	52	23,7%
Trouble psychologique	14	6,4%
Total / occurrences	219	

908 enregistrements / 177 textes codifiés / 219 occurrences

19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ? (avec regroupement des différentes orientations) / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=3,68 ddl=3 p=0,297 (Val. théoriques < 5 = 3)

	Trouble psychiatrique (anxiété, dépression, hallucinatio /Burn out)	Trouble social (difficultés d'adaptation socio-professionnelle)	Trouble somatique (problème physique)	Trouble psychologique (trouble de la personnalité)	Total
Oui	33	15	2	2	52
Non	46	13	9	2	70
Total	79	28	11	4	122

15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification / 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

Khi2=7,25 ddl=20 p=0,996 (Val. théoriques < 5 = 23)

	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic			5	1			6
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre		1	3	2	1		7
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue	1	4	10	5			20
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer			5	1	1		7
Non	4	48	271	268	69	7	667
Total	5	53	294	277	71	7	707

15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification / 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

Khi2=7,82 ddl=1 p=0,005 (Très significatif)

	-18 à 40	41 et +	Total
Oui directement ou indirectement	29	11	40
Non	323	344	667
Total	352	355	707

15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification / 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

Khi2=7,13 ddl=5 p=0,21 (Val. théoriques < 5 = 5)

	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
Oui directement ou indirectement	1	5	23	9	2		40
Non	4	48	271	268	69	7	667
Total	5	53	294	277	71	7	707

15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification / 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

Khi2=7,13 ddl=5 p=0,21 (Val. théoriques < 5 = 5)

	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
Oui directement ou indirectement	1	5	23	9	2		40
Non	4	48	271	268	69	7	667
Total	5	53	294	277	71	7	707

TRIS CROISES QUESTION 14

1. Quel âge avez-vous actuellement ? / 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v

Khi2=10,8 ddl=40 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 39)

	Moins d'une semaine	Entre une semaine et un mois	Entre un et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Plus d'un an	Plus de 5 ans	Plus de 10 ans	Plus de 20 ans
-18			1			1			
18-25	1	2	3	5	1	6	3	2	3
26-40	1	3	13	14	10	27	17	14	16
41-55	3	4	13	13	7	26	11	19	29
56-70			1			2	4	4	6
71+									
Total	5	9	31	32	20	64	31	39	54

R2. Quelle profession exercez-vous ? / 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v

Khi2=43,6 ddl=120 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 130)

	Moins d'une semaine	Entre une semaine et un mois	Entre un et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Plus d'un an	Plus de 5 ans	Plus de 10 ans	Plus de 20 ans
Administratif	1	1	1	2	1	2	3	4	6
Artisan/Commerçant						2			
Artistique			2		1	2	1	1	3
Autres			1		1	3	2	2	3
Commercial	1	1	1	1	1	1	1	2	3
Conseil/Consultant/coach	1	1	1	4	2	6	1	3	5
Directeur/Entrepreneur	1	1	5		1	1	2	1	6
Education/Formation	2	1	3	8	3	9	3	7	7
Etudiant		1	5	4	1	4	2	3	1
Finance					2	2	1	5	1
Juridique						1	1	1	
Psy							4	1	1
RH					1	1			
Sans Emploi / Retraité			3	7	1	9	1	2	6
Santé	1		2	2	3	8	2	2	6
Technicien/Ingé		3	8	4	6	19	10	7	11
Total	7	9	31	32	24	69	34	42	59

5. Qui a confirmé votre HPI ? / 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v

Khi2=12,5 ddl=56 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 61)

	Moins d'une semaine	Entre une semaine et un mois	Entre un et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Plus de 5 ans	Plus d'un an	Plus de 10 ans	Plus de 20 ans
Un membre de votre entourage personnel								1	
Un membre de votre entourage professionnel					1				
Un médecin d'une autre spécialité			1						
Un médecin généraliste							1		
Un psychiatre			1	1		1	4		1
Un psychologue	2	8	25	28	18	23	48	26	40
Vous-même	2		2	1		2	2	3	3
Un membre d'une association dédiée au HPI	1	1	2	2	1	5	9	9	10
Total	5	9	31	32	20	31	64	39	54

13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous / 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v

Khi2=13 ddl=40 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 44)

	Moins d'une semaine	Entre une semaine et un mois	Entre un et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Plus d'un an	Plus de 5 ans	Plus de 10 ans	Plus de 20 ans
(,quipe de chercheurs en psychologie, dans le cadre scolaire)									
Il l'a évoquée de sa propre initiative	2	1	5	5	1	8	1	2	5
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée			6	3	1	6	5	2	3
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée			1		2	2			1
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	1	6	10	18	14	27	16	21	29
Total	3	7	22	26	18	43	22	25	38

19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ? / 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v

Khi2=24,4 ddl=32 p=0,83 (Val. théoriques < 5 = 31)

	Moins d'une semaine	Entre une semaine et un mois	Entre un et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Plus d'un an	Plus de 5 ans	Plus de 10 ans	Plus de 20 ans
Oui, vers un autre intervenant professionnel			1				1	1	
Oui, vers un psychiatre		1	4	5	6	12	3	6	4
Oui, vers un psychologue	1	4	6	8	4	10	7	2	2
Oui, vers une association en lien avec le HPI	1					2			1
Non	2	2	19	16	9	37	15	26	42
Total	4	7	30	29	19	61	26	35	49

11. Avez-vous consulté votre médecin généraliste avant votre identification en t / 17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?

Khi2=47,2 ddl=2 p=0,001 (Très significatif)

	Oui	Non	Vous n'avez pas d'opinion	Total
Oui	77	14	50	141
Non	160	180	261	601
Total	237	194	311	742

15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification / 17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?

Khi2=23 ddl=8 p=0,003 (Val. théoriques < 5 = 10)

	Oui	Non	Vous n'avez pas d'opinion	Total
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic	5	1		6
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre	6		1	7
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue	14	1	5	20
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer	4	2	1	7
Non	193	165	281	639
Total	222	169	288	679

19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ? / 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

Khi2=5,96 ddl=20 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 22)

	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
Oui, vers un autre intervenant professionnel			2		1		3
Oui, vers un psychiatre		3	18	19	3		43
Oui, vers un psychologue	1	6	26	19	1		53
Oui, vers une association en lien avec le HPI			4		1		5
Non	2	24	130	132	34	2	324
Total	3	33	180	170	40	2	428

11. Avez-vous consulté votre médecin généraliste avant votre identification en t / 23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu

Khi2=7,06 ddl=4 p=0,131 (Peu significatif)

	Oui, dans tous les cas après formation initiale	Oui, s'il est HPI	Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes	Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale	Non, en aucun cas après formation initiale	Total
Oui	19	10	45	56	10	140
Non	106	62	216	231	101	716
Total	125	72	261	287	111	856

15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification / 23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu

Khi2=4,8 ddl=16 p=0,996 (Val. théoriques < 5 = 18)

	Oui, dans tous les cas après formation initiale	Oui, s'il est HPI	Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes	Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale	Non, en aucun cas après formation initiale	Total
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic	1	1	3	1		6
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre		1	3	3		7
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue	2	1	6	10		19
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer	3		3	1		7
Non	95	54	186	219	92	646
Total	101	57	201	234	92	685

Temps passé depuis la confirmation de votre HPI / 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v

Khi2=18,1 ddl=32 p=0,977 (Val. théoriques < 5 = 22)

	Moins d'une semaine	Entre une semaine et un mois	Entre un et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Plus d'un an	Plus de 5 ans	Plus de 10 ans	Plus de 20 ans
Conf -0			1						
Conf -1 an		4	3	3	3	11	3	4	8
Conf -3 ans	2	1	12	11	10	20	11	15	22
Conf -10 ans	2	1	12	10	4	19	13	14	19
Conf 10 et plus	1	3	3	8	3	14	4	6	4
Total	5	9	31	32	20	64	31	39	53

3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI / 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v

Khi2=8,6 ddl=32 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 25)

	Moins d'une semaine	Entre une semaine et un mois	Entre un et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Plus de 5 ans	Plus d'un an	Plus de 10 ans	Plus de 20 ans
Entourage Pro ou Perso	2	4	13	13	9	12	22	15	17
Vous-meme	2	2	8	9	6	13	20	16	23
Psychiatre ou psychologue		3	5	7	4	5	17	6	10
Un médecin d'une autre spécialité	1		1	1			2	1	2
Un médecin généraliste			3	2	1		2	1	2
Total	5	9	30	32	20	30	63	39	54

7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement / 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v

Khi2=10,3 ddl=32 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 28)

	Moins d'une semaine	Entre une semaine et un mois	Entre un et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Plus de 5 ans	Plus d'un an	Plus de 10 ans	Plus de 20 ans	Total
Non, elle l'a légèrement dégradée			1	3			2	1	1	
Non, pas significativement	1		3	3	5	3	11	5	9	
Oui, grandement	4	6	17	14	10	16	22	17	24	
Oui, légèrement		2	9	11	5	11	27	16	19	
Non, elle l'a fortement dégradée		1	1	1		1	1		1	
Total	5	9	31	32	20	31	63	39	54	

15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification / 14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès de lui et v

Khi2=11,9 ddl=32 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 37)

	Moins d'une semaine	Entre une semaine et un mois	Entre un et 3 mois	Entre 3 et 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Plus d'un an	Plus de 5 ans	Plus de 10 ans	Plus de 20 ans
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic	2						1	1	2
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre			3	1	1	2			
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue		2	4	4	3	5	1		
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer			2			1	2	1	1
Non	3	7	22	27	16	55	27	38	51
Total	5	9	31	32	20	64	31	39	54

TRIS CROISES QUESTION 17

3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI / 17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?

Khi2=9,3 ddl=8 p=0,317 (Val. théoriques < 5 = 5)

	Oui	Non	Vous n'avez pas d'opinion	Total
Entourage Pro ou Perso	86	87	125	298
Vous-meme	91	71	119	281
Psychiatre ou psychologue	47	30	57	134
Un médecin d'une autre spécialité	5	2	5	12
Un médecin généraliste	8	1	2	11
Total	237	191	308	736

13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous / 17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ?

Khi2=15,2 ddl=10 p=0,123 (Val. théoriques < 5 = 9)

	Oui	Non	Vous n'avez pas d'opinion	Total
(,quipe de chercheurs en psychologie, dans le cadre scolaire)				
Il l'a évoquée de sa propre initiative	23	5	4	32
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée	15	4	15	34
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	5		5	10
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	72	38	80	190
" (et je tiens ... préciser que j'aurais aimé avoir de la place pour laisser des c			1	1
Total	115	47	105	267

TRIS CROISES QUESTION 19

15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification / 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

Khi2=7,25 ddl=20 p=0,996 (Val. théoriques < 5 = 23)

	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic			5	1			6
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre		1	3	2	1		7
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue	1	4	10	5			20
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer			5	1	1		7
Non	4	48	271	268	69	7	667
Total	5	53	294	277	71	7	707

TRIS CROISES QUESTION 23

3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI / 23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu

Khi2=11,6 ddl=16 p=0,773 (Val. théoriques < 5 = 10)

	Oui, dans tous les cas après formation initiale	Oui, s'il est HPI	Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes	Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale	Non, en aucun cas après formation initiale	Total
Entourage Pro ou Perso	44	24	106	126	45	345
Vous-meme	53	24	106	104	44	331
Psychiatre ou psychologue	25	20	39	48	21	153
Un médecin d'une autre spécialité		2	6	3		11
Un médecin généraliste	2	1	4	3	1	11
Total	124	71	261	284	111	851

13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous / 23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu

Khi2=5,27 ddl=20 p=0,999 (Val. théoriques < 5 = 21)

	Oui, dans tous les cas après formation initiale	Oui, s'il est HPI	Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes	Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale	Non, en aucun cas après formation initiale	Total
(quipe de chercheurs en psychologie, dans le cadre scolaire)						
Il l'a évoquée de sa propre initiative	3	2	11	13	3	32
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée	8	3	11	12		34
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	1	2	4	3		10
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	23	22	48	75	21	189
" (et je tiens ... préciser que j'aurais aimé avoir de la place pour laisser des c	1					1
Total	36	29	74	103	24	266

TRIS CROISES QUESTION 25

5. Qui a confirmé votre HPI ? / 25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c

Khi2=59 ddl=28 p=0,001 (Val. théoriques < 5 = 26)

	Oui, avec le concours d'autres associations de personnes HPI	Oui, par des psychiatres	Oui, par des psychologues	Oui, volontiers réalisée avec Mensa France	Non, aucunement	Total
Un membre de votre entourage personnel		1	3	2		6
Un membre de votre entourage professionnel	1			1		2
Un médecin d'une autre spécialité		2	1	2		5
Un médecin généraliste			1			1
Un psychiatre	2	9	3	1	4	19
Un psychologue	84	29	316	146	36	611
Vous-même	6	5	22	19	6	58
Un membre d'une association dédiée au HPI	19	15	54	46	13	147
Total	112	61	400	217	59	849

TRIS CROISES PAR LA QUESTION 12 recodée

Groupe de questions : 25 q°
Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18					,2	,2
18-25	,2	,5				,8
26-40	1,1	,3	1,0	,2	,1	2,7
41-55	,3	1,0	,6		1,0	2,9
56-70	2,1		,4	,2		2,8
71+						
Total	3,8	1,8	2,0	,4	1,3	9,3

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18					2,4	2,4
18-25	2,3	5,8		,1		8,2
26-40	12,3	2,7	10,7	2,4	,9	29,1
41-55	3,1	10,7	6,5	,1	10,3	30,8
56-70	22,8		4,2	2,1	,5	29,6
71+						
Total	40,5	19,2	21,4	4,7	14,1	100,0

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Conf -0						
Conf -1 an	,7	,6		,1	,1	1,5
Conf -3 ans	,6		,2	,3	,3	1,3
Conf -10 ans	,2	,1	,1			,4
Conf 10 et plus	1,2	,3	,3	2,2		4,0
Total	2,6	1,1	,6	2,6	,3	7,2

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Conf -0	,1					,1
Conf -1 an	9,3	8,7	,2	1,3	,8	20,3
Conf -3 ans	7,9	,3	2,6	3,9	3,8	18,5
Conf -10 ans	2,1	1,3	1,5	,4		5,3
Conf 10 et plus	16,4	4,7	4,7	30,0		55,7
Total	35,8	15,0	9,0	35,6	4,6	100,0

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Evoc Moins de 0						
Evoc -1 an			,2			,3
Evoc -3 ans	1,4		,2	1,1	,1	2,9
Evoc -10 ans	,1	,4	,1	,4	,7	1,8
Evoc 10 ans et +	,5	,3	,1	,1		1,0
Total	2,0	,8	,7	1,7	,9	6,0

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Evoc Moins de 0	,1					,1
Evoc -1 an			4,2	,5		4,7
Evoc -3 ans	23,0	,8	4,0	18,3	2,4	48,5
Evoc -10 ans	2,0	6,7	,9	7,3	12,5	29,5
Evoc 10 ans et +	7,7	5,4	2,1	1,9		17,2
Total	32,9	13,0	11,2	28,0	14,9	100,0

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Administratif	10,2%	2,9%	9,7%	5,0%	10,0%	7,8%
Artisan/Commerçant			3,2%	1,7%		,8%
Artistique	1,0%	5,9%	6,5%	8,3%	10,0%	4,9%
Autres	4,1%	5,9%				2,5%
Commercial	3,1%	2,9%	3,2%	1,7%		2,5%
Conseil/Consultant/coach	8,2%	8,8%	12,9%	11,7%	20,0%	10,7%
Directeur/Entrepreneur	6,1%	8,8%	6,5%	5,0%	10,0%	6,6%
Education/Formation	16,3%	11,8%	16,1%	16,7%	10,0%	15,2%
Etudiant	7,1%	5,9%	6,5%	6,7%	5,0%	6,6%
Finance	5,1%	2,9%		1,7%	5,0%	3,3%
Juridique		2,9%	6,5%			1,2%
Psy	1,0%	5,9%			5,0%	1,6%
RH	1,0%					,4%
Sans Emploi / Retraité	6,1%	8,8%	3,2%	13,3%		7,4%
Santé	11,2%	8,8%	6,5%	8,3%	10,0%	9,5%
Technicien/Ingé	19,4%	17,6%	19,4%	20,0%	15,0%	18,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Administratif	52,6%	5,3%		15,8%		100,0%
Artisan/Commerçant			50,0%	50,0%		100,0%
Artistique	8,3%	16,7%	16,7%	41,7%	16,7%	100,0%
Autres	66,7%	33,3%				100,0%
Commercial	50,0%	16,7%	16,7%	16,7%		100,0%
Conseil/Consultant/coach	30,8%	11,5%	15,4%	26,9%	15,4%	100,0%
Directeur/Entrepreneur	37,5%	18,8%	12,5%	18,8%	12,5%	100,0%
Education/Formation	43,2%	10,8%	13,5%	27,0%	5,4%	100,0%
Etudiant	43,8%	12,5%	12,5%	25,0%	6,3%	100,0%
Finance	62,5%	12,5%		12,5%	12,5%	100,0%
Juridique		33,3%	66,7%			100,0%
Psy	25,0%	50,0%			25,0%	100,0%
RH	100,0%					100,0%
Sans Emploi / Retraité	33,3%	16,7%	5,6%	44,4%		100,0%
Santé	47,8%	13,0%	8,7%	21,7%	8,7%	100,0%
Technicien/Ingé	41,3%	13,0%	13,0%	26,1%	6,5%	100,0%
Total	40,3%	14,0%	12,8%	24,7%	8,2%	100,0%

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Administratif	5,1	4,5		2,4		12,0
Artisan/Commerçant			,6			,6
Artistique	18,4			4,9	1,3	24,6
Autres	2,9	2,3				5,2
Commercial						
Conseil/Consultant/coach	4,2		,1	,4	5,0	9,7
Directeur/Entrepreneur	,2	,2		,4	,1	1,0
Education/Formation	,6	1,9		,6	,8	3,9
Etudiant	,3					,3
Finance	3,1			1,1		4,2
Juridique		,1	10,1			10,2
Psy	,1	6,0			,3	6,3
RH	,1					,1
Sans Emploi / Retraité	1,6		2,5	13,5		17,6
Santé	2,3		,6	,6		3,4
Technicien/Ingé	,1	,2		,3	,2	,8
Total	39,0	15,2	13,9	24,2	7,7	100,0

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Entourage Pro ou Perso	,8	,5		,4		1,7
Vous-meme	,1	,1	,2	,2		,6
Psychiatre ou psychologue	,6	,7	,1		,1	1,5
Un médecin d'une autre spécialité		,1				,1
Un médecin généraliste					1,1	1,2
Total	1,5	1,4	,3	,6	1,2	5,0

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Entourage Pro ou Perso	15,4	10,2	,5	7,4		33,5
Vous-meme	1,7	1,9	3,0	4,7	,1	11,5
Psychiatre ou psychologue	11,8	13,7	2,4	,3	1,4	29,6
Un médecin d'une autre spécialité		2,3				2,3
Un médecin généraliste				,4	22,8	23,2
Total	28,9	28,1	5,8	12,8	24,3	100,0

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18	,1		,4	1,6	,3	2,4
18-25		,2		1,0	,3	1,4
26-40	1,0	1,2		,5		2,7
41-55	,5	1,0		,4		1,9
56-70	,1		,2			,4
71 et plus						
Total	1,7	2,4	,8	3,4	,6	8,9

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18	1,0		5,1	18,0	3,0	27,0
18-25	,4	2,1		10,8	2,8	16,1
26-40	11,1	13,9	,3	5,4	,2	30,9
41-55	5,9	11,1	,4	4,0	,3	21,7
56-70	1,2		2,8	,3		4,3
71 et plus						
Total	19,5	27,1	8,6	38,5	6,2	100,0

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Un membre de votre entourage personnel	100,0%					100,0%
Un membre de votre entourage professionnel	100,0%					100,0%
Un médecin d'une autre spécialité				100,0%		100,0%
Un médecin généraliste	100,0%					100,0%
Un psychiatre	83,3%			16,7%		100,0%
Un psychologue	39,5%	16,7%	12,3%	24,1%	7,4%	100,0%
Vous-même	50,0%	14,3%	21,4%	14,3%		100,0%
Un membre d'une association dédiée au HPI	45,5%	6,1%	15,2%	27,3%	6,1%	100,0%
Total	42,9%	14,2%	12,8%	23,7%	6,4%	100,0%

Tableau : Ecarts

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
Un membre de votre entourage personnel	,1				
Un membre de votre entourage professionnel	,1				
Un médecin d'une autre spécialité				,3	
Un médecin généraliste	,1				
Un psychiatre	1,9				
Un psychologue		4,1		,5	1,6
Vous-même	1,0		,7		
Un membre d'une association dédiée au HPI	,8		,3	1,2	

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Un membre de votre entourage personnel						
Un membre de votre entourage professionnel						
Un médecin d'une autre spécialité				,1		,1
Un médecin généraliste						
Un psychiatre	1,2					1,2
Un psychologue	,4	,7			,3	1,5
Vous-même	,2		,2	,2		,6
Un membre d'une association dédiée au HPI		1,1		,2		1,4
Total	1,9	1,9	,3	,5	,3	4,8

6. Quel âge aviez-vous au moment de la confirmation de votre HPI ? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=15 ddl=20 p=0,777 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 17)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18	7	1	1	10	2	21
18-25	13	3	5	6	1	28
26-40	49	13	11	16	7	96
41-55	22	12	9	16	3	62
56-70	2	2	2	4	1	11
Total	93	31	28	52	14	218

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18	3,2%	,5%	,5%	4,6%	,9%	9,6%
18-25	6,0%	1,4%	2,3%	2,8%	,5%	12,8%
26-40	22,5%	6,0%	5,0%	7,3%	3,2%	44,0%
41-55	10,1%	5,5%	4,1%	7,3%	1,4%	28,4%
56-70	,9%	,9%	,9%	1,8%	,5%	5,0%
Total	42,7%	14,2%	12,8%	23,9%	6,4%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18	7,5%	3,2%	3,6%	19,2%	14,3%	9,6%
18-25	14,0%	9,7%	17,9%	11,5%	7,1%	12,8%
26-40	52,7%	41,9%	39,3%	30,8%	50,0%	44,0%
41-55	23,7%	38,7%	32,1%	30,8%	21,4%	28,4%
56-70	2,2%	6,5%	7,1%	7,7%	7,1%	5,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18	33,3%	4,8%	4,8%	47,6%	9,5%	100,0%
18-25	46,4%	10,7%	17,9%	21,4%	3,6%	100,0%
26-40	51,0%	13,5%	11,5%	16,7%	7,3%	100,0%
41-55	35,5%	19,4%	14,5%	25,8%	4,8%	100,0%
56-70	18,2%	18,2%	18,2%	36,4%	9,1%	100,0%
Total	42,7%	14,2%	12,8%	23,9%	6,4%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
-18				5,0	,2
18-25	1,1		,9		
26-40	8,0				,8
41-55		3,2	1,0	1,2	
56-70			,1	,9	
71+					

Délai entre évocation et confirmation / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=9,14 ddl=16 p=0,908 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 12)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Evoc à Conf -0	1		1	1		3
Evoc à Conf -1	35	9	13	23	5	85
Evoc à Conf -3	32	6	5	12	5	60
Evoc à Conf -10	10	6	5	10	2	33
Evoc à Conf 10 et plus	14	8	4	6	2	34
Total	92	29	28	52	14	215

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Evoc à Conf -0	,5%		,5%	,5%		1,4%
Evoc à Conf -1	16,3%	4,2%	6,0%	10,7%	2,3%	39,5%
Evoc à Conf -3	14,9%	2,8%	2,3%	5,6%	2,3%	27,9%
Evoc à Conf -10	4,7%	2,8%	2,3%	4,7%	,9%	15,3%
Evoc à Conf 10 et plus	6,5%	3,7%	1,9%	2,8%	,9%	15,8%
Total	42,8%	13,5%	13,0%	24,2%	6,5%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Evoc à Conf -0	1,1%		3,6%	1,9%		1,4%
Evoc à Conf -1	38,0%	31,0%	46,4%	44,2%	35,7%	39,5%
Evoc à Conf -3	34,8%	20,7%	17,9%	23,1%	35,7%	27,9%
Evoc à Conf -10	10,9%	20,7%	17,9%	19,2%	14,3%	15,3%
Evoc à Conf 10 et plus	15,2%	27,6%	14,3%	11,5%	14,3%	15,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Evoc à Conf -0	33,3%		33,3%	33,3%		100,0%
Evoc à Conf -1	41,2%	10,6%	15,3%	27,1%	5,9%	100,0%
Evoc à Conf -3	53,3%	10,0%	8,3%	20,0%	8,3%	100,0%
Evoc à Conf -10	30,3%	18,2%	15,2%	30,3%	6,1%	100,0%
Evoc à Conf 10 et plus	41,2%	23,5%	11,8%	17,6%	5,9%	100,0%
Total	42,8%	13,5%	13,0%	24,2%	6,5%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
Evoc à Conf -0			,1		
Evoc à Conf -1			1,9	2,4	
Evoc à Conf -3	6,3				,6
Evoc à Conf -10		1,0	,2	2,0	
Evoc à Conf 10 et plus		2,9			

7. Dans votre cas, estimez-vous que l'identification de votre HPI a globalement / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=8,17 ddl=16 p=0,944 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 14)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Non, elle l'a légèrement dégradée	1			3		4
Non, pas significativement	16	6	5	3	2	32
Oui, grandement	41	17	15	26	8	107
Oui, légèrement	35	7	8	18	4	72
Non, elle l'a fortement dégradée	1	1		2		4
Total	94	31	28	52	14	219

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Non, elle l'a légèrement dégradée	,5%			1,4%		1,8%
Non, pas significativement	7,3%	2,7%	2,3%	1,4%	,9%	14,6%
Oui, grandement	18,7%	7,8%	6,8%	11,9%	3,7%	48,9%
Oui, légèrement	16,0%	3,2%	3,7%	8,2%	1,8%	32,9%
Non, elle l'a fortement dégradée	,5%	,5%		,9%		1,8%
Total	42,9%	14,2%	12,8%	23,7%	6,4%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Non, elle l'a légèrement dégradée	1,1%			5,8%		1,8%
Non, pas significativement	17,0%	19,4%	17,9%	5,8%	14,3%	14,6%
Oui, grandement	43,6%	54,8%	53,6%	50,0%	57,1%	48,9%
Oui, légèrement	37,2%	22,6%	28,6%	34,6%	28,6%	32,9%
Non, elle l'a fortement dégradée	1,1%	3,2%		3,8%		1,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Non, elle l'a légèrement dégradée	25,0%			75,0%		100,0%
Non, pas significativement	50,0%	18,8%	15,6%	9,4%	6,3%	100,0%
Oui, grandement	38,3%	15,9%	14,0%	24,3%	7,5%	100,0%
Oui, légèrement	48,6%	9,7%	11,1%	25,0%	5,6%	100,0%
Non, elle l'a fortement dégradée	25,0%	25,0%		50,0%		100,0%
Total	42,9%	14,2%	12,8%	23,7%	6,4%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
Non, elle l'a légèrement dégradée				1,6	
Non, pas significativement	2,3	1,0	,4		
Oui, grandement		1,9	1,3	,6	1,2
Oui, légèrement	4,1			,9	
Non, elle l'a fortement dégradée				,6	

8. Incidence de la confirmation HPI dans votre vie ? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=15,6 ddl=32 p=0,993 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 28)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Compréhension / Connaissance de soi	36	13	8	21	5	83
Acceptation de soi	22	10	8	8	6	54
Confiance en soi / Estime et Affirmation de soi	21	3	4	14		42
Amélioration des relations / Acceptation des autres	6	2	1	1		10
Adaptation sociale / professionnelle /scolaire / médicale	9	2	4	8		23
Sentiment d'appartenance	7	3	3	4	1	18
Incidences négatives	7	3	3	9	1	23
Sans incidence ou non pris en considération	3		3	3	1	10
Accompagnement psychologique et psychiatrique	5		1	3		9
Total	116	36	35	71	14	272

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Compréhension / Connaissance de soi	13,2%	4,8%	2,9%	7,7%	1,8%	30,5%
Acceptation de soi	8,1%	3,7%	2,9%	2,9%	2,2%	19,9%
Confiance en soi / Estime et Affirmation de soi	7,7%	1,1%	1,5%	5,1%		15,4%
Amélioration des relations / Acceptation des autres	2,2%	,7%	,4%	,4%		3,7%
Adaptation sociale / professionnelle /scolaire / médicale	3,3%	,7%	1,5%	2,9%		8,5%
Sentiment d'appartenance	2,6%	1,1%	1,1%	1,5%	,4%	6,6%
Incidences négatives	2,6%	1,1%	1,1%	3,3%	,4%	8,5%
Sans incidence ou non pris en considération	1,1%		1,1%	1,1%	,4%	3,7%
Accompagnement psychologique et psychiatrique	1,8%		,4%	1,1%		3,3%
Total	42,6%	13,2%	12,9%	26,1%	5,1%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Compréhension / Connaissance de soi	31,0%	36,1%	22,9%	29,6%	35,7%	30,5%
Acceptation de soi	19,0%	27,8%	22,9%	11,3%	42,9%	19,9%
Confiance en soi / Estime et Affirmation de soi	18,1%	8,3%	11,4%	19,7%		15,4%
Amélioration des relations / Acceptation des autres	5,2%	5,6%	2,9%	1,4%		3,7%
Adaptation sociale / professionnelle /scolaire / médicale	7,8%	5,6%	11,4%	11,3%		8,5%
Sentiment d'appartenance	6,0%	8,3%	8,6%	5,6%	7,1%	6,6%
Incidences négatives	6,0%	8,3%	8,6%	12,7%	7,1%	8,5%
Sans incidence ou non pris en considération	2,6%		8,6%	4,2%	7,1%	3,7%
Accompagnement psychologique et psychiatrique	4,3%		2,9%	4,2%		3,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Compréhension / Connaissance de soi	,1	2,4	4,3	,1	,1	7,0
Acceptation de soi	,3	7,3	1,0	16,9	14,5	40,1
Confiance en soi / Estime et Affirmation de soi	3,4	7,6	2,3	5,4		18,7
Amélioration des relations / Acceptation des autres	2,1	,1		3,8		5,9
Adaptation sociale / professionnelle /scolaire / médicale	,4	,7	,5	4,3		6,0
Sentiment d'appartenance	,4		,1	,1		,6
Incidences négatives	5,2			9,6		14,8
Sans incidence ou non pris en considération	1,0		5,3			6,3
Accompagnement psychologique et psychiatrique	,6			,1		,7
Total	13,5	18,1	13,6	40,2	14,6	100,0

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en quali	1,4	2,3			,2	
Oui, systématiquement et à tout âge			2,5	3,3		
En aucun cas						
Oui, systématiquement avant 18 ans seulement	,4				,2	
Oui, systématiquement après 18 ans seulement	,2					

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en quali		,4	,2	,3		,9
Oui, systématiquement et à tout âge	,2	,3	,4	,4	,1	1,3
En aucun cas						
Oui, systématiquement avant 18 ans seulement						,1
Oui, systématiquement après 18 ans seulement						
Total	,3	,7	,6	,6	,1	2,3

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en quali	2,1	17,3	8,5	11,3	,5	39,7
Oui, systématiquement et à tout âge	7,2	11,4	17,8	16,0	3,0	55,5
En aucun cas						
Oui, systématiquement avant 18 ans seulement	2,0				1,7	3,8
Oui, systématiquement après 18 ans seulement	1,1					1,1
Total	12,4	28,7	26,4	27,4	5,2	100,0

11. Avez-vous consulté votre médecin généraliste avant votre identification en t / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=3,99 ddl=4 p=0,408 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 1)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui	74	22	17	39	10	162
Non	20	9	11	12	4	56
Total	94	31	28	51	14	218

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui	33,9%	10,1%	7,8%	17,9%	4,6%	74,3%
Non	9,2%	4,1%	5,0%	5,5%	1,8%	25,7%
Total	43,1%	14,2%	12,8%	23,4%	6,4%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui	78,7%	71,0%	60,7%	76,5%	71,4%	74,3%
Non	21,3%	29,0%	39,3%	23,5%	28,6%	25,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui	45,7%	13,6%	10,5%	24,1%	6,2%	100,0%
Non	35,7%	16,1%	19,6%	21,4%	7,1%	100,0%
Total	43,1%	14,2%	12,8%	23,4%	6,4%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	
Oui	4,1			1,1		
Non		1,0	3,8			

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui	,2		,7			1,0
Non	,7	,1	2,0	,1		3,0
Total	1,0	,2	2,7	,1		4,0

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui	6,2	1,2	17,5	,8	,4	26,0
Non	17,8	3,4	50,5	2,3		74,0
Total	24,0	4,5	67,9	3,1	,4	100,0

13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité que vous / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=2,21 ddl=20 p=0,999 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 23)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Il l'a évoquée de sa propre initiative	7	3		7	2	19
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée	6	2	2	5	1	16
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	3			1		4
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	45	14	14	23	5	101
Total	61	19	16	36	8	140

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Il l'a évoquée de sa propre initiative	5,0%	2,1%		5,0%	1,4%	13,6%
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée	4,3%	1,4%	1,4%	3,6%	,7%	11,4%
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	2,1%			,7%		2,9%
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	32,1%	10,0%	10,0%	16,4%	3,6%	72,1%
Total	43,6%	13,6%	11,4%	25,7%	5,7%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Il l'a évoquée de sa propre initiative	11,5%	15,8%		19,4%	25,0%	13,6%
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée	9,8%	10,5%	12,5%	13,9%	12,5%	11,4%
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	4,9%			2,8%		2,9%
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	73,8%	73,7%	87,5%	63,9%	62,5%	72,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Il l'a évoquée de sa propre initiative	36,8%	15,8%		36,8%	10,5%	100,0%
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée	37,5%	12,5%	12,5%	31,3%	6,3%	100,0%
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	75,0%			25,0%		100,0%
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	44,6%	13,9%	13,9%	22,8%	5,0%	100,0%
Total	43,6%	13,6%	11,4%	25,7%	5,7%	100,0%

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
HPI identifié ou confirmé par MG	,3		,6	1,0	,1	2,1
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	,3					,3
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis			,5	,3	,1	1,0
Total	,6		1,2	1,3	,2	3,3

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
HPI identifié ou confirmé par MG	10,0		19,3	30,1	3,0	62,4
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	7,7					7,7
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	,7	,2	15,7	10,2	3,1	29,9
Total	18,3	,2	35,1	40,3	6,1	100,0

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic	100,0%					100,0%
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre	50,0%			50,0%		100,0%
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue	30,4%	17,4%	8,7%	34,8%	8,7%	100,0%
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer	40,0%	10,0%	10,0%	20,0%	20,0%	100,0%
Non	44,6%	14,3%	14,3%	21,7%	5,1%	100,0%
Total	43,3%	14,0%	13,0%	23,7%	6,0%	100,0%

Tableau : Ecarts

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic	,1					
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre				1,1		
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue		,3		2,5	,1	
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer					,9	
Non	2,3	,6	2,2			

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic						
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre				,6		,6
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue	,9		,1	1,2		2,2
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer					,7	,7
Non	,1		,2	,3	,2	,8
Total	,9		,3	2,1	1,0	4,4

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic	,1					,1
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre				13,8		13,8
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue	20,1	,5	2,3	27,3	,1	50,3
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer					16,7	16,7
Non	1,6	,3	4,9	6,8	5,4	19,1
Total	21,8	,8	7,2	47,9	22,2	100,0

16. Si non : l'a-t-il retardée ? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=6,59 ddl=12 p=0,884 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 9)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Non concerné (il l'a accélérée par son action)	8	3	1	8	2	22
Oui, d'un délai que vous jugez péjoratif sur votre qualité de vie ultérieure	20	9	9	12	5	55
Oui, d'un délai que vous jugez sans conséquence sur votre qualité de vie ultérieure	2		1	2		5
Non	57	16	15	25	4	117
Total	87	28	26	47	11	199

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Non concerné (il l'a accélérée par son action)	4,0%	1,5%	,5%	4,0%	1,0%	11,1%
Oui, d'un délai que vous jugez péjoratif sur votre qualité de vie ultérieure	10,1%	4,5%	4,5%	6,0%	2,5%	27,6%
Oui, d'un délai que vous jugez sans conséquence sur votre qualité de vie ultérieure	1,0%		,5%	1,0%		2,5%
Non	28,6%	8,0%	7,5%	12,6%	2,0%	58,8%
Total	43,7%	14,1%	13,1%	23,6%	5,5%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Non concerné (il l'a accélérée par son action)	9,2%	10,7%	3,8%	17,0%	18,2%	11,1%
Oui, d'un délai que vous jugez péjoratif sur votre qualité de vie ultérieure	23,0%	32,1%	34,6%	25,5%	45,5%	27,6%
Oui, d'un délai que vous jugez sans conséquence sur votre qualité de vie ultérieure	2,3%		3,8%	4,3%		2,5%
Non	65,5%	57,1%	57,7%	53,2%	36,4%	58,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Non concerné (il l'a accélérée par son action)	36,4%	13,6%	4,5%	36,4%	9,1%	100,0%
Oui, d'un délai que vous jugez péjoratif sur votre qualité de vie ultérieure	36,4%	16,4%	16,4%	21,8%	9,1%	100,0%
Oui, d'un délai que vous jugez sans conséquence sur votre qualité de vie ultérieure	40,0%		20,0%	40,0%		100,0%
Non	48,7%	13,7%	12,8%	21,4%	3,4%	100,0%
Total	43,7%	14,1%	13,1%	23,6%	5,5%	100,0%

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui	,3		,4	,2	11,9	12,8
Vous n'avez pas d'opinion	7,4	9,9	3,8	,4	35,3	56,9
Non	10,2	16,0	,8		3,3	30,3
Total	17,9	25,9	5,0	,7	50,6	100,0

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
Oui, vers un autre intervenant professionnel		,2			
Oui, vers un psychiatre	4,8				
Oui, vers un psychologue	,5			2,0	,1
Oui, vers une association en lien avec le HPI					
Non		4,0	3,5		

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, vers un autre intervenant professionnel		,1				,1
Oui, vers un psychiatre	1,5	1,8	,2			3,5
Oui, vers un psychologue		,4	,3	,5		1,2
Oui, vers une association en lien avec le HPI						
Non	,6	,9	,8	,1		2,4
Total	2,1	3,1	1,3	,6		7,1

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, vers un autre intervenant professionnel		,8				,8
Oui, vers un psychiatre	21,6	25,3	2,4	,1		49,5
Oui, vers un psychologue	,2	5,3	4,7	6,4		16,6
Oui, vers une association en lien avec le HPI						
Non	8,1	12,5	11,0	1,5		33,1
Total	30,0	43,9	18,1	8,0		100,0

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
NC : MG n'a pas participé à la détection			,3	,1		,3
Oui		,2	,9	,3		1,4
Non		,1		,2	,1	,4
Total	,1	,2	1,2	,5	,1	2,1

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
NC : MG n'a pas participé à la détection	,4		12,6	2,6		15,6
Oui	,5	8,0	41,7	13,4	1,4	65,0
Non	2,2	3,6	1,1	9,3	3,2	19,4
Total	3,1	11,6	55,4	25,3	4,5	100,0

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Je sais que non		3,3	7,8	1,6	,2	12,9
Je sais que oui	56,1		10,4			66,6
Je l'ignore	4,6	2,4	11,7	1,2	,7	20,5
Total	60,8	5,7	29,9	2,7	,9	100,0

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, je pense qu'il est obligatoire				,3		,3
Oui, je pense qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est une aide					,1	,1
Non, aucunement			,3	,1		,4
Total			,3	,4	,1	,8

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, je pense qu'il est obligatoire	3,4	,1		30,6		34,0
Oui, je pense qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est une aide	1,1	2,2	5,4		8,1	16,8
Non, aucunement			31,0	18,1		49,1
Total	4,5	2,3	36,4	48,7	8,1	100,0

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, dans tous les cas après formation initiale	56,0%	4,0%	20,0%	16,0%	4,0%	100,0%
Oui, s'il est HPI	40,0%	13,3%		40,0%	6,7%	100,0%
Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes	42,9%	15,6%	11,7%	27,3%	2,6%	100,0%
Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale	40,3%	15,6%	13,0%	20,8%	10,4%	100,0%
Non, en aucun cas après formation initiale	37,5%	12,5%	18,8%	25,0%	6,3%	100,0%
Total	42,9%	13,8%	12,9%	24,3%	6,2%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
Oui, dans tous les cas après formation initiale	3,3		1,3		
Oui, s'il est HPI				1,9	
Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes		1,4		2,3	
Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale		1,4	,1		2,7
Non, en aucun cas après formation initiale			,4		

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, dans tous les cas après formation initiale	1,0	1,3	,4	,7		3,5
Oui, s'il est HPI				,8		,9
Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes		,2	,1	,3	1,2	1,7
Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale	,1	,2		,4	1,4	2,1
Non, en aucun cas après formation initiale	,1		,1			,2
Total	1,3	1,6	,6	2,2	2,6	8,3

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, dans tous les cas après formation initiale	12,1	15,5	5,3	8,5		41,4
Oui, s'il est HPI	,3			10,0		10,3
Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes		2,1	1,0	3,4	14,4	20,9
Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale	1,5	2,1		4,7	17,0	25,2
Non, en aucun cas après formation initiale	1,3		,9			2,2
Total	15,1	19,7	7,2	26,5	31,4	100,0

25. Pensez-vous qu'il puisse être bénéfique pour les adultes HPI d'intégrer au c / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=2,83 ddl=16 p=0,999 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 13)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, avec le concours d'autres associations de personnes HPI	16	4	6	7	4	37
Oui, par des psychiatres	5	2	1	2		10
Oui, par des psychologues	43	13	11	24	5	96
Oui, volontiers réalisée avec Mensa France	24	11	9	16	5	65
Non, aucunement	3			2		5
Total	91	30	27	51	14	213

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, avec le concours d'autres associations de personnes HPI	7,5%	1,9%	2,8%	3,3%	1,9%	17,4%
Oui, par des psychiatres	2,3%	,9%	,5%	,9%		4,7%
Oui, par des psychologues	20,2%	6,1%	5,2%	11,3%	2,3%	45,1%
Oui, volontiers réalisée avec Mensa France	11,3%	5,2%	4,2%	7,5%	2,3%	30,5%
Non, aucunement	1,4%			,9%		2,3%
Total	42,7%	14,1%	12,7%	23,9%	6,6%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, avec le concours d'autres associations de personnes HPI	17,6%	13,3%	22,2%	13,7%	28,6%	17,4%
Oui, par des psychiatres	5,5%	6,7%	3,7%	3,9%		4,7%
Oui, par des psychologues	47,3%	43,3%	40,7%	47,1%	35,7%	45,1%
Oui, volontiers réalisée avec Mensa France	26,4%	36,7%	33,3%	31,4%	35,7%	30,5%
Non, aucunement	3,3%			3,9%		2,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, avec le concours d'autres associations de personnes HPI	43,2%	10,8%	16,2%	18,9%	10,8%	100,0%
Oui, par des psychiatres	50,0%	20,0%	10,0%	20,0%		100,0%
Oui, par des psychologues	44,8%	13,5%	11,5%	25,0%	5,2%	100,0%
Oui, volontiers réalisée avec Mensa France	36,9%	16,9%	13,8%	24,6%	7,7%	100,0%
Non, aucunement	60,0%			40,0%		100,0%
Total	42,7%	14,1%	12,7%	23,9%	6,6%	100,0%

1. Quel âge avez-vous actuellement ? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=9,28 ddl=20 p=0,979 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 18)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18				1	1	2
18-25	9	1	2	5	1	18
26-40	49	12	9	21	7	98
41-55	32	15	13	19	3	82
56-70	4	3	4	6	2	19
Total	94	31	28	52	14	219

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18				,5%	,5%	,9%
18-25	4,1%	,5%	,9%	2,3%	,5%	8,2%
26-40	22,4%	5,5%	4,1%	9,6%	3,2%	44,7%
41-55	14,6%	6,8%	5,9%	8,7%	1,4%	37,4%
56-70	1,8%	1,4%	1,8%	2,7%	,9%	8,7%
Total	42,9%	14,2%	12,8%	23,7%	6,4%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18				1,9%	7,1%	,9%
18-25	9,6%	3,2%	7,1%	9,6%	7,1%	8,2%
26-40	52,1%	38,7%	32,1%	40,4%	50,0%	44,7%
41-55	34,0%	48,4%	46,4%	36,5%	21,4%	37,4%
56-70	4,3%	9,7%	14,3%	11,5%	14,3%	8,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18				50,0%	50,0%	100,0%
18-25	50,0%	5,6%	11,1%	27,8%	5,6%	100,0%
26-40	50,0%	12,2%	9,2%	21,4%	7,1%	100,0%
41-55	39,0%	18,3%	15,9%	23,2%	3,7%	100,0%
56-70	21,1%	15,8%	21,1%	31,6%	10,5%	100,0%
Total	42,9%	14,2%	12,8%	23,7%	6,4%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
-18					,4
18-25	1,3			,2	
26-40	6,9				,7
41-55		3,4	2,5		
56-70			1,1	1,0	,3
71+					

Temps passé deuis la confirmation de votre HPI / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=7,22 ddl=16 p=0,969 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 12)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Conf -0	1					1
Conf -1 an	11	7	5	7	3	33
Conf -3 ans	39	12	9	17	4	81
Conf -10 ans	32	9	8	16	5	70
Conf 10 et plus	10	3	6	12	2	33
Total	93	31	28	52	14	218

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Conf -0	,5%					,5%
Conf -1 an	5,0%	3,2%	2,3%	3,2%	1,4%	15,1%
Conf -3 ans	17,9%	5,5%	4,1%	7,8%	1,8%	37,2%
Conf -10 ans	14,7%	4,1%	3,7%	7,3%	2,3%	32,1%
Conf 10 et plus	4,6%	1,4%	2,8%	5,5%	,9%	15,1%
Total	42,7%	14,2%	12,8%	23,9%	6,4%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Conf -0	1,1%					,5%
Conf -1 an	11,8%	22,6%	17,9%	13,5%	21,4%	15,1%
Conf -3 ans	41,9%	38,7%	32,1%	32,7%	28,6%	37,2%
Conf -10 ans	34,4%	29,0%	28,6%	30,8%	35,7%	32,1%
Conf 10 et plus	10,8%	9,7%	21,4%	23,1%	14,3%	15,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Conf -0	100,0%					100,0%
Conf -1 an	33,3%	21,2%	15,2%	21,2%	9,1%	100,0%
Conf -3 ans	48,1%	14,8%	11,1%	21,0%	4,9%	100,0%
Conf -10 ans	45,7%	12,9%	11,4%	22,9%	7,1%	100,0%
Conf 10 et plus	30,3%	9,1%	18,2%	36,4%	6,1%	100,0%
Total	42,7%	14,2%	12,8%	23,9%	6,4%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
Conf -0	,1				
Conf -1 an		1,8	,3		,4
Conf -3 ans	4,4	,5			
Conf -10 ans	2,1				
Conf 10 et plus			1,3	4,1	

Temps passé depuis l'évocation de votre HPI / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=5,98 ddl=16 p=0,988 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 12)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Evoc Moins de 0	1					1
Evoc -1 an	3	1	2	1		7
Evoc -3 ans	26	7	5	8	2	48
Evoc -10 ans	37	10	11	25	8	91
Evoc 10 ans et +	26	11	10	18	4	69
Total	93	29	28	52	14	216

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Evoc Moins de 0	,5%					,5%
Evoc -1 an	1,4%	,5%	,9%	,5%		3,2%
Evoc -3 ans	12,0%	3,2%	2,3%	3,7%	,9%	22,2%
Evoc -10 ans	17,1%	4,6%	5,1%	11,6%	3,7%	42,1%
Evoc 10 ans et +	12,0%	5,1%	4,6%	8,3%	1,9%	31,9%
Total	43,1%	13,4%	13,0%	24,1%	6,5%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Evoc Moins de 0	1,1%					,5%
Evoc -1 an	3,2%	3,4%	7,1%	1,9%		3,2%
Evoc -3 ans	28,0%	24,1%	17,9%	15,4%	14,3%	22,2%
Evoc -10 ans	39,8%	34,5%	39,3%	48,1%	57,1%	42,1%
Evoc 10 ans et +	28,0%	37,9%	35,7%	34,6%	28,6%	31,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Evoc Moins de 0	100,0%					100,0%
Evoc -1 an	42,9%	14,3%	28,6%	14,3%		100,0%
Evoc -3 ans	54,2%	14,6%	10,4%	16,7%	4,2%	100,0%
Evoc -10 ans	40,7%	11,0%	12,1%	27,5%	8,8%	100,0%
Evoc 10 ans et +	37,7%	15,9%	14,5%	26,1%	5,8%	100,0%
Total	43,1%	13,4%	13,0%	24,1%	6,5%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
Evoc Moins de 0	,1				
Evoc -1 an			,6		
Evoc -3 ans	5,3	,6			
Evoc -10 ans				3,1	2,1
Evoc 10 ans et +		1,7	1,1	1,4	

R2. Quelle profession exercez-vous ? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=13,9 ddl=60 p=0,999 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 65)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Administratif	10	1	3	3	2	19
Artisan/Commerçant			1	1		2
Artistique	1	2	2	5	2	12
Autres	4	2				6
Commercial	3	1	1	1		6
Conseil/Consultant/coach	8	3	4	7	4	26
Directeur/Entrepreneur	6	3	2	3	2	16
Education/Formation	16	4	5	10	2	37
Etudiant	7	2	2	4	1	16
Finance	5	1		1	1	8
Juridique		1	2			3
Psy	1	2			1	4
RH	1					1
Sans Emploi / Retraité	6	3	1	8		18
Santé	11	3	2	5	2	23
Technicien/Ingé	19	6	6	12	3	46
Total	98	34	31	60	20	243

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Administratif	4,1%	,4%	1,2%	1,2%	,8%	7,8%
Artisan/Commerçant			,4%	,4%		,8%
Artistique	,4%	,8%	,8%	2,1%	,8%	4,9%
Autres	1,6%	,8%				2,5%
Commercial	1,2%	,4%	,4%	,4%		2,5%
Conseil/Consultant/coach	3,3%	1,2%	1,6%	2,9%	1,6%	10,7%
Directeur/Entrepreneur	2,5%	1,2%	,8%	1,2%	,8%	6,6%
Education/Formation	6,6%	1,6%	2,1%	4,1%	,8%	15,2%
Etudiant	2,9%	,8%	,8%	1,6%	,4%	6,6%
Finance	2,1%	,4%		,4%	,4%	3,3%
Juridique		,4%	,8%			1,2%
Psy	,4%	,8%			,4%	1,6%
RH	,4%					,4%
Sans Emploi / Retraité	2,5%	1,2%	,4%	3,3%		7,4%
Santé	4,5%	1,2%	,8%	2,1%	,8%	9,5%
Technicien/Ingé	7,8%	2,5%	2,5%	4,9%	1,2%	18,9%
Total	40,3%	14,0%	12,8%	24,7%	8,2%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
Administratif	2,3		,1		
Artisan/Commerçant			,2		
Artistique				1,5	,5
Autres	1,1	,7			
Commercial	,1				
Conseil/Consultant/coach			,2	,6	1,4
Directeur/Entrepreneur		,3			,2
Education/Formation	1,1			,9	
Etudiant	,5				
Finance	1,3				
Juridique		,1	1,1		
Psy		,9			,2
RH	,1				
Sans Emploi / Retraité				3,1	
Santé	1,7				
Technicien/Ingé	,4		,1	,6	

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Administratif	,7	,6		,3		1,7
Artisan/Commerçant			,1			,1
Artistique	2,6			,7	,2	3,4
Autres	,4	,3				,7
Commercial						
Conseil/Consultant/coach	,6			,1	,7	1,4
Directeur/Entrepreneur				,1		,1
Education/Formation	,1	,3		,1	,1	,5
Etudiant						
Finance	,4			,2		,6
Juridique			1,4			1,4
Psy		,8				,9
RH						
Sans Emploi / Retraité	,2		,4	1,9		2,5
Santé	,3		,1	,1		,5
Technicien/Ingé						,1
Total	5,4	2,1	1,9	3,4	1,1	13,9

3. Qui, dans votre parcours, a évoqué en premier la possibilité de votre HPI / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=5,04 ddl=16 p=0,995 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 12)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Entourage Pro ou Perso	24	11	9	18	4	66
Vous-meme	41	11	13	19	6	90
Psychiatre ou psychologue	23	4	5	11	2	45
Un médecin d'une autre spécialité	3	2	1	2		8
Un médecin généraliste	3	1		1	2	7
Total	94	29	28	51	14	216

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Entourage Pro ou Perso	11,1%	5,1%	4,2%	8,3%	1,9%	30,6%
Vous-meme	19,0%	5,1%	6,0%	8,8%	2,8%	41,7%
Psychiatre ou psychologue	10,6%	1,9%	2,3%	5,1%	,9%	20,8%
Un médecin d'une autre spécialité	1,4%	,9%	,5%	,9%		3,7%
Un médecin généraliste	1,4%	,5%		,5%	,9%	3,2%
Total	43,5%	13,4%	13,0%	23,6%	6,5%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Entourage Pro ou Perso	25,5%	37,9%	32,1%	35,3%	28,6%	30,6%
Vous-meme	43,6%	37,9%	46,4%	37,3%	42,9%	41,7%
Psychiatre ou psychologue	24,5%	13,8%	17,9%	21,6%	14,3%	20,8%
Un médecin d'une autre spécialité	3,2%	6,9%	3,6%	3,9%		3,7%
Un médecin généraliste	3,2%	3,4%		2,0%	14,3%	3,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Entourage Pro ou Perso	36,4%	16,7%	13,6%	27,3%	6,1%	100,0%
Vous-meme	45,6%	12,2%	14,4%	21,1%	6,7%	100,0%
Psychiatre ou psychologue	51,1%	8,9%	11,1%	24,4%	4,4%	100,0%
Un médecin d'une autre spécialité	37,5%	25,0%	12,5%	25,0%		100,0%
Un médecin généraliste	42,9%	14,3%		14,3%	28,6%	100,0%
Total	43,5%	13,4%	13,0%	23,6%	6,5%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
Entourage Pro ou Perso		2,1	,4	2,4	
Vous-meme	1,8		1,3		,2
Psychiatre ou psychologue	3,4			,4	
Un médecin d'une autre spécialité		,4			
Un médecin généraliste					1,0

4. Quel âge aviez-vous alors ? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=8,89 ddl=20 p=0,984 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 15)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18	21	7	5	17	2	52
18-25	11	5	4	4	3	27
26-40	44	8	12	18	6	88
41-55	15	8	5	12	2	42
56-70	2	1	2	1	1	7
Total	93	29	28	52	14	216

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18	9,7%	3,2%	2,3%	7,9%	,9%	24,1%
18-25	5,1%	2,3%	1,9%	1,9%	1,4%	12,5%
26-40	20,4%	3,7%	5,6%	8,3%	2,8%	40,7%
41-55	6,9%	3,7%	2,3%	5,6%	,9%	19,4%
56-70	,9%	,5%	,9%	,5%	,5%	3,2%
Total	43,1%	13,4%	13,0%	24,1%	6,5%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18	22,6%	24,1%	17,9%	32,7%	14,3%	24,1%
18-25	11,8%	17,2%	14,3%	7,7%	21,4%	12,5%
26-40	47,3%	27,6%	42,9%	34,6%	42,9%	40,7%
41-55	16,1%	27,6%	17,9%	23,1%	14,3%	19,4%
56-70	2,2%	3,4%	7,1%	1,9%	7,1%	3,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18	40,4%	13,5%	9,6%	32,7%	3,8%	100,0%
18-25	40,7%	18,5%	14,8%	14,8%	11,1%	100,0%
26-40	50,0%	9,1%	13,6%	20,5%	6,8%	100,0%
41-55	35,7%	19,0%	11,9%	28,6%	4,8%	100,0%
56-70	28,6%	14,3%	28,6%	14,3%	14,3%	100,0%
Total	43,1%	13,4%	13,0%	24,1%	6,5%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
-18				4,5	
18-25		,9			,8
26-40	6,1		,6		,3
41-55		2,4		1,9	
56-70			,6		
71 et plus					

5. Qui a confirmé votre HPI ? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=4,76 ddl=28 p=0,999 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 32)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Un membre de votre entourage personnel	1					1
Un membre de votre entourage professionnel	1					1
Un médecin d'une autre spécialité				1		1
Un médecin généraliste	1					1
Un psychiatre	5			1		6
Un psychologue	64	27	20	39	12	162
Vous-même	7	2	3	2		14
Un membre d'une association dédiée au HPI	15	2	5	9	2	33
Total	94	31	28	52	14	219

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Un membre de votre entourage personnel	,5%					,5%
Un membre de votre entourage professionnel	,5%					,5%
Un médecin d'une autre spécialité				,5%		,5%
Un médecin généraliste	,5%					,5%
Un psychiatre	2,3%			,5%		2,7%
Un psychologue	29,2%	12,3%	9,1%	17,8%	5,5%	74,0%
Vous-même	3,2%	,9%	1,4%	,9%		6,4%
Un membre d'une association dédiée au HPI	6,8%	,9%	2,3%	4,1%	,9%	15,1%
Total	42,9%	14,2%	12,8%	23,7%	6,4%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Un membre de votre entourage personnel	1,1%					,5%
Un membre de votre entourage professionnel	1,1%					,5%
Un médecin d'une autre spécialité				1,9%		,5%
Un médecin généraliste	1,1%					,5%
Un psychiatre	5,3%			1,9%		2,7%
Un psychologue	68,1%	87,1%	71,4%	75,0%	85,7%	74,0%
Vous-même	7,4%	6,5%	10,7%	3,8%		6,4%
Un membre d'une association dédiée au HPI	16,0%	6,5%	17,9%	17,3%	14,3%	15,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Un membre de votre entourage personnel	,1					,1
Un membre de votre entourage professionnel	,1					,1
Un médecin d'une autre spécialité				2,0		2,0
Un médecin généraliste	,1					,1
Un psychiatre	25,3					25,3
Un psychologue	9,2	15,2	,5	,2	5,5	30,6
Vous-même	3,4		4,6	5,1		13,1
Un membre d'une association dédiée au HPI	1,0	23,7	,4	3,6		28,7
Total	39,3	38,9	5,5	10,8	5,5	100,0

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18	,4	,9	,7	5,0		7,0
18-25	,1	,1	,2	,1	,1	,5
26-40	1,6		,1	2,1	,1	3,9
41-55	,7	1,1	,1	,1	,1	2,2
56-70	1,1			,2		1,4
71+						
Total	4,0	2,1	1,1	7,5	,3	15,0

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
-18	2,9	5,9	4,4	33,2	,1	46,4
18-25	,6	,4	1,3	,5	,5	3,3
26-40	10,5	,2	1,0	13,9	,8	26,3
41-55	5,0	7,7	,9	,7	,4	14,7
56-70	7,6			1,6		9,3
71+						
Total	26,7	14,2	7,6	49,8	1,7	100,0

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Evoc à Conf -0						
Evoc à Conf -1	,1	,5	,3	,3	,1	1,3
Evoc à Conf -3	1,6	,5	1,0	,4	,1	3,6
Evoc à Conf -10	1,2	,2		,5		1,9
Evoc à Conf 10 et plus		1,7		,6		2,3
Total	2,8	3,0	1,4	1,8	,1	9,1

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Evoc à Conf -0			,1			,1
Evoc à Conf -1	,6	5,8	3,7	3,2	,6	13,8
Evoc à Conf -3	17,1	5,9	11,1	4,8	,9	39,7
Evoc à Conf -10	13,2	2,4	,1	5,6		21,3
Evoc à Conf 10 et plus	,2	18,3		6,6		25,1
Total	31,0	32,4	15,0	20,1	1,4	100,0

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Non, elle l'a légèrement dégradée				1,7		1,7
Non, pas significativement	,4	,2		2,8		3,4
Oui, grandement	,5	,2	,1		,2	1,1
Oui, légèrement	,5	1,0	,2			1,8
Non, elle l'a fortement dégradée				,2		,2
Total	1,5	1,4	,3	4,7	,2	8,2

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Non, elle l'a légèrement dégradée	,5			20,3		20,8
Non, pas significativement	4,6	2,3	,4	34,1		41,4
Oui, grandement	6,5	2,8	1,6	,2	2,4	13,4
Oui, légèrement	6,6	12,2	1,9	,6		21,4
Non, elle l'a fortement dégradée	,5			2,6		3,0
Total	18,6	17,3	3,9	57,7	2,4	100,0

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Compréhension / Connaissance de soi	43,4%	15,7%	9,6%	25,3%	6,0%	100,0%
Acceptation de soi	40,7%	18,5%	14,8%	14,8%	11,1%	100,0%
Confiance en soi / Estime et Affirmation de soi	50,0%	7,1%	9,5%	33,3%		100,0%
Amélioration des relations / Acceptation des autres	60,0%	20,0%	10,0%	10,0%		100,0%
Adaptation sociale / professionnelle / scolaire / médicale	39,1%	8,7%	17,4%	34,8%		100,0%
Sentiment d'appartenance	38,9%	16,7%	16,7%	22,2%	5,6%	100,0%
Incidences négatives	30,4%	13,0%	13,0%	39,1%	4,3%	100,0%
Sans incidence ou non pris en considération	30,0%		30,0%	30,0%	10,0%	100,0%
Accompagnement psychologique et psychiatrique	55,6%		11,1%	33,3%		100,0%
Total	42,6%	13,2%	12,9%	26,1%	5,1%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
Compréhension / Connaissance de soi	,6	2,0			,2
Acceptation de soi		2,9	1,1		2,7
Confiance en soi / Estime et Affirmation de soi	3,1			3,0	
Amélioration des relations / Acceptation des autres	1,2	,2			
Adaptation sociale / professionnelle / scolaire / médicale			,5	2,0	
Sentiment d'appartenance		,1	,2		
Incidences négatives				3,0	
Sans incidence ou non pris en considération			1,2		
Accompagnement psychologique et psychiatrique	,7			,2	

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Compréhension / Connaissance de soi		,4	,7			1,1
Acceptation de soi		1,1	,2	2,6	2,3	6,2
Confiance en soi / Estime et Affirmation de soi	,5	1,2	,4	,8		2,9
Amélioration des relations / Acceptation des autres	,3			,6		,9
Adaptation sociale / professionnelle / scolaire / médicale	,1	,1	,1	,7		,9
Sentiment d'appartenance	,1					,1
Incidences négatives	,8			1,5		2,3
Sans incidence ou non pris en considération	,2		,8			1,0
Accompagnement psychologique et psychiatrique	,1					,1
Total	2,1	2,8	2,1	6,3	2,3	15,6

9. En jugeant du rapport bénéfices / risques potentiels, recommanderiez-vous ce / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=2,32 ddl=16 p=0,999 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 15)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en quali	40	15	10	19	6	90
Oui, systématiquement et à tout âge	49	15	18	32	7	121
Oui, systématiquement avant 18 ans seulement	3	1			1	5
Oui, systématiquement après 18 ans seulement	2			1		3
Total	94	31	28	52	14	219

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en quali	18,3%	6,8%	4,6%	8,7%	2,7%	41,1%
Oui, systématiquement et à tout âge	22,4%	6,8%	8,2%	14,6%	3,2%	55,3%
Oui, systématiquement avant 18 ans seulement	1,4%	,5%			,5%	2,3%
Oui, systématiquement après 18 ans seulement	,9%			,5%		1,4%
Total	42,9%	14,2%	12,8%	23,7%	6,4%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en quali	42,6%	48,4%	35,7%	36,5%	42,9%	41,1%
Oui, systématiquement et à tout âge	52,1%	48,4%	64,3%	61,5%	50,0%	55,3%
Oui, systématiquement avant 18 ans seulement	3,2%	3,2%			7,1%	2,3%
Oui, systématiquement après 18 ans seulement	2,1%			1,9%		1,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, si l'on estime après avis d'un professionnel qu'il y a un bénéfice en quali	44,4%	16,7%	11,1%	21,1%	6,7%	100,0%
Oui, systématiquement et à tout âge	40,5%	12,4%	14,9%	26,4%	5,8%	100,0%
Oui, systématiquement avant 18 ans seulement	60,0%	20,0%			20,0%	100,0%
Oui, systématiquement après 18 ans seulement	66,7%			33,3%		100,0%
Total	42,9%	14,2%	12,8%	23,7%	6,4%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
(,quipe de chercheurs en psychologie, dans le cadre scolaire)						
Il l'a évoquée de sa propre initiative				1,6	,4	
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée				,4		
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	,8					
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	1,0	,3	2,5			
" (et je tiens ... préciser que j'aurais aimé avoir de la place pour laisser des c						
Total						

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
(,quipe de chercheurs en psychologie, dans le cadre scolaire)						
Il l'a évoquée de sa propre initiative	,2			,5	,1	,8
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée	,1					,2
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	,3					,3
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis			,5	,3	,1	1,0
" (et je tiens ... préciser que j'aurais aimé avoir de la place pour laisser des c						
Total	,6		,5	,9	,2	2,2

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
(,quipe de chercheurs en psychologie, dans le cadre scolaire)						
Il l'a évoquée de sa propre initiative	8,9			21,9	4,9	35,8
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a confirmée	6,1			1,5		7,6
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	11,6					11,6
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	1,0	,3	23,7	15,4	4,7	45,1
" (et je tiens ... préciser que j'aurais aimé avoir de la place pour laisser des c						
Total	27,7	,3	23,7	38,8	9,6	100,0

13. Votre médecin généraliste a-t-il spontanément évoqué la possibilité / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=3,33 ddl=8 p=0,912 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 8)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
HPI identifié ou confirmé par MG	13	5	2	12	3	35
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	3			1		4
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	45	14	14	23	5	101
Total	61	19	16	36	8	140

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
HPI identifié ou confirmé par MG	9,3%	3,6%	1,4%	8,6%	2,1%	25,0%
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	2,1%			,7%		2,9%
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	32,1%	10,0%	10,0%	16,4%	3,6%	72,1%
Total	43,6%	13,6%	11,4%	25,7%	5,7%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
HPI identifié ou confirmé par MG	21,3%	26,3%	12,5%	33,3%	37,5%	25,0%
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	4,9%			2,8%		2,9%
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	73,8%	73,7%	87,5%	63,9%	62,5%	72,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
HPI identifié ou confirmé par MG	37,1%	14,3%	5,7%	34,3%	8,6%	100,0%
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	75,0%			25,0%		100,0%
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	44,6%	13,9%	13,9%	22,8%	5,0%	100,0%
Total	43,6%	13,6%	11,4%	25,7%	5,7%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	
HPI identifié ou confirmé par MG				3,0	,5	
Vous l'avez vous-même évoquée et il l'a infirmée	,8					
Vous l'avez vous-même évoquée et il n'a pas émis d'avis	1,0	,3	2,5			

14. Quel délai s'est écoulé entre votre première consultation auprès / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=1,09 ddl=4 p=0,895 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 1)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Moins d'un an	25	8	8	18	3	62
Plus d'un an	58	20	18	30	9	135
Total	83	28	26	48	12	197

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Moins d'un an	12,7%	4,1%	4,1%	9,1%	1,5%	31,5%
Plus d'un an	29,4%	10,2%	9,1%	15,2%	4,6%	68,5%
Total	42,1%	14,2%	13,2%	24,4%	6,1%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Moins d'un an	30,1%	28,6%	30,8%	37,5%	25,0%	31,5%
Plus d'un an	69,9%	71,4%	69,2%	62,5%	75,0%	68,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Moins d'un an	40,3%	12,9%	12,9%	29,0%	4,8%	100,0%
Plus d'un an	43,0%	14,8%	13,3%	22,2%	6,7%	100,0%
Total	42,1%	14,2%	13,2%	24,4%	6,1%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	
Moins d'un an				2,9		
Plus d'un an	1,1	,8	,2		,8	

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Moins d'un an		,1		,6		,7
Plus d'un an				,3	,1	,4
Total	,1	,1		,8	,1	1,1

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Moins d'un an	4,4	6,9	,4	50,8	2,1	64,6
Plus d'un an	2,0	3,2	,2	23,3	6,7	35,4
Total	6,4	10,0	,5	74,1	8,9	100,0

15. Votre médecin généraliste a-t-il finalement participé à votre identification / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=4,35 ddl=16 p=0,998 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 18)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic	1					1
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre	3			3		6
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue	7	4	2	8	2	23
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer	4	1	1	2	2	10
Non	78	25	25	38	9	175
Total	93	30	28	51	13	215

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic	,5%					,5%
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre	1,4%			1,4%		2,8%
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue	3,3%	1,9%	,9%	3,7%	,9%	10,7%
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer	1,9%	,5%	,5%	,9%	,9%	4,7%
Non	36,3%	11,6%	11,6%	17,7%	4,2%	81,4%
Total	43,3%	14,0%	13,0%	23,7%	6,0%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, de façon directe: en faisant lui-même le diagnostic	1,1%					,5%
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychiatre	3,2%			5,9%		2,8%
Oui, de façon indirecte: en vous adressant à un psychologue	7,5%	13,3%	7,1%	15,7%	15,4%	10,7%
Oui, en évoquant le diagnostic sans le confirmer	4,3%	3,3%	3,6%	3,9%	15,4%	4,7%
Non	83,9%	83,3%	89,3%	74,5%	69,2%	81,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique
Non concerné (il l'a accélérée par son action)				2,8	,3
Oui, d'un délai que vous jugez péjoratif sur votre qualité de vie ultérieure		1,3	1,8		1,5
Oui, d'un délai que vous jugez sans conséquence sur votre qualité de vie ultérieure				,3	
Non	5,8				

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Non concerné (il l'a accélérée par son action)	,3		,8	1,5		2,6
Oui, d'un délai que vous jugez péjoratif sur votre qualité de vie ultérieure	,7	,2	,5	,1	,6	2,0
Oui, d'un délai que vous jugez sans conséquence sur votre qualité de vie ultérieure				,1		,1
Non	,7			,3	,9	1,9
Total	1,6	,2	1,3	1,9	1,6	6,6

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Non concerné (il l'a accélérée par son action)	4,1		12,1	23,0	,7	39,9
Oui, d'un délai que vous jugez péjoratif sur votre qualité de vie ultérieure	10,3	3,1	6,9	1,1	9,1	30,7
Oui, d'un délai que vous jugez sans conséquence sur votre qualité de vie ultérieure				,9		,9
Non	10,2	,2	,1	3,8	14,3	28,5
Total	24,6	3,3	19,1	28,8	24,1	100,0

17. Estimez-vous que cela relevait de son rôle ? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=6,14 ddl=8 p=0,633 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 4)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui	47	16	14	26	9	112
Vous n'avez pas d'opinion	35	8	11	18	1	73
Non	10	7	3	7	3	30
Total	92	31	28	51	13	215

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui	21,9%	7,4%	6,5%	12,1%	4,2%	52,1%
Vous n'avez pas d'opinion	16,3%	3,7%	5,1%	8,4%	,5%	34,0%
Non	4,7%	3,3%	1,4%	3,3%	1,4%	14,0%
Total	42,8%	14,4%	13,0%	23,7%	6,0%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui	51,1%	51,6%	50,0%	51,0%	69,2%	52,1%
Vous n'avez pas d'opinion	38,0%	25,8%	39,3%	35,3%	7,7%	34,0%
Non	10,9%	22,6%	10,7%	13,7%	23,1%	14,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui	42,0%	14,3%	12,5%	23,2%	8,0%	100,0%
Vous n'avez pas d'opinion	47,9%	11,0%	15,1%	24,7%	1,4%	100,0%
Non	33,3%	23,3%	10,0%	23,3%	10,0%	100,0%
Total	42,8%	14,4%	13,0%	23,7%	6,0%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui					2,2	
Vous n'avez pas d'opinion	3,8		1,5	,7		
Non		2,2			,7	

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui					,7	,8
Vous n'avez pas d'opinion	,5	,6	,2		2,2	3,5
Non	,6	1,0			,2	1,9
Total	1,1	1,6	,3		3,1	6,1

19. Vous a-t-il orienté vers un autre professionnel ? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=7,11 ddl=16 p=0,971 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 14)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, vers un autre intervenant professionnel	1	1				2
Oui, vers un psychiatre	20	2	3	8	2	35
Oui, vers un psychologue	17	4	3	11	3	38
Oui, vers une association en lien avec le HPI	1			1		2
Non	49	22	19	28	8	126
Total	88	29	25	48	13	203

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, vers un autre intervenant professionnel	,5%	,5%				1,0%
Oui, vers un psychiatre	9,9%	1,0%	1,5%	3,9%	1,0%	17,2%
Oui, vers un psychologue	8,4%	2,0%	1,5%	5,4%	1,5%	18,7%
Oui, vers une association en lien avec le HPI	,5%			,5%		1,0%
Non	24,1%	10,8%	9,4%	13,8%	3,9%	62,1%
Total	43,3%	14,3%	12,3%	23,6%	6,4%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, vers un autre intervenant professionnel	1,1%	3,4%				1,0%
Oui, vers un psychiatre	22,7%	6,9%	12,0%	16,7%	15,4%	17,2%
Oui, vers un psychologue	19,3%	13,8%	12,0%	22,9%	23,1%	18,7%
Oui, vers une association en lien avec le HPI	1,1%			2,1%		1,0%
Non	55,7%	75,9%	76,0%	58,3%	61,5%	62,1%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, vers un autre intervenant professionnel	50,0%	50,0%				100,0%
Oui, vers un psychiatre	57,1%	5,7%	8,6%	22,9%	5,7%	100,0%
Oui, vers un psychologue	44,7%	10,5%	7,9%	28,9%	7,9%	100,0%
Oui, vers une association en lien avec le HPI	50,0%			50,0%		100,0%
Non	38,9%	17,5%	15,1%	22,2%	6,3%	100,0%
Total	43,3%	14,3%	12,3%	23,6%	6,4%	100,0%

20. Estimez-vous féconde cette orientation, sur quels critères ? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=2,09 ddl=8 p=0,977 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 6)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
NC : MG n'a pas participé à la détection	17	5	5	8		35
Oui	31	7	4	18	4	64
Non	19	6	5	9	3	42
Total	67	18	14	35	7	141

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
NC : MG n'a pas participé à la détection	12,1%	3,5%	3,5%	5,7%		24,8%
Oui	22,0%	5,0%	2,8%	12,8%	2,8%	45,4%
Non	13,5%	4,3%	3,5%	6,4%	2,1%	29,8%
Total	47,5%	12,8%	9,9%	24,8%	5,0%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
NC : MG n'a pas participé à la détection	25,4%	27,8%	35,7%	22,9%		24,8%
Oui	46,3%	38,9%	28,6%	51,4%	57,1%	45,4%
Non	28,4%	33,3%	35,7%	25,7%	42,9%	29,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
NC : MG n'a pas participé à la détection	48,6%	14,3%	14,3%	22,9%		100,0%
Oui	48,4%	10,9%	6,3%	28,1%	6,3%	100,0%
Non	45,2%	14,3%	11,9%	21,4%	7,1%	100,0%
Total	47,5%	12,8%	9,9%	24,8%	5,0%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	
NC : MG n'a pas participé à la détection	,4		1,0			
Oui	,6			2,1	,3	
Non		,6	,3		,4	

21. Votre médecin généraliste est-il HPI? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=1,6 ddl=8 p=0,99 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 7)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Je sais que non	10	4	2	5	2	23
Je sais que oui	9	2	1	3		15
Je l'ignore	73	22	25	41	11	172
Total	92	28	28	49	13	210

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Je sais que non	4,8%	1,9%	1,0%	2,4%	1,0%	11,0%
Je sais que oui	4,3%	1,0%	,5%	1,4%		7,1%
Je l'ignore	34,8%	10,5%	11,9%	19,5%	5,2%	81,9%
Total	43,8%	13,3%	13,3%	23,3%	6,2%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Je sais que non	10,9%	14,3%	7,1%	10,2%	15,4%	11,0%
Je sais que oui	9,8%	7,1%	3,6%	6,1%		7,1%
Je l'ignore	79,3%	78,6%	89,3%	83,7%	84,6%	81,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Je sais que non	43,5%	17,4%	8,7%	21,7%	8,7%	100,0%
Je sais que oui	60,0%	13,3%	6,7%	20,0%		100,0%
Je l'ignore	42,4%	12,8%	14,5%	23,8%	6,4%	100,0%
Total	43,8%	13,3%	13,3%	23,3%	6,2%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	
Je sais que non		,4			,1	
Je sais que oui	2,4					
Je l'ignore			2,1	,9	,4	

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Je sais que non		,1	,1			,2
Je sais que oui	,9		,2			1,1
Je l'ignore	,1		,2			,3
Total	1,0	,1	,5			1,6

22. Ce critère est-il selon vous déterminant pour sa compétence au repérage ? / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=0,824 ddl=8 p=0,999 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 6)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, je pense qu'il est obligatoire	4	2	1	4		11
Oui, je pense qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est une aide	62	18	17	33	9	139
Non, aucunement	23	7	8	11	3	52
Total	89	27	26	48	12	202

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, je pense qu'il est obligatoire	2,0%	1,0%	,5%	2,0%		5,4%
Oui, je pense qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est une aide	30,7%	8,9%	8,4%	16,3%	4,5%	68,8%
Non, aucunement	11,4%	3,5%	4,0%	5,4%	1,5%	25,7%
Total	44,1%	13,4%	12,9%	23,8%	5,9%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, je pense qu'il est obligatoire	4,5%	7,4%	3,8%	8,3%		5,4%
Oui, je pense qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est une aide	69,7%	66,7%	65,4%	68,8%	75,0%	68,8%
Non, aucunement	25,8%	25,9%	30,8%	22,9%	25,0%	25,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : % Lignes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, je pense qu'il est obligatoire	36,4%	18,2%	9,1%	36,4%		100,0%
Oui, je pense qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est une aide	44,6%	12,9%	12,2%	23,7%	6,5%	100,0%
Non, aucunement	44,2%	13,5%	15,4%	21,2%	5,8%	100,0%
Total	44,1%	13,4%	12,9%	23,8%	5,9%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	
Oui, je pense qu'il est obligatoire				,9		
Oui, je pense qu'il n'est pas obligatoire mais qu'il est une aide	,8				,7	
Non, aucunement	,1		1,3			

23. Pensez-vous qu'un médecin généraliste soit compétent pour identifier des adu / 12. Si oui : quel motif ?

Khi2=8,35 ddl=16 p=0,938 (Peu fiable. Valeurs théoriques inférieures à 5 : 13)

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, dans tous les cas après formation initiale	14	1	5	4	1	25
Oui, s'il est HPI	6	2		6	1	15
Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes	33	12	9	21	2	77
Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale	31	12	10	16	8	77
Non, en aucun cas après formation initiale	6	2	3	4	1	16
Total	90	29	27	51	13	210

Tableau : %

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, dans tous les cas après formation initiale	6,7%	,5%	2,4%	1,9%	,5%	11,9%
Oui, s'il est HPI	2,9%	1,0%		2,9%	,5%	7,1%
Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes	15,7%	5,7%	4,3%	10,0%	1,0%	36,7%
Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale	14,8%	5,7%	4,8%	7,6%	3,8%	36,7%
Non, en aucun cas après formation initiale	2,9%	1,0%	1,4%	1,9%	,5%	7,6%
Total	42,9%	13,8%	12,9%	24,3%	6,2%	100,0%

Tableau : % Colonnes

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, dans tous les cas après formation initiale	15,6%	3,4%	18,5%	7,8%	7,7%	11,9%
Oui, s'il est HPI	6,7%	6,9%		11,8%	7,7%	7,1%
Oui, s'il suit une formation complémentaire auprès d'associations référentes	36,7%	41,4%	33,3%	41,2%	15,4%	36,7%
Oui, s'il suit une formation complémentaire médicale	34,4%	41,4%	37,0%	31,4%	61,5%	36,7%
Non, en aucun cas après formation initiale	6,7%	6,9%	11,1%	7,8%	7,7%	7,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tableau : Ecart

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, avec le concours d'autres associations de personnes HPI	,2		,8		1,1	
Oui, par des psychiatres	,2	,1				
Oui, par des psychologues	2,0			1,0		
Oui, volontiers réalisée avec Mensa France		1,8	,8	,4	,2	
Non, aucunement	,4			,3		

Tableau : Khi2 partiel

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, avec le concours d'autres associations de personnes HPI		,3	,1	,4	,4	1,2
Oui, par des psychiatres						
Oui, par des psychologues	,1		,1		,3	,5
Oui, volontiers réalisée avec Mensa France	,5	,4	,1			1,0
Non, aucunement	,1			,1		,1
Total	,7	,7	,3	,5	,7	2,8

Tableau : % Khi2

	Trouble psychiatrique	Angoisse existentielle	Trouble somatique	Trouble social	Trouble psychologique	Total
Oui, avec le concours d'autres associations de personnes HPI	,1	9,9	4,5	13,8	13,7	42,0
Oui, par des psychiatres	,4	,2				,5
Oui, par des psychologues	3,4	,7	4,0	1,6	9,6	19,3
Oui, volontiers réalisée avec Mensa France	18,1	13,1	2,5	,4	,4	34,5
Non, aucunement	1,8			1,9		3,7
Total	23,7	23,9	10,9	17,7	23,7	100,0

A PROPOS DES TROUBLES SELON LES CLASSES D'AGE

12. Si oui : quel motif ? / 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

Khi2=9,28 ddl=20 p=0,979 (Val. théoriques < 5 = 18)

	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
Trouble psychiatrique		9	49	32	4		94
Angoisse existentielle		1	12	15	3		31
Trouble somatique		2	9	13	4		28
Trouble social	1	5	21	19	6		52
Trouble psychologique	1	1	7	3	2		14
Total	2	18	98	82	19		219

12. Si oui : quel motif ? / 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

Tableau : % Colonnes. Khi2=9,28 ddl=20 p=0,979 (Val. théoriques < 5 = 18)

	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
Trouble psychiatrique		50,0%	50,0%	39,0%	21,1%		42,9%
Angoisse existentielle		5,6%	12,2%	18,3%	15,8%		14,2%
Trouble somatique		11,1%	9,2%	15,9%	21,1%		12,8%
Trouble social	50,0%	27,8%	21,4%	23,2%	31,6%		23,7%
Trouble psychologique	50,0%	5,6%	7,1%	3,7%	10,5%		6,4%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%

12. Si oui : quel motif ? / 1. Quel âge avez-vous actuellement ?

Tableau : % Lignes. Khi2=9,28 ddl=20 p=0,979 (Val. théoriques < 5 = 18)

	-18	18-25	26-40	41-55	56-70	71+	Total
Trouble psychiatrique		9,6%	52,1%	34,0%	4,3%		100,0%
Angoisse existentielle		3,2%	38,7%	48,4%	9,7%		100,0%
Trouble somatique		7,1%	32,1%	46,4%	14,3%		100,0%
Trouble social	1,9%	9,6%	40,4%	36,5%	11,5%		100,0%
Trouble psychologique	7,1%	7,1%	50,0%	21,4%	14,3%		100,0%
Total	,9%	8,2%	44,7%	37,4%	8,7%		100,0%

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

