HAL
open science

Aide à la prise en charge en médecine générale de l'adulte à haut potentiel intellectuel : étude qualitative

Timothé Escudé

To cite this version:

Timothé Escudé. Aide à la prise en charge en médecine générale de l'adulte à haut potentiel intellectuel : étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02961156

HAL Id: dumas-02961156

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02961156

Submitted on 8 Oct 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.

Université de Nice - Côte d'Azur
Faculté de Médecine

AIDE A LA PRISE EN CHARGE EN MEDECINE GENERALE DE L'ADULTE A HAUT POTENTIEL INTELLECTUEL : ETUDE QUALITATIVE

THESE D'EXERCICE

Présentée pour l'obtention du diplôme d'état de

Docteur en Médecine

Spécialité Médecine Générale

Par

Timothé ESCUDÉ

Né le 10 Novembre 1984 à Auch

Présentée et soutenue à la faculté de médecine de Nice le 6 Mai 2020

Jury de la thèse :

Monsieur le Professeur BENOIT Michel	Président du jury
Monsieur le Professeur GARDON Gilles	Assesseur
Madame le Docteur THUMMLER Susanne	Assesseur
Madame le Docteur LAROUSSINIE-PAGLIUZZA Maïlys	Assesseur et directrice de thèse

AIDE A LA PRISE EN CHARGE EN MEDECINE GENERALE DE L'ADULTE A HAUT POTENTIEL INTELLECTUEL : ETUDE QUALITATIVE

Jury de la thèse :

Monsieur le Professeur BENOIT Michel	Président du jury
Monsieur le Professeur GARDON Gilles	Assesseur
Madame le Docteur THUMMLER Susanne	Assesseur
Madame le Docteur LAROUSSINIE-PAGLIUZZA Maïlys	Assesseur et directrice de thèse

TITRE :

Aide à la prise en charge en médecine générale de l'adulte à haut potentiel intellectuel : étude qualitative

RÉSUMÉ :

Introduction Les patients à Haut potentiel intellectuel (HPI), diagnostiqués par des tests psychométriques, représentent près de 3% de la population générale. Souvent confrontés à des difficultés de vie majeures, ils s'adressent souvent en premier recours à leur médecin généraliste qui se trouve actuellement désarmé face à une prise en charge adaptée. L'objectif de cette étude est de recueillir les expériences de vie des patients adultes HPI, leurs difficultés et les moyens mis en œuvre pour y pallier de façon à améliorer la prise en charge de la surefficience en médecine générale.

Matériel et méthodes Il s'agit d'une étude qualitative multicentrique basée sur la réalisation de 14 entretiens individuels de patients adultes identifiés comme HPI par des professionnels de santé.

Résultats Cette étude dresse un portrait du vécu de patients HPI dans différents domaines (scolarité, relations aux autres, milieu professionnel, survenue de troubles psychosomatiques, sensibilité aux addictions), difficultés et recours apportés. Les patients font état d'un profond mal-être trouvant son origine dans un sentiment de différence associé à une hyperémotivité. Il ressort que les problèmes comme anxio-dépression, burn-out professionnels, solitude ou tendances addictives diverses sont en premier lieu atténués par l'annonce diagnostique de surefficience ce qui pointe le rôle de la médecine de premier recours dans le dépistage. Les patients trouvent refuge dans l'écoute auprès de professionnels de santé (psychiatre/psychologue), de supports divers (lectures, reportages, …), de méthodes alternatives comme la méditation ou le sport montrant ainsi le rôle clé du médecin généraliste dans une orientation adaptée de son patient HPI, et excluant le recours en premier lieu aux médicaments.

Discussion Ces données sont en cohérentes avec les données antérieures de la littérature et vont plus loin dans la proposition de prise en charge du patient à haut potentiel intellectuel. Ce travail offre diverses pistes de réflexion notamment l'étude de la formation des professionnels de santé sur la surefficience ou les bienfaits des méthodes alternatives pour améliorer la prise en charge du HPI.

Conclusion Cette étude d'état des lieux du parcours de vie de patients HPI permet de proposer un modèle de prise en charge adaptée par le médecin généraliste selon trois mots-clés : dépistage, communication et orientation.

Mots-clés

Haut potentiel intellectuel, surefficience, médecine générale, psychiatrie, psychologie médicale.

TITLE :

Support for general medical care for adults with high intellectual potential: qualitative study

ABSTRACT :

Introduction Patients with High Intellectual Potential (HIP), diagnosed by psychometric tests, represent almost 3% of the general population. Often faced with major life difficulties, they often turn to their general practitioner as a first resort, who is currently helpless in the face of appropriate care. The objective of this study is to collect the life experiences of adult HIP patients, their difficulties and the means implemented to overcome them in order to improve the management of over-efficiency in general medicine.

Materials and methods This is a qualitative, multi-center study based on the performance of 14 individual interviews with adult patients identified as HIP by healthcare professionals.

Results This study paints a picture of the experience of HIP patients in different fields (education, relationships with others, professional environment, occurrence of psychosomatic disorders, sensitivity to addictions), difficulties and remedies provided. Patients report deep discomfort, which stems from a feeling of difference associated with hyperemotivity. It appears that problems such as anxiety depression, professional burnout, loneliness or various addictive tendencies are first of all mitigated by the diagnostic announcement of surefficiency which points to the role of primary care medicine in screening. Patients find refuge in listening to health professionals (psychiatrist / psychologist), various media (readings, reports, etc.), alternative methods such as meditation or sport, thus showing the key role of the general practitioner in an orientation. adapted from his HIP patient, and excluding the first resort to medication.

Discussion These data are consistent with previous data in the literature and go further in the proposal for the management of patients with high intellectual potential. This work offers various lines of reflection, in particular the study of the training of health professionals on the over-efficiency or the benefits of alternative methods to improve the management of HIP.

Conclusion This state-of-the-art study of the life course of HIP patients makes it possible to propose a model of care adapted by the general practitioner according to three keywords: screening, communication and orientation.

Keywords :

High intellectual potential, surefficiency, general medicine, psychiatry, medical psychology.

Liste des enseignants à la Faculté de Médecine de Nice au 1er septembre 2019

Pr.	BAQUÉ Patrick	Doyen
Pr.	ALUNNI Véronique	Vice-doyen « Pédagogie »
Pr	DELLAMONICA jean	Vice-doyen « Recherche »
M.	JOUAN Robin	Vice-doyen « Etudiants »
Pr.	PAQUIS Philippe	Chargé de mission projet Campus
Mme	AMSELLE Danièle	Conservateur de la bibliothèque
Mme	CALLEA Isabelle	Directrice administrative des services
M.	RAMPAL Patrick	Doyen Honoraire
M.	BENCHIMOL Daniel	Doyen Honoraire

Professeurs de classe exceptionnelle :

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie et chirurgie générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie et génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et médecine nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et cytologie pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésie et réanimation chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire t médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et cytologie pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Epidémiologie Economie de la santé et prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine légale et droit de la santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et réanimation chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie et radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato-gastro-entérologie (52.01)

Professeurs de première classe :

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-obstétrique (54.03)

Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	ORL (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et imagerie médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie et chirurgie orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie et radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie et radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie et radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et imagerie médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-vénérologie (50.03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistique et informatique médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique (50.02)

Professeurs de deuxième classe :

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine légale et droit de la santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie générale (47.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie thoracique (51.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL-cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie infantile (54.02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48.02)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie et virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Médecine interne et gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et cytologie pathologiques (42.03)
M.	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie et virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)

M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Maîtres de conférences des universités – Praticiens hospitaliers :

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie chirurgie orthopédique et traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie plastique (50.04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48.04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie et virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie, virologie, hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et médecine nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie et virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie viscérale (52.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Epidémiologie Economie de la santé et prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et transfusions (47.01)

Maîtres de conférences des universités – Praticiens hospitaliers :

M.	DARMON David	Médecine générale (53.03)
Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

Professeurs agrégés

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

Praticiens hospitaliers universitaires

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52.03)

Professeurs associés

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

Maîtres de conférences associés

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

Professeurs honoraires

M. AMIEL Jean
M. ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HOFLIGER Philippe
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul

M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

Merci à l'ensemble des membres du jury d'avoir accepté de juger mon travail, c'est un réel honneur pour moi. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à cette thèse.

Merci au Dr Laroussinie d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse. Je te remercie de toutes nos discussions enrichissantes sur le concept de la surefficience, qui m'ont permis de grandir et d'avancer, pour ta disponibilité et gentillesse à mon égard. Ensemble, nous espérons avoir apporté notre pierre à l'édifice de la médecine générale via le haut potentiel intellectuel !

Merci à Aurélie Broccardo, psychologue spécialisée dans la surefficience. J'ai beaucoup appris à ton contact, ce travail de thèse n'aurait pas été possible sans ton aide précieuse.

Merci au Dr Jean-Eric RASTELLO. Je te remercie pour nos échanges, ta bienveillance à mon égard et la confiance que tu m'as accordée. La réussite de ce projet de thèse te revient également.

Merci à Monsieur LEMASSON Noël pour son expertise sur la surefficience et ses commentaires sur ce projet.

Merci à tous les patients auditionnés pour cette étude.

Merci à tous les médecins que j'ai fréquentés durant mes stages d'internat, qui ont été justes à mon égard et m'ont transmis leur si précieux savoir. Merci à toi, Antoine, merci à toi André, pour ces beaux échanges corses.

Merci à tous les enseignants du DERMG qui ont toujours été présents et disponibles pour nous épauler et faire de la médecine générale une si belle spécialité.

Merci à tous mes collègues internes, avec qui j'ai échangé durant nos stages, et au-delà. Les liens étroits établis sont capitaux pour que l'internat en médecine soit à la fois plaisant et enrichissant.

Merci enfin à tous les membres de ma famille ainsi qu'à mon cercle amical pour m'avoir supporté pendant toutes ces années d'étude en médecine, avec les hauts et les bas. Rien ne sera jamais possible sans vous.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS **13**
INTRODUCTION **14**
MATERIEL ET METHODES **16**
Type d'étude
Recrutement
Population étudiée
Recueil des données
Analyse des données
RESULTATS **18**
Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon **18**
La représentation de la surefficience par les patients HPI **18**
Le haut potentiel intellectuel dans la société actuelle : avantage ou inconvénient ? **20**
Un inconvénient ?
Un avantage ?
Le haut potentiel intellectuel et le recours à des professionnels de santé **21**
Rapports au psychiatre
Rapport au psychologue
Le haut potentiel intellectuel et la scolarité **23**
Sentiment de différence
Rapport aux méthodes éducatives
Harcèlement scolaire
Les recours
Le parcours professionnel du haut potentiel intellectuel **24**
Investissement
Curiosité
Sentiment d'injustice
Burn-out
Les Recours
Le haut potentiel intellectuel et ses relations avec autrui **27**
Sentiment de décalage
Exigence
Méfiance
Les recours
Le haut potentiel intellectuel et les troubles psychosomatiques **29**
Les troubles anxio-dépressifs
Les troubles du sommeil
Les douleurs diverses
Les manifestations cutanées
Les manifestations respiratoires
Les recours
Le haut potentiel intellectuel et la sensibilité aux addictions **32**
Les recours
Le haut potentiel intellectuel et sa prise en charge par le médecin généraliste **33**
Rôle dans la communication
Rôle dans le diagnostic
Rôle dans l'orientation
DISCUSSION **36**
CONCLUSION GENERALE **40**
ANNEXES **42**
BIBLIOGRAPHIE **47**

LISTE DES ABREVIATIONS

HP : Haut potentiel

HPI : Haut potentiel intellectuel

HPE : Haut potentiel émotionnel

APIE : Atypique personne dans l'intelligence et l'émotion

QI : Quotient intellectuel

WAIS : Weschler Adult Intelligence Scale

WISC : Weschler Intelligence Scale for Children

TDHA : Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

CPE : Conseiller primaire d'éducation

MBTI : Indicateurs typologiques de Myers-Briggs

INTRODUCTION

L'Homme a toujours été intrigué par le concept de l'intelligence et c'est au début du 20ième siècle, en 1905, que le psychologue Alfred Binet publie une échelle métrique de l'intelligence (test de Binet), comme un moyen de détection d'élèves qui pourraient présenter dans le futur des difficultés scolaires **(1)**. En 1912, le psychologue allemand William Stern introduit l'idée de quotient intellectuel (QI) : l'âge mental calculé par le test de Binet est divisé par l'âge réel de l'enfant et multiplié par cent. Mais c'est surtout David Wechsler qui crée plus tard le « QI standardisé », un test dans lequel la référence n'est plus l'âge, mais le résultat obtenu par rapport à la population générale. Son travail évalue également l'intelligence d'enfants plus âgés et d'adultes avec des tests écrits, donnant naissance aux examens de QI utilisés de nos jours, comme le WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale), le WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children) **(2,3)**.

Le QI standard suit une loi normale avec une représentation gaussienne autour de la valeur moyenne 100. Un QI inférieur à 70 correspond au retard mental, alors qu'un QI supérieur à 130 est associé aux personnes qualifiées de surdouées, sur-efficientes ou plus actuellement « Haut Potentiel Intellectuel **» (HPI)**. Ces derniers représentent environ 2,5 à 3 % de la population.

A l'heure actuelle, de nombreux ouvrages scientifiques et de vulgarisation **(4)** mais aussi beaucoup de reportages dans les médias **(5)** s'intéressent aux patients à haut potentiel intellectuel et notamment aux enfants. En effet être HPI n'est pas forcément synonyme d'avantage dans la vie : environ deux tiers des enfants HPI ont des difficultés scolaires majeures **(6-7)**.

Les enfants HPI ont des caractéristiques bien définies pouvant expliquer les difficultés scolaires : en premier lieu, ils souffrent très souvent d'un perpétuel sentiment de décalage, de différence qui les pousse à l'introversion. C'est alors l'occasion pour eux de penser , penser, penser … trop ? un cerveau en perpétuelle activité, une vitesse importante de traitement de l'information, une pensée en arborescence et des questionnements en décalage avec les préoccupations des autres enfants du même âge comme la mort ou l'origine de la vie. En parallèle ils ressentent une hypersensibilité, hyperesthésie et présentent des capacités mnésiques importantes **(4)**. Ces différences sont pourvoyeuses de troubles anxio-dépressifs importants qui s'expriment souvent par des troubles du sommeil, somatisation ou une tendance aux addictions **(8).**

D'après JC Terrassier **(9)**, « le rythme du développement psychomoteur des enfants précoces est rarement à la mesure de leur développement intellectuel. » Ce décalage entraîne souvent des difficultés quotidiennes comme lors de l'habillage, du laçage de chaussure et des maladresses gestuelles mais ce sont surtout des troubles de l'apprentissage de l'écriture (dysgraphie), la lecture (dyslexie), la parole (bégaiement) ou le calcul (dyscalculie) ou encore des troubles de l'attention (Trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité, TDHA) **(10)**. Certains travaux montrent que ces différences de fonctionnement du cerveau trouvent des origines fonctionnelles et structurales avec notamment des régions cérébrales plus développées comme la substance blanche inter- et intra-hémisphérique **(11)**.

De nombreux travaux se sont intéressés aux enfants HPI mais très peu traitent des difficultés rencontrées dans la vie quotidienne par les individus HPI adultes. Nombreux sont les patients adultes en souffrance qui se présentent face à leur médecin généraliste avec des troubles pouvant s'apparenter à des symptômes typiques des patients HPI chez des individus qui n'ont jamais été diagnostiqués auparavant (tests psychométriques onéreux, professionnels de santé non sensibilisés au HPI, errance médicale, …). Or, pour ces patients qui présentent des caractéristiques de HPI, le recours à des traitements symptomatiques (contre les douleurs abdominales, l'anxiété, la dépression, …) est trop souvent l'issue de la consultation sans que le diagnostic de HPI ne soit évoqué, souvent par méconnaissance du concept HPI par le professionnel de santé.

Un travail de thèse s'est attelé à aider à la prise en charge des patients HPI en référençant les pratiques des professionnels de santé sensibilisés au haut potentiel **(12)**. Un autre travail de thèse réalisé celui-ci en 2018, une étude exploratoire, a eu pour objectif de décrire les comorbidités psychiatriques de sujets adultes identifiés comme HPI **(13)**.

L'objectif principal de ce travail de thèse est de recueillir les expériences de vie de patients adultes à haut potentiel intellectuel, leurs difficultés et les moyens mis en œuvre pour y pallier de façon à améliorer la prise en charge de ces patients en médecine générale.

Les objectifs secondaires seront :

- améliorer le repérage des patients à haut potentiel intellectuel par les professionnels de santé notamment le médecin généraliste,
- aider à terme à la création d'un réseau d'aide et d'accompagnement pour les patients à haut potentiel intellectuel en souffrance.

MATERIEL ET METHODE

Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens individuels réalisés auprès de patients HPI adultes.

Recrutement

Les patients sont recrutés dans la patientèle de 2 cabinets privés, un cabinet de médecine générale et un cabinet d'un psychologue. Ils ont été repérés comme HPI par ce médecin ou ce psychologue, sensibilisés eux-mêmes à cette problématique. 2 patients sont des connaissances de l'interne en médecine.

Population étudiée

La population étudiée est celle de 15 patients majeurs ayant consulté soit un médecin généraliste soit une psychologue (les deux cabinets étant basés à Grasse). Ils ont été identifiés *a priori* par les professionnels de santé comme des patients HPI potentiels car répondant à certains critères communs. Une fois identifiés, les patients sont recrutés pour le passage de l'entretien individuel.

Les critères d'inclusion des patients ont été les suivants :

- patient majeur (âge supérieur à 18ans)
- score supérieur ou égal à 5 à une grille d'inclusion (annexe 1) regroupant 10 caractéristiques majeures des individus HPI selon les multiples données de la littérature. Cette grille est remplie par l'interne en médecine *a posteriori* du passage des entretiens selon les informations récoltées.

Les critères d'exclusion ont été les suivants :

- patients mineurs (âge inférieur à 18ans),
- score inférieur à 5 à la grille d'inclusion.

Les patients ont été anonymisés et sont identifiés par leur numéro de passage. Les patients potentiels ont été sollicités par les professionnels de santé au moment des consultations pour leur présenter l'étude et les convier aux entretiens. Après recueil de leur accord, ils ont été contactés par téléphone par l'interne en médecine pour convenir d'un rendez-vous d'entretien.

Recueil des données

Un formulaire de consentement (annexe 2) a été signé par chaque participant, après une présentation de l'étude selon un modèle proposé par le collège de médecine générale de Nice.

Un guide d'entretien (annexe 3) a été élaboré à partir des données de la littérature composé de questions ouvertes comme base de discussion pour donner lieu à une libre expression. Les entretiens sont donc semi-directifs.

Les thèmes abordés dans la grille d'entretien ont été : description générale, définition du haut potentiel, scolarité, milieu professionnel, relations aux autres, troubles psychosomatiques, addictions et divers.

En fin d'entretien, un schéma illustrant le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du haut potentiel intellectuel est soumis au patient.

Les entretiens ont été menés par l'interne en médecine, en face à face avec le patient. Ils ont été enregistrés via un dictaphone numérique. Le guide d'entretien a pu évoluer et s'enrichir au fur et à mesure des entretiens. L'interne en médecine prend des notes pendant l'entretien. Ils ont été menés, soit dans le cabinet de médecine générale, soit dans celui de psychologie, soit sur le lieu de travail des patients pour des raisons de commodités.

Analyse des données

Les données enregistrées lors des entretiens sont retranscrites intégralement sur un document Microsoft Word pour être analysées.

L'analyse des données est interprétative à partir des déclarations des patients. Les citations (*verbatim*) sont faites selon la trame suivante : (« … », X) ou « … » (X) selon si elle est placée en fin de phrase ou intégrée au discours. Le numéro du patient peut aussi être mentionné sans citation, (X).

RESULTATS

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Sur les 15 patients identifiés comme HPI, 15 ont accepté de participer à l'étude. 14 patients ont été recrutés pour le passage de l'entretien individuel. Seul 1 entretien n'a pas pu être planifié en raison de difficultés organisationnelles.

L'échantillon se constitue de 7 hommes et de 7 femmes. Le patient le plus jeune a 22ans, le plus âgé 61ans. L'âge moyen est de 42 ans.

L'entretien le plus long est de 43 minutes, le plus court de 24 minutes La durée moyenne des entretiens se situe à 31 minutes, pour une durée totale de 407 minutes d'entretien.

Selon les critères d'inclusion, la moyenne des scores de satisfaction aux critères cliniques retrouvés chez les patients HPI selon les données de la littérature sont de 9 sur 10, le score le plus faible étant de 6, le plus élevé de 10. Les 14 patients auditionnés ont donc été inclus pour l'analyse.

Les catégories socio-professionnelles représentées sont les suivantes : étudiant (2), chômeur (2), retraité (1), employé de l'enseignement (1), employé de la fonction publique (1), employé de commerce (1), chef d'entreprise (2), cadre (3), profession de la santé (1).

La représentation de la surefficience par les patients à haut potentiel intellectuel

Cette étude s'est d'abord intéressée à ce que le haut potentiel intellectuel évoquait pour les patients eux-mêmes.

C'est d'abord le sentiment de ne pas être à haut potentiel intellectuel, cette caractéristique étant souvent associée, dans l'esprit des patients interviewés, à des personnages illustres qui excellent dans un domaine de compétence (« le haut potentiel, c'est Mozart, c'est Einstein », 2 ; « je ne me considère pas comme haut potentiel », 2 ; 8 ; « je ne me considère pas comme quelqu'un d'intelligent », 5). Cependant, ils adhèrent à cette idée une fois le diagnostic évoqué par un professionnel de santé en se retrouvant parfaitement dans la description faite. Ils éprouvent un bien-

être suite à l'annonce (« bouffée d'oxygène », 1 ; « et quelqu'un allume et tout d'un coup il y a de la lumière », 6 ; « ça m'a beaucoup débloqué », 13). Certains nuancent en s'identifiant davantage à un haut potentiel émotionnel (2 ; 13).

Les sentiments de différence et de décalage sont prépondérants tout au long de la vie des patients de cette étude (« l'électron libre », 2 ; « on se sent en inadéquation avec le reste de la population », 3 ; « j'étais comme un Alien, mais d'où tu sors ? », 6 ; « différence de rythme, de pensée avec les amis », 7 ; « extra-terrestre », 12).

Les patients relatent une hyperactivité cérébrale en permanence (« j'ai le cerveau qui travaille comme le disque dur d'un ordinateur », 5 ; « quand on a le cerveau qui fonctionne tout le temps c'est compliqué », 4) associée à une difficulté à déconnecter leur pensée de la réalité. Cette pensée envahissante nécessite d'être domptée, ce qui n'est pas une tâche facile (« c'est comme un animal à domestiquer », 5). L'hyperactivité cérébrale est associée à une capacité de compréhension et d'analyse accrues via un « mode de pensée et de raisonnement différents qualitativement, quantitativement et d'un point de vue vitesse », 7 ; 11 ; 12).

On retrouve le critère de pensée en arborescence s'exprimant au travers de déclarations comme (« je réfléchis à beaucoup mais lorsque les choses arrivent je suis déjà passé à autre chose », 4 ; « Pendant que je fais une tâche, il y a d'autres tâches qui travaillent », 5 ; éparpillée, je fais 15 millions de choses dans la tête » ; 10).

L'hypersensibilité émotionnelle est visible lorsque des comportements ou des paroles apparaissant comme anodins pour la plupart des autres gens heurtent certains patients HPI (« le poids des mots, le sens des mots, c'est important pour moi et parfois je suis facilement blessée dans des conversations avec les gens sans que pour autant ce soit intentionnel », 11 ; « des personnes hyperémotives, hypersensibles », 2 ; « exacerbation des ressentis », 7 ; 3 ; 9 ; 12 ; 13).

La perception des sens est exacerbée (hyperesthésie) du fait d'une hyper-réactivité aux stimuli du monde extérieur (2 ; 9 ; 11). L'hyperesthésie est connotée négativement comme une « agression dans la vie de tous les jours » (1) mais permet de « percevoir certaines choses plus facilement » (3).

Quid des tests psychométriques ? Seule une patiente exprime que le haut potentiel représente une réponse aux tests psychométriques « supérieure à 130 » (9). En tant que psychothérapeute elle-même, elle modère son propos arguant que la surefficience peut être identifiée sans test, via l'identification de caractéristiques communes (« pensée en arborescence, comportement hypersensible, hyperréactivité au monde, questions existentielles », 9). En lien avec cette déclaration, un autre patient déclare que pour lui, les tests sont « bidons » (6) car ils ne testent pas « l'intelligence émotionnelle et mettent une étiquette sur leur intelligence » (6). L'annonce du diagnostic permet d'illustrer un simple chiffre qui ne semble pas signifier grand-chose pour le patient (« Avant c'était un chiffre de QI, un chiffre un truc comme ça après je me rendais compte qu'il y avait un truc qui existait

mais c'était un peu, juste différent mais là j'ai compris que je faisais partie de choses un peu plus différentes, d'un groupe », 13).

Le haut potentiel intellectuel est représenté par certains comme la capacité à « gérer des responsabilités » (8) dans n'importe quel domaine et ce, dans un contexte de liberté d'expression et de confiance (« il faut être libre pour être capable d'exprimer son potentiel », 8).

Le questionnement suivant a été de déterminer comment toutes ces caractéristiques relatives à la surefficience sont analysées par les patients en termes d'insertion dans notre société.

Le haut potentiel intellectuel dans la société actuelle : Inconvénient ou avantage ?

Un inconvénient ?

Le fait d'être à haut potentiel intellectuel « aurait pu être un avantage, mais pas dans notre société » (5), les patients se considérant comme « pas adapté » (1). Les traits de personnalité détaillés ci-dessus sont vus comme « handicapants » (1), notamment au niveau professionnel au sein duquel ils peuvent induire un isolement social (« je n'ai aucun contact avec mes collègues », 2) et des difficultés professionnelles inhérentes au fait que le cerveau est en perpétuelle activité et se disperse (« c'est plus handicapant qu'autre chose dans des métiers où il faut être multitâche », 4 ; « à côté de la plaque », 11).

Le patient HPI est sujet à des « angoisses et peurs existentielles » (3 ; 11) que les autres individus, ressentent moins. Et, en ce sens, il peut être vu par l'entourage comme atteint d'une maladie psychiatrique ce qui le renvoie à une image négative (« j'ai des gens qui se sont posés la question si je n'étais pas bipolaire », 7 ; « bipolaire, schizophrène », 12).

Au niveau social, il ressort que la société peut être restrictive dans la capacité à développer un potentiel intellectuel si l'individu « se laisse mener » (8), se laisse aller à une certaine facilité de vie, via par exemple le fait de percevoir des « aides sociales » (8). Le patient HPI, qui lui tend vers une globalisation des choses se heurte à une société individualiste (13).

Un avantage ?

Le haut potentiel apparaît ici comme un avantage au niveau de la réussite scolaire à condition que le « milieu familial aide à développer ce potentiel » (3 ; 11). Ses facultés différentes d'analyse et de perception du monde, parfois lourdes à porter, peuvent apparaître comme bénéfiques malgré tout chez des patients qui le considèrent comme « une chance » (6). En effet, une vision singulière des

choses peut être perçue comme un atout et accueillie comme une originalité attrayante de la part de l'entourage (« cette façon de voir les choses toujours en décalé, les gens m'aimaient bien de ça », 6).

Il apparaît que le fait d'être conscient des potentialités représente clairement une « force » (9 ; 12). En effet, les patients perçoivent l'annonce du diagnostic comme un changement brutal et bénéfique (« ma perception a changé », « maintenant je vois, et il y en a ça les détruit », 7 ; « c'est quand on m'a expliqué comment je fonctionnais, de l'accompagnement, de pouvoir arriver à gérer les émotions », 12 ; « du moment qu'on dépiste, j'ai l'impression que tout se débloque », 13).

En résumé à l'ensemble des déclarations sur cette question, il est indéniable que le haut potentiel intellectuel est en majorité perçu comme un fardeau qui peut être transformé en force du moment où la personne réalise et apprivoise son fonctionnement psychique. Non, il n'est pas malade !

Face à ces difficultés, la question suivante a été de s'intéresser aux personnels de santé qui ont été consultés par le patient HPI au cours de sa vie et qui ont été aidants.

Le haut potentiel intellectuel et le recours à des professionnels de santé

Il ressort des déclarations que deux corps de métiers se dégagent dans l'apport qu'ils ont eu auprès des patients HPI : le médecin psychiatre et le psychologue.

Rapports au psychiatre :

Certains patients décrivent un rôle très important du psychiatre dans leur vie au point que celui-ci ait « évité le suicide » (1). Ce praticien a été « bénéfique » (2). Les changements de praticien sont nombreux afin de trouver celui qui leur correspondra le mieux. Le psychiatre apparaît, lorsque la confiance est instaurée (« il faut qu'il y ait une entente réciproque, et que la relation ne soit pas « rédhibitoire », 2), comme un aidant important qui est « à l'écoute » (3). Les patients le consultent souvent dans le cadre d'épisodes dépressifs. La prescription de médicaments de type anti-dépresseurs est, dans un premier temps, requise et bénéfique pour « sortir la tête de l'eau » (9) mais reste non appréciée des patients qui préfèrent l'écoute (« je n'aime pas les médicaments », 5 ; 9 ; « quand il a fallu prendre des médicaments, j'en ai pris, mais il a plutôt été là pour m'aider, pour m'écouter », 3). Les patients décrivent les traitements comme une « béquille éventuelle », 5 qui ne solutionne pas la problématique de fond mais masque juste les symptômes (3).

Cependant, il demeure une réticence de la part de certains patients qui se sentent mal à l'aise face à l'idée d'être suivis par un psychiatre qu'ils associent à une vision pathologique de leur

caractéristique (« quelqu'un qui peut s'aider de la pharmacie », 5 ; « je ne suis pas fou », 6). Ceux-là préfèrent le suivi psychologique (« impression d'être moins malade », 1).

Rapports au psychologue :

Le psychologue tient une place prépondérante dans le bien-être des patients (« une des meilleures choses que j'ai faites dans ma vie », 6). Généralement, c'est un recours qui survient après avoir consulté des psychiatres. Une fois que l'épisode dépressif est solutionné, via généralement des prescriptions médicamenteuses, les patients sont suivis par un psychologue qui permet de réfléchir sur son rapport aux autres et de répondre soi-même aux questions existentielles. On entre ici dans une démarche centrée sur le patient où il est amené à trouver lui-même les solutions aux problématiques (« à la fin de nos entretiens, j'arrivais à m'auto-psychanalyser moi-même », 5 ; « elle a allumé la lumière », 6). Le psychologue aide « à canaliser » (10) et réorganiser les idées (« un puzzle se mettait en place », 6).

D'une façon générale, il apparait que ces professionnels de santé, pour qu'ils soient retenus par le patient, doivent présenter « le même profil », (« fonctionne comme moi », 10 ; 7).

À la fois psychologue (« c'est la première qui m'en a parlé », 5) et psychiatre (« ce psychiatre qui m'a envoyée faire des tests », 9) sont considérés comme pourvoyeurs de l'évocation du diagnostic de HPI . Cela dépend de l'histoire des patients et des relations de confiance qu'ils ont établies avec leur praticien.

Seul un patient déclare que son médecin généraliste a été le plus bénéfique dans l'évocation du diagnostic (12).

Toutefois, comme pour le médecin généraliste (cf. paragraphe sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de la surefficience), certains patients semblent désirer un complément de formation de ces deux professionnels de santé sur la surefficience (« des psy, j'en ai vu, j'ai vu 10 psy, réguliers, je n'ai pas passé un an sans voir un psychiatre, un psychologue, un pédopsychiatre, je ne sais trop quoi et … , ils ne pouvaient pas m'expliquer pourquoi je fonctionnais comme ça », 12 ; 13).

Les premières manifestations de différence des patients à haut potentiel se voient généralement dès le début de la scolarité. Cette étude s'est donc intéressée au vécu de la scolarité par les patients HPI, aux difficultés rencontrées et aux solutions trouvées.

Le haut potentiel intellectuel et la scolarité

Il ressort de l'étude que les difficultés rencontrées ont lien avec le sentiment de différence, un rapport particulier aux méthodes éducatives et le harcèlement.

Sentiment de différence :

En relation avec la représentation que les patients HPI ont d'eux-mêmes, il apparait que les patients expriment durant la scolarité un sentiment de différence relatif aux autres élèves. Ceci s'exprime à travers des déclarations comme « on avait l'impression que j'étais perché », 5 ; « je partais dans des choses un peu bizarres », 6 ; « j'étais spéciale », 10, ayant pour incidence une « difficulté d'intégration », 2. Ce ressenti de décalage est mal vécu par les enfants HPI : le mal-être s'exprime par des symptômes cliniques comme des pleurs, anorexie, tics ou dysmorphophobie (« je pleurais tout le temps, on me forçait à manger », 3 ; « je ne me mettais jamais en t-shirt ou maillot », 4 ; « j'avais des tics en primaire qui arrivaient à me défigurer », 6). La dysmorphophobie exprimée ici est en relation avec le rapport au corps ressenti « en éducation physique » (3).

Rapports aux méthodes éducatives :

Cependant, ce mal-être, qui peut aboutir aux expressions cliniques citées ci-dessus, n'est pas forcément en relation avec le niveau des résultats scolaires. En effet, si certains patients ont ressenti leur scolarité comme « cataclysmique » (5), ce n'est cependant pas une majorité. La plupart des patients expriment que leurs résultats scolaires en maternelle et primaire ont été plutôt bons sans forcément fournir beaucoup d'efforts de travail (« j'ai toujours bien marché à l'école », 6 ; « première jusqu'au CM2 », 3 ; « j'étais deuxième de ma classe, je ne travaillais pas », 10).

Cependant, les patients expriment que certaines méthodes éducatives sont à l'origine d'un manque d'intérêt pour certaines matières *a priori* (« c'était très mal adapté aux élèves alors que j'avais envie d'apprendre », 2). De plus, l'enseignement comme il est pratiqué induit un ennui par manque de créativité (« les modalités d'apprentissage n'étaient pas stimulantes », « cela ne faisait pas preuve de créativité », 7).

Un patient déclare que le système scolaire « n'a pas su percevoir mon haut potentiel » (8), touchant ainsi du doigt le manque de formation du milieu scolaire au concept du haut potentiel.

Harcèlement scolaire :

Plusieurs patients déclarent avoir été victime de harcèlement scolaire, de la part des élèves (9 ; 11 ; 12) ou même de certains professeurs pouvant mener à des phobies scolaires (« les profs ont

été horribles avec moi, et là ça a été la descente aux enfers parce que je ne comprenais pas qu'un adulte puisse ne pas essayer de comprendre pourquoi je fonctionne comme ça », 12).

Quels ont été les recours des patients HPI pour faire face aux difficultés de la période scolaire ?

Les recours :

Concernant le manque de créativité, les patients se renferment sur eux-mêmes, leur vie intérieure étant plus stimulante que la réalité (« repli », 2 ; « solitaire », 3 ; « j'ai une vie intérieure assez riche, loufoque », 7). Pour combler ce manque, certains vont même jusqu'à produire des actions visant à stimuler la créativité, toujours en relation avec un besoin d'attention (« j'avais décidé d'écrire une BD et je voulais la montrer à mon instituteur », 6).

Concernant la réussite scolaire, il est proposé par une patiente que le cadre imposé par l'enseignement privé est bénéfique par rapport à l'enseignement public ou l'université (10).

Concernant les personnes-ressources, un patient déclare que le psychologue scolaire a été bénéfique (« il écoutait beaucoup, il était gentil », 5). Ce même patient a également consulté un neuropsychiatre en CM2 alors qu'un autre allègue avoir trouvé du réconfort auprès d'un « CPE et d'un professeur en particulier » (12). Cependant, la plupart des patients exprime ne pas avoir eu de recours particulier en tant que personne-ressource au niveau scolaire.

Aucun patient ne déclare avoir eu recours au médecin généraliste dans la prise en charge du mal-être physique ou psychologique à cette période.

Faisant suite au vécu scolaire, cette étude s'est ensuite intéressée à la vie professionnelle, aux difficultés et recours associés.

Le parcours professionnel du haut potentiel intellectuel

Plusieurs idées se dégagent des réponses ouvertes à la grille d'entretien concernant le parcours professionnel : Investissement, curiosité, sentiment d'injustice et burn-out.

Investissement :

En règle générale, les patients HPI, lorsqu'ils évoluent dans un secteur d'activité plaisant, font preuve de détermination qui les mène à une réussite professionnelle (« faire mon travail le mieux possible », 2 ; « j'ai toujours été relativement reconnu dans mon travail », 4 ; « au niveau professionnel, ça se passe très bien » , 11 ; « je considère avoir réussi », 3). Leur perfectionnisme est

aidant. Enfin, les patients ont le souhait de concrétiser leurs rêves professionnels et s'en donnent les moyens de façon surprenante (« j'ai toujours suivi ce but », 6 ; « je suis revenue à mes premières amours, je suis arrivée dans le premiers tiers », 10 ; « je travaillais, j'insistais pour travailler, moi je travaille », 8 ; « j'ai fini major académique », 12).

Curiosité :

Les patients HPI de cette étude sont animés d'une curiosité dans le milieu professionnel notamment, les poussant à se former régulièrement pour progresser intellectuellement et socialement (« je suis quelqu'un qui va au bout, j'ai une envie d'apprendre », 5 ; je voulais apprendre autre chose », 2). La curiosité peut même mener certains patients à se reconvertir dans d'autres domaines d'intérêt. En effet, suite à ses propres difficultés notamment relatives à l'identité sexuelle, une patiente s'est reconvertie en psychothérapeute (« Gestalt-thérapie », 9), un bénéfice à double sens, pour elle-même et ses propres patients. Il en est de même pour un autre patient qui s'investit à présent dans la prise en charge de la précocité en milieu scolaire, en relation avec son métier d'enseignant (11).

Sentiment d'injustice :

A côté des satisfactions décrites ci-dessus, il apparaît clairement que les patients HPI souffrent cependant d'un perpétuel sentiment d'injustice dans le milieu professionnel.

En premier lieu, l'organisation du système à travers, par exemple, la survenue de plans sociaux peut aboutir à des remises en question personnelles (4). De même, la hiérarchisation du système est source de conflits (« j'ai du mal à répondre à un ordre que je ne comprends pas ou illogique », 13 ; « j'ai eu pas mal de chefs avec qui ça a vrillé », 9). Il apparaît ici que les patients à haut potentiel considèrent souvent qu'ils détiennent la vérité, à tort ou à raison, ce qui peut créer chez eux un sentiment de frustration (« ce qui est vexant, c'est que dans le temps décalé, c'est des choses qui émergent, qui auraient pu être mises en exergue beaucoup plus tôt », 7) . En ce sens, ils expriment souffrir d'un manque de considération de leurs potentialités arguant que le milieu de l'entreprise « ne potentialise pas sur des gens créatifs comme je peux l'être » (7). L'entreprise ne « reconnait pas l'apport que l'on peut avoir dans une société » (7). Ce mal-être professionnel peut se traduire par des symptômes de fatigue chronique persistante (« on retrouvait ce symptôme chez des potentiels élevés qui n'étaient pas à leur place », 4). Le système du travail est considéré comme réducteur du point de vue des qualifications, où le patient HPI doit se spécialiser pour réussir ce qui se trouve à l'opposé de la caractéristique en arborescence de sa pensée (« je faisais l'ensemble de l'informatique, ils m'ont dit on ne peut pas, il faut vraiment vous qualifier dans une branche », 8).

Plus largement, les relations avec les collègues de travail sont au cœur d'un sentiment d'injustice. La réussite du travail entrepris peut être à l'origine de jalousie de la part des collègues (« faire mon travail le mieux possible, et ça ne plaisait pas », 2).

Burn-out :

Lorsqu'ils ont trouvé leur voie, on a vu que l'investissement des HPI dans leur travail est total. Le revers de la médaille est un épuisement, un burn-out professionnel. Pour trois patients, investissement important et/ou harcèlement au travail ont été source de difficultés majeures qui se sont soldées par une dépression (« je brûlais la bougie par les deux bouts, j'étais épuisé et d'un coup j'ai lâché », 13 ; 5 ; 9). Il ressort enfin un sentiment de déception quant au fait de ne pas être soutenu par la hiérarchie dans ce contexte (« j'avais le droit à du harcèlement, le pire c'était que mes responsables ne réagissent pas », 13).

Quels ont été les recours mis en œuvre par les patients HPI au niveau professionnel ?

Les recours :

La médecine du travail apparaît comme totalement inadaptée par rapport aux difficultés des patients à haut potentiel intellectuel en milieu professionnel (« terre-à-terre », 1 ; « ça ne sert à rien, ils ne sont pas là pour ça », 2).

Face au burn-out, le recours aux arrêts de travail et aux anti-dépresseurs semble avoir été un recours positif (« j'ai été voir le médecin généraliste et c'est elle qui m'a mis en arrêt maladie », 13).

Concernant le harcèlement au travail, le repli sur soi ou la fuite semblent être protecteurs, ces façons de réagir étant retrouvées dans le harcèlement à l'école (« quand je vois que ça ne marche pas, je fuis », 13). En ce sens, la démission peut aussi en être l'issue (13).

L'investissement dans la formation est relaté comme étant profitable (« ce que j'ai fait pour m'échapper, je partais souvent en formation », 2 ; « je vais faire des formations, des approfondissements auprès des collègues pour leur donner des outils je me suis plongée corps et âme là-dedans », 11)

La reconversion professionnelle notamment dans le domaine libéral apparait bénéfique, du fait de n'être plus confrontée ni à la hiérarchie ni aux collègues (« je me suis mis à mon compte, je n'ai personne qui m'embête », 9).

Enfin, à côté de ces méthodes « concrètes », la méditation tient un rôle important pour pallier aux difficultés professionnelles (« la spiritualité et la nature » 5 ; « me détacher de ce que je fais en fermant les yeux », 8).

Que ce soit pendant le parcours scolaire ou bien dans la vie professionnelle, on s'aperçoit que les patient HPI relatent des difficultés relationnelles. Comment analysent-ils ces difficultés et quels recours ont-ils trouvés ?

Le haut potentiel intellectuel et ses relations avec autrui

L'analyse de l'expression des difficultés relationnelles met en évidence une solitude importante de ces patients HPI (« j'ai très peu d'amis », 2 ; « dans mon coin, solitaire, très peu de communication », 3 ; j'avais très peu de copains », 10 ; « j'avais de temps en temps des amis mais c'était marginal », 14).

Cependant, ils décrivent cette réalité sans pour autant exprimer de souffrance majeure associée à la solitude en tant que telle (« heureux mais peu d'amis », 1).

Quelles sont, selon eux, les origines à cette solitude et comment ont-ils tenté d'améliorer leurs relations avec les autres ?

Sentiment de décalage :

Le sentiment de différence perpétuelle dans la relation aux autres s'exprime à travers de nombreuses déclarations comme « Il y a toujours eu les gens et moi, je me suis toujours sentie à l'écart, je n'arrive pas à rentrer en connexion », 11 ; « je pense qu'on les énerve, on me prend pour une débile », 7 ; « Je tenais toujours des raisonnements qui peuvent sembler d'une autre galaxie », 3. Une des raisons à ce décalage semble être le fait d'intellectualiser la relation à l'extrême (« J'intellectualisais tout, j'étais devenu insupportable », 13).

Il semble cependant y avoir une facilité d'échange avec les personnes identifiées, *a posteriori* ou non, comme HPI, l'adage « qui se ressemble s'assemble n'étant pas si faux … (« les personnes que j'ai fréquentées, ils se sont tous fait diagnostiquer tard,», 12 ; « identification d'autres hauts potentiels pour s'entre-aider », 1). Il est ainsi exprimé un sentiment rassurant de bienveillance des hauts potentiels entre eux (« c'était les seules personnes qui n'avaient pas forcément de jugement face à moi », 12).

Exigence :

Les patients HPI expriment faire preuve d'une redoutable exigence dans leur relation aux autres. La peur de l'échec dans le relationnel (« je n'attends rien des gens, comme ça je ne vais pas être déçu », 5 ; « Intolérance à l'échec », 10) ainsi que le rejet de l'injustice (« les trahisons, je ne les

supporte pas », 7 ; « je peux réagir très violemment quand je sens une injustice, un mensonge », 6) semblent être les moteurs de l'exigence, menant à une exclusion de l'autre.

On peut parfois noter une perception de l'autre assimilable parfois à du mépris (« être casé avec des gens que je trouvais un petit peu con, pardon pour l'expression, mais je ne m'identifiais pas du tout aux gens avec qui j'étais », 14), considérant que les personnes ne sont pas dignes d'intérêt car « inférieures » (« j'ai perdu des amitiés parce qu'elles n'ont pas été à la hauteur », 7).

A l'inverse, il ressort aussi une volonté de satisfaire aux exigences des autres personnes en souhaitant s'assimiler à eux, mais aboutissant aussi à un échec (« A chaque fois, je fais tout pour m'intégrer et ça me fatigue beaucoup de devoir en quelque sorte me renier, parfois détruire des petites parties de moi pour plaire », 13).

La conséquence à tout cela est un détachement de l'autre.

Méfiance :

Il apparait que le patient HPI fait preuve d'une méfiance de l'autre dans sa différence (« les gens, il faut se méfier », 5 ; « ça a fait une espèce de rupture du continuum de la normalité, je me suis dit ça ne sert plus à rien d'espérer quoi que ce soit », 13). Cette méfiance peut causer un décalage entre la personnalité vraie du HPI et celle qu'elle expose qui peut nuire au fait de se livrer, d'être soi-même (« je suis face à quelqu'un qui est très strict, même dans mon activité de tous les jours mais je vis une situation … il y a ce que je vis avec la personne, et après il y a comme une situation qui est complètement déconnante comme un film humoristique (…) comme un double et en fait ça me fait rire », 7). Docteur Jekyll et Mister Hyde ?

Les recours :

Face aux difficultés relationnelles, les patients HPI relatent mettre en œuvre des stratégies d'évitement dans lesquelles ils trouvent une protection (« Je me suis renfermée dans les livres, j'écoutais de la musique », 10 ; « quand je vois que ça ne marche pas, je fuis le contact, le repli sur soi c'est protecteur », 13). La fuite ou l'immersion dans des domaines d'intérêt semblent ici être un recours bénéfique.

Les professionnels de santé ont été aidants dans l'approche relationnelle, que ce soit le psychologue (« m'a fait comprendre certains mécanismes de défense, l'intellectualisation des choses », 13) ou bien le psychiatre (« J'interagis de plus en plus, (…), deux psychiatres qui m'ont apporté quelques clés », 4) en développant une réflexion personnelle sur le concept de la relation avec l'autre.

Il apparaît que l'annonce du diagnostic est encore une fois bénéfique pour les patients HPI dans la communication avec les autres (« le fait d'avoir su que j'avais un fonctionnement différent, ça m'aide, je suis moins exigeante avec les autres », 11).

Les patients HPI de cette étude aiment aider autrui (3 ; 9 ; 11). Via un rôle de formateur, ils tirent un bénéfice personnel dans la relation aux autres (« Apprendre à gérer ses émotions, apprendre à savoir comment ils fonctionnent, à gérer leur stress, gérer la rapidité de compréhension », « c'est ma bataille, mon cheval de bataille », 11 ; 9).

Il apparaît enfin que l'activité sportive est bénéfique : dans la pratique du rugby, le patient déclare aimer la philosophie de ce sport (« qu'on soit petit, gros, grand, ce qu'on veut, on a chacun un rôle à jouer », 5). A l'inverse, celle du football semble inadaptée au fonctionnement du HPI pour deux patients (« j'étais très mal à l'aise », 6). Le patient 13 déclare que la « marche en nature », dans une quête de spiritualité, l'a aidé dans sa relation aux autres. Plus largement, la nature apparaît comme apaisante et citée à de nombreuses reprises comme bénéfique vu son caractère prévisible (« la nature, c'est sans surprise », 5).

L'ensemble des difficultés de vie des patients HPI, au niveau scolaire, professionnel ou relationnel ont amené à étudier les manifestations d'anxiété qui en découlent.

Le haut potentiel intellectuel et les troubles psychosomatiques

Il ressort de cette étude que tous les patients à haut potentiel intellectuel auditionnés sont sujets à des manifestations psychosomatiques illustrées par la déclaration « je reconnais que dès que ça ne va pas, le corps parle » (7). Quelles en sont ces différentes manifestations ?

Les troubles anxio-dépressifs :

L'anxiété de fond ressort comme un trait commun à la grande majorité de patients de l'étude. Les crises d'angoisse/de spasmophilie sont le dénominateur commun aux manifestations d'anxiété (3 ; 4 ; 9 ; 10 ; 11). Les migraines apparaissent aussi comme une complication de l'anxiété pour plusieurs patients dans des périodes de stress avec un facteur déclencheur qui peut être la fatigue ou la caféine (4 ; 10). Un patient pense que son anxiété est à l'origine de tics, notamment de la mâchoire lorsqu'il était enfant à l'école primaire (3). On peut voir des « scarifications » ou « tremblements des mains », 12. Les troubles anxieux aboutissent parfois à de l'hypochondrie ou agoraphobie (« j'ai cru que je faisais un infarctus », 11 ; « j'ai peur des gens depuis mon burn-out », 13). L'anxiété peut aboutir à burn-out professionnel, survenu chez un patient qui analyse cette survenue *a posteriori* comme un

manque d'intérêt pour l'activité professionnelle, ce qui colle avec l'investissement exacerbé des personnalités HPI dans les domaines d'intérêt (« je ne trouve plus de sens à ce job, ça me met une anxiété de fond terrible », 9).

La dépression a été citée à plusieurs reprises dans l'histoire des patients, avec des épisodes dépressifs multiples pour la plupart (1 ; 3 ; 4 ; 9 ; 12) pouvant même aboutir à l'extrême à des tentatives de suicide à l'adolescence (« deux tentatives de suicide que j'ai faites, j'ai été internée », 12).

Les troubles du sommeil :

Les troubles du sommeil décrits sont essentiellement des réveils fréquents (« je dors beaucoup mais de façon hachée », 3 ; « sommeil fragmenté, qui n'était absolument pas réparateur », 4 ; « réveils multiples », 6). Les patients trouvent, en justification à ces réveils multiples, des « obsessions/ruminations » quant aux activités qui les occupent la journée, comme s'ils revivaient les scènes diurnes durant leurs nuits (« cela me prend la tête, je les refais la nuit » 2 ; « je me levais pour faire des calculs », 6).

Les douleurs diverses :

Les manifestations abdominales sont citées par trois patients, à type de ballonnements et douleurs (3 ; 7 ; 10, 11). Une patiente évoque la maladie de Crohn dans ses antécédents (patiente 3). Le patient 11 raconte avoir eu recours à un gastroentérologue afin d'éliminer toute origine somatique aux douleurs.

Un patient relate enfin une espèce d'oppression thoracique en permanence (13).

Les manifestations cutanées :

Un patient relate la présence de « plaques de *psoriasis* sur la tête » qui apparaissent au bout de quelques jours « quand vraiment je n'ai pas pu gérer mon stress » (8).

Les manifestations respiratoires :

Un patient relate qu'il a ressenti de l'asthme en étant enfant, tout en exprimant ne pas identifier de lien direct entre cette pathologie respiratoire et la surefficience (« j'ai eu de l'asthme mais je ne pense pas que cela soit lié à ça », 6).

Quels ont été les recours des patients HPI quant aux manifestations de stress chronique ?

Les recours :

Concernant les troubles anxieux au sens large, le recours aux anxiolytiques a été classiquement adopté mais non apprécié. En effet, les anxiolytiques « agissent une heure, puis c'est pareil » (3), avec parfois une notion relatée de dépendance.

Les traitements antidépresseurs apparaissent comme requis pour solutionner une dépression installée (« Prozac », 9 ; « ça me calme vraiment beaucoup », 13) mais sont utilisés comme second moyen après avoir tenté d'autres méthodes plus douces comme « l'homéopathie, les plantes et notamment le millepertuis et ses effets anti-dépresseurs naturels » (9).

Concernant les troubles du sommeil, les recours proposés ont été des traitements hypnotiques ou à visée antidépresseurs (« petites doses d'ISRS qui n'ont d'ailleurs toujours pas l'AMM pour cette problématique », 4).

Pour la grande majorité des patients, il ressort de leurs déclarations que les manifestations de stress chronique ont été grandement apaisées par l'écoute et la confiance. En effet, l'écoute est bénéfique pour eux, que ce soit celle du médecin psychiatre, du psychologue, du médecin généraliste (« l'importance d'avoir un médecin généraliste avec qui je puisse prendre rapidement un rendez-vous pour être rassurée », 3) ou de l'entourage adapté même si « on est lourd à supporter » (3).

Dans la même lignée, des méthodes d'apaisement dans le cadre de la méditation comme le yoga, bouddhisme, méditation transcendantale apparaissent comme bénéfiques chez beaucoup de patients (2 ; 4 ; 5 ; 6 ; 9 ; 11). En période de « *down* », « si cela ne va pas, je récite un mantra » (2). Cependant, la restriction à l'utilisation de ces méthodes semble être l'incapacité à se relaxer, se centrer sur soi-même lorsque l'anxiété est trop importante (« j'ai essayé, ça ne fonctionne pas, je suis trop speed », 3 ; 12). Ces méthodes permettent souvent une acceptation du soi et de ses points faibles (« accepter que son corps puisse être fatigué », 4).

En relation avec la méditation, le fait d'évoluer dans et avec « la nature » est synonyme d'apaisement et de liberté (j'aime marcher dans la nature, je n'ai pas de limite, pas de contrainte », 10 ; 5 ; 8 ; 13). Ces patients trouvent un bénéfice à la marche dans la nature, comme cité précédemment.

Les lectures sont également un moyen d'apaisement important (« à part les livres, on ne m'a pas donné la solution », 3 ; « à travers des lectures que je vais m'apaiser », 7 ; « conseillé de lire « je pense trop » », 6 ; 13).

Un patient indique le bénéfice ressenti via une technique de « cohérence cardiaque » (11) dans le fait d'apprendre à contrôler sa respiration avec l'aide d'une application sur son smartphone.

La lutte contre l'ennui apparait comme anxiolytique (« l'ennui est synonyme d'anxiété », 10 ; vouloir se dépenser, si je ne le fais pas, c'est la descente aux enfers », 12). En effet, si internet apparaît

comme néfaste pour la majorité de la population, un patient exprime toutefois l'intérêt des écrans lors de la consultation d'internet afin d'occuper son esprit et ainsi diminuer son anxiété (10).

Enfin, l'évocation du diagnostic peut être synonyme de disparition de certains troubles psychosomatiques comme les troubles du sommeil et permet aux méthodes de méditation d'être plus puissantes (3).

Le fond anxieux manifeste des patients HPI a conduit à s'interroger sur le lien entre surefficience et sensibilité aux addictions, et les recours adoptés.

Le haut potentiel intellectuel et la sensibilité aux addictions

Dans cette étude, tous les patients expriment une sensibilité pour une addiction, au moins. Cela va de l'alcool, du tabac, du cannabis, aux médicaments de type anxiolytiques (Benzodiazépines essentiellement), à l'appétence pour le sucre, en passant par les jeux vidéo, jeux divers (puzzles), le scrapbooking (loisir créatif de collage d'image) pour finir par le sexe.

Les récits, à de très nombreuses reprises, font état de la notion de « peur » (1 ; 2 ; 3 ; 4 ; 9 ; 11). Cette peur est à la fois salvatrice (« c'est le côté protecteur qui m'a sauvé », 4) du point de vue « des effets secondaires » (3 ; 4) des addictions mais à la fois poussent les patients à céder à une tendance addictive car cette dernière diminue l'anxiété et, par voie de conséquence, leur peur. Le côté salvateur est exprimé à de nombreuses reprises car c'est la peur de la « perte de contrôle » qui leur permet d'éviter de céder à une addiction ou de la réduire (« la cocaïne, tout ça, je n'ai jamais touché car j'adorerais », 9 ; 4 ; 5 ; 7 ; 11 ; 12).

Les patients HPI font preuve d'une grande capacité d'introspection et c'est la prise de conscience de leur tempérament « extrême » (7 ; 9 ; 12) qui, pour certains, aboutit à une limitation de la tendance addictive. Cet extrémisme peut aussi aller jusqu'à détruire l'objet de l'addiction quand il est analysé comme nuisible (« j'ai pris le CD, je l'ai cassé », 6).

L'addiction est décrite comme bénéfique dans l'aide à la déconnexion de l'esprit, notamment celle au cannabis (« je passais mon temps chez des potes bien plus âgés à boire et à fumer, tout ce qui me faisait passer le temps et passer l'envie de réfléchir surtout », 14 ; « Ça me permet de couper la pensée. Le bouton off, le flux de pensée ne vient plus trop, l'arborescence mentale se coupe », 13).

Enfin, la motivation décrite comme moteur d'une addiction, au sexe en l'occurrence ici, a été la « mise en valeur » et « de combler le manque affectif » (10).

Quels ont été les recours des patients HPI quant à leur tendance addictive ?

Les recours :

En relation avec les moyens mis en œuvre pour limiter une addiction, on trouve citée l'auriculothérapie (acupuncture de l'oreille externe), sans donner d'explication sur le pourquoi de la réussite sur l'addiction au tabac (« je ne sais pas par quel miracle ça a marché », 9) .

En outre, la spiritualité, et notamment le bouddhisme, permet la prise de conscience de l'addiction et la capacité à décider pour soi-même : la responsabilisation du patient est utile pour ne pas se sentir comme une victime de l'addiction (« tu ne vas pas fumer, t'es responsable et tu ne vas pas te laisser dépasser par une addiction », 9).

En parallèle, il est exprimé qu'en relation avec un idéalisme exacerbé chez les HPI, certaines addictions peuvent être écartées car identifiées comme nuisibles suite à l'observation des conséquences sur l'entourage : c'est le cas du patient 10, qui « fait la chasse à l'alcool » dans un contexte familial d'alcoolisme chez le père (idem pour le patient 13).

Certains médicaments comme les anxiolytiques sont utilisés comme substitut au cannabis dans le cadre de difficultés d'endormissement (14).

Enfin, cette étude s'est intéressée à la vision par le patient de la prise en charge par la médecine générale de cette caractéristique qu'est le haut potentiel intellectuel.

Le haut potentiel intellectuel et sa prise en charge par le médecin généraliste

Les patients donnent leur point de vue sur cette question à partir du schéma qui leur est soumis (cf. Annexe Grille d'entretien). Trois idées se dégagent : rôles dans la communication, dans le diagnostic et l'orientation.

Rôle dans la communication :

Les patients HPI expriment le rôle prépondérant de l'écoute (5 ; 6 ; 8 ; 10 ; 11) de leur médecin généraliste dans leur prise en charge de façon à « être plus ouverts à ce que l'on est vraiment » (10). Le médecin généraliste doit être capable de « poser des questions larges, ouvertes sur le bien-être » (4) et de prendre le temps d'écouter les réponses faites.

Les patients manifestent que le médecin généraliste doit être en mesure d'utiliser des mots apaisants, ce qui n'est pas toujours le cas du fait d'une formation insuffisante en psychologie humaine selon eux (« Former à trouver des mots pour apaiser », 3 ; « problème de psychologie chez les

médecins », 2). Le patient HPI fait clairement la distinction entre la compétence du médecin sur le plan somatique et des défaillances au niveau de la communication (« ça va être un généraliste très bon mais au niveau de l'écoute, il ne l'est pas », 5). L'écoute apparaît donc comme un point auquel sont très attachés les patients HPI.

Le problème majeur auquel sont confrontés les médecins généralistes quant à la communication avec leur patient HPI demeure le manque de temps. En effet, beaucoup considèrent que le format de la consultation est trop court (2 ; 5 ; 6). Souvent, pour le médecin généraliste il est donc rapporté que « tout va bien », 1 sur le plan psychologique, par difficulté à s'exprimer longuement sur ce point. Le format de 20 minutes, bien que suffisant pour aiguiller, ne l'est pas pour aider le patient à résoudre ses problèmes (6).

Rôle dans le diagnostic :

Le patient à haut potentiel intellectuel exprime que son médecin généraliste doit jouer un rôle dans le dépistage de la surefficience (« celui qui peut détecter », 3 ; « son travail c'est de déceler », 5 ; 11 ; 13). Un patient nuance son propos en indiquant que le médecin généraliste est « utile s'il est capable de diagnostiquer » (7) du fait que les solutions diffèrent si la personne est HPI ou non.

Cependant, nombreux pensent que le médecin généraliste manque de formation sur la surefficience (« pas apte à gérer ce genre de problème », 2 ; « la plupart des médecins généralistes ne savent pas détecter ce genre de profil », 3). Le médecin généraliste est associé à la « bobologie », 1 ; 2 et sa formation est insuffisante pour répondre aux problématiques de la psychologie des HPI. Plusieurs suggèrent d'intégrer une formation sur le dépistage de la surefficience dans le cursus de la médecine générale. Il faudrait qu'il ait une « appétence pour la psychologie », 7 pour être force de proposition de relais possibles (« des blogs, des livres, des associations, des reportages, des films, des reportages à la télé qui entrent en résonnance », 7 ; 13). Un patient souligne enfin que le médecin généraliste reste toutefois impuissant si le patient n'est pas motivé à être pris en charge (« le médecin ne va rien pouvoir faire si le patient n'a pas envie », 14).

Rôle dans l'orientation :

Une fois le diagnostic établi, le médecin généraliste apparaît aux yeux des patients HPI comme un « aiguilleur » qui doit orienter vers le professionnel de santé adéquat (1 ; 5 ; 6 ; 8 ; 10 ; 11 ; 12 ; 13). Un patient ajoute la notion de temporalité exprimant qu'il faut être « orienté tôt pour éviter les erreurs professionnelles » (2).

Les orientations citées sont diverses comme le psychologue/psychothérapeute, le médecin psychiatre, le sophrologue, les professionnels impliqués dans la méditation. Ces orientations doivent

être adaptées au patient qu'il a en face, partant de l'idée que « chaque personne est réceptive à quelque chose » (3).

Enfin, le patient HPI doit sentir de « la conviction chez son médecin généraliste » (4) lorsqu'il adresse à un professionnel de santé.

DISCUSSION

Forces de l'étude

Le panel de patients offre une parfaite répartition entre Homme et Femme (7 hommes, 7 femmes). Notre échantillon représente une diversité sur le plan socioprofessionnel et sur l'étendue d'âge.

La durée totale d'enregistrement des entretiens est conséquente (près de 7 heures).

La sélection des patients a été multicentrique : à partir d'un cabinet de médecine générale et à partir d'un cabinet de psychologie, ou via des connaissances de l'interne en médecine.

Les données de la littérature concernant les caractéristiques des personnalités à haut potentiel intellectuel sont nombreuses et souvent regroupées dans des ouvrages comme , « *Je pense trop »* **(14)**, qui d'ailleurs s'est avéré très utile aux patients dans une démarche de compréhension de leur fonctionnement psychique. Notre étude retrouve la majorité de ces caractéristiques (hyperémotivité, difficultés relationnelles, hyperesthésie, pensée en étoile, nier son haut potentiel apparenté au syndrome de l'imposteur), ce qui participe à la validité interne des données.

Limites de l'étude

Bien que la durée des enregistrements soit conséquente, cette étude gagnerait en puissance si le nombre des auditions était plus importante (14 patients ont réalisé les entretiens). Même si la saturation des données a été atteinte, les données récoltées auraient pu être plus ciblées en posant des questions moins vastes. Beaucoup de réponses sont en effet très détaillées et pas forcément exploitables du point de vue des objectifs de l'étude. En effet, canaliser davantage la pensée du patient HPI lors de son entretien aurait pu être optimal avec des questions plus ciblées.

Il existe un biais de sélection des patients : en effet, les patients potentiels sont connus par leurs praticiens ou par l'interne ce qui a pu influencer la qualité des réponses. A l'inverse, on peut cependant penser que ce climat de confiance instauré a permis une libre expression et de livrer des données intimes.

Les lieux de réalisation des entretiens ont été différents pour des questions de commodité ce qui a pu influencer les réponses aux questions. En effet, réaliser les entretiens sur un lieu commun aurait pu gommer un biais inhérent au lieu de recueil des données.

Discussion générale

Les patients à haut potentiel intellectuel expriment à de nombreuses reprises que leur fonctionnement psychique n'est pas relié à une caractéristique purement intellectuelle mais que la composante émotionnelle est prépondérante. En lien avec cette déclaration, les tests de QI ne leur semblent pas adaptés. De plus, il existe des biais lors de la réalisation de ces tests comme le coût, la consommation de psychotropes, le niveau de stress, le handicap dys-, ou la peur d'échouer. Les tests de QI classiques évaluent uniquement l'intelligence verbo-linguistique, logico-mathématique et spatiale mais excluent d'autres formes comme l'intelligence intra ou interpersonnelles, ou encore existentielle. Il pourrait être intéressant de proposer aux patients HPI d'autres tests comme le MBTI (Indicateurs typologiques de Myers-Briggs) qui permet, via l'étude de quatre dimensions fondamentales dictant un comportement (attitude, manière de recueillir l'information, traitement de la prise de décision et mode d'action), de fournir une grille de lecture pour aborder des données de perception difficile afin de décrire plus finement une personnalité **(15)**.

Concernant le recours au soin pour des raisons de santé mentale, l'étude qualitative menée en 2018 dans un travail de thèse sur les comorbidités psychiatriques chez les adultes HPI montre une différence entre les données de la population générales et celles des patients HPI. En effet, la majorité des patients généraux consultent d'abord leur médecin généraliste, puis le psychiatre et en dernier lieu le psychologue alors que ces résultats semblent inversés chez les patients HPI **(13)**. Notre étude est en faveur de ce dernier résultat pointant le rôle important du psychologue et du psychiatre dans leur prise en charge. Cette étude donne un rôle au médecin généraliste dans la chaine de prise en charge du HPI, en tant que premier recours via un rôle dans le dépistage et l'orientation vers les professionnels de santé adéquats et/ou des supports adaptés. En effet, la majorité des patients de notre étude exprime le rôle clé de l'évocation/annonce du diagnostic d'HPI dans l'amélioration immédiate de leur santé mentale. Ce rôle peut, et doit à mon sens, être du ressort de la médecine générale. Plusieurs patients expriment la notion de motivation qui paraît importante à leurs yeux. En effet, une des questions qui découle de cette étude pourrait être : comment arriver à motiver un patient pour entreprendre une démarche personnelle d'acceptation de soi à travers des lectures, de

l'activité physique, du mentalisme, … ? Une des pistes évoquées par un patient est le sentiment de conviction du praticien ainsi que la preuve de l'efficacité des méthodes proposées. Davantage d'études sur les bienfaits de ces méthodes serviraient donc d'arguments puissants afin d'être adoptés par les patients HPI. En outre, on peut penser que le patient trouve en lui-même les solutions à sa problématique est un gage de réussite de la prise en charge.

Il ressort de cette étude un mal-être de l'adulte à haut potentiel intellectuel pouvant mener à des épisodes dépressifs profonds. Une des raisons à la dépression existentielle du HPI trouve une origine dans le décalage entre *vrai* (personnalité vraie du HPI) et *faux self* (ce que le HPI a plaqué sur sa personnalité pour s'identifier au sens commun, à la norme). Dans sa thèse, Mme Barry discute de façon très fine l'arsenal disponible pour lutter contre la dépression chez l'adulte HPI **(16)**. Face aux anxiolytiques et anti-dépresseurs, elle pointe le rôle clé de la psychothérapie, l'hypnose, la luminothérapie, l'homéopathie ou encore le recours au milieu associatif (MENSA). Il apparaît dans notre étude que les méthodes alternatives semblent être très appréciées et bénéfiques dans l'amélioration du mal-être des patients. Un des thèmes importants qui ressort de notre étude semble être le bienfait apporté par la maîtrise de la respiration dans le cadre des diverses techniques de méditation permettant l'apprentissage du lâcher-prise. Une revue de la littérature de 2014 met notamment en lumière l'intérêt de la méditation de pleine conscience de la réduction de l'anxiété et des épisodes dépressifs et propose un intérêt de cette méthode en médecine générale **(17)**. Il conviendrait d'étudier le ressenti spécifique des patients face à toutes ces méthodes alternatives pour définir lesquelles seraient les plus adaptées au HPI. De notre étude, le recours aux médicaments anxiolytiques et anti-dépresseurs apparaît également comme une seconde alternative, partant de l'idée que les manifestations d'anxiété ou l'état dépressif n'est qu'une conséquence à l'incompréhension du mode de fonctionnement et que ces types de médicaments ne résolvent pas la problématique de fond. Il conviendrait également de réaliser une étude comparative entre patients HPI traités par les traitements classiques versus des méthodes alternatives.

De nombreuses données montrent que les manifestations chroniques d'anxiété ou des traumatismes de l'enfance contribuent fortement au développement de pathologies comme l'asthme, BPCO ou encore les MICI chez l'adulte **(18)**. Il serait intéressant de pouvoir relier des symptômes de stress chronique à ces maladies chez la population de surefficients dès l'apparition des pathologies comme l'asthme chez les enfants pour améliorer la prise en charge via une action sur l'anxiété.

Bien que se défendant du fait que la surefficience n'est pas une pathologie, on peut cependant noter que certains patients HPI peuvent être atteints de troubles psychiatriques surajoutés. En effet, l'exemple du patient 14 illustre parfaitement ce propos en ce sens que le récit qu'il fait de ses

expériences, notamment le trait de mégalomanie évoqué, l'absence de sentiments lorsqu'il parle des passages douloureux de sa vie et enfin sa tendance pour le non-respect des règles s'apparente, à mon sens, à un trouble de la personnalité. Ma volonté est donc ici de souligner qu'il faut, en tant que médecin généraliste, être prudent quant à la prise en charge du patient HPI et ne pas oublier qu'il peut aussi y avoir des pathologies psychiatriques qui se surajoutent et qui doivent donc faire changer la prise en charge. Dans la même lignée, je pense qu'il faut être prudent quant aux manifestations psychosomatiques des patients HPI potentiels (douleurs abdominales, migraines, …) et s'assurer qu'ils ne présentent pas de pathologie somatique sous-jacente en réalisant des examens complémentaires adaptés en premier lieu.

Les données de la littérature montrent que les patients HPI diagnostiqués via la réalisation de tests psychométriques représentent près de 3 pour cent de la population générale. Cette étude montre que le phénomène est largement plus répandu puisque la plupart des patients qui se présentent en cabinet de médecine générale et qui présentent des caractéristiques HPI ne sont pas diagnostiqués. Ce sont leurs symptômes divers qui doivent permettre aux professionnels de santé de les identifier. Les patients mettent en exergue leur ressenti de manque de formation des professionnels de santé (médecin généraliste, psychiatre, psychologue) au concept de la surefficience. Pour ma part, je constate que jamais n'est abordé dans le cursus des études médicales la notion de surefficience au-delà du cadre pathologique des troubles envahissants du développement avec des syndromes comme celui d'Asperger. Il serait intéressant de réaliser un travail de recherche sur l'état des connaissances des médecins généralistes sur le haut potentiel intellectuel pour à terme susciter la nécessité d'accroître leur formation sur ce point. Tout cela dans l'intérêt du patient HPI pour une meilleure prise en charge.

CONCLUSION GENERALE

Cette étude qualitative s'est intéressée au vécu des adultes à haut potentiel intellectuel, explorant plusieurs pans de la vie des patients comme la scolarité, le milieu professionnel, les relations aux autres, les addictions ou encore les troubles psychosomatiques.

L'objectif principal était de dresser un état des lieux des expériences de vies et des difficultés rencontrées par les patients à haut potentiel intellectuel ainsi que des solutions apportées pour y pallier, dans le but d'aider le médecin généraliste à la prise en charge de ces patients.

Les données collectées des entretiens individuels permettent de proposer une prise en charge des patients à haut potentiel intellectuel en médecine générale, illustrée dans le schéma ci-dessous.

En effet, il ressort de cette étude que le médecin généraliste tient un rôle important dans le dépistage du haut potentiel intellectuel, requérant ainsi un complément de formation sur ce mode de fonctionnement. L'annonce du diagnostic apparaît comme un point central de l'aide apportée aux patients HPI. Pour cela, il peut s'aider des signes cliniques identifiés dans les 6 catégories présentées (traits généraux, scolarité, professionnel, relations, addictions et troubles psychosomatiques).

En réponse au dépistage, il apparaît important que le médecin généraliste apporte une réponse adaptée qui peut se scinder en deux : un rôle dans la communication et un rôle dans l'orientation, si besoin. En effet, les patients manifestent le désir que le médecin généraliste soit un aiguilleur, non seulement vers des professionnels de santé adaptés et qualifiés (d'où l'importance de la formation encore ici), mais également une force de proposition de solutions alternatives comme la méditation, les supports audiovisuels, la pratique sportive. Les solutions médicamenteuses semblent être une alternative en seconde intention devant des épisodes dépressifs majeurs après échec des autres moyens mis en œuvre. La restriction à ce modèle semble être la volonté du patient à être aidé.

Les patients à haut potentiel intellectuel non diagnostiqués sont nombreux en médecine générale et présentent des souffrances diverses. Cette étude répond donc au défi majeur de la médecine générale en ce sens qu'elle apporte des solutions à la prise en charge globale de l'individu.

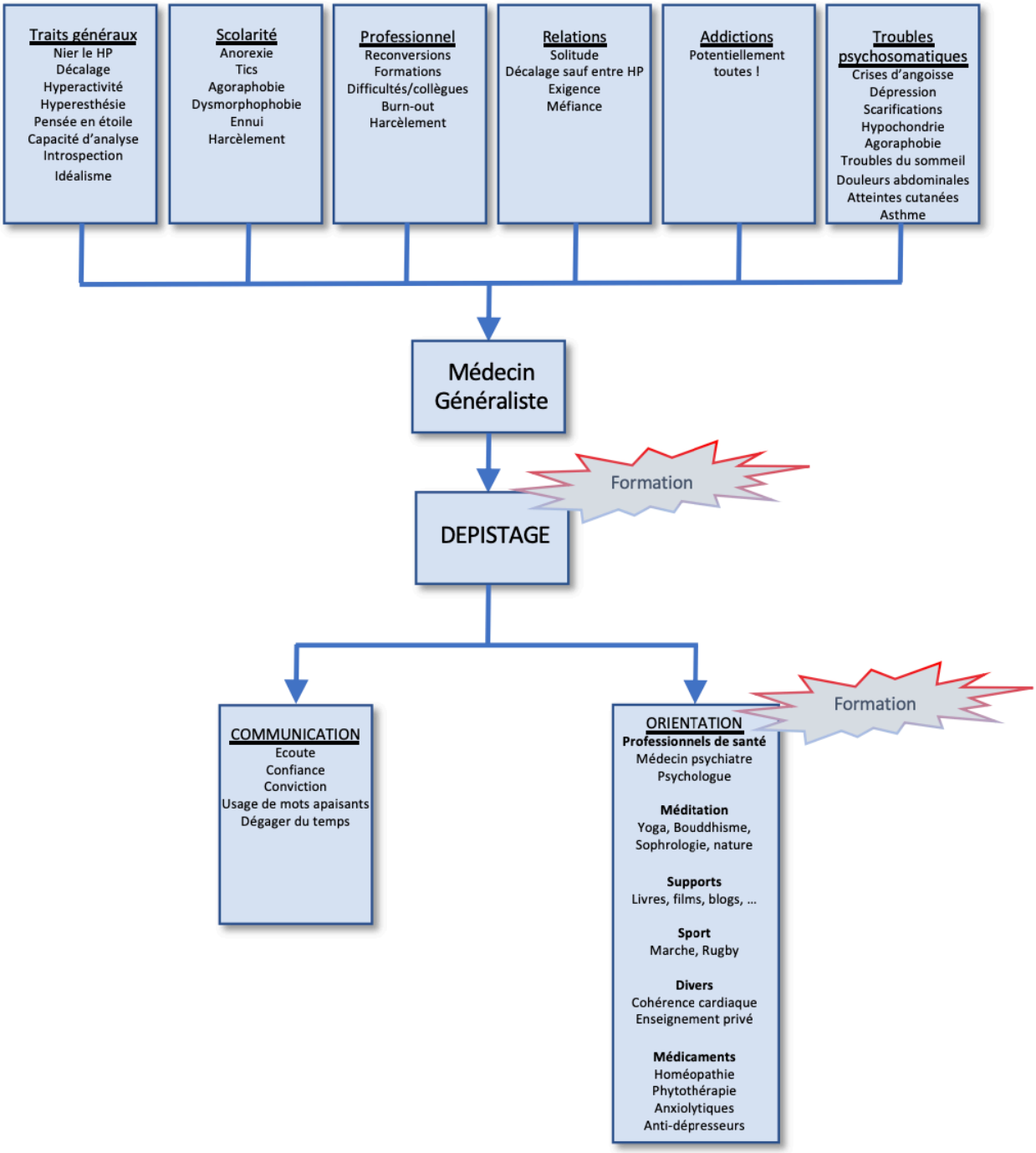


Schéma récapitulatif illustrant le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'adulte HPI

L'ensemble des données des entretiens des patients permettent de proposer un schéma de prise en charge du HPI par le médecin généraliste. Lors de la consultation, le médecin identifie des symptômes cliniques variés dans différents secteurs (personnalité, scolarité, milieu professionnel, relations aux autres, addictions, troubles psychosomatiques) qui lui permettent de dépister une surefficience chez son patient. L'annonce diagnostique qui en découle semble capitale pour le patient. Le médecin généraliste peut alors proposer une prise en charge adaptée en :

- axant sur une communication bénéfique avec son patient (écoute, mots apaisants, conviction, temps dégagé …),
- orientant son patient vers un professionnel de santé adapté (psychologue/psychiatre), des techniques de méditation, des supports divers, de la pratique sportive, et enfin un arsenal thérapeutique qui peut aller de l'homéopathie aux anxiolytiques/anti-dépresseurs. Les patients pointent l'importance de la formation à la surefficience de l'ensemble des professionnels de santé pour être bien compris et que leur prise en charge soit efficace.

ANNEXES

Annexe 1

PATIENT

NOM :

PRENOM :

ANONYMAT :

AGE :

PROFESSION :

E MAIL :

TELEPHONE :

Questionnaire à remplir par le professionnel de santé :

Type de pensée :
▸ Dominance de la pensée en arborescence : ☐ OUI ☐ NON

Mémoire :
▸ Hypermnésie : ☐ OUI ☐ NON

Sens :
▸ Hyperesthésie : ☐ OUI ☐ NON

Emotions :
▸ Hypersensibilité émotionnelle : ☐ OUI ☐ NON

Traits de personnalité :
▸ Perfectionnisme (domaines d'intérêt) : ☐ OUI ☐ NON

Autoanalyse/remise en question :
▸ Capacité importante d'introspection : ☐ OUI ☐ NON

Concentration :
▸ Difficultés attentionnelles : ☐ OUI ☐ NON

Relationnel :
▸ Difficultés relationnelles : ☐ OUI ☐ NON

Humeur :
▸ Tendance anxio-dépressive : ☐ OUI ☐ NON

Sommeil :
▸ Troubles du sommeil : ☐ OUI ☐ NON

Annexe 2

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

Titre du projet : *Aide à la prise en charge du patient à haut potentiel intellectuel par le médecin généraliste : analyse qualitative*

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de *15 patients*
Introduction:
Les individus à haut potentiel intellectuel (HPI) représentent 2 à 3 % de la population générale. Souvent confrontés à des difficultés dans leur vie, beaucoup consultent leur médecin généraliste, ce dernier étant relativement dépourvu quant à proposer une prise en charge adaptée. Le projet consiste en la réalisation d'entretiens de patients HPI(analyse qualitative pour mettre en évidence leur ressenti du parcours de vie de façon à aider le médecin généraliste dans la prise en charge de ses patients.

Les objectifs de ce projet sont d'explorer :
Mise en évidence des expériences de vie (difficultés, ressenti, personnes-ressources, …) de patients à haut potentiel intellectuel adultes
La finalité est *l'amélioration de la prise en charge par le médecin généraliste des patients HPI*

Réalisation de l'entretien :
Cet entretien sera réalisé par *Mr ESCUDE Timothé* suivant vos disponibilités, dans les locaux *: cabinet de médecine générale du Dr LAROUSSINIE, à Grasse - cabinet de psychologue de Mme BROCCARDO à Grasse – votre lieu de travail*
Il durera environ *30 minutes* et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant *votre vécu de patient HPI*
Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?
Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.
Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.
L'analyse des données sera réalisée par *Mr ESCUDE Timothé en collaboration avec le Dr LAROUSSINIE et Mme BROCCARDO*
Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse de médecine générale auprès des patients HPI et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐

2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐

3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐

4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. ☐

5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Signature (participant)_____

Date_____

Nom_____

Signature (investigateur)_____

Date_____

Nom_____

Annexe 3

Guide d'entretien

Brise-glace :
Qui êtes-vous ?
Age, sexe, profession, situation familiale, …

Caractéristiques générales :
Définissez ce qu'est pour vous un HP ?
Définition personnelle, Test de QI oui/non, incidence dans la population, …

Que représente pour vous le fait d'être HP dans notre société?
Avantage, inconvénient, pourquoi, …

Quel professionnel de santé vous a le plus aidé dans votre parcours et pourquoi ?
Médical, paramédical, …

Scolarité :
Quelle a été votre vécu de votre scolarité ?
Niveau d'étude, évolution des résultats, rapport aux méthodes éducatives, rapport aux autres, mal-être, difficultés d'apprentissage, concentration, ennui, harcèlement, …

Quelles ont été les aides relatives à la scolarité pendant cette période ?
Médecin scolaire, psychologue, orthophoniste, sophrologue, repli sur soi, changement de classe, saut de classe, cours par correspondance, changement de voie, …

Sphère professionnelle :
Quel a été votre vécu de votre parcours professionnel ?
Reconversions, formations complémentaires, harcèlement moral/physique, accidents de travail, arrêts de travail répétés, …

Quels ont été les recours face aux problématiques professionnelles ?
Médecin du travail, psychologue, psychiatre, assistante sociale, aménagement de postes, …

Sur le plan relationnel :
Quel portrait faîtes-vous de vos relations (au niveau amical, familial, amoureux) ?
Solitude, sentiment de différence/décalage, mauvaise estime de soi, sensibilité, émotivité, …

Qu'avez-vous élaboré pour mieux interagir ? interagir différemment ?
Sports collectifs, associations, sites de rencontre, lectures, psychologue, assistante sociale, …

Troubles psychosomatiques :
Pouvez-vous me parler de vos manifestations d'anxiété et de leurs conséquences ?
Symptômes de stress chronique (douleurs abdominales, …), dépression, TS, troubles du sommeil, troubles alimentaires, migraine, hypochondrie, troubles sexuels …

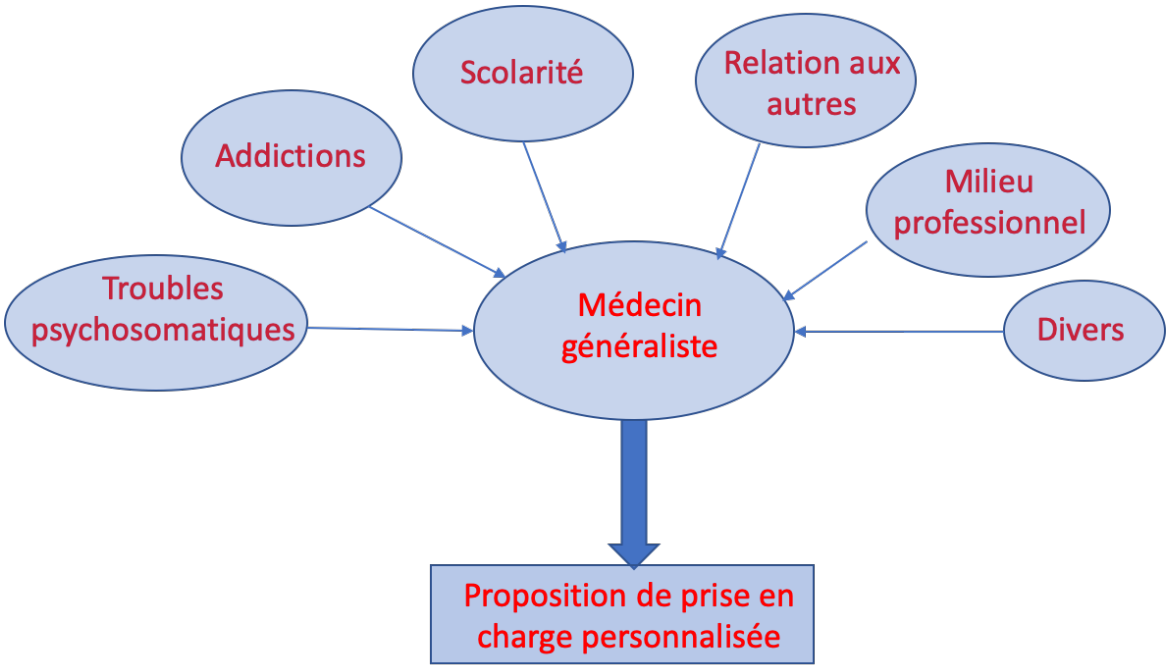
Quelles ont été les stratégies pour améliorer ces états ?
Sophrologie, médicaments, psychothérapie, sport, diététicien, psychologue, …

Addictions :
Quel est votre sentiment quant à votre sensibilité aux addictions ?
Dépendances au tabac, alcool, drogue, jeu, sexe, ...

Quels ont été les recours pour y pallier ?
Traitements médicamenteux, psychiatre, psychologue, thérapies cognitives, associations de malades, …

Divers :
Quels thèmes non abordés dans cette grille souhaitez-vous développer ?
Intérêt des tests de QI, lectures, groupes de parole entre HP, annonce du diagnostic, discussions avec PS…

Rôle du Médecin généraliste :
Ce schéma récapitule les thèmes abordés lors de l'entretien : quel est selon vous le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du haut potentiel intellectuel ?



BIBLIOGRAPHIE

1- Cicciola E., Alfred Binet and the measure of intelligence (1905-1908), Physis Riv Int Stor Sci. 2008;45(1-2):165-203. Italian.

2- Climie EA., Rostad K., Test Review: Wechsler Adult Intelligence Scale. J Psychoeduc Assess. 1 déc 2011;29(6):581-6.

3- Terriot K., Ozenne R., Wechsler intelligence scale for children, v version (WISC-V). Vol. 27. 2015. 95 p.

4- Petitcollin C., Je pense trop : comment canaliser ce mental envahissant, Guy Trédaniel éditions, 2010.

5- Reportage « Enfant à haut potentiel : comment les suivre », Fréquence médicale, 16/10/2018.

6- Revol O., Les enfants à haut potentiel, conférence AAREIP-Ain, 10/03/2010.

7- Association Française pour les Enfants Précoces : www.afep.asso.fr.

8- Attinger L., Les troubles anxieux chez les enfants à haut potentiel discipline , médecine (psychiatrie), 2012, rennes, 0024.

9- Terrassier J-C., Les particularités du développement des enfants intellectuellement précoces A.N.A.E 2002 ; 67 ; 133-134.

10- Tordjman S. À la rencontre des difficultés présentées par les enfants surdoués. Arch Pédiatrie. 2007 Jun;14(6):685–7.

11- Nusbaum F, Hannoun S, Kocevar G, et al, Hemispheric Differences in White Matter Microstructure between Two Profiles of Children with High Intelligence Quotient vs. Controls: A Tract-Based Spatial Statistics Study, Front Neurosci. 2017 Apr 3;11:173. doi: 10.3389/fnins.2017.00173, 2017.

12- Gaudin-Chamayou L., L'adulte surdoué en médecine Générale : dépistage, diagnostic et propositions de prise en charge, Rennes, 2012.

13- Vincens de Tapol J., Haut potentiel intellectuel et comorbidités psychiatriques chez l'adulte : étude exploratoire de prévalence et des praticiens impliqués, Bordeaux, 2018.

14- Petitcollin C., Je pense trop, Guy Trédaniel, 2014.

15- Assante S., Les 16 grands types de personnalité, Editions Dangles, 2012.

16- Barry N., L'adulte à haut potentiel et le traitement de sa dépression, Montpellier, 2016.

17- Vargas de Francqueville, A., La méditation en pleine conscience, application clinique en médecine générale : revue de la littérature, Toulouse, 2014.

18- Lopes S. et al, Adverse childhood experiences and chronic lung diseases in adulthood : a systematic review and meta-analysis, European Journal of Psychotraumatology, Vol. 11, 1720336, 2020.