

Adolescents surdoués : Une étude exploratoire de l'anxiété, la dépression et l'échec scolaire

Nathalie ADDOR GAILLAND
Psychologue FSP

www.nathalie-addor.ch

Mémoire synthétique

Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées en Psychologie Clinique
Université de Genève, FPSE

Sous la direction du Dr Philip D. JAFFE

Février 2002

RESUME	3
AVANT-PROPOS	4
1. INTRODUCTION	4
1.1 Historique de la surdouance.....	4
1.2 Définition de la surdouance.....	5
1.3 Définitions de l'intelligence.....	5
1.4 Le dépistage des enfants surdoués	6
Les tests d'intelligence	6
L'approche multidimensionnelle	8
2. PROBLEMATIQUE	8
2.1 La surdouance	8
2.1.1 Caractéristiques de la surdouance	8
2.1.2 Le fonctionnement affectif des surdoués.....	9
Caractéristiques relationnelles des surdoués.	9
Difficultés relationnelles et affectives chez les individus hautement surdoués.....	10
2.1.3 Le fonctionnement cognitif des surdoués.	10
2.1.4 Le surdoué à l'école	11
Les risques d'ennui à l'école.....	11
Conséquences de l'inadéquation du système éducatif sur les surdoués	12
2.2 L'échec scolaire des surdoués	12
Groupes à risques.....	13
2.2.1 Origine de l'échec scolaire des surdoués	14
Facteurs familiaux	14
Facteurs scolaires.....	14
Facteurs de personnalité.....	14
L'influence des pairs.....	15
La surdouance comme facteur d'inadaptation	15
Les conséquences de l'échec scolaire sur les surdoués	16
2.3 Dépression et anxiété chez l'enfant et l'adolescent.....	16
2.4 La Résilience.....	17
3. METHODOLOGIE	18
3.1 Objectifs de l'étude.....	18
3.2 Considérations éthiques	18
3.3 Hypothèses théoriques	18
3.4 Population.....	19
3.5 Matériel.....	19
3.5.1 WISC –III (Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Enfants, 3 ^{ème} édition).....	19
3.5.2 MDI-C (Echelle Composite de Dépression pour Enfants).....	19
Les 8 échelles de la MDI-C.....	20
Interprétation des notes standard aux échelles.....	20
3.5.3 R-CMAS (Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfants)	20
Les 4 sous-échelles de la R-CMAS	20
Interprétation des notes standard aux échelles.....	21
3.5.4 Récolte d'éléments anamnétiques spécifiques	21

3.7 Variables.....	21
3.7.1 Variables indépendantes.....	21
A. Parcours Scolaire.....	21
B. Degré de surdouance.....	21
3.7.2 Variables dépendantes.....	21
A. Scores de dépression (MDI-C).....	21
3.8 Hypothèses opérationnelles.....	22
4. RESULTATS.....	22
4.1 Analyse quantitative des données.....	22
4.1.1 Scores de dépression.....	22
Effets principaux.....	22
A.1 Facteur Parcours scolaire.....	22
A.2 Facteur Degré de surdouance.....	22
B. Effets croisés.....	23
B.1 Interaction entre les facteurs Parcours scolaire et Degré de surdouance.....	23
4.1.2 Scores d'anxiété.....	23
A. Effets principaux.....	24
A.1 Facteur Parcours scolaire.....	24
A.2 Facteur Degré de surdouance.....	24
B. Effets croisés.....	24
A.3 Interaction entre les facteurs Parcours scolaire et Degré de surdouance.....	24
4.1.3 Conclusions.....	25
4.1.4 Analyses complémentaires.....	25
A. Les sous-échelles de la MDI-C.....	26
B. Les sous-échelles de la R-CMAS.....	27
4.1.5 Conclusions.....	28
4.2 Analyse qualitative des données.....	28
4.2.1 Caractéristiques de l'échec scolaire des sujets.....	28
4.2.2 Auto-évaluations des sujets de leur bien-être dans 4 domaines de vie.....	28
4.2.3 Causes invoquées par les sujets face à leur échec scolaire.....	29
4.2.4 Facteurs de protection contre l'échec scolaire invoqués par les sujets.....	30
4.2.5 Troubles psychosomatiques.....	30
5. CONCLUSIONS.....	30
5.1 Limites de l'étude.....	30
5.2 Conclusions.....	31
5.3 Perspectives futures.....	31
6. BIBLIOGRAPHIE.....	32

RESUME

La problématique de l'échec scolaire des enfants et adolescents surdoués commence à être de plus en plus traitée dans la littérature. Les arguments les plus fréquemment invoqués portent sur le milieu scolaire, inadéquat aux surdoués, selon de nombreux auteurs. Ainsi, on invoque des raisons telles que le manque de stimulation intellectuelle, le manque d'intérêt, le manque de méthodes d'apprentissage chez ces sujets, pour expliquer leur échec scolaire.

Finalement, la dimension émotionnelle reste un domaine assez peu exploré dans la compréhension de l'échec scolaire des surdoués. Pourquoi certains d'entre eux supportent mieux les frustrations liées à un cadre scolaire inadéquat ? On peut s'interroger sur une éventuelle vulnérabilité émotionnelle de certains surdoués pouvant contribuer à leur échec scolaire.

Cette étude a étudié l'anxiété et la dépression de 14 adolescents surdoués et hautement surdoués (reconnus à l'aide de l'Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Enfants, 3^{ème} édition, WISC-III, Wechsler, 1996) ayant été en échec scolaire ou n'ayant pas rencontré de difficulté scolaire majeure.

Ainsi, les différences de scores éventuelles à l'Echelle Composite de Dépression pour Enfants (MDI-C, Berndt & Kaiser, 1999) et l'Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfants (R-CMAS, Reynolds & Richmond, 1999) ont été étudiées en fonction de deux facteurs : le Parcours scolaire (Echec scolaire / Réussite scolaire) et le Degré de surdouance (surdoués / hautement surdoués).

Les hypothèses théoriques de cette recherche étaient les suivantes : 1) Les adolescents surdoués ayant été en échec scolaire auraient un niveau de dépression différent (probablement supérieur) de leurs semblables en réussite scolaire. 2) Les adolescents surdoués ayant été en échec scolaire auraient un niveau d'anxiété manifeste différent (probablement supérieur) de leurs semblables en réussite scolaire. 3) Les adolescents hautement surdoués auraient des niveaux de dépression et d'anxiété différents (probablement supérieurs) des adolescents surdoués.

Au terme de cette étude, les résultats principaux suivants ont été mis en évidence. Les analyses statistiques descriptives ont montré une tendance d'interaction entre les facteurs étudiés (Degré de surdouance et Parcours scolaire) sur l'anxiété et la dépression. Néanmoins, les données présentent une grande variabilité intra-groupe, liée à la taille de l'échantillon.

On note la présence d'une symptomatologie anxieuse faible à modérée pour les sujets du groupe d'adolescents hautement surdoués ayant été en échec scolaire, alors que les autres groupes (hautement surdoués en réussite ; surdoués en échec et surdoués en réussite) se caractérisent par un score d'anxiété manifeste moyen. Ce même groupe (hautement surdoués ayant été en échec scolaire) obtient également un score de dépression très proche d'une symptomatologie dépressive faible à modérée, tandis que les trois autres groupes présentent un score de dépression moyen.

Sur la base des scores aux sous-échelles de dépression, il en ressort un score d'Introversi on Sociale en lien avec une symptomatologie dépressive faible chez les sujets hautement surdoués, mais également chez les sujets en réussite scolaire. Les sous-échelles d'anxiété manifeste mettent en évidence un score de Préoccupations sociales / Concentration en lien avec une symptomatologie anxieuse faible chez les sujets surdoués.

Les analyses statistiques inférentielles (analyse de la variance) ont montré une non-significativité des deux facteurs, tant au niveau des effets principaux que de l'effet d'interaction, conduisant donc à une infirmation de nos hypothèses de recherche.

De manière générale, ces résultats paraissent néanmoins encourageants, mais cette étude s'est trouvée limitée par une importante variabilité intra-groupe. Celle-ci peut sans doute être attribuée à la taille restreinte de l'échantillon, mais également à d'autres facteurs non-contrôlés tels que le moment du dépistage de la surdouance ; le type d'environnement familial ; le type de scolarisation (personnalité de l'enseignant, politique de l'établissement scolaire, etc.) ; la personnalité ou encore la résilience des sujets.

AVANT-PROPOS

De nos jours, la surdouance est une problématique de plus en plus évoquée, notamment par les médias. Cet intérêt relativement soudain du grand public amène à s'interroger : la surdouance constitue-t-elle une problématique nouvelle, s'agit-il d'un effet de mode ?

A la fin de l'année 2000, l'Institut de Perfectionnement (INPER) organisait à Lausanne une rencontre, en collaboration avec le Secrétariat suisse de Pédagogie Curative et spécialisée (SPC), dont le titre était « *L'accompagnement des surdoués : un défi à la mode ?* ».

Wolf (2000) évoque les dangers que cet effet de mode peut avoir : celui de la médiatisation à outrance avec ses effets pervers de simplification, celui du risque de stigmatiser encore davantage des enfants dont beaucoup ne demandent qu'à se fondre dans la masse ou encore celui de la tentation de vouloir procéder à des dépistages systématiques et à l'élaboration de mesures d'exclusion. Mais aussi une mode qui contribue progressivement à briser des mythes et surtout à encourager l'école à aménager des mesures pédagogiques appropriées. En Suisse romande, la réflexion sur l'accompagnement des élèves surdoués s'inscrit dans les projets de développement de l'école de tous les cantons (Wolf, 2000).

Ainsi, malgré les nombreux préjugés fort résistants, la problématique de la surdouance est de mieux en mieux connue en Suisse. A l'étranger, les recherches sont nombreuses et sont menées depuis plusieurs années.

Dans le cadre de cette étude, on s'intéressera plus particulièrement à la problématique des adolescents surdoués, qui constitue une problématique souvent moins traitée dans la littérature que celle des enfants surdoués. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre ce qui peut conduire à l'échec scolaire de ces jeunes, dotés pourtant d'une efficacité intellectuelle nettement supérieure à la moyenne. Les explications actuelles de cette rupture scolaire y seront abordées, telles que : le manque de méthode de travail, la démotivation ou encore les lacunes du système éducatif face à ces individus. Mais on s'attachera particulièrement à investiguer le monde émotionnel de ces jeunes surdoués en s'intéressant à leur niveau d'anxiété et de dépression. On approfondira les éventuelles différences d'anxiété et de dépression entre des adolescents surdoués ayant vécu l'échec scolaire et leurs pairs n'ayant pas connu de telles difficultés scolaires. Dans un second temps, cette recherche étudiera également d'éventuelles différences au niveau émotionnel entre adolescents surdoués et adolescents hautement surdoués. En effet, selon Winner (1997) notamment, les surdoués qui connaissent les difficultés les plus grandes d'ordre relationnel et affectif, sont ceux qui ont le plus fort potentiel.

Remarque préliminaire

En parcourant la littérature, on s'aperçoit rapidement qu'il y a une multitude de terminologies différentes pour définir la problématique de la surdouance. Certains auteurs utilisent le terme de « doué » (notamment Adda, 1999 ; Hart, 1991) ; d'autres préfèrent celui de « précoce » (Terrassier & Guouillou, 1998 ; Terrassier, 1999) ; d'« enfant HPI » c'est-à-dire l'enfant à haut potentiel intellectuel. La littérature anglo-américaine, quant à elle, décrit généralement cette problématique par le terme « gifted children ».

Tout au long de ce travail, on utilisera le terme de « surdoué » et de « surdouance », et celui de « précocité intellectuelle ». Ainsi, on n'analysera pas et on ne se positionnera pas par rapport à l'une ou l'autre de ces appellations, ces différentes terminologies désignant globalement toutes la même problématique.

1. INTRODUCTION

1.1 Historique de la surdouance

Depuis des siècles, la surdouance a suscité une multitude de mythes. Ceux-ci vont du surdoué démiurge, qui a hérité ses qualités des dieux (caractéristique innée) à l'image du grand travailleur (caractéristique acquise) ; ou encore de l'idiot savant (caractéristique pathologique).

Durant l'Antiquité, les Dieux pouvaient, disait-on, distribuer les dons à leur gré, sans aucun souci d'égalité. Ainsi, les Romains pensaient que l'enfant doué était un vieillard ayant l'apparence d'un enfant. L'intelligence renfermait un élément divin, un peu magique, que l'on ne pouvait contester. En outre, l'idée d'une science antérieure à la naissance était présente. Pour certains peuples africains notamment, l'enfant doué tient son savoir de l'ancêtre qui s'est réincarné en lui.

Plus tard, selon Descartes, l'éducation était primordiale et la matière à développer s'avérait sensiblement la même chez tout un chacun. Après Jean-Jacques Rousseau, la reconnaissance des enfants doués s'est raréfiée. On a alors négligé le don intellectuel au profit d'un être idéalement parfait, le « bon sauvage » qui s'initie à la littérature, les mathématiques et les langues quand le besoin se fait ressentir. Le don a été perçu comme une illusion, l'étude le remplaçant avantageusement.

Les débuts de la recherche dans le domaine de la surdouance peuvent être attribués à Galton en 1869 qui a établi des statistiques de fréquence d'hommes éminents au sein d'une même famille. Il conclut que l'hérédité exerçait une influence prépondérante en ce domaine. Cela déboucha sur un débat sur la question de l'inné et de l'acquis, à savoir si l'hérédité pouvait expliquer à elle seule la surdouance, ou si des facteurs environnementaux (éducation, culture, milieu) entraient également en ligne de compte pour sa compréhension (Bersier, Beckers & Addor, 2000).

Les nombreux travaux des psychiatres de la fin XIXème et début du XXème siècles; tels que von Lambroso en 1891 ; Ellis en 1927 ou encore Kretschmer en 1931, concluaient à une relation génie-folie. Cette vision a considérablement renforcé les pathographies d'enfants précoces ; ainsi, par exemple, von Lambroso considérait notamment le génie comme « une dégénérescence supérieure de forme elliptoïde ». En 1928, Lange-Eichbaum, admet que les génies peuvent être sains, mais il conclut que 12 à 13 % des personnalités de l'échantillon sont atteintes de troubles mentaux (Bersier, Beckers & Addor, 2000).

En 1925, Terman entreprend une gigantesque étude portant sur 1528 enfants surdoués identifiés dans les écoles de Californie. Quelques années auparavant, en 1916, Terman avait réalisé l'adaptation américaine du test de Binet-Simon, révision nommée « Stanford-Binet » et permettant d'évaluer l'âge mental et le Quotient Intellectuel de chaque enfant examiné individuellement. Terman a souhaité cette étude pour qu'une meilleure connaissance de cette population particulière permette ultérieurement un choix véritablement fondé en ce qui concerne les mesures éducatives à recommander (Terrassier, 1999).

Ce sont donc Terman et Hollingworth qui ont été les précurseurs d'une tendance qui a pris comme base le Quotient Intellectuel pour définir le concept de « surdoué ». Puis, on assiste à une période d'accalmie dans les études américaines : l'intérêt accordé aux surdoués décline après 1930 et ce déclin durera jusqu'à l'invention du Spoutnik en 1957. Peu de temps après, les Américains joignent leurs efforts dans le but de créer une association pour la cause des enfants surdoués. La période qui se situe entre 1956 et 1959 s'avère prolifique pour la publication de rapports sur les besoins des surdoués. Ensuite l'intérêt diminue à nouveau.

Mis à part l'étude réalisée sur les surdoués créatifs par Getzels et Jackson en 1962 dans laquelle les auteurs reprennent la définition de Terman basée sur le Quotient Intellectuel, il faudra attendre les années 70 pour retrouver des auteurs qui ont défini ce qu'est un enfant doué (Hart, 1991).

Les travaux ultérieurs abordent en outre les problèmes affectifs de ces enfants dont l'efficiace productive pose aux chercheurs des questions d'ordre pratique sur le plan de leur épanouissement personnel, de l'utilisation de leur potentiel, et sur le plan de l'organisation scolaire en général et de la sélection en particulier (Ajuriaguerra, 1974).

1.2 Définition de la surdouance

On appelle « surdouée », la personne qui se trouve, suite à un test d'intelligence, dans les 2-5% supérieurs par rapport à des personnes de son âge. Ainsi, on parle de « surdouance » à partir d'un Quotient Intellectuel (ci-après « Q.I. ») de 125-130 (Bersier & Addor, 2000).

On peut donc estimer le nombre de surdoués entre 2 à 5% par classe d'âges. Ils proviennent de tous les milieux sociaux et de toutes les régions (Terrassier, 1999).

Terrassier (1999) définit le surdoué de la manière suivante : « *un enfant est dit surdoué quand il a un rythme de développement intellectuel très supérieur à celui normal de son âge, alors que ses développements affectif, relationnel et psychomoteur correspondent aux normes de son âge* ». Terrassier formula cette définition en 1977 et créa le terme de « syndrome de dyssynchronie » pour caractériser ces enfants.

1.3 Définitions de l'intelligence

Toute discussion sur la précocité, la surdouance revient inévitablement à examiner deux questions fondamentales : qu'est-ce que la précocité ? Comment identifier un enfant précoce, surdoué ? Répondre à ces deux questions nous conduira à exposer les notions de précocité et d'intelligence, puis à présenter les tests d'Intelligence (Lecerf, 2000).

Depuis plus de 100 ans que les psychologues s'intéressent à « l'intelligence », diverses théories ont vu le jour.

Binet, en 1908, considère l'intelligence comme une fonction vitale, au même titre que la respiration ou la nutrition : « *elle n'existe que parce qu'elle sert à quelque chose. Elle sert à nous adapter mieux au milieu* ».

physique de la nature et au milieu moral de nos semblables. » (Lecerf, 2000). Elle est une caractéristique biologique, manifestation de l'évolution du vivant, donc d'une forme supérieure d'adaptation au milieu. C'est ce qui permet à l'homme de conquérir l'espace interplanétaire alors qu'il a commencé son cycle d'existence dans les savanes ou les cavernes.

Cette opinion est aussi celle de Piaget et Bergson. Cependant, pour ne pas restreindre cette notion d'adaptation à un simple enchaînement d'automatismes, il faut s'interroger sur la manière dont elle se fait. Piaget a donné une réponse, avec les notions d'assimilation et d'accommodation : pour résoudre un problème, l'individu utilise des méthodes qu'il a déjà expérimentées et les modifie pour les adapter à cette situation nouvelle. Cette notion d'adaptation a pu être critiquée dans la mesure où elle suppose une réalité préexistante (s'adapter ne peut se faire, par définition, que par rapport à ce qui existe déjà), alors que l'homme, en véritable créateur, est capable d'inventer des réalités nouvelles, dans le domaine artistique comme dans d'autres (Bert 2000).

En 1927, la théorie proposée par Spearman a abouti à la notion de facteur général d'intelligence. En effet, cet auteur a montré l'existence d'un facteur commun responsable de la performance dans de nombreux tests. L'intelligence est conceptualisée de manière uni-dimensionnelle, et l'on cherche à différencier les individus sur cette capacité générale (Lecerf, 2000 ; Bert, 2000).

Par la suite, Thurstone en 1938 a remis en question la notion de facteur général d'intelligence. En effet, il n'a pas observé un facteur général, mais plusieurs aptitudes de base. Selon cet auteur, les individus se différencient relativement à des capacités spécialisées et indépendantes les unes des autres (domaine verbal, spatial, etc.). L'intelligence est alors conceptualisée de manière multidimensionnelle.

Aujourd'hui, un certain consensus s'est créé autour d'un modèle hiérarchique, englobant les propositions de Spearman et de Thurstone. L'intelligence intègre un facteur général d'intelligence et des aptitudes distinctes. L'intelligence est donc conçue comme une capacité d'adaptation à des situations nouvelles, capacité qui permet de connaître, de comprendre, d'apprendre (Lecerf, 2000).

Lecerf souligne que les désaccords concernant la définition de l'intelligence en constituent en rien un obstacle à sa mesure. En effet, l'objectif des tests d'intelligence n'est pas de mesurer l'intelligence elle-même (qui est concept théorique et inobservable), mais des situations susceptibles de l'impliquer (apprentissage, réussite scolaire, etc.).

Pour Oléron, la considération de l'intelligence comme une fonction d'adaptation est à l'abri des critiques (sauf des partisans d'une définition purement mécaniste) si l'on retient la définition suivante : « *L'intelligence est l'adaptation des moyens à la réalisation d'un but* ». Et quand le psychologue étudie son fonctionnement, il observe comment le sujet mobilise ou invente les moyens, les procédures permettant de parvenir à l'objectif qu'il s'est fixé ou qui lui a été proposé ou imposé (Bert, 2000).

Le problème reste de savoir s'il n'y a qu'une seule forme d'intelligence ou plusieurs : l'observation montre que certains individus réussissent facilement des épreuves dans certains domaines alors qu'ils échouent là où d'autres aboutissent sans difficulté.

Plus récemment, Howard Gardner a publié sa théorie des intelligences multiples et a dégagé sept types d'intelligence : linguistique ; logico-mathématique ; spatiale ; musicale ; somato-kinesthésique ; interindividuelle et introspective. Les tests d'intelligence de Wechsler mettent à l'épreuve les trois premières (Jankech-Caretta, 2000 b). Gardner met de côté la notion de Q.I. et valorise les potentialités de chaque personne. Il attribue une grande importance aux variables telles que la motivation, les émotions, la personnalité et la volonté dans les réalisations extraordinaires d'enfants ou d'adultes surdoués (Gardner, 1996 ; Berney, 2001).

1.4 Le dépistage des enfants surdoués

La tendance nouvelle ayant élargi le concept de la surdouance à des performances autres que scolaires, il a fallu, par le fait même, trouver des moyens rigoureux pour identifier la surdouance. Il faut considérer deux points de vue pour identifier les moyens employés selon l'approche psychométrique et à l'opposé, les moyens utilisés selon l'approche multidimensionnelle car la tendance nouvelle, sans délaisser complètement les moyens de l'approche psychométrique (les tests de Q.I. étant encore utilisés aux Etats-Unis notamment, comme critère de sélection) tend à se doter de moyens plus variés (Hart, 1991).

Les tests d'intelligence

L'intelligence des enfants surdoués est d'un grand intérêt dans l'approche psychométrique. Dans cette optique, l'intelligence est la représentation d'habiletés mentales majeures comme le raisonnement, la mémoire,

l'observation, l'organisation spatiale et graphique, la compréhension verbale et sociale pour ne nommer que celles-ci (Terrassier, 1981 ; Hart, 1991).

C'est Alfred Binet, psychologue français, qui conçut le premier test d'intelligence. Il administra son test à un échantillon appréciable d'enfants afin d'évaluer leurs capacités intellectuelles selon leur âge. Sa recherche l'amena à établir une échelle métrique d'intelligence (Hart, 1991).

Stern avait fait remarquer qu'une même différence entre âge mental et âge chronologique n'avait pas la même signification à tous les niveaux. Il proposa, pour obtenir une valeur ayant le même sens à tous les âges chronologiques, de substituer à la soustraction une division (et, pour éviter les valeurs décimales, de multiplier le résultat par 100). Ce qu'il dénomma Quotient Intellectuel, en abrégé, Q.I. est obtenu par la formule : $Q.I. = (\text{âge mental} / \text{âge chronologique}) * 100$ (Pichot, 1999).

Les tests d'efficiences intellectuelles permettent d'apprécier le niveau de développement intellectuel par rapport à une population de référence (Berney, 2001).

Les tests d'intelligence les plus célèbres et les plus employés dans le monde actuellement sont ceux qui ont été créés par David Wechsler. Il existe une version pour les enfants préscolaires, de 3 ans à 7 ans (WPPSI-R ; Echelle d'Intelligence de Wechsler pour la Période Préscolaire et primaire (forme révisée) ; Wechsler, 1995) ; une seconde version pour les enfants, de 6 ans à 16 ans (WISC-III ; Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Enfants (3^{ème} édition) ; Wechsler, 1996) et une version pour les adultes, de 16 ans à 89 ans (WAIS-III ; Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Adultes (forme révisée 2000) ; Wechsler, 1989). Ces tests conduisent au calcul d'un Quotient Intellectuel (Q.I.). La moyenne générale étant de 100 et l'écart type de 15 (mesure de variabilité des scores) (Lecerf, 2000). Pour Wechsler, l'intelligence est la capacité générale qu'a un individu de comprendre et de maîtriser le monde qui l'entoure (Wechsler, 1995).

Un autre test fréquemment utilisé est le K-ABC (Kauffman Assessment Battery for Children, Kaufman & Kaufman, 1993). C'est un test d'intelligence et de connaissances destiné aux enfants âgés de 2 ans 6 mois à 12 ans 6 mois. L'intelligence mesurée par le K-ABC est le style propre à chaque individu caractérisé par sa façon de résoudre les problèmes et de traiter l'information (Kaufman & Kaufman, 1993). Le K-ABC est une batterie composite dont le contenu est inspiré des travaux cognitivistes et de neuropsychologie et utilise les méthodes statistiques les plus récentes (Bert, 2000).

Les tests de Raven constituent d'autres outils psychométriques fréquemment utilisés par les psychologues. Ces tests sont disponibles pour une large échelle de niveaux de difficultés : les Progressive Matrices Standard (Raven J-C & al., 1998) étant plus faciles que les Progressive Matrices Advanced (Raven, J. & al., 1998).

Le but de ces tests étant d'évaluer l'aptitude éductive d'individus dès l'âge de 6 ans. Cette aptitude est définie comme l'aptitude à créer de nouveaux insights, à percevoir, et à identifier des relations. La principale caractéristique de l'aptitude éductive est la faculté à générer des concepts nouveaux, largement non-verbaux, qui permettent de penser clairement (Raven, & al., 1998). Les tests de Raven s'avèrent très pertinents dans le cas de personnes provenant de milieux socio-économiques défavorisés, pour des populations de cultures différentes, ou pour ceux qui ne maîtrisent pas la langue dans laquelle un test verbal serait administré (Mills & Tissot, 1995).

Finalement, le test d'Intelligence de Stanford-Binet (4^{ème} édition) est un outil couramment utilisé aux Etats-Unis. Il s'agit d'une batterie dont la structure et la cotation sont analogues à la WISC-III. Elle comprend 15 échelles verbales et de performance dont les notes standard sont ensuite combinées pour donner une note comparable au Q.I. de la WISC (Bert, 2000).

La répartition des scores atteints aux tests de mesure de l'intelligence prend la forme de la courbe de Gauss (courbe en cloche) : la majorité se regroupe autour de la moyenne (50% de la population a un Q.I. entre 90 et 110), et le nombre se restreint de plus en plus au fur et à mesure que l'on s'en écarte. Le seuil inférieur de la « normalité » a été défini par un Q.I. de 80 et le handicap intellectuel au-dessous de 70 (Bert, 2000). A l'inverse, la surdouance se situe au-dessus d'un Q.I. de 130 (125 pour certains auteurs et praticiens) ; la haute surdouance à partir d'un Q.I. de 145.

Le Q.I. est la mesure d'un niveau de développement intellectuel par rapport à la normale de l'âge concerné. Il est ainsi un outil plus que suffisamment précis pour diagnostiquer les différences de rythmes de développement chez les enfants, c'est-à-dire soit la dyssynchronie (pour les précoces), soit l'hétérochronie (pour les déficients), soit la normalité (Terrassier, 1998). Le Q.I. donne l'efficiences d'un individu à un certain moment, ce Q.I. pouvant évoluer car le résultat dépend de la situation de test et de l'état de l'individu au moment de la passation. Plusieurs facteurs interviennent comme la motivation, la disponibilité, la fatigabilité, la crainte de l'échec. Un Q.I. élevé est donc plus fiable que les autres car il ne peut être le fruit du hasard (Jankech-Caretta, 2000 b).

En résumé, les tests d'efficience intellectuelle sont des outils précieux qui permettent non seulement de déterminer le Q.I., mais également d'apprécier la manière de résoudre des problèmes et l'adaptabilité à diverses situations proposées (Berney, 2001).

L'approche multidimensionnelle

Pour identifier l'enfant surdoué, il est surtout important d'écouter le récit des parents à propos de la petite enfance de leur enfant, de sa vivacité, des acquis qu'il a faits dans le cadre familial, et qu'il cache à l'école. Pour confirmer le diagnostic, le principal outil est un test dit de « Q.I. », appliqué par un psychologue reconnu, qui mettra en évidence un niveau intellectuel (Janckech-Caretta, 2000 a).

Le modèle Bio-Psycho-Socio-Eco-contextuel de Bersier (Bersier, 1997) postule que les aptitudes visibles de la surdouce sont le résultat de l'addition des facultés intellectuelles pures d'une part, et de facteurs liés à la santé (biologique) ; à la personnalité de l'individu (actif/passif ; motivé/démotivé, etc.) ; à la capacité relationnelle (capacité d'interagir et de communiquer avec les autres) et à l'environnement scolaire (possibilité qu'offre le système d'être reconnu) et du milieu de vie (milieu de vie familial). Le milieu de vie permettant dans un certain sens d'être plus ou moins attentif aux résultats scolaires de l'enfant. Les facteurs de la personnalité et relationnels peuvent accentuer ou au contraire diminuer la visibilité des aptitudes du surdoué (Bersier, Beckers & Addor, 2001).

2. PROBLEMATIQUE

2.1 La surdouce

2.1.1 Caractéristiques de la surdouce

Avant d'approfondir le fonctionnement des surdoués, tant au niveau affectif que cognitif, il paraît important de mieux définir les traits généraux de cette population, à l'aide de données obtenues en suisse romande.

Une étude menée par Bersier, Beckers & Addor (2001) auprès de 150 enfants et adolescents surdoués ayant eu recours au Programme Hélios (programme pour surdoués) ressort les conclusions suivantes. La majorité des parents d'enfants surdoués (58% des pères et 65% des mères) ont effectué des études supérieures ou universitaires. Toutefois, tous les niveaux socio-économiques sont représentés. L'âge moyen des enfants de ce programme est de 9 ans 8 mois. La majorité des enfants consultent à l'âge de 6-7 ans et à celui de 11 ans (tout sexe confondu). Ces deux âges correspondent à des périodes d'orientation et de nouvelles acquisitions (passage de l'école enfantine à l'école primaire et, du primaire au secondaire). Ces changements dans la vie de l'enfant viennent sans doute rompre un équilibre qui s'était formé jusque là. La nouveauté, avec toutes les appréhensions que cela engendre, entraîne une déstructuration et des problèmes visibles chez l'enfant (difficultés scolaires, difficultés dans les relations sociales, troubles du comportement, troubles de l'humeur, etc.). La grande majorité des consultations au Programme Hélios concerne à 76% les garçons et seulement 24% les filles. On peut alors s'interroger sur cette sur-représentation des garçons puisque l'on sait qu'il n'y a pas, de manière globale, de différences intellectuelles en fonction du sexe de l'individu. On sait que les filles ont une forte tendance à se suradapter à leur environnement et sont d'ailleurs souvent caractérisées de « caméléon ». Dans la pratique clinique, on observe notamment que les quelques filles soustées possèdent la plupart du temps un potentiel intellectuel très élevé (haute surdouce), qui les empêche sans doute de parvenir à cette sur-adaptation comme leurs pairs. De plus, les filles surdouées vivent sans doute mieux leur différence grâce à un partage social plus grand que leurs pairs masculins. En outre, le comportement scolaire varie grandement en fonction du sexe de l'enfant : les garçons (surdoués ou non) étant moins studieux et soucieux de réussir et d'adopter une attitude adéquate que les filles. Finalement, il est probable que les inquiétudes parentales diffèrent selon le sexe de leur enfant. En effet, l'homme reste encore actuellement le pivot familial, d'où une préoccupation supérieure en cas de difficultés scolaires d'un garçon plutôt que d'une fille. Les auteurs relèvent également une grande proportion (53% des sujets) de troubles psychosomatiques dans l'échantillon, le plus souvent vers l'âge de 7-8 ans et vers 12-13 ans. Les surdoués souffrent notamment d'asthme, d'allergies diverses, d'eczéma, de maux de tête, de maux de ventre, fièvre soudaine ou encore de troubles du sommeil. Ces troubles sont largement associés à des événements stressants ou des périodes scolaires spécifiques (la fièvre soudaine chaque dimanche soir ou lundi matin) (Bersier & Addor, sous presse).

Selon Winner (1998), les surdoués diffèrent des enfants brillants par trois caractéristiques au moins. Premièrement, les surdoués sont précoces ; ils maîtrisent des sujets plus tôt et ils apprennent plus vite que la moyenne des enfants. Deuxièmement, ils apprennent seuls : ils explorent leur champ de prédilection de façon autonome et trouvent souvent la solution des problèmes intuitivement, sans passer par une suite d'étapes logiques. Troisièmement, ils ont une rage d'apprendre un sujet. Ils veulent connaître à fond le domaine où ils

excellent, tels les mathématiques ou l'art ; ils se concentrent parfois sur leur travail au point d'en oublier le monde extérieur.

Les surdoués semblent apprendre à lire tout seuls, à l'âge où ils commencent à marcher ; puis, à l'école et au collège, ils assimilent les mathématiques de niveau supérieur avec aisance ou dessinent bien mieux que la plupart des adultes. L'heureuse combinaison de leur intérêt exclusif pour certains domaines et de leurs facilités d'apprentissage les conduit à des exploits dans leur domaine de prédilection. Les enfants surdoués sont toutefois plus sensibles aux traverses sociales et affectives qu'on le pensait (Winner, 1998 ; Porter, 1999a ; Terrassier, 1999 ; Janckech-Caretta, 2000 b).

Selon Terrassier, la principale caractéristique d'un surdoué est le « syndrome de dyssynchronie », c'est-à-dire le décalage entre une avance intellectuelle mesurable en années par rapport aux autres enfants (mais pas forcément homogène dans tous les domaines) ; et une maturité affective et un développement psychomoteur normaux (correspondants à son âge) (Terrassier, 1999 ; Terrassier & Guouillou, 1998 ; Ajuriaguerra & Marcelli, 1984).

2.1.2 Le fonctionnement affectif des surdoués

Celui-ci est caractérisé par une hypersensibilité, liée surtout à une finesse leur permettant de saisir les situations de l'existence dans leur complexité, à décoder les comportements d'autrui, en somme une « lucidité embarrassante ».

L'emprise de l'intelligence sur l'ensemble de l'appareil psychique entraîne une tendance à la rationalisation et la pensée peut, dans certains cas, devenir défensive. Il en découlera souvent une difficulté à gérer son agressivité, ce qui aura une grande influence sur les relations que l'enfant entretient avec ses pairs.

Sensibilité et intelligence s'allient pour faire de cet enfant un perfectionniste et un passionné. Il vit très intensément les situations et ne veut rien laisser au hasard. Ainsi, le découpage entre l'affectif et l'intellectuel est artificiel, c'est par exemple leur curiosité insatiable et leur intelligence qui les amènent à appréhender très tôt des sujets contenant des informations ou des notions « anxio-gènes » ; comme de nombreux parents le font remarquer « ils ont des antennes, rien ne leur échappe ». Grâce à leur intelligence, ils maîtriseront en partie ces données, mais celles-ci généreront d'autres interrogations. Difficile de s'arrêter de penser, de ne plus faire des associations, de cesser de se questionner (Janckech-Caretta, 2001).

L'expérience affective et sociale correspond à leur âge réel, mais leur maturité affective peut aussi être avancée du fait de cette compréhension prématurée des vicissitudes de l'existence, comme la question de la mort qui les préoccupe très tôt. La dyssynchronie est toujours présente ; c'est ainsi que, parfois, leur appareil psychique ne parvient pas à métaboliser ou relativiser ces informations, ils peuvent alors devenir anxieux par excès d'anticipation (Janckech-Caretta, 2001 ; Porter 1999 a).

Caractéristiques relationnelles des surdoués

Le type de personnalité et l'expérience relationnelle ou affective des surdoués s'écartent de la norme essentiellement de trois façons. La première concerne le rapport au travail : les surdoués sont tout à fait motivés et disposés à travailler pour atteindre la maîtrise dans leur domaine, le fait de devoir affronter des difficultés leur procure du plaisir, et, au moins à partir de l'adolescence, ils ont une conscience inhabituellement claire de ce qu'ils sont et de ce qu'ils veulent faire à l'âge adulte. Le deuxième point concerne leur dispositif de valeurs : ils sont farouchement indépendants et non-conformistes. Et le troisième concerne les relations qu'ils ont avec les autres enfants de leur âge : les surdoués sont souvent plus introvertis et plus solitaires que les enfants ordinaires, à la fois parce qu'ils ont très peu en commun avec les autres et parce qu'ils désirent cette solitude dont ils ont besoin pour développer leurs aptitudes. Ces particularités intellectuelles et affectives s'additionnent et créent les conditions d'une expérience subjective qui est à la fois plus plaisante, plus épanouissante et plus douloureuse, plus solitaire et plus stressante que ce que connaît un enfant ordinaire.

Les problèmes affectifs et sociaux des surdoués ne viennent pas de ce qu'ils sont surdoués mais des conséquences de leur différence avec autrui. Ces enfants voient les choses d'une autre manière : leurs centres d'intérêt et leurs valeurs ne sont pas les mêmes que ceux des autres. Ils sont confrontés à un conflit aigu entre la quête de l'excellence et la recherche de relations affectives intimes, conflit issu du décalage chronologique entre leurs compétences élevées, d'une part, leur développement affectif moyen et leur taille, qui reste corrélée à leur âge, d'autre part. S'ils choisissent les relations affectives, ils risquent de perdre leur volonté d'atteindre l'excellence et il se peut qu'ils se désintéressent de leur domaine de prédilection. S'ils choisissent l'excellence, ils n'échappent pas à l'isolement ni au sentiment de solitude. Seuls ceux qui désirent et sont à même de choisir l'excellence ont

une chance de franchir avec succès le passage de l'enfance surdouée à une vie d'adulte exceptionnel (Winner, 1997).

Beaucoup d'enfants surdoués sont moins égocentriques, et plus sensibles aux besoins ou sentiments d'autrui que leurs pairs. Les enfants surdoués sont également meilleurs dans l'identification des états émotionnels internes d'autrui. Parfois, ils développent des peurs plus tôt que leurs pairs, en raison de leur précocité intellectuelle. Ainsi, ils sont encore émotionnellement trop immatures pour gérer leur imagination précoce. Une conséquence supplémentaire de la précocité intellectuelle sur les enfants surdoués est qu'ils perdent plus tôt leurs innocences et leurs croyances en des pensées magiques. Chez les enfants surdoués, l'image de soi se développe précocement, ce qui les amène à prendre conscience de leurs différences par rapport à leurs pairs. Cette prise de conscience peut les conduire à s'interroger sur une éventuelle chose qui ne « joue » pas en eux. De manière générale, les enfants surdoués sont plutôt confiants par rapport aux domaines où ils excellent, mais ils manquent de confiance en leurs habiletés physiques et sociales (Porter 1999 a ; Terrassier & Guouillou, 1998 ; Terrassier, 1999).

On sait qu'une bonne adaptation nécessite d'avoir une estime de soi positive, de se sentir satisfait dans ses relations aux autres, et d'avoir un certain contrôle sur ces relations. L'étude longitudinale de Terman avait montré un bon épanouissement personnel, un bon ajustement chez les surdoués. En revanche, les conclusions de Hollingworth portaient sur une vulnérabilité émotionnelle et sociale. Cela illustre bien le débat qui persiste concernant l'adaptation émotionnelle des surdoués.

Selon Porter, l'incidence de perturbations émotionnelles chez les individus surdoués est probablement la même que pour le reste de la population. Etant donné que 9% à 10% des enfants vivent des difficultés émotionnelles, et que certains de ces enfants sont surdoués, on sait donc que quelques enfants surdoués risquent d'avoir des difficultés affectives. Le taux de problèmes socio-émotionnels pourraient être plus élevé chez les enfants surdoués que chez les enfants tout venant (Silvermann articule le chiffre de 20%) si tel est le cas, une attention particulière aux besoins émotionnels des enfants surdoués est justifiée. Même si ces estimations s'avéraient erronées et que les enfants surdoués rencontraient le même nombre de difficultés émotionnelles que leurs pairs, les problèmes auxquels ils sont confrontés sont différents de ceux de leurs pairs (Porter, 1999a).

Les enfants surdoués pourraient être plus vulnérables à des réactions de stress parce que leur environnement ne répondrait pas à leurs besoins atypiques. Leur grande conscience des larges possibilités peut les conduire à des situations de stress précoces mais, à long terme, ils sont capables de résoudre leurs soucis à l'aide de leur habileté sophistiquée de résolution de problèmes. Ils peuvent être protégés du stress par leur tempérament et leurs habiletés personnelles, et par des relations interpersonnelles de soutien à l'intérieur et à l'extérieur de leur famille. Les enfants peuvent être résilients quand ils ont une bonne estime d'eux-mêmes, et qu'ils peuvent utiliser des stratégies spécifiques pour gérer le stress (Porter, 1999 c).

Difficultés relationnelles et affectives chez les individus hautement surdoués

Hollingworth attira l'attention sur les problèmes relationnels et affectifs spécifiques des enfants extrêmement doués dotés d'un Q.I. élevé. Si la plupart des surdoués se montrent tout à fait équilibrés, socialement et affectivement, une minorité assez importante d'entre eux connaissent des difficultés relationnelles et affectives, du fait même de leurs aptitudes exceptionnelles. Ceux qui connaissent les difficultés les plus grandes sont ceux qui ont le plus fort potentiel. Les difficultés d'adaptation des surdoués augmentent dans la mesure où leur Q.I. est plus élevé. On estime que 20 à 25% des enfants surdoués ont des problèmes relationnels et affectifs, un taux près de deux fois plus élevé que ce que l'on trouve généralement dans les populations d'enfants scolarisés. Un tel pourcentage ne doit pas être pris à la légère. Et pourtant, on continue aujourd'hui de soutenir le mythe de l'enfant surdoué à la santé psychologique éclatante. Les enfants qui manifestent des dons exceptionnels dans une matière, quelle qu'elle soit, sont confrontés à certains problèmes relationnels et affectifs en raison même du fossé qui les sépare de leurs camarades. Le type de personnalité de ces enfants est tout à fait distinct de celui des enfants ordinaires ; leur vie relationnelle et affective diffère qualitativement, sur de nombreux points, de celle des enfants ordinaires. Bien que l'on ne puisse en aucune façon dire que ces enfants ou adolescents soient tous perturbés, les plus doués d'entre eux sont confrontés à des problèmes de sociabilité qui les font souffrir (Winner, 1997). Terman avait également noté que les scores aux tests d'adaptation émotionnelle et sociale étaient moins bons chez les enfants dont les niveaux étaient particulièrement hauts. Hollingsworth note chez les sujets hautement surdoués, une tendance à l'isolement, à vivre dans un monde à part ; ils perdent le contact avec les enfants de leur âge ; ils n'ont pas le même vocabulaire (Ajuriaguerra, 1974).

2.1.3 Le fonctionnement cognitif des surdoués

De manière générale, celui-ci est marqué par la capacité d'accomplir, plus rapidement que la moyenne des enfants, des tâches plus complexes. Il s'agit de possibilité de saisir d'emblée les critères importants, ce que Piaget a appelé « l'abstraction réfléchissante », et donc d'aboutir à une pensée catégorielle très en avance sur leur âge

réel. Une nette prédilection pour les activités plus compliquées, les défis, les énigmes, les amène à se détourner des tâches répétitives et trop simples.

Leur niveau intellectuel est en décalage avec leur maturité aussi bien sur le plan moteur que sur le plan affectif. Les enfants ayant un fonctionnement cognitif dysharmonieux connaissent une situation difficile car ils risquent de ne pas bénéficier d'une stimulation adéquate dans les domaines où ils sont très forts et subissent parfois un nivellement vers le bas au niveau de leur propre fonctionnement. Ainsi, une baisse des épreuves plus « scolaires » du test de Q.I., peut être le signe d'une inhibition intellectuelle. L'analyse attentive des résultats est donc primordiale pour établir un diagnostic correct (Jankech-Caretta, 2001).

Dès leur très jeune âge, les enfants surdoués se caractérisent par : une grande curiosité qui les pousse à poser continuellement des questions ; la recherche du dialogue avec l'adulte; le choix de camarades plus âgés qu'eux ; une grande capacité d'attention lorsqu'ils sont intéressés, alors qu'ils sont souvent distraits le reste du temps (nombreuses rêveries diurnes, sans doute pour tromper l'ennui); s'ennuie très vite ; fait fréquemment des réflexions dont la pertinence et la profondeur surprennent ; le sens de l'humour (souvent désarmant, parfois noir) ; l'intérêt pour les jeux compliqués ; la tendance à travailler seul ; le sens critique à l'égard des autres ; et le désir d'apprendre à lire avant l'âge légal. Ces enfants se posent très tôt et de façon intense ce qu'on peut appeler le « problème des limites » ; limites de la vie (problème de la naissance, de la mort, de Dieu), limites du temps (préhistoire, origine du monde), limites de l'univers. Ces questions, souvent exprimées de façon précoce dès 3-4 ans, contribuent à l'inquiétude des parents. Les enfants surdoués arrivent très facilement à justifier leurs actes a posteriori ; ne supportent pas l'autorité brutale, arbitraire, ont besoin de comprendre le bien-fondé ; ont besoin d'être reconnu dans (et pour) ce qu'ils disent ; et risquent de « laisser tomber » et de limiter leur créativité pour essayer de ressembler à tout le monde (automutilation intellectuelle pouvant aller jusqu'à la chute du Q.I.) (Terrassier & Guouillou, 1998 ; Terrassier, 1999).

Face aux apprentissages, l'enfant surdoué : apprend souvent à lire seul avant l'école enfantine ; a souvent des difficultés en écriture (surtout les garçons) ; apprend plus vite et plus de choses à la fois ; a besoin d'une éducation où on lui apprend les choses avec leur complexité, et non pas comme des éléments indépendants ; ne supporte pas d'apprendre « bêtement » (sans comprendre le contexte) ; retient très bien, même ce qu'il n'a lu qu'une seule fois ; a ses propres préférences dans sa manière d'apprendre, mais en même temps est fortement demandeur de « méthodologies d'apprentissage » qu'il adaptera pour lui (Terrassier & Guouillou, 1998 ; Terrassier, 1999).

2.1.4 Le surdoué à l'école

Commençant l'école trop tard au vu de sa précocité intellectuelle, suivant un rythme trop lent auquel il essayera soit de s'adapter, soit de se révolter, l'enfant va s'ennuyer, rêvasser et rater un certain nombre d'informations importantes qu'il devrait tout de même recevoir. C'est ainsi que, par inattention, il pourra avoir des notes médiocres ou franchement insuffisantes, commencer à douter de ses capacités, se croire incompetent et entrer dans un cercle vicieux d'où il sera difficile de le sortir sans un changement radical sur le plan pédagogique et parfois un soutien psychologique voire une psychothérapie.

Les risques d'ennui à l'école

En générale, les surdoués rechignent devant les tâches répétitives et ont besoin d'un niveau élevé de stimulation intellectuelle. Dans le cas où le rythme et la richesse de l'enseignement ne répondent pas à ce besoin profond, les réactions sont très variées allant de l'hyperadaptation aux troubles du comportement. En effet, certains prennent la voie de l'agitation, perturbent en classe et entrent dans l'escalade punition / remarques / indiscipline, arrivant au bout du compte à avoir une image très dévalorisée d'eux-mêmes.

Les risques d'ennui à l'école sont les suivants (Terrassier, 1999) :

- 1) *Risques individuels* : réaction dépressive, réaction caractérielle, réaction de fuite en avant, automutilation de son intelligence
- 2) *Risques sociaux* : exclusion sociale, recherche de dérivatifs ou compensations (drogue, délinquance)
- 3) *Risques d'échec scolaire* : 50% des enfants sont menés à l'échec scolaire (Jankech-Caretta, 2000 b).

Plusieurs auteurs (Terrassier & Guouillou, 1998 ; Terrassier, 1999 ; Adda, 1999) estiment qu'il y a inadéquation entre la problématique posée par ces enfants surdoués et le système éducatif traditionnel. Voici les différents arguments qu'ils mettent en avant : les classes sont faites par âge ; un surdoué est multi-âges, il ne peut donc correspondre ; l'école juge selon des critères qui ne leur ressemblent pas ; un « bon élève » est un élève sage (discipliné), attentif, et qui est bon au « par-cœur », ce pour quoi le surdoué a peu d'appétit et beaucoup de difficultés ; ils n'apprennent pas de la même manière ; les cours cherchent au début à enseigner des choses simples, hors de tout contexte. La complexité réussit mieux aux surdoués et ; les enseignants ne sont pas

formés, ni à les détecter, ni à s'y adapter. En conséquence, l'un des critères, actuellement évident, est l'inadaptation de l'école qui ne répond pas au développement précoce de l'enfant surdoué.

Conséquences de l'inadéquation du système éducatif sur les surdoués

Généralement, l'enfant surdoué attend de l'école qu'elle lui enseigne les merveilles du vaste monde et les moyens d'y accéder. Son attente est tellement immense – quasi infinie – qu'elle ne peut trouver de satisfaction en rapport avec cette intensité. S'il est surtout guidé par sa colère et par un sentiment de frustration, parce qu'il ne trouve pas en classe ce dont il avait tant rêvé, il peut devenir agité, difficile à supporter même, comme s'il ne cessait d'adresser aux adultes une demande qui, sans être formulée, tant elle serait confuse déjà pour lui-même, serait néanmoins insistante, permanente, ne laissant jamais en repos ceux qui la reçoivent. Un tel enfant va parler, bouger, s'intéresser à tous les incidents survenant autour de lui (Adda, 1999).

Jusqu'à l'âge de 15 ans, le système scolaire va demander à l'enfant surdoué de se contenter d'un savoir minimum qui déçoit souvent sa curiosité et lui enseigne que l'école ne mérite pas son effort. L'école va ainsi contribuer à la constitution de belles inhibitions intellectuelles.

Le Quotient Scolaire est le rapport de l'âge scolaire comparé à l'âge mental. Quand l'âge scolaire et l'âge mental sont synchrones, ce quotient est égal à 1 ou proche de cette valeur. Dans ce cas, l'enfant est en situation d'utiliser normalement ses possibilités, qu'il soit précoce, « à l'heure » ou en retard. Or, en ce qui concerne les enfants surdoués, la rigidité du système éducatif interdit que leur quotient scolaire soit normal, proche de 1. La prise en charge scolaire impose à l'enfant surdoué une dyssynchronie de plus en plus importante entre son âge mental et son âge scolaire (Terrassier, 1999).

Le principal risque psychologique de la surdouance est dû à son non-diagnostic, avec la construction d'une image du moi fautive. L'enfant, manquant de miroir pour se construire pourra se croire fou, déprimer sévèrement, ou même « s'auto-mutiler », c'est-à-dire réduire de lui-même ses capacités intellectuelles, pour essayer de correspondre à la norme. Dans les cas les plus graves, au-delà du non-diagnostic, il y a aussi de faux diagnostic (Adda, 2000).

Quand un enfant précoce n'est pas détecté, ses aptitudes sont détériorées pendant des années, car on ne leur demande pas de fonctionner normalement. L'enfant subit alors ce que nous appelons un effet « Pygmalion » négatif. En réaction à une telle situation, l'enfant va tendre à mettre son esprit en état de dyssynchronie par rapport à l'environnement scolaire, c'est-à-dire va devenir distrait pour se défendre contre l'ennui engendré par une ambiance aussi peu stimulante. On retrouve souvent à ce niveau un comportement marqué par ce que E. De Bono nomme « l'effet Everest ». Dans la mesure où l'enfant surdoué continuera à s'intéresser aux activités scolaires, il va tendre à se centrer sur les seules activités qu'il trouvera suffisamment difficiles et intéressantes. En conséquence, l'enfant pourra avoir une bonne réussite devant des problèmes complexes, mais rester superficiel et se tromper dans des tâches simples (Terrassier & Guouillou, 1998 ; Terrassier, 1999).

2.2 L'échec scolaire des surdoués

Il paraît toujours paradoxal que les enfants surdoués se retrouvent en situation de faillite. Ce phénomène continue de surprendre les spécialistes eux-mêmes : si on est intelligent, on doit réussir en classe. Leur incrédulité têtue a du mal à céder devant l'évidence : les enfants surdoués risquent autant que les autres – peut-être même davantage – l'échec scolaire (Adda, 1999).

Malgré leurs compétences extraordinaires, les surdoués sont parfois confrontés à l'échec scolaire ou, plus globalement, à une inadéquation entre leurs possibilités et ce qui leur est offert dans leur milieu environnant, pour parvenir à s'épanouir. Ce phénomène est décrit sous le terme anglo-saxon d'"underachievement", c'est-à-dire une sous-utilisation des capacités d'un individu par rapport à ce qu'il serait théoriquement capable de produire (Peters, Grager-Loidl & Supplee, 2000). Cette sous-exploitation est liée à des variables émotionnelles ou motivationnelles. C'est dans ce cadre-là, que ces différents chercheurs se sont penchés sur l'importance de facteurs personnels et de leur interaction avec des variables environnementales. Pour Gross (1992), la sous-performance est un moyen d'être mieux accepté par les camarades du même âge; c'est aussi une réponse du surdoué à un matériel scolaire inadéquat par rapports à ses besoins.

Une recherche de Lando & Schneider a prouvé que le groupement d'enfants surdoués permettait de créer une stimulation intellectuelle et un soutien socio-affectif adéquat à leurs besoins. Les évaluations des ateliers Hélios (ateliers thérapeutiques pour enfants surdoués) ainsi que le succès intermédiaire du « projet pilote » de Montreux qui regroupe 10 enfants du primaire et secondaire dans une classe le mercredi matin, vont dans le même sens. On note une satisfaction aussi bien au niveau des enfants, des parents que des enseignants. D'autres recherches montrent que les surdoués ont tendance à nier leur potentiel afin de mieux correspondre à l'image de l'enfant " normal " ; cette attitude a pour objet une meilleure acceptation de la part des pairs et contribue à promouvoir une image de soi plus positive (Bersier, Beckers & Addor, 2000).

De nos jours, on sait qu'un haut potentiel intellectuel n'est pas un gage de réussite scolaire (Mönks & Knoers, 1996). D'après une étude d'Adda (1999), 45% des membres de l'Association Mensa (Association internationale des personnes à Q.I. élevé) a redoublé dans le secondaire et ils sont globalement 60% à s'y être ennuyé. Selon les statistiques de l'Association Française pour les Enfants Précoces, 100 % des enfants surdoués ont des résultats excellents ou bons à l'école maternelle. En septième année, ils ne sont plus que 75 à 80%. En huitième année, ce taux baisse encore, atteignant 40%. Et il tombe à 33% en neuvième année (Jankech-Caretta & D'Agostino, 2000).

Les conclusions d'une revue d'études relèvent en effet une sous-utilisation du potentiel intellectuel dans 50% des cas de surdoués américains. Selon Terrassier (1999), il existe 66% de surdoués qui souffrent de devoir se conformer aux attentes de l'école en ne développant pas leur potentiel. D'après d'autres auteurs, il y a 50 % de surdoués en échec scolaire à la fin de la troisième année française (pourcentage cumulé) (Grubar, Duyme & Côte, 1997).

La majorité des enfants surdoués du Programme Hélios sont scolarisés à l'école publique (87%), seuls 13% suivent leurs études en école privée. On observe aussi que la plupart d'entre eux ont un niveau de scolarité qui correspond à leur âge (67%). Il y a toutefois 15% d'entre eux qui ont été avancé d'une année et 2% de deux ans. Néanmoins, 16% de surdoués du Programme Hélios, presque 1 surdoué sur 5, sont en échec scolaire. Selon des statistiques européennes, 30% des élèves surdoués se trouvent en dessous de leur niveau d'étude possible suite à des problèmes sociaux ou affectifs (Mönks & Knoers, 1996 ; Bersier, Beckers & Addor, 2001).

Ainsi, l'échec scolaire est l'un des risques auxquels les surdoués sont exposés. Richert estime que le 50% des étudiants surdoués identifiés par un test de Q.I. ont été désigné comme des étudiants en difficultés scolaires (Peters, Grager-Loidl & Supplee, 2000).

La définition la plus répandue de l'échec scolaire est une divergence entre l'accomplissement scolaire actuel et l'intelligence de la personne.

Que faire pour éviter une évolution aussi problématique ? La cause principale de l'échec scolaire est avant tout un manque de méthode de travail, une difficulté à dépasser l'échec et à soutenir des efforts. Cette situation s'est en général construit au cours de la carrière scolaire, notamment en primaire, alors que l'enfant se trouvait en nette surcapacité intellectuelle par rapport au niveau d'apprentissage. Ces enfants vivent avec l'impression de tout réussir sans travailler. Le jour où l'échec survient, ils croient avoir atteint leurs limites. L'échec leur apparaît comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu et il leur faut beaucoup de force pour le dépasser, cette force qu'ils n'ont jamais pu entrevoir car ils ne savent pas ce que signifie « travailler » intellectuellement (Jankech-Caretta & d'Agostino, 2000 ; Besse, 1999).

Parmi les facteurs contribuant à l'échec scolaire, la motivation constitue sans doute l'un des plus important. La perte de motivation accompagne une baisse de la réussite scolaire. Kaufmann a une approche différente de la problématique, en considérant l'échec scolaire comme le résultat d'un découragement. Cet auteur reconnaît le rôle de l'environnement dans l'échec scolaire (Peters, Grager-Loidl & Supplee, 2000).

Groupes à risques

Certains groupes d'individus sont davantage susceptibles d'être en échec scolaire que d'autres. Les enseignants devraient ainsi se montrer plus attentifs à des signes d'échec scolaire. Feger & Prado et Butler-Por distinguent plusieurs groupes à risques :

- 1) *Facteur géographique-écologique* : vivre dans une région qui offre peu de défis en raison de facteurs géographiques ou écologiques.
- 2) *Facteurs ethniques* : être membre d'une nation discriminée sur la base de raisons idéologiques ou religieuses.
- 3) *Facteur économique* : vivre dans la pauvreté, manquer de possibilités de développer des habiletés.
- 4) *Facteur de genre* : dans bien des cas, les filles se trouvent dans des positions désavantageuses.
- 5) *Déprivation éducative* : souvent due aux facteurs ci-dessus, mais également due à d'autres facteurs tels qu'un environnement scolaire proposant peu de stimulation.
- 6) *Facteur culturel* : grandir au sein d'une culture déviante de la culture dominante.
- 7) *Difficultés physiques ou psychologiques* : maladie physique ou mentale qui a des répercussions négatives sur l'accomplissement.
- 8) *Facteurs familiaux* : relations conflictuelles entre parents et enfants, notamment lorsqu'un enfant est rejeté, non-désiré, ou qu'il y a des stress familiaux tels que divorce.
- 9) *Activités hors normes* : prendre part dans des activités délinquantes.
- 10) *Etre hautement créatif* : les enfants de cette catégorie peuvent être mis sous pression pour devenir plus conformistes (Peters, Grager-Loidl & Supplee, 2000).

2.2.1 Origine de l'échec scolaire des surdoués

Les recherches sur les facteurs étiologiques de l'échec scolaire ont montré clairement qu'il n'y a pas un seul facteur qui en est la cause. Habituellement, plusieurs facteurs contribuent ensemble à des cassures soudaines ou dans un lent déclin de l'accomplissement, la réussite scolaire. Parmi les facteurs étiologiques les plus importants, Baker & al. distinguent trois modèles étiologiques : individu, famille et école. La combinaison de ces trois modèles (individu, famille et école) apporterait une compréhension optimale de cette problématique, permettant des prédictions.

Le modèle triadique de la surdouance de Mönks inclut un facteur supplémentaire : l'influence des pairs. Ce modèle de l'accomplissement scolaire étant également lié à la réalisation d'habiletés, il paraissait logique de combiner les facteurs de ces deux modèles.

Par conséquent, les facteurs liés au comportement d'échec scolaire peuvent être ordonnés ainsi : famille, école, personnalité et pairs (Peters, Grager-Loidl & Supplee, 2000).

Facteurs familiaux

La relation parents-enfant est la plus importante. Selon Butler-Por, les enfants rejetés qui ne reçoivent pas la nourriture appropriée, le renforcement et le soutien sont incapables d'acquérir une capacité d'adaptation, de faire face, de prendre confiance et de construire une image d'eux-mêmes réaliste. Les enfants dont les parents ont divorcé sont également à risques. Lee-Corbin & Evans postulent que les parents peuvent diminuer l'influence négative de cette situation de divorce en investissant du temps et des efforts auprès de leurs enfants et en évitant l'investissement des enfants dans les conflits entre les partenaires. Un facteur supplémentaire est l'attente des parents ; de hautes attentes semblant soutenir l'accomplissement scolaire, la réussite. En revanche, les attentes parentales peuvent également être trop hautes. Dans certains cas, les parents voient une seconde chance pour eux-mêmes au travers de leurs enfants. Ils souhaitent alors compenser leurs propres vœux insatisfaits. Dans beaucoup de cas, les parents n'auraient pas suffisamment d'attentes envers leurs enfants (Peters, Grager-Loidl & Supplee, 2000).

La meilleure attitude des parents est de démontrer à leur enfant le comportement qu'ils souhaitent lui dispenser. La persévérance et le travail nécessaire à la réussite académique peuvent être appris du modèle familial. Les parents ne fonctionnent pas seulement comme des modèles, mais également comme des partenaires qui peuvent apporter de l'aide. Les enfants qui réussissent tendent à avoir des parents dont les buts de réussite portent davantage sur l'apprentissage que sur la performance. Quand les parents et l'enfant joignent ce type de comportement sur la base d'un intérêt mutuel, une base importante de compréhension adéquate de la réussite sera formée. Les enfants ont besoin de parents et d'enseignants qui les encouragent, mais ils doivent également avoir leurs propres qualités, telles que la faculté de concentration et le sens de la communication, l'investissement scolaire, une image de soi positive et des habiletés sociales. La réussite est influencée négativement lorsque l'un ou plusieurs de ces facteurs font défaut (Peters, Grager-Loidl & Supplee, 2000).

Facteurs scolaires

C'est à l'école que la plupart des comportements d'échec scolaire deviennent visibles. Comme le souligne Heller, l'organisation de l'enseignement et la personnalité des enseignants sont les deux facteurs principaux qui influencent la réussite scolaire de l'enfant. Les enfants qui échouent ont tendance à avoir des pairs ayant une attitude négative vis-à-vis de l'école. Cet effet est marqué car les pairs s'influencent mutuellement ; quand les étudiants ne s'investissent pas activement dans leur travail, il est alors impossible de reconnaître leurs habiletés. De plus, cela induit également des situations d'échec scolaire. Au sein de la classe, l'étudiant a besoin de trouver des impulsions qui renforcent sa motivation ; l'enseignement devrait permettre autant que possible à l'étudiant de développer ses domaines d'intérêt. De cette manière, la motivation augmente et les étudiants travaillent et développent leurs capacités d'apprentissage. Ce développement de capacité d'apprentissage en particulier d'habiletés d'auto-régulation, est un facteur important prévenant ou contribuant à l'échec scolaire (Peters, Grager-Loidl & Supplee, 2000).

Facteurs de personnalité

Lorsque les enfants vivent un immense ennui, quand ils ne peuvent développer et entraîner leur pensée, et quand ils ne développent pas de relations sociales satisfaisantes, leur image d'eux-mêmes se détériore.

La nature de la relation entre l'échec scolaire et l'image de soi est débattue. Est-ce que la réussite développe une image de soi positive ? Ou réussit-on mieux lorsqu'on a une image de soi positive ? Les deux affirmations semblent correctes, bien qu'il y ait plusieurs arguments en faveur de l'idée selon laquelle la réussite devrait dominer l'image de soi. Cela signifierait qu'amener des étudiants vers une plus grande réussite modifierait leur image d'eux-mêmes plus que l'inverse.

La motivation tient un rôle primordial par rapport à la problématique de l'échec scolaire. Il est indéniable que les sujets en échec scolaire sont moins motivés que leurs pairs qui réussissent. La notion de découragement de Kaufmann implique cela. Les jeunes en échec sont décrits comme ayant moins d'attentes d'eux-mêmes, mais

également de ce que leurs enseignants et leurs pairs peuvent leur offrir. Les troubles du comportement sont fréquemment rapportés par les différents auteurs. Stapf décrit les signes de protestation observés au jardin d'enfants comme des signes de refus scolaire : perturber les jeux, la classe, comportement agressif, plaintes psychosomatiques et rêveries. Au-delà de ces variables, le contrôle de soi et les interactions avec un groupe de pairs adéquats pourrait avoir un effet positif sur les jeunes en échec scolaire. Un facteur influençant fortement ce comportement est la possibilité de l'individu à être résilient ; la résilience amenant la réussite. Un facteur supplémentaire de l'échec scolaire réside dans le manque d'habiletés méta-cognitives. Il est largement admis que le processus d'apprentissage doit être appris ou entraîné. Les capacités d'apprentissage peuvent ne pas se développer lorsque le contenu du programme ne correspond pas au niveau de fonctionnement cognitif de l'enfant (Peters, Grager-Loidl & Supplee, 2000).

L'influence des pairs

Les problèmes surgissent lorsque l'enfant surdoué essaie de s'adapter au comportement du groupe de pairs lorsque ce comportement ne correspond pas aux intérêts et aux besoins de l'enfant surdoué lui-même. Une des raisons de l'échec scolaire est connue depuis longtemps : plus les résultats scolaires du surdoué sont bas et moins le groupe de pairs laissera tomber le surdoué (Peters, Grager-Loidl & Supplee, 2000). Dans certains cas, le fait de ne pas faire ses devoirs peut constituer la condition pour être accepté par le groupe de pairs. La tâche majeure des surdoués – spécialement pour les filles – est de trouver un équilibre entre recevoir l'acceptation sociale et exceller à l'école (Massé, 2001).

La surdouance comme facteur d'inadaptation

Grubar postule que les enfants surdoués doivent être considérés comme des inadaptés, au même titre que les déficients mentaux. Les recherches de Grubar montrent que leur fonctionnement cognitif est différent des enfants « normaux », et spécifique, en particulier pour ce qui touche au traitement de l'information. Ce traitement est, chez eux, plus rapide et ils disposent d'une « mémoire de travail » plus rapide – cette mémoire immédiate à court terme qu'on utilise pour mobiliser des connaissances dans la résolution de problèmes immédiats. Chez eux, elle stocke plus d'informations et les garde plus longtemps. C'est ce qui leur permet d'être très efficaces. Une autre de leurs spécificités, mise en évidence par Grubar, est une durée de sommeil paradoxal supérieure à la moyenne, alors qu'elle est inférieure à cette moyenne chez les déficients mentaux. La durée du sommeil paradoxal chez les espèces animales est proportionnelle à leur corticalisation, et il existe un parallèle entre elle et les nécessités d'apprentissage. Chez l'homme, la durée du sommeil paradoxal passe de 25% du temps de sommeil à l'âge de un an, à 16% chez les personnes âgées. Elle serait un indice de la plasticité cérébrale, c'est-à-dire la capacité à recueillir et à stocker des informations venant de l'extérieur. Le rapport des fréquences oculomotrices pendant le sommeil paradoxal, qui indique les capacités de l'individu à organiser les informations qu'il reçoit, est très élevé chez les enfants surdoués. On peut donc considérer d'après Grubar, que ces enfants disposent d'un cerveau de nouveau-né pour la plasticité cérébrale, ou en d'autres termes, la capacité de recueil et stockage des informations, et celui d'un adulte pour leur traitement. Les déficients mentaux présentent les caractéristiques inverses : plasticité cérébrale et traitement de l'information inférieures à la moyenne. Il faut donc prendre conscience que les « sur-éfficients mentaux » sont comme les déficients mentaux, des inadaptés. Selon Grubar, l'inadaptation peut être le fait, soit d'une intelligence réduite, soit d'une intelligence trop développée (Bert, 2000).

Une enquête menée par Bert (2000) ayant pour objectif de mieux comprendre l'échec scolaire des surdoués confirme bien les données de la littérature énoncées ci-dessus. Les causes d'échec scolaire les plus souvent invoquées par les surdoués sont les suivantes : manque de motivation, de travail, ennui ; mauvaises relations avec les pairs, avec les enseignants ; inadaptation du milieu scolaire, absence de dépistage ; mauvaise orientation ; incompréhension des enseignants ; manque de soutien des parents ; énergie utilisée à résoudre les problèmes d'intégration sociale ; timidité, inhibition ; conflit avec les adultes ; trop grande exigence des parents. L'échec de ces enfants interviewés tient principalement aux troubles de la relation avec leur environnement : enseignants, pairs, adultes, parents.

Le problème ne doit pas se poser uniquement sur le plan échec ou réussite mais sur celui échec ou épanouissement. La supériorité intellectuelle n'entraîne pas nécessairement la réussite, et la réussite, l'épanouissement de la personnalité. On peut admettre que les causes d'échec sont extrêmement diverses et qu'elles ne se posent pas nécessairement sur le plan de la conscience ; elles sont le plus souvent multiples et dépendent aussi bien du développement propre de la personnalité que des réactions au milieu et du milieu.

De nombreux auteurs se sont attachés à l'étude des difficultés que présentent certains de ces sujets. Tous considèrent que chaque enfant surdoué pose en lui-même un problème individuel ; on ne peut les traiter comme un seul groupe. Ils relèvent des différences considérables suivant le niveau de quotient (Ajuriaguerra, 1974).

Les conséquences de l'échec scolaire sur les surdoués

Les surdoués risquent donc l'échec scolaire et le redoublement, avec les conséquences suivantes :

- Le redoublement les éloigne encore plus de ceux avec qui ils ont une affinité intellectuelle, c'est-à-dire les plus vieux.
- Perte de confiance en soi, doute et très fort risque de dépression.
- Cercle vicieux : il fait encore moins d'effort, ce qui multiplie les risques d'un autre redoublement. Et dans les cas les plus graves, les surdoués peuvent être considérés comme déficients intellectuels, et mis en classe de rattrapage.

Adda (1999) insiste sur ces risques de traumatismes qui sont quasi systématiques en cas de redoublement.

En conclusion, les différentes recherches illustrent bien la nécessité d'une approche multidimensionnelle à la compréhension de l'échec scolaire chez les surdoués. Bien que certains auteurs (Janckeck-Caretta, 2000a ; Ajuriaguerra, 1974, 2000 ; Winner, 1998) mettent l'accent sur les difficultés relationnelles comme pouvant être à l'origine de ces échecs, ils sont peu nombreux à étudier de plus près la nature de ces difficultés relationnelles.

L'échec scolaire semble bien résulter d'une conjonction de facteurs tels que l'inadaptation du milieu ; un manque de méthode de travail, des difficultés d'intégration avec les pairs, etc. Cependant, comment explique-t-on que certains surdoués parviennent à gérer leur parcours scolaire, tandis que leurs pairs bénéficiant de conditions similaires, se trouvent en situation d'échec scolaire ? Peut-on dès lors parler d'une vulnérabilité psychique de certains adolescents surdoués ? Ce travail se propose d'investiguer deux dimensions du bien-être psychologique : l'anxiété et la dépression.

2.3 Dépression et anxiété chez l'enfant et l'adolescent

L'existence de la maladie dépressive chez l'enfant est à l'heure actuelle bien reconnue ; elle a fait l'objet de nombreux travaux qui se sont attachés à l'évaluer, la quantifier, en déterminant l'évolution et le traitement. L'individualisation de syndrome anxieux de l'enfance est en revanche beaucoup plus récente. La classification des troubles psychiatriques de l'enfant en troubles émotionnels d'une part et troubles du comportement socialement mal supportés de l'autre, englobe troubles anxieux et dépressifs de l'enfant dans la même catégorie des troubles impliquant une détresse ou une souffrance ; les « états anxieux » de l'enfant et les « désordres dépressifs » sont ainsi étudiés par Rutter et Hersov dans le cadre des troubles émotionnels aux côtés des états phobiques, de l'hystérie et des désordres obsessionnels. Le DSM-IV, par contre, les étudie de façon séparée.

De nombreuses inconnues restent à élucider dans les domaines de la dépression et des troubles anxieux de l'enfant, ainsi que dans leurs intrications et oppositions ; et si les relations qui existent entre ces deux entités peuvent être envisagées à différents niveaux, c'est avec des résultats forts inégaux.

Souvent associées au plan clinique, anxiété et dépression sont bien différentes en tant qu'affects et symptômes. Par ailleurs, les études axées sur la biologie n'ont pas, à l'heure actuelle, apporté d'élément décisif. (...) Les enquêtes épidémiologiques sur l'agrégation familiale des troubles anxieux et dépressifs, qui confirment bien souvent à plus grande échelle ce que l'on observe quotidiennement en clinique, ont apporté un certain nombre d'éléments en faveur d'une diathèse commune des troubles anxieux et dépressifs (Jalenques, Lachal & Coudert, 1991).

Dépression. On met sous ce mot tellement de choses. Souvent par ignorance ou par peur de son propre jugement sur un état psychique dont on ignore la profondeur, la manifestation et l'origine. Toutefois la dépression elle-même se laisse mésestimer.

La dépression avance masquée et elle est souvent un masque elle-même. Elle peut aboutir au suicide. Les recherches épidémiologiques les plus récentes apportent quelques données frappantes. La classe d'âge la plus touchée par les tentatives de suicide est celle des adolescents. La dépression « dans sa forme majeure » concerne entre 3 et 7% de la population adolescente et les « problèmes dépressifs », selon les termes de ces enquêtes, touchent 30 à 45% de cette même classe d'âge.

Comme dans toutes maladies, les symptômes sont les repères qui permettent de juger et de reconnaître si l'on est déjà au plus grave ou si le patient en est menacé. La difficulté dans ces maladies que sont les dépressions, c'est qu'elles sont du domaine psychique. Elles sont souvent, de ce fait, l'objet d'un évitement ou d'une ignorance, voire d'une dissimulation, par le sujet lui-même ou par son entourage. Et ceci est d'autant plus le cas que les dépressions sont souvent, comme nous l'avons dit, masquées.

Il existe, en effet différentes formes de dépression :

- *Les dépressions anxieuses* : elles se manifestent par des états d'angoisses de multiples formes ;

- *Les dépressions agitées* : le trouble du comportement voile alors le fond dépressif sous-jacent ;
- *Les dépressions ralenties* : la psychomotricité est la seule touchée ;
- *Les dépressions anhédoniques, de pertes de plaisir à vivre* : rien ne plaît sans que ce soit pour autant une position de caractère.

C'est dire que l'angoissé, l'agité, le méchant, le mou, le boudeur, ou le caractériel peuvent être de vrais déprimés (Arnould, 1999).

Contrairement au stress, l'anxiété a des composantes émotionnelles, comportementales, physiques et cognitives. Le stress est une réaction à un événement qui se déroule au moment présent, tandis que l'anxiété est une réponse face à des événements que le sujet anticipe, des événements qui ne se produiront peut-être même pas du tout.

L'inquiétude est la composante cognitive de l'anxiété. L'inquiétude peut avoir une fonction adaptative : en anticipant des événements, les enfants peuvent préparer une réponse adaptée ; mais si l'inquiétude n'est pas résolue et que le danger se répète sans qu'une solution ne soit jamais trouvée, alors l'inquiétude est inadaptée (Porter, 1999c).

Selon Adda (2000), l'enfant surdoué n'a qu'une idée très confuse de sa valeur intellectuelle, il voit ses défauts avec une lucidité aveuglante, presque douloureuse, et son souci de perfection est sans cesse mis à mal par le constat de ses faiblesses et de ses manques. Pour lui, ses failles sont insondables et son aisance momentanée pourrait disparaître à tout moment. Si l'enfant surdoué souffre, c'est tout d'abord à cause de l'incertitude où il se trouve en permanence. Il ne sait pas d'où lui vient sa facilité, en conséquence il pense qu'elle risque de disparaître n'importe quand et, à ce moment-là, il n'y aura rien à tenter pour la retrouver. Cette échéance, qui lui semble parfois inéluctable, entretient chez lui un état d'anxiété comme pourrait en éprouver quelqu'un qui, se sachant irrémédiablement condamné par la médecine, ne peut prévoir quand surviendra l'échéance fatale. Le doute s'installe, permanent, pénible, et c'est un avenir terne, sans âme et sans joie, qui attendra désormais l'enfant surdoué privé de ses dons.

Un échec dont il ne saisit pas la cause, des critiques trop acerbes qu'il ne sait pas relativiser le plongent dans un état intolérable d'anxiété : il est devenu « mauvais » après avoir été « bon » et cette modification est peut-être irréversible. Ils deviennent alors instables, agités, attendant le moment où tombera la sentence inexorable les chassant du paradis de la connaissance.

Ces tourments sont inconnus des autres enfants, plus sereins face à la remontrance : ils savent qu'ils ne sont pas parfaits et ils apprécient parfois cette faiblesse et ignorance qui leur valent tous les soins de la part de ceux qui les aiment. Ils ne craignent pas de les décevoir, alors que l'enfant surdoué vit mille morts à l'idée que ses parents, si fiers de lui, vont être obligés de s'accommoder désormais d'un enfant gauche, aux possibilités limitées. Des colères violentes et surprenantes, des accès de tristesse insondable, un apparent dégoût de la vie rendent bien compte du malaise de l'enfant doué, confronté à une inexplicable situation d'échec, qui, à ses yeux, annoncerait la disparition de ses qualités intellectuelles, à l'image de la lueur d'une étoile déjà morte diminuant inexorablement dans un rougeoiement révélateur (Adda, 2000 ; Coriat, 1987).

2.4 La Résilience

Un autre concept important pour discuter du stress chez les enfants et les adolescents est celui de résilience.

Même avec les enfants les plus à risques, moins de la moitié de ceux qui ont expérimenté de multiples stress continuent à s'adapter aux problèmes en tant qu'adultes. Le fait que de nombreuses personnes parviennent à faire face à des situations difficiles est souvent attribué à leur « résilience ». Ce concept réfère à l'habileté à éviter des réponses inadaptées au risque ou à l'adversité même lorsqu'on se sent bouleversé ou contrarié. C'est la capacité de se remettre d'expériences négatives.

Les enfants deviennent résilients par leur tempérament et par leur expérience de surmonter des obstacles. La résilience ne se manifeste pas en évitant les stress, mais en leur faisant face au moment présent et d'une manière qui augmente la confiance en soi des enfants à travers leur expérience de maîtrise et la prise de responsabilité appropriée.

L'habileté des enfants à s'adapter à des événements stressants est davantage liée à leur estime d'eux-mêmes et leur propre efficacité qu'à leurs aptitudes cognitives. Cela est particulièrement pertinent chez les enfants d'âge pré-scolaire, qui peuvent manquer d'un large éventail de stratégies cognitives.

Il est donc important d'identifier individuellement les enfants qui risquent de développer des réactions de stress. Cela inclut les enfants surdoués, qui d'une part doivent s'adapter à un environnement qui essaie peu de comprendre leurs besoins et qui d'autre part, sont confrontés, comme tous les autres enfants, à des problèmes quotidiens et des événements de vie indésirables.

Leurs réactions au stress peuvent être atypiques en raison de leur image d'eux-mêmes précoce, et de ce fait, ils peuvent être plus vulnérables face au stress. D'autre part, leur précocité intellectuelle peut également les aider à résoudre leurs angoisses à un âge plus précoce comparé à leurs pairs (Porter, 1999c).

3. METHODOLOGIE

3.1 Objectifs de l'étude

Le but de cette recherche est d'identifier d'éventuelles différences au niveau émotionnel entre des adolescents surdoués ayant été en échec scolaire (groupe E, Echec scolaire, n=7) et des adolescents surdoués ayant réussi au niveau scolaire (groupe R, Réussite scolaire, n=7). Pour ce faire, on étudiera les scores de ces deux groupes de sujets à l'Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfants (R-CMAS; Reynolds & Richmond, 1985) d'une part, et d'autre part, à l'Echelle Composite de Dépression pour Enfants (MDI-C; Berndt & Kaiser, 1996).

Ces données seront complétées par des éléments qualitatifs obtenus sur la base d'un questionnaire élaboré pour l'étude (questionnaire anamnésique). Ce dernier permettra d'obtenir des données sur l'échec scolaire et ses caractéristiques que ces adolescents ont vécu.

Finalement, on cherchera à identifier d'éventuelles différences au niveau émotionnel entre adolescents surdoués (Groupe S ; Surdoués, Q.I entre 130 et 144, n=7) et adolescents hautement surdoués (Groupe HS ; Hautement Surdoués, Q.I. égal ou supérieur à 145, n=7) au moyen des deux même échelles, à savoir la R-CMAS et la MDI-C.

3.2 Considérations éthiques

La problématique de l'échec scolaire représente un domaine d'étude délicat à traiter. En effet, les « cassures » scolaires plongent l'individu concerné dans une dynamique négative et entraînent généralement une perte de confiance en soi, de nombreux doutes, une dévalorisation de soi, etc. C'est pourquoi cette recherche en particulier se devait de considérer les questions éthiques.

Une des premières préoccupations s'est référée à l'appréciation des risques et à leur limitation. Pour éviter de nuire aux sujets de cette étude, on a ainsi retenu les adolescents surdoués ayant été en échec scolaire au moins 6 mois avant la recherche. Ainsi, les sujets du groupe Echec scolaire étaient sortis de leur échec scolaire au moment de l'enquête.

De plus, les objectifs et les motivations de cette recherche ont été clairement présentés aux adolescents surdoués contactés, ainsi qu'à leurs parents. Il paraissait primordial que les sujets souhaitant participer à l'étude le fassent en accord avec leurs parents. Ces adolescents et/ou leurs parents étaient également invités à contacter la psychologue pour de plus amples informations s'ils le désiraient.

En outre, ces adolescents et leurs parents ont été informés du caractère strictement confidentiel des données. Aucune donnée ne paraîtra dans le domaine public concernant des informations touchant à la sphère privée d'une personne identifiable, sauf si l'individu concerné y consent préalablement par écrit. De plus, les données récoltées seront intégralement détruites dès l'aboutissement de cette recherche.

Finalement, les adolescents et leurs parents ont également été informés qu'une restitution des diverses conclusions de l'étude leur serait faite au terme de celle-ci.

De cette manière, les sujets ont été en mesure d'effectuer, s'ils le désiraient, un consentement libre et éclairé.

En conclusion, ces considérations éthiques avaient pour objectif principal d'apporter un bienfait à ces sujets, et devraient avoir permis de leur éviter toute nuisance.

3.3 Hypothèses théoriques

- 1) Les adolescents surdoués ayant été en échec scolaire (sujets du groupe E) auraient un niveau de dépression différent (probablement supérieur) de leurs semblables en réussite scolaire (sujets du groupe R).
- 2) Les adolescents surdoués ayant été en échec scolaire (sujets du groupe E) auraient un niveau d'anxiété manifeste différent (probablement supérieur) de leurs semblables en réussite scolaire (sujets du groupe R).

- 3) Les adolescents hautement surdoués (sujets du groupe HS) auraient des niveaux de dépression et d'anxiété différents (probablement supérieurs) des adolescents surdoués (sujets du groupe S).

3.4 Population

La population de cette étude se compose de 14 adolescents. La moitié d'entre eux (n=7) s'est trouvée en échec scolaire (au minimum 6 mois avant la recherche) et l'autre moitié (n=7) n'a pas connu de difficultés scolaires majeures, on peut donc considérer ces sujets-là comme en « réussite » scolaire. Parmi ces 14 adolescents, 7 sont surdoués et les 7 autres sont hautement surdoués. Ces sujets sont âgés de 10 ans à 17 ans 11 mois, l'âge moyen des sujets étant de 13 ans 8 mois. Par souci de simplicité pour le lecteur, on utilisera le terme d'« adolescents » pour décrire ces sujets, bien que le plus jeune d'entre eux soit âgé de 10 ans.

Ces adolescents surdoués ont été recrutés par le biais du Programme Hélios (programme pour surdoués, Centre de Ressources Humaines à Roche). Ces sujets ont été sélectionnés selon leur Q.I., leur âge et leur situation scolaire. Un courrier leur a été adressé, ainsi qu'à leurs parents afin d'exposer les buts de l'étude. Tous les sujets sont de sexe masculin. En effet, on observe une sur-représentation des garçons dans l'échantillon plus large duquel ces adolescents ont été choisis (voir Bersier, Beckers & Addor, 2000).

Tous les sujets ont été testés au moyen de l'Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Enfants, 3^{ème} édition (WISC-III ; Wechsler, 1996) et ont obtenu un Q.I. Total supérieur ou égal à 130. La répartition au sein des deux groupes d'adolescents : surdoués (S) et hautement surdoués (HS) s'est fait selon le critère suivant : les sujets surdoués se caractérisent par un Q.I. entre 130 et 144 ; les sujets hautement surdoués ont obtenu un Q.I. supérieur ou égal à 145.

Les 7 sujets du groupe E ont été en situation d'échec scolaire au minimum 6 mois avant la présente recherche. Par échec scolaire, on entend ici redoublement, passage à une section inférieure, changement d'école suite à un échec scolaire (moyenne générale insuffisante), ou rupture totale avec l'école durant une période.

3.5 Matériel

3.5.1 WISC -III (Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Enfants, 3^{ème} édition)

Ce test, étalonné pour les enfants et les adolescents de 6 à 16 ans, contient 13 échelles, dont 10 d'utilisation obligatoire et 3 dites supplémentaires, pouvant servir de substituts ou être utilisées pour obtenir des informations additionnelles. Le groupe Verbal contient les Echelles d'information, de similitudes, d'arithmétique, de vocabulaire, de compréhension et de mémoire immédiate des chiffres comme complément. Le groupe Performance contient les Echelles de complètement d'images, d'arrangement d'images, de cubes, d'assemblage, de code, et, comme suppléments, de symboles et de labyrinthes. Les notes brutes à chaque échelle sont transformées en notes dites Standard de moyenne 10 et d'écart type 3. L'étalonnage a établi des tables de conversion des notes brutes en notes standard par tranches d'âges chronologiques de 3 mois en 3 mois. Les notes standard ont la même signification en termes de situation par rapport à la moyenne quel que soit l'âge du sujet. Ce test permet d'aboutir au calcul de trois Q.I. : un Q.I. Verbal ; un Q.I. Performance (ou non-verbal) et un Q.I. Total. De plus, on obtient trois notes Indices optionnels, il s'agit de l'Indice de Compréhension verbale, l'Indice d'Organisation perceptive et l'Indice de Vitesse de traitement. Finalement, on peut également calculer, toujours sur cette même base, trois indices supplémentaires : les Indices de Brown (Brown, 1996) : un Indice Verbal, un Indice Spatial et un Indice de Concentration (Pichot, 1999). Ces six indices ont une moyenne de 100 et un écart type de 15. Ainsi, un Q.I. de 100 et plus équivaut à la moyenne ; un Q.I. de 115 et plus à la moyenne supérieure ; un Q.I. de 130 et plus à la surdouance et ; un Q.I. de 145 ou plus à la haute surdouance (Wechsler, 1996).

3.5.2 MDI-C (Echelle Composite de Dépression pour Enfants)

L'Echelle Composite de Dépression pour Enfants (MDI-C) est une auto-évaluation de la dépression et de ses caractéristiques associées. Etalonnée pour les enfants et adolescents de 8 à 17 ans, la MDI-C permet l'expression de sentiments et de croyances personnelles. Utile comme instrument de dépistage pour identifier les enfants à hauts risques, la MDI-C est également une aide à l'évaluation clinique. Associée aux données fournies par les parents et les enseignants, la MDI-C permet non seulement l'identification des problèmes importants, mais aussi l'identification des réactions émotionnelles de moindre sévérité (Berndt & Kaiser, 1996). La MDI-C est composée de 79 items présentés sous la forme de courtes phrases rédigées dans un format de réponse de type vrai / faux. Elle permet d'obtenir des notes sur 8 échelles, ainsi qu'une Note Totale (DT, *Dépression Totale*) mesurant la sévérité globale de la dépression. Tous les items et toutes les échelles sont cotés de telle manière qu'une note

élevée représente une plus grande sévérité de la dépression. Le score obtenu pour chacune des échelles se présente sous trois formes : une note brute, un percentile et une note-T. Ces scores sont placés sur un profil qui facilite l'appréhension globale de la MDI-C (Berndt & Kaiser, 1996).

Les 8 échelles de la MDI-C

- 1) **Anxiété (A)**. Cette échelle mesure les aspects somatiques et cognitifs de l'anxiété (exemples : « je suis tendu à l'école » ; « je me fais du souci au sujet de la mort »).
- 2) **Estime de Soi (SE)**. Les items de cette échelle visent à traduire les perceptions et les évaluations que les enfants ont d'eux-mêmes (exemples : « je me déteste » ; « les enfants m'embêtent »).
- 3) **Humeur Triste (SM)**. La note de cette échelle reflète l'état affectif actuel du sujet (exemples : « je suis un enfant heureux » ; « je me sens triste »).
- 4) **Sentiment d'Impuissance (IH)**. Cette échelle mesure la perception qu'a l'enfant de sa propre capacité à gérer des situations sociales afin d'en tirer des bénéfices courants (exemples : « je me fais punir sans raison » ; « on ne fait pas beaucoup attention à moi »).
- 5) **Introversion Sociale (SI)**. Les items de cette échelle reflètent la tendance au repli face à des situations sociales ou des contacts sociaux (exemples : « j'aime jouer » ; « à l'école, je reste tout seul »).
- 6) **Faible Energie (LE)**. Cette échelle est conçue pour mesurer l'intensité cognitive de l'enfant et sa vigueur somatique (exemples : « je me sens très fatigué » ; « je n'ai jamais assez dormi »).
- 7) **Pessimisme (P)**. Cette échelle mesure la vision qu'a l'enfant de son avenir et l'étendue de son découragement (exemples : « la chance est contre moi » ; « mon avenir sera bien »).
- 8) **Provocation (D)**. Les items de cette échelle mesurent à la fois des problèmes de comportement et d'irritabilité (exemples : « je prends des choses sans demander avant » ; « j'ai mauvais caractère »).

Interprétation des notes standard aux échelles

Les notes des échelles MDI-C sont exprimées en notes standards : notes normalisées avec une moyenne de 50 et un écart type de 10. Pour chacune des échelles MDI-C, y compris pour la Note Totale, il y a au moins trois niveaux d'interprétation : les notes T comprises entre 56 et 65 indiquent des niveaux de symptomatologie en relation avec une dépression faible à modérée, les notes comprises entre 66 et 75 indiquent des symptômes modérés à sévères et les notes supérieures à 75 indiquent des symptômes sévères. La mesure la plus fiable et la plus valide de la dépression est la Note Totale. Celle-ci est comprise dans un intervalle de 0 à 79 et traduit le nombre de fois où le sujet répond aux questions d'une manière qui indique qu'il est déprimé. Ainsi, la Note Totale est une mesure de la sévérité de la dépression.

3.5.3 R-CMAS (Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfants)

L'Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfants (R-CMAS) est un instrument d'auto-évaluation, composé de 37 items, conçu pour évaluer le niveau et la nature de l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent de 6 à 19 ans. L'enfant répond à chacune des affirmations en entourant une réponse « Oui » ou « Non ». Les réponses « Oui » sont comptabilisées pour déterminer une Note Totale d'Anxiété (AT, *Anxiété Totale*). En plus de cette note, la R-CMAS permet de calculer des notes pour 4 sous-échelles et apporter une meilleure compréhension clinique des réponses individuelles. Le score obtenu pour chacune des échelles se présente sous trois formes : une note brute, un percentile et une note-T (Reynolds & Richmond, 1985).

Les 4 sous-échelles de la R-CMAS

- 1) **Anxiété physiologique (AP)**. C'est une évaluation des manifestations somatiques de l'anxiété chez l'enfant. Une note élevée à cette échelle implique que l'enfant présente certaines réponses physiologiques qui sont typiques de ce qu'il ressent lorsqu'il est anxieux.
- 2) **Inquiétude / Hypersensibilité (IHY)**. Les items de cette échelle évoquent la peur, la tension ou d'une certaine manière, l'hypersensibilité aux pressions environnementales. Une note élevée à cette sous-échelle peut décrire un enfant qui peut se trouver débordé dans ses tentatives pour soulager son anxiété. Cela peut aussi suggérer chez l'enfant un fort besoin d'apprendre à exprimer ses sentiments anxieux, apprendre à leur faire face plus ouvertement en les partageant avec ceux qui souhaitent l'aider.
- 3) **Préoccupations sociales / Concentration (PSC)**. Les items qui constituent cette sous-échelle expriment des préoccupations par rapport à soi dans les rapports aux autres ou traduisent l'existence de difficultés de concentration. Les enfants qui obtiennent une note élevée à cette sous-échelle peuvent ressentir une certaine anxiété liée au fait qu'ils se considèrent comme incapables de vivre à la hauteur des attentes qu'ont à leur égard les personnes importantes de leur vie. Leur préoccupation majeure est qu'ils se perçoivent comme n'étant pas assez bien, assez efficaces, ou aussi capables que les autres, ce qui est indiscutablement un sentiment associé à l'anxiété. Toute forme d'anxiété peut interférer avec la capacité de l'enfant à se concentrer sur son travail scolaire ou sur toute autre tâche.

- 4) **Mensonge (M).** Cette sous-échelle est composée d'items qui véhiculent l'image d'un comportement « idéal » qui n'est cependant caractéristique de personne. Une note élevée à cette sous-échelle (note standard > 13) pourrait signaler une auto-évaluation erronée.

Interprétation des notes standard aux échelles

La Note Totale d'Anxiété a une moyenne de 50 ; et un écart type de 10. Pour les sous-échelles, les moyennes sont de 10 ; avec des écarts type de 3. La Note brute Totale d'Anxiété peut varier de 0 à 28. Une importance significative sera accordée aux notes se situant en dehors de l'intervalle suivant : note T > 60 ou note T < 40. Les notes situées à plus de deux écarts types de la moyenne (note T > 70 ou note T < 30) nécessitent d'obtenir plus d'informations sur l'enfant, une consultation, voire un suivi de celui-ci.

3.5.4 Récolte d'éléments anamnétiques spécifiques

Chaque sujet a également rempli un bref questionnaire élaboré pour les besoins de l'étude, qui visait à obtenir les données suivantes :

- 1) **Situation scolaire actuelle de l'adolescent :** école (publique / privée) ; classe (section) ; niveau de classe (normal / en retard de .x ans / en avance de x. ans) ; échec scolaire antérieur (oui / non) ; date et classe au moment de l'échec scolaire
- 2) **Raisons qui ont amené cet échec scolaire**
- 3) **Éléments qui auraient permis d'éviter l'échec scolaire**
- 4) **Auto-évaluations du bien-être dans quatre domaines**, sur une échelle de 0 à 100 (mauvais-excellent) : santé physique ; bien-être psychologique ; bien-être dans les relations sociales et, bien-être à l'école. Cet item repose sur le modèle Bio-Psycho-Socio-Eco-contextuel de Bersier (1997).
- 5) **Présence de troubles psychosomatiques** tels que asthme, eczéma, allergies, troubles du sommeil, maux de tête, maux de ventre, etc.

3.6 Procédure

Une lettre exposant les objectifs de la présente étude a été adressée aux 14 sujets sélectionnés ainsi qu'à leurs parents. Ces adolescents avaient tous été testés au moyen de la WISC-III et avaient été reconnus comme surdoués, voire hautement surdoués. L'envoi comportait également les 3 questionnaires présentés ci-dessus (MDI-C ; R-CMAS et le questionnaire anamnétique). Les sujets étaient priés, s'ils désiraient participer à l'étude en accord avec leurs parents, de renvoyer ces questionnaires à l'aide d'une enveloppe réponse. Naturellement, tous les sujets étaient libres de participer à l'étude ou non. Ils pouvaient s'entretenir avec la personne responsable de la recherche à n'importe quel moment pour en discuter plus en détail s'ils le souhaitaient.

3.7 Variables

3.7.1 Variables indépendantes

A. Parcours Scolaire

Le parcours scolaire du premier groupe de sujets (groupe E) se caractérise par la présence d'un échec scolaire (E) datant d'au minimum six mois avant l'étude. En revanche, le parcours scolaire du second groupe (groupe R) se caractérise par l'absence de difficultés scolaires majeures, on parlera dans ce cas de réussite scolaire (R).

B. Degré de surdouance

Le degré de surdouance du premier groupe de sujets (groupe S) correspond à un Q.I. variant entre 130 et 144 à la WISC-III, les désignant ainsi comme des personnes « Surdouées ». Le degré de surdouance du second groupe de sujets (groupe HS) correspond à un Q.I. variant entre 145 et 160 à la WISC-III, les désignant donc comme des individus « Hautement Surdoués ».

3.7.2 Variables dépendantes

A. Scores de dépression (MDI-C)

Les 14 sujets ont rempli individuellement la MDI-C (Echelle Composite de Dépression pour Enfants). On a ainsi des mesures de dépression totale (DT) et des caractéristiques associées à la dépression (A, SE, SM, IH, SI, LE, P et D).

Scores d'anxiété (R-CMAS)

Les 14 sujets ont également rempli individuellement la R-CMAS (Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfants). On a donc des mesures d'anxiété totale (AT) et des 4 sous-échelles (AP, IHY, PSC et M).

3.8 Hypothèses opérationnelles

- 1) Les sujets du groupe E auraient une Note Totale de Dépression supérieure aux sujets du groupe R à l'Echelle de Dépression Composite pour Enfants (MDI-C).
- 2) Les sujets du groupe E auraient une Note Totale d'Anxiété supérieure aux sujets du groupe R à l'Echelle de Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfants (R-CMAS).
- 3) Les sujets du groupe HS auraient une Note Totale de Dépression à l'Echelle de Dépression Composite pour Enfants (MDI-C), ainsi qu'une Note Totale d'Anxiété à l'Echelle de Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfants (R-CMAS) supérieures aux sujets du groupe S.

4. RESULTATS

4.1 Analyse quantitative des données

Le traitement et l'analyse des données ont été effectués à partir du logiciel de statistique Splus. Les analyses qui suivent ont porté sur les scores de dépression à la MDI-C, ainsi que les scores d'anxiété à la R-CMAS.

4.1.1 Scores de dépression

Avant de procéder aux analyses statistiques, on peut étudier les scores de dépression de nos 14 sujets. De manière générale, 6 sujets se caractérisent par un score de dépression totale significatif. Parmi eux, 4 adolescents ont obtenu un score en lien avec une symptomatologie dépressive faible à modérée. Les 2 autres adolescents présentent des scores de dépression totale en lien avec une symptomatologie dépressive modérée à sévère. Ainsi, près de la moitié de notre échantillon se caractérise par des symptômes dépressifs.

Néanmoins, on note une égale répartition des facteurs Parcours scolaire et des Degrés de surdouceur parmi les 6 sujets dépressifs. En effet, la moitié d'entre eux n'a pas rencontré de difficulté scolaire majeure, tandis que l'autre moitié a été en échec scolaire. De même, la moitié de ces sujets se caractérise par une haute surdouceur, et l'autre moitié par une surdouceur.

Au vu de ces premières constatations, il ne semble pas y avoir de différence particulière en fonction des deux facteurs étudiés (Parcours scolaire et Degré de surdouceur).

Effets principaux

A.1 Facteur Parcours scolaire

La moyenne des scores de dépression des sujets du groupe E est plus élevée que celle des sujets du groupe R. Le score de dépression moyen des sujets ayant été en échec scolaire est de 52.86, alors qu'il est de 51.17 pour les sujets ayant réussi scolairement.

Cependant, les différences de scores de dépression selon le Parcours scolaire (Echec ou Réussite) ne sont pas significatives. Les sujets ayant été en échec ne sont donc pas plus dépressifs que leurs pairs en réussite scolaire.

De manière générale, les scores moyens de dépression des deux groupes ne sont pas symptomatologiques, ils se situent dans la moyenne.

A.2 Facteur Degré de surdouceur

La moyenne des scores de dépression des sujets du groupe HS est très légèrement plus élevée que celle des sujets du groupe S. Le score de dépression moyen des sujets hautement surdoués est de 51.71, alors qu'il est de 51.14 pour les sujets surdoués, quel que soit le parcours scolaire des sujets.

Cependant, les différences de scores de dépression selon le Degré de surdouceur (Haute surdouceur ou Surdouceur) ne sont pas significatives. Les sujets hautement surdoués ne sont donc pas plus dépressifs que leurs pairs surdoués.

De manière générale, les scores moyens de dépression des deux groupes ne sont pas symptomatologiques, ils se situent dans la moyenne.

B. Effets croisés

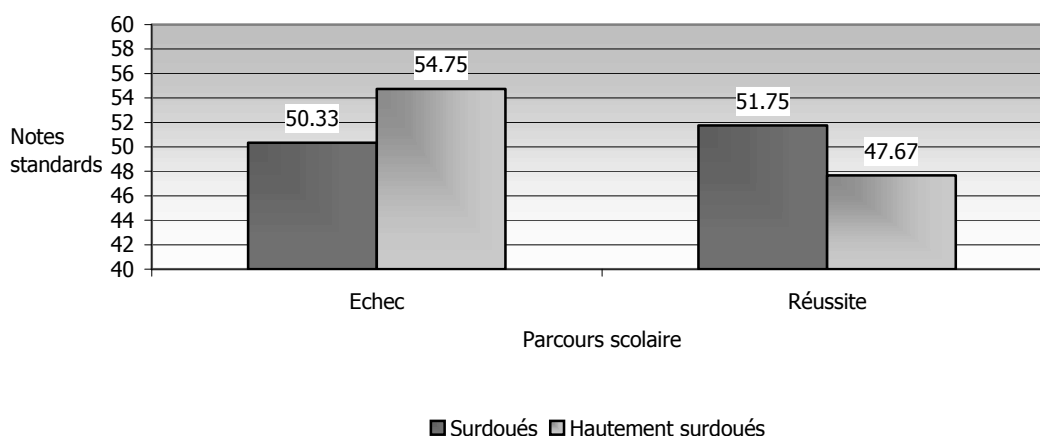
B.1 Interaction entre les facteurs Parcours scolaire et Degré de surdouance

Les différences de scores de dépression semblent être modulées par le degré de surdouance (voir graphique ci-dessous). Le score moyen de dépression le plus élevé concerne les sujets hautement surdoués ayant été en échec scolaire. En effet, ceux-ci ont un score de dépression de 54.75, alors que les sujets surdoués ayant été en échec ont un score de dépression de 50.33.

On observe également une différence du niveau de dépression selon le degré de surdouance sur le facteur réussite. En revanche, la tendance est inverse : ainsi, les sujets hautement surdoués en réussite scolaire obtiennent un score de dépression inférieur (47.67) aux sujets surdoués en réussite scolaire (51.75). Ainsi, la différence de scores de dépression la plus grande est observée pour les sujets hautement surdoués.

Au vu de ces premiers résultats, il semble donc qu'il y ait une éventuelle interaction entre le facteur degré de surdouance et le facteur parcours scolaire.

Comparaison des scores moyens de dépression en fonction des facteurs Parcours scolaire et Degré de surdouance



Graphique 1 : Scores moyens de dépression totale en fonction des facteurs Parcours scolaire et Degré de surdouance

Cependant, les analyses statistiques effectuées indiquent que l'interaction entre ces deux facteurs n'est pas significative. La variance des groupes est ainsi trop grande, ce qui conclut à la non-significativité. Malgré tout, on note un score moyen de dépression proche d'une symptomatologie dépressive faible chez les sujets hautement surdoués ayant été en échec scolaire.

4.1.2 Scores d'anxiété

De manière générale, on observe que 3 sujets sur 14 présentent une symptomatologie anxieuse significative. Parmi ces sujets, deux d'entre eux se caractérisent par un score d'anxiété totale en lien avec une symptomatologie faible à modérée (1 sujet hautement surdoué ayant été en échec scolaire et 1 sujet surdoué en réussite scolaire) et, l'un d'entre eux par une symptomatologie modérée à sévère (sujet hautement surdoué ayant été en échec scolaire). Deux autres sujets se situent proches du seuil significatif d'anxiété, il s'agit de 2 sujets hautement surdoués, l'un d'entre eux ayant été en échec et l'autre en réussite scolaire.

A. Effets principaux

A.1 Facteur Parcours scolaire

La moyenne des scores d'anxiété des sujets du groupe E est plus élevée que celle des sujets du groupe R. Le score d'anxiété moyen des sujets ayant été en échec scolaire est de 57.43, alors qu'il est de 53.86 pour les sujets ayant réussi scolairement.

Cependant, les différences de scores d'anxiété en fonction du Parcours scolaire ne sont pas significatives. Les sujets ayant été en échec ne sont donc pas plus anxieux que leurs pairs en réussite scolaire. De manière générale, les scores moyens d'anxiété des deux groupes ne sont pas symptomatologiques, ils se situent dans la moyenne.

A.2 Facteur Degré de surdouce

La moyenne des scores d'anxiété des sujets du groupe HS est plus élevée que celle des sujets du groupe S. Le score d'anxiété moyen des sujets hautement surdoués est de 56.9, alors qu'il est de 54.4 pour les sujets surdoués, quel que soit le parcours scolaire des sujets.

Cependant, les différences de scores d'anxiété selon le Degré de surdouce ne sont pas significatives. Les sujets hautement surdoués ne sont donc pas plus anxieux que leurs pairs surdoués.

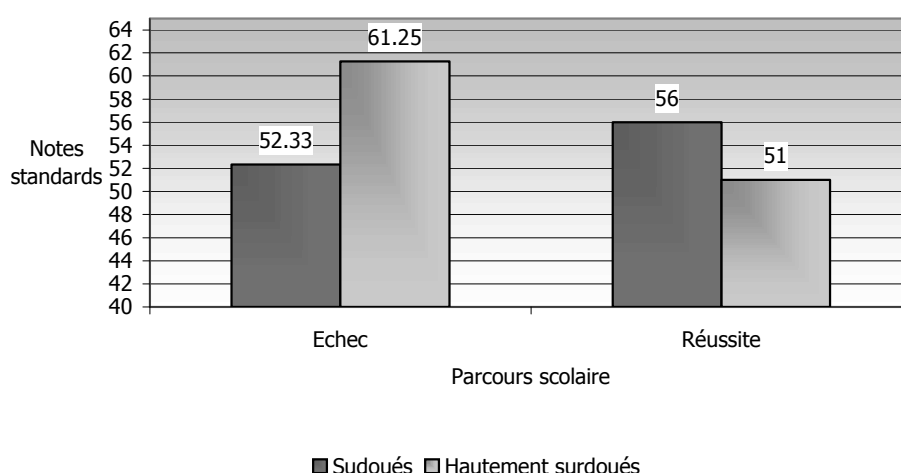
De manière générale, les scores moyens de dépression des deux groupes ne sont pas symptomatologiques, ils se situent dans la moyenne.

B. Effets croisés

A.3 Interaction entre les facteurs Parcours scolaire et Degré de surdouce

Les différences de scores d'anxiété semblent être modulées par le degré de surdouce (voir graphique ci-dessous). Le score moyen d'anxiété le plus élevé concerne les sujets hautement surdoués ayant été en échec scolaire. En effet, les sujets hautement surdoués ayant été en échec ont un score d'anxiété de 61.25, alors que les sujets surdoués ayant été en échec ont un score d'anxiété de 52.33. On observe également une différence du niveau d'anxiété selon le degré de surdouce sur le facteur réussite. Les sujets hautement surdoués en réussite scolaire obtiennent un score d'anxiété inférieur (51) aux sujets surdoués en réussite scolaire (56). Ainsi, la différence de scores d'anxiété la plus grande est observée pour les sujets hautement surdoués. Au vu de ces premiers résultats, il semble donc qu'il y ait un effet d'interaction entre le facteur degré de surdouce et le facteur parcours scolaire.

Comparaison des scores moyens d'anxiété manifeste totale en fonction des facteurs Parcours scolaire et Degré de surdouce



Graphique 2 : Scores moyens d'anxiété manifeste totale en fonction des facteurs Parcours scolaire et Degré de surdouce

Cependant, les analyses statistiques effectuées indiquent que l'interaction entre ces deux facteurs n'est pas significative. La variance des groupes est ainsi trop grande, ce qui conclut à la non-significativité. Malgré tout, on note un score moyen d'anxiété significatif, en lien avec une symptomatologie anxieuse faible chez les sujets

hautement surdoués ayant été en échec scolaire, les trois autres groupes ayant un score d'anxiété se situant dans la moyenne.

4.1.3 Conclusions

Les analyses statistiques descriptives effectuées ont mis en évidence de légères tendances concernant l'interaction des deux facteurs (Parcours scolaire et Degré de surdouance) sur les scores de dépression et d'anxiété des sujets. Cela signifierait que les scores d'anxiété et de dépression pourraient être influencés par l'action conjointe de ces deux facteurs.

Néanmoins, on note une grande variabilité au sein de nos données, nous empêchant de conclure à des différences significatives.

Les analyses statistiques inférentielles ont mis en évidence une non-significativité des deux facteurs. Ainsi, l'influence du facteur Degré de surdouance sur les scores d'anxiété n'est pas significative. Elle ne l'est pas non plus sur les scores de dépression. Le facteur Parcours scolaire s'est avéré non-significatif également sur les scores de dépression, et d'anxiété. L'interaction des deux facteurs sur les scores d'anxiété et de dépression est également non-significative. La variabilité intra-groupe est en effet trop grande, la taille des groupes trop restreints.

Au vu de ce qui précède, nos hypothèses sont donc infirmées. Les sujets ayant été en échec scolaire n'obtiennent pas une note totale de dépression supérieure à leurs pairs n'ayant pas rencontré de difficultés scolaires majeures. De plus, les sujets ayant été en échec scolaire n'obtiennent également pas une note totale d'anxiété manifeste supérieure à leurs pairs sans échec scolaire. Les différences de scores de dépression et d'anxiété ne sont également pas significatives, infirmant également notre dernière hypothèse.

Néanmoins, le groupe de sujets hautement surdoués ayant été en échec scolaire se caractérise par un score moyen d'anxiété totale significatif. Ces sujets ont ainsi un niveau d'anxiété supérieur à la moyenne, en lien avec une symptomatologie anxieuse faible. Concernant la dépression, ces mêmes sujets se caractérisent par un niveau de dépression totale proche du seuil significatif, et donc d'une symptomatologie dépressive faible. Tous les autres groupes de sujets ont des scores de dépression et d'anxiété totales qui se situent dans la moyenne.

Il semble donc que l'anxiété et la dépression sont influencées défavorablement par le fait d'être hautement surdoué et d'avoir été en échec scolaire. Il serait très intéressant de reprendre la présente étude avec un échantillon plus grand – afin de limiter la variabilité intra-groupe – dans le but de déterminer la significativité éventuelle de l'effet d'interaction entre les facteurs Parcours scolaire et Degré de surdouance sur les scores d'anxiété et de dépression. Cette piste repose sur des travaux de la littérature, qui montrent de plus grandes difficultés socio-affectives chez les individus hautement surdoués (Winner, 1997 et 1998).

4.1.4 Analyses complémentaires

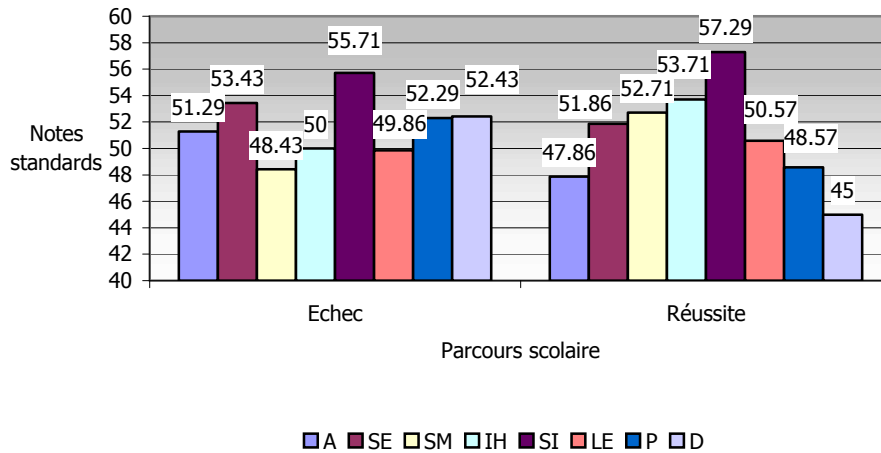
A nouveau, on a procédé à des analyses statistiques inférentielles (analyses de la variance) pour tester l'effet des facteurs sur les scores des sous-échelles de la MDI-C et de la R-CMAS.

Ces analyses n'ont pas permis de mettre en évidence de différences significatives entre les groupes de sujets. Cela signifie donc que les deux facteurs n'ont pas d'influence sur les scores des caractéristiques associées à la dépression et à l'anxiété de nos sujets. Un échantillon plus large, caractérisé par une moins grande variabilité apporterait peut-être d'autres résultats.

Néanmoins, il paraît utile de procéder à des analyses descriptives :

A. Les sous-échelles de la MDI-C

Comparaison des scores moyens aux sous-échelles MDI-C en fonction du facteur Parcours scolaire



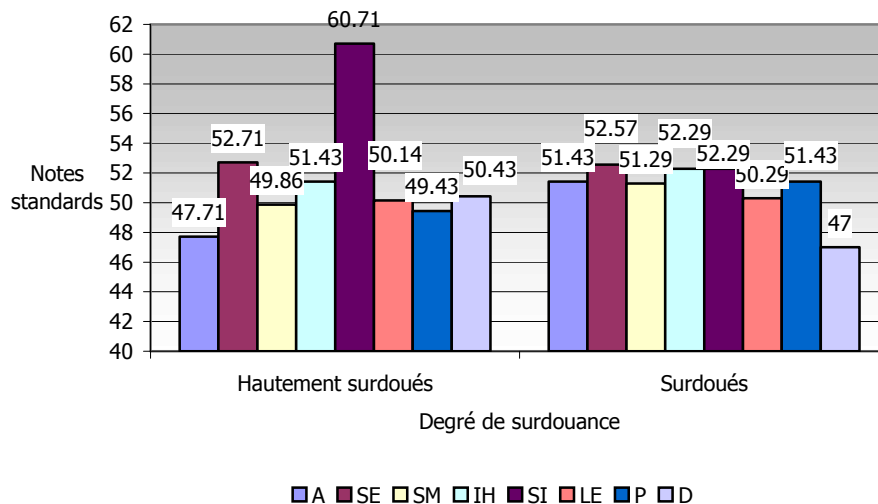
Graphique 3 : Scores moyens aux sous-échelles MDI-C en fonction du facteur Parcours scolaire

Rappel des abréviations : A (Anxiété) ; SE (Estime de Soi) ; SM (Humeur Triste), IH (Sentiment d'Impuissance), SI (Introversion Sociale), (SI), LE (Faible Energie), P (Pessimisme) et D (Provocation).

On note la présence d'une sous-échelle en lien avec une symptomatologie dépressive faible dans les deux groupes, il s'agit de l'échelle « SI », c'est-à-dire l'Introversion sociale.

Il est également intéressant de noter une différence importante (même si elle est non-significative) au niveau de l'échelle « D », à savoir la provocation. En effet, le score moyen de provocation est nettement plus faible (note de 45) chez les sujets du groupe Réussite que chez leurs pairs du groupe Echec (note de 52.43). L'échelle de Provocation mesure à la fois des problèmes de comportement et d'irritabilité. On peut sans doute concevoir que cette différence soit à l'origine, parmi d'autres facteurs, de l'échec scolaire du second groupe de sujets.

Comparaison des scores moyens aux sous-échelles MDI-C en fonction du facteur Degré de surdoudance

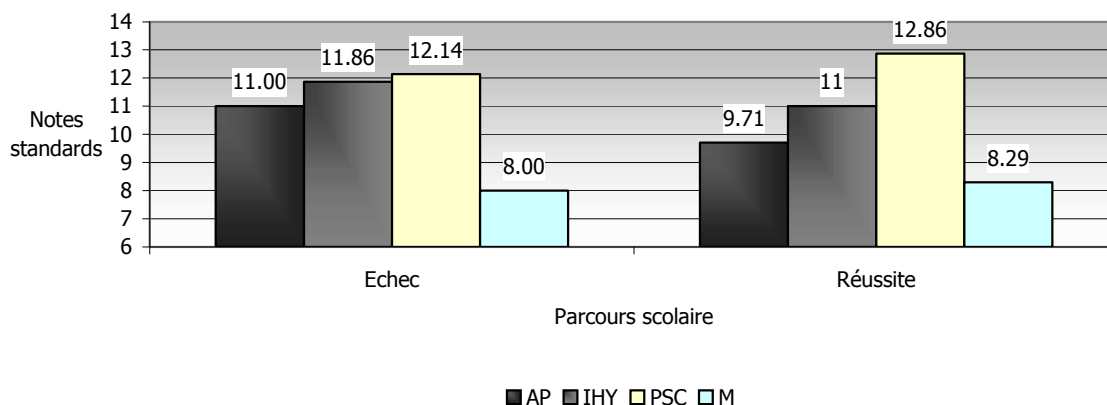


Graphique 4 : Scores moyens aux sous-échelles MDI-C en fonction du facteur Degré de surdoudance

On note un seul score en lien avec une symptomatologie dépressive faible, il s'agit des sujets hautement surdoués sur l'échelle « SI », c'est-à-dire l'Introversion sociale. Ceux-ci semblent davantage introvertis socialement que leurs pairs surdoués.

B. Les sous-échelles de la R-CMAS

Comparaison des scores moyens aux sous-échelles R-CMAS en fonction du facteur Parcours scolaire

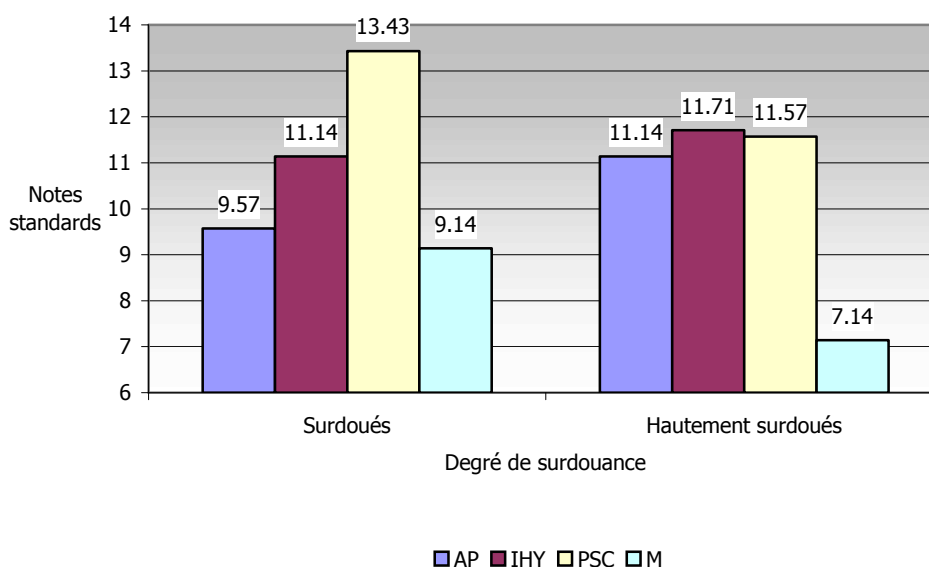


Graphique 5 : Scores moyens aux sous-échelles R-CMAS en fonction du facteur Parcours scolaire

Rappel des abréviations : AP (Anxiété Physiologique), IHY (Inquiétude Hypersensibilité), PSC (Préoccupations sociales / Concentration) et M (Mensonge).

On ne note pas de grandes différences sur ces sous-échelles. Les sujets du groupe E auraient peut-être tendance à éprouver davantage d'anxiété physiologique (AP) que leurs pairs du groupe R. Mais cette hypothèse ne pourrait être vérifiée qu'avec un échantillon plus grand, caractérisé par une moins grande variabilité. Nos données ne permettent pas de conclure à une telle différence significative. On observe un autre élément intéressant : les sujets en Réussite scolaire ont un score de Préoccupations sociales / Concentration presque significatif. Cela semble cohérent, ces sujets se sur-adaptent à leur environnement scolaire pour réussir tant bien que mal, étant donné l'importance qu'ils accordent au regard d'autrui. Ils éprouveraient ainsi une anxiété liée à la crainte de décevoir les attentes d'autrui.

Comparaison des scores moyens aux sous-échelles R-CMAS en fonction du facteur Degré de surdouance



Graphique 6 : Scores moyens aux sous-échelles R-CMAS en fonction du facteur Degré de surdouance

On note un score significatif, l'échelle des Préoccupations sociales / Concentration chez les sujets surdoués.

4.1.5 Conclusions

Bien qu'aucune différence significative entre les groupes n'ait été mise en évidence par les analyses statistiques inférentielles effectuées, une analyse descriptive complémentaire a permis de dégager plusieurs éléments intéressants.

Concernant l'effet du facteur Parcours scolaire sur les scores des sous-échelles de la MDI-C, on note un score significatif, c'est-à-dire en lien avec une symptomatologie dépressive faible. Il s'agit du score d'Introversion sociale des sujets en réussite scolaire. Les sujets ayant été en échec scolaire ont également un score plus élevé, mais il reste non-significatif.

Concernant l'effet du facteur Degré de surdouance sur les scores des sous-échelles de la MDI-C, on observe un score significatif, en lien avec une symptomatologie dépressive faible à modérée. Il s'agit du score d'Introversion sociale des sujets hautement surdoués. En revanche, leurs pairs surdoués obtiennent un score inférieur et non-significatif.

L'échelle d'Introversion sociale de la MDI-C reflète la tendance au repli face à des situations sociales ou des contacts sociaux. Il serait intéressant d'étudier à nouveau cet effet avec un échantillon plus grand, caractérisé par une moins grande variabilité. En effet, on trouve dans la littérature plusieurs travaux qui indiquent des résultats similaires concernant les difficultés socio-affectives des individus hautement surdoués (voir notamment Winner, 1997 et 1998).

Concernant l'effet du facteur Parcours scolaire sur les scores des sous-échelles de la R-CMAS, on ne note aucun score significatif. Néanmoins, les scores à l'échelle Préoccupations sociales / Concentration se situent proches du seuil significatif de la R-CMAS. Les sujets en réussite scolaire ont un score supérieur aux sujets ayant été en échec scolaire.

Concernant l'effet du facteur Degré de surdouance sur les scores des sous-échelles de la R-CMAS, on observe un score significatif, en lien avec une symptomatologie anxieuse faible. Il s'agit des Préoccupations sociales / Concentration des sujets surdoués.

Cette échelle exprime des préoccupations par rapport à soi dans les rapports aux autres ou traduit l'existence de difficultés de concentration. Ainsi, les sujets surdoués en réussite scolaire semblent ressentir davantage d'anxiété liée au fait qu'ils se considèrent comme incapables de vivre à la hauteur des attentes qu'ont à leur égard les personnes importantes de leur vie. Leur préoccupation majeure est qu'ils se perçoivent comme n'étant pas assez bien, assez efficaces, ou aussi capables que les autres. Toute forme d'anxiété peut interférer avec la capacité de l'enfant à se concentrer sur son travail scolaire ou sur toute autre tâche. Ce type de préoccupations pourrait donc contribuer à leur réussite scolaire, puisqu'ils attachent davantage d'importance aux attentes de leurs proches.

4.2 Analyse qualitative des données

4.2.1 Caractéristiques de l'échec scolaire des sujets

La majorité de ces adolescents surdoués ont vécu leur échec scolaire au début de l'école secondaire, soit vers l'âge de 12 ans approximativement. Leurs résultats scolaires ont ainsi chuté entre la 7^{ème} et 8^{ème} année (équivalent à la seconde année du cycle dans le canton de Genève).

Il est intéressant de noter la relation avec l'un des âges clé de consultation observé par Bersier, Beckers & Addor (2000). En effet, la majorité des consultations au Programme Hélios se situe notamment vers l'âge de 11-12 ans, particulièrement pour les garçons. Les motifs de consultations sont majoritairement liés à des problématiques de difficultés et d'échec scolaire chez les surdoués de cet âge.

4.2.2 Auto-évaluations des sujets de leur bien-être dans 4 domaines de vie

Chaque sujet était prié d'évaluer (sur une échelle allant de 0 à 100, mauvais – excellent) son bien-être dans les quatre domaines suivants :

- 1) Bien-être physique, santé
- 2) Bien-être psychologique
- 3) Bien-être dans les relations avec les autres (amis, famille)
- 4) Bien-être à l'école.

Auto-évaluations moyennes des sujets

	Santé	Psychologique	Relations sociales	Ecole
Groupe Echec	81.60	83.40	83.10	73.60
Groupe Réussite	83	77.30	73.70	68.70

Ces auto-évaluations apportent des données qualitatives, qui ne reposent pas sur un outil standardisé d'évaluation, il est donc impossible de se référer à une norme basée sur un étalonnage. Néanmoins, on peut étudier ces différentes tendances qui apparaissent au sein de nos deux groupes de sujets.

On observe une première tendance qui semble paradoxale : les évaluations des adolescents surdoués ayant été en échec scolaire sont supérieures à celles des surdoués en réussite scolaire. Même si ces résultats sont purement indicatifs, on peut s'interroger sur cette tendance. Il est possible que les surdoués en réussite scolaire soient sur-adaptés à leur environnement, afin de répondre aux attentes de leurs proches. On a vu précédemment que le score de Préoccupation sociales / Concentration des surdoués en réussite scolaire à la R-CMAS était supérieur à celui des surdoués ayant eu un échec scolaire. Il est tout à fait probable que ces sujets aient un comportement hyper-adaptatif – semblable à celui des filles surdouées – qui les poussent à se fondre dans la norme scolaire, mais créant ainsi un sentiment de frustration plus important que chez les sujets ayant connu une rupture scolaire.

De manière générale, le bien-être évalué comme le plus élevé porte sur la santé physique, quel que soit le Parcours scolaire des sujets. Ils évaluent leur bien-être psychologique et leur bien-être dans leurs relations sociales de manière inférieure à leur santé physique. Finalement, tous les sujets évaluent leur bien-être à l'école comme étant le moins satisfaisant. Il est d'autant moins bien évalué chez les surdoués n'ayant pas eu d'échec scolaire.

Ces résultats sont tout à fait cohérents avec les données de la littérature. Ainsi, des tendances identiques sont observées par Bersier et Addor (sous presse) où les degrés de bien-être observés dans un large échantillon de surdoués (n=200) sont les mêmes. Cela confirme également les conclusions des nombreux auteurs qui mettent en avant les grandes frustrations au sein du cadre scolaire, jugé comme inadéquat aux surdoués.

Auto-évaluations moyennes des sujets

	Santé	Psychologique	Relations sociales	Ecole
Surdoués	79.3	80.7	81.7	75
Hautement surdoués	85.3	80	75.1	67.3

Excepté pour le domaine de la santé physique, les adolescents hautement surdoués évaluent leur bien-être de manière moins satisfaisante que leurs pairs surdoués.

On note particulièrement des niveaux de bien-être inférieurs dans les relations sociales et à l'école à ceux évalués par les surdoués. Cette tendance peut sans doute s'expliquer par le décalage supérieur ressenti par les sujets hautement surdoués que celui éprouvé par les sujets surdoués. Ils possèdent un potentiel intellectuel nettement supérieur à leurs pairs surdoués, les plaçant ainsi dans une plus grande minorité. Leur grande différence intellectuelle les amène également à percevoir les relations interpersonnelles encore plus différemment que les surdoués. On peut également facilement imaginer le décalage qu'ils doivent éprouver à l'école, où le rythme et la matière sont souvent loin de leur correspondre.

4.2.3 Causes invoquées par les sujets face à leur échec scolaire

De manière générale, les adolescents surdoués qui ont vécu un échec scolaire invoquent le même type d'éléments pour expliquer leur rupture scolaire passée. L'argument le plus souvent invoqué est celui du manque de travail et du manque d'attention en classe. De manière générale, ils expriment tout un manque d'autodiscipline qui les a amenés à la chute de leurs résultats scolaires. L'étiologie de ce manque d'investissement et d'effort est identique pour tous les sujets : un manque important d'intérêt pour le programme scolaire. Un sujet mentionne également des difficultés importantes d'intégration sociale avec ses pairs. Ainsi, le facteur déclenchant de ces situations d'échec scolaire semble être l'inadéquation de l'environnement scolaire. Par manque d'intérêt et de stimulation, ces adolescents surdoués se sont vus de moins en moins motivés, désinvestissant toujours davantage l'enseignement et les apprentissages, ce qui les a conduit à une chute progressive de leurs résultats scolaires.

4.2.4 Facteurs de protection contre l'échec scolaire invoqués par les sujets

On retrouve deux types de mesures majoritairement invoquées par ces adolescents, qui auraient permis d'éviter cette situation d'échec scolaire. Premièrement, la plupart d'entre eux estime que des efforts supplémentaires auraient permis d'éviter la chute de leurs résultats. Ainsi, ils auraient du mieux étudier, être plus attentifs, apprendre ce qu'ils devaient apprendre, etc. La seconde mesure invoquée par la plupart de ces adolescents surdoués porte sur le cadre scolaire : ils estiment qu'un programme plus stimulant et des enseignants plus attentifs et sensibilisés à leurs problématiques leur aurait permis d'éviter cet échec scolaire. Finalement, on note des arguments liés au registre émotionnel : l'un des adolescents estime que cet échec n'aurait pas forcément pu être évité en raison de la situation familiale difficile (divorce de ses parents). Un autre de ces adolescent évoque le fait qu'il aurait du être plus individualiste pour mieux gérer ses difficultés relationnelles avec ses pairs.

4.2.5 Troubles psychosomatiques

De manière générale, les adolescents ayant eu un échec scolaire sont en bonne santé physique. Néanmoins, près de la moitié d'entre eux (3 adolescents sur 7) souffrent de troubles pouvant être d'origine psychosomatique : deux adolescents souffrent de troubles du sommeil (endormissement difficile et réveil précoce) et un autre souffre d'eczéma lié au stress. Concernant les adolescents surdoués n'ayant pas vécu d'échec scolaire, on note également un bon état de santé physique de manière générale. Cependant, on note également une présence importante de troubles psychosomatiques. Plus de la moitié d'entre eux (4 adolescents sur 7) souffrent de troubles pouvant être d'origine psychosomatique : un adolescent souffre d'allergie ; deux adolescents présentent des troubles du sommeil (difficulté à l'endormissement et réveil précoce) et enfin ; un adolescent souffre de troubles du sommeil, ainsi que de maux de ventre fréquents liés à l'anxiété.

Ainsi, on observe approximativement des tendances identiques à celles observées par Bersier & Addor (sous presse), qui relèvent que 53 % des surdoués souffrent de troubles psychosomatiques.

5. CONCLUSIONS

5.1 Limites de l'étude

Cette recherche avait pour objectif général d'explorer le monde émotionnel des adolescents surdoués, en étudiant leurs niveaux de dépression et d'anxiété. On supposait au départ, une fragilité émotionnelle chez les adolescents surdoués ayant vécu un échec scolaire, contrairement à leurs pairs n'ayant pas connu de difficultés scolaires majeures, qu'on supposait moins fragiles dans ce domaine précis.

L'étude s'est focalisée sur le facteur émotionnel comme pouvant être à l'origine de l'échec scolaire de certains adolescents surdoués. Néanmoins, l'idée d'une origine multi-factorielle de l'échec scolaire des surdoués était naturellement admise.

Les instruments utilisés lors de ce travail paraissent pertinents, amenant des données nombreuses et pertinentes pour la compréhension de la problématique étudiée. Un outil d'évaluation de l'estime de soi aurait sans doute constitué un apport tout à fait intéressant à cette recherche. De plus, le concept de résilience semble très judicieux pour une meilleure compréhension de l'échec scolaire des surdoués.

De manière générale, cette étude s'est trouvée limitée par la taille de l'échantillon. Les résultats obtenus comportent ainsi une grande variabilité intra-groupe, ce qui nous empêche de conclure à de réelles influences des facteurs étudiés sur nos variables dépendantes.

La participation des sujets à l'étude a été relativement faible, au vu du nombre de questionnaires envoyés. Néanmoins, il est intéressant de noter un taux de réponse plus fréquent et plus rapide chez les adolescents surdoués en réussite scolaire que chez leurs pairs ayant été en échec scolaire.

Finalement, une difficulté supplémentaire réside dans le moment des mesures effectuées. Bien que nos hypothèses soient infirmées par les résultats obtenus, il est difficile, voire impossible de déterminer si les différences observées sont les causes ou les conséquences de l'échec scolaire des sujets. La problématique de l'échec scolaire est en effet difficile à étudier : on peut s'interroger sur le moment le plus adéquat auquel ce type de recherche doit être menée, tant au niveau scientifique qu'éthique.

5.2 Conclusions

La problématique de l'échec scolaire mérite et nécessite d'être davantage investiguée par les chercheurs. Comme on l'a vu précédemment, ces situations d'échec concernent de nombreux surdoués et peuvent conduire à d'autres troubles plus sévères, telles que dépression, suicide, délinquance, etc.

L'échec scolaire des surdoués trouve sans aucun doute son origine dans plusieurs facteurs qui interagissent entre eux.

Ainsi, le rôle de l'environnement semble tout à fait primordial. Il s'agit là de distinguer ce milieu dans lequel vit l'enfant ou l'adolescent. Le cadre familial peut favoriser ou au contraire, protéger contre l'échec scolaire. Des parents attentifs, stimulants leur enfant, communiquant bien avec lui semble constituer des facteurs favorisant la réussite scolaire du surdoué. Un environnement socio-économique constitue sans aucun doute un atout supplémentaire pour réussir sa scolarité, ainsi que sa vie professionnelle.

La pratique clinique auprès de ces enfants et adolescents nous montre l'importance d'un environnement scolaire le plus adéquat possible. Les surdoués risquent très rapidement de connaître l'ennui en classe, de développer des troubles du comportement, d'exprimer ce mal-être par des troubles psychosomatiques, de se démotiver profondément si leur cadre scolaire n'est pas suffisamment adapté à leurs particularités. Dans la littérature, on trouve également souvent l'idée d'un manque de méthodes d'apprentissage liées à cette grande facilité intellectuelle. Ce facteur se rajoute certainement souvent aux autres causes potentielles de l'échec scolaire.

De plus, le surdoué est également susceptible de vivre des difficultés relationnelles avec ses pairs, créées par sa différence par rapport au groupe. La personnalité de l'enfant ou de l'adolescent constitue sans aucun doute un facteur supplémentaire favorisant ou protégeant de l'échec scolaire. En outre, un facteur tout aussi important réside dans l'âge auquel l'enfant a été reconnu comme surdoué. En effet, on sait que l'évolution du surdoué se fait d'autant mieux s'il a été reconnu à un âge précoce, lui permettant ainsi de se développer avec une image correcte de lui-même (Adda, 1999). Le degré de surdouance semble bien jouer un rôle dans les difficultés socio-affectives, pouvant également contribuer à un échec scolaire du surdoué (Winner, 1997).

Ce travail de diplôme s'est concentré sur deux composantes émotionnelles, l'anxiété et la dépression. L'influence du degré de surdouance a également été considérée tout au long de cette recherche. En revanche, les facteurs supplémentaires susceptibles d'influencer l'échec scolaire, tels que le type d'environnement scolaire et familial de l'adolescent, ses relations sociales ou encore l'âge auquel il a été identifié comme surdoué, n'ont pas été pu être pris en compte.

5.3 Perspectives futures

Comme on l'a vu précédemment, l'échec scolaire des surdoués est une problématique fréquente, qui pose un problème au niveau de la pédagogie. D'une certaine manière, l'échec scolaire des surdoués met en échec le système éducatif actuel et il contribue à développer des problématiques supplémentaires chez les surdoués.

Ainsi, une compréhension plus approfondie de ce problème paraît tout à fait primordiale pour la prévention de ces cassures scolaires et affectives.

De manière optimale, une étude ultérieure devrait comporter l'étude et la mesure des facteurs suivants : l'environnement scolaire de l'enfant ou de l'adolescent (type d'établissement (publique/privé), mesures appliquées envers les surdoués, personnalité des enseignants) ; le milieu familial de l'enfant ou de l'adolescent (type de relations avec ses parents, au sein de la fratrie ; stimulation intellectuelle apportée ; reconnaissance de l'enfant/adolescent) ; la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent (introverti/extraverti ; estime de soi ; anxiété ; dépression ; résilience) ; la satisfaction dans les relations avec les pairs et ; l'âge auquel l'enfant ou l'adolescent a été reconnu comme surdoué.

Tant sur le plan de la pratique clinique, que de la recherche scientifique, la population des surdoués nécessite une approche globale et multifocale des psychologues ...

6. BIBLIOGRAPHIE

- Adda, A. (1999). *Le livre de l'enfant doué*. Paris : Solar Famille.
- Adda, A. (2000). Quand l'enfant doué souffre. *Résonances*, 4, 6-7.
- Ajuriaguerra de, J. (1974). L'enfant et l'école. In *Manuel de Psychiatrie de l'Enfant*, Paris : Masson.
- Ajuriaguerra de, J. & Marcelli, D. (1984) Les enfants surdoués. In *Psychopathologie de l'enfant*, Paris : Masson.
- Amen, J. (2000). *L'abandon scolaire. On fait aussi cela à l'école*. Sherbrooke : GGC.
- Arnoud, D. J. (1999). *La dépression à l'adolescence*. Paris : In Press.
- Berndt, D. J. & Kaiser, C. F. (1999). *Echelle Composite de Dépression pour Enfant (MDI-C)*. Paris : Centre de Psychologie Appliquée.
- Berney, C. (2001). *L'adaptation psychologique et sociale des surdoués. Une articulation entre théorie et pratique*. Mémoire de diplôme en psychologie, Université de Lausanne, Faculté des Sciences Sociales et Politiques, Institut de Psychologie.
- Bersier, M. (1997). *La modélisation du changement dans des processus de consultation*. Thèse de doctorat en Psychologie, Université de Lausanne, Faculté des Sciences Sociales et Politiques, Institut de Psychologie.
- Bersier, M. & Addor, N. (2000). Y a-t-il un surdoué parmi nous ?. *Résonances*, 4, 3-4.
- Bersier, M. , Beckers, V. & Addor, N. (2000). Les multiples causes de l'échec ou de la réussite scolaire des surdoués : un essai d'explication. In D. Wolf (Ed.), *L'accompagnement des enfants surdoués : un défi à la mode ?*, Lucerne : Secrétariat suisse de pédagogie curative et spécialisée.
- Bersier, M. & Addor, N. (sous presse). Caractéristiques générales des surdoués du Programme Hélios. In M. Bersier (Ed.) *Ces surdoués qui nous dérangent*.
- Bert, J. (2000). *L'échec scolaire chez les enfants dits « surdoués »*. Auto-édition.
- Besse, A. – M. (1999). *La pédagogie spécialisée face aux élèves surdoués*. Lucerne : Secrétariat suisse de pédagogie curative et spécialisée.
- Brown, T. E. (1996). *Echelle d'Evaluation des Troubles de l'Attention – Adolescents (ADD)*. Paris : Centre de Psychologie Appliquée.
- Coriat, A. (1987). *Les enfants surdoués : approche psychodynamique et théorique*, Paris : Centurion.
- Gardner, H. (1996). *Les intelligences multiples. Pour changer l'école : la prise en compte des différentes formes d'intelligence*. Paris : Retz.
- Gross, M. U. (1992). The use of radical acceleration in cases of extreme intellectual precocity. *Gifted Child Quarterly*, 26, (2), 90-98.
- Grubar, J.-C., Duyme, M. & Côte, S. (1997). *La précocité intellectuelle. De la mythologie à la génétique*. Sprimont : Mardaga.
- Hart, F. (1991). *Les Doués à l'école*. Montréal : Agence D'Arc.
- Holling, H. & Kanning, U. P. (1999). *Hochbegabung : Forschungsergebnisse und Fördermöglichkeiten*. Göttingen : Hogrefe.
- Jalenques, I. , Lachal, C. & Coudert, A.-J. (1991). *L'enfant anxieux*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jankech-Caretta, C. (2000 a). Outils pour détecter les enfants à haut potentiel. *Résonances*; 4 ; 8-9

- Jankech-Caretta, C. (2000 b). La psychologie de l'enfant doué. *Bulletin d'information de la Mensa Suisse*, 1.
- Jankech-Caretta, C. (2001). Pour en finir avec le mythe du premier de classe. In *L'accompagnement des surdoués : un défi à la mode ?* D. Wolf, (Ed.), Lucerne : Secrétariat suisse de pédagogie curative et spécialisée.
- Jankech-Caretta, C. & D'Agostino, F. (2000). Le mythe du premier de classe. Quelle place pour l'enfant surdoué ? *Psychoscope*, 8 (21), 33-36.
- Kaufman, A. S. & Kaufman, N. L. (1993). *Batterie pour l'Examen Psychologique de l'Enfant, Manuel d'interprétation*. Paris : Centre de Psychologie Appliquée.
- Lecerf, T. (2000). Les tests d'intelligence : des instruments qui mesurent les compétences acquises et non innées. *Psychoscope*, 6 (22), 24-27.
- Massé, L. (2001). Adaptation socio-affective des élèves doués et relations avec les pairs. *Revue canadienne de psychoéducation*, 30 ; (1), 15-37.
- Mills, C. J. & Tissot, S. L. (1995). Identifying academic potential in students from under-represented populations : is using the Raven's Progressive Matrices a good idea ? *Gifted Child Quarterly*, 39 (4), 209-217.
- Mönks, F.J. & Knoers, A.M.P (1996). *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie*. München : Ernst Reinhardt.
- Peters, W. A. M ; Grager-Loidl, H. & Supplee, P. (2000). Underachievement in Gifted Children ans Adolescents : Theory and Practice. In K. A. Heller, F. J. Mönks, R. J. Sternberg & R. F. Subotnik (Eds). *International Handbook of Giftedness and Talent*, Oxford : Elsevier Science.
- Pichot, P. (1999). *Les tests mentaux*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Porter, L. (1999 a). Recognising Advanced Development In *Gifted Young Children. A guide for teachers and parents*. Buckingham : Open University Press.
- Porter, L. (1999 b). Emotional Adjustment of Gifted Children In *Gifted Young Children. A guide for teachers and parents*. Buckingham : Open University Press.
- Porter, L. (1999 c). Promoting Resilience in Gifted Young Children In *Gifted Young Children. A guide for teachers and parents*. Buckingham : Open University Press.
- Raven, J.-C. ; Court, J. H. & Raven, J. (1998). *Progressive Matrices Standard (PM 38)*, Manuel. Paris : Applications Psychologiques.
- Raven, J. ; Raven, J.-C. & Court, J. H. (1998). *Les « Advanced Progressive Matrices »*, Manuel. Paris : Applications Psychologiques.
- Reynolds, C. R. & Richmond, B. O. (1999). *Echelle Révisée d'Anxiété Manifeste pour Enfants (R-CMAS)*. Paris : Centre de Psychologie Appliquée.
- Streznewski, M. K. (1999). *Gifted Grownups, the mixed blessing of extraordinary potential*. London : Wiley.
- Swiatek, M. A. (1995). An empirical investigation of the coping strategies used by gifted adolescents. *Gifted Child Quarterly*, 39 (3), 154-161.
- Terrassier, J.-C. (1999). *Les enfants surdoués ou la précocité embarrassante*, Paris : Editions Sociales Françaises.
- Terrassier, J.-C. & Gouillou (1998). *Guide pratique de l'enfant surdoué*, Paris : Editions Sociales Françaises.
- Wechsler, D. (1989). *Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Adultes Forme Révisée. Manuel*. Paris : Centre de Psychologie Appliquée.

- Wechsler, D. (1995). *Echelle d'Intelligence de Wechsler pour la période Préscolaire et Primaire forme Révisée. Manuel*. Paris : Centre de Psychologie Appliquée.
- Wechsler, D. (1996). *Echelle d'Intelligence de Wechsler pour Enfants, troisième édition. Manuel*. Paris : Centre de Psychologie Appliquée.
- Winner, H. (1997). *Surdoués. Mythes et réalités*. Paris : Aubier.
- Winner, H. (1998). Les surdoués. *Pour la Science*, (254) ; 128-134.
- Wolf, D. (2000). L'accompagnement des enfants surdoués : un défi à la mode ? *Résonances*, 4 ; 18-19.
- Wolf, D. (2001). *L'accompagnement des enfants surdoués : un défi à la mode ?* Lucerne : Secrétariat suisse de pédagogie curative et spécialisée.