

# Introduction : bref aperçu historique de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Les précurseurs de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, qu'ils soient médecins ou non, étaient surtout des pédagogues et des rééducateurs des déficiences sensorielles et des arriérations. Dès le <sup>xvi</sup><sup>e</sup> siècle, Ponce de Léon, père bénédictin, entreprend les premiers essais d'éducation des sourds-muets. Le <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle va voir cette pratique s'enrichir considérablement. Pereire instaure l'éducation sensorielle. Pestalozzi fonde à Yverdon (en Suisse) un institut d'éducation pédagogique où il applique la méthode intuitive et naturelle qu'il oppose à l'éducation abstraite et dogmatique en vigueur à cette époque. Seguin crée en France la première école de rééducation et publie un livre sur le traitement moral des idiots et autres enfants arriérés dans lequel il expose sa méthode d'éducation. De son travail avec Esquirol va naître l'idée, à la fin du <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle, des premières collaborations médico-pédagogiques. À sa suite, Bourneville ouvre le premier centre médico-pédagogique, réservé aux arriérés. Dans le même temps, en 1898, à Genève, Claparède intègre dans l'enseignement public des « classes spéciales » spécifiquement vouées à l'enseignement des enfants déficients. En collaboration avec le neurologue Naville, il ouvre, entre 1904 et 1908, une consultation médico-pédagogique destinée à établir les critères d'admission et à sélectionner les enfants pour les classes spéciales. Associés au projet, Binet et Simon publient en France, en 1905, la première échelle de mesure du développement de l'intelligence. Dès lors, ce qu'on appelait alors la « neuropsychiatrie de l'enfant » va pouvoir prendre son essor<sup>1</sup>.

Les quarante premières années du <sup>xx</sup><sup>e</sup> siècle peuvent se définir en quatre périodes. La première décennie se caractérise par l'introduction de la psychométrie, mais aussi par l'apparition, avec Freud, des théories psychodynamiques, et par le

---

1. Ajuriaguerra de J. *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (2<sup>e</sup> éd). Paris : Masson, 1977.

développement, sous l'impulsion de Beers, des mouvements d'hygiène mentale. La seconde décennie voit s'ouvrir les premiers centres pour enfants délinquants, et des foyers pour enfants en danger moral sont créés. Parallèlement, les écoles spéciales se développent. Au cours de la troisième décennie, éducateurs, psychologues et médecins tentent d'élaborer de nouvelles méthodes éducatives plus appropriées aux divers problèmes que posent les enfants en difficulté. Les premiers centres de guidance infantile voient le jour, animés par des médecins, des psychologues et des travailleurs sociaux. Enfin, la quatrième décennie est marquée par la mise au point et la généralisation des méthodes psychothérapeutiques. Ainsi va-t-on progressivement passer d'une réflexion essentiellement centrée sur la pratique à une tentative de compréhension des difficultés spécifiques de l'enfant, envisagé comme un être en évolution et dépendant de ses environnements. Développant peu à peu ses propres méthodes, la « psychiatrie infanto-juvénile » va se dégager, en tant que spécialité, de la psychiatrie de l'adulte et de la pédiatrie. Des associations nationales de psychiatrie de l'enfant voient le jour dans différents pays, et en 1937 a lieu, à Paris, le premier Congrès international de psychiatrie infantile. Parallèlement, sous l'impulsion du professeur G. Heuyer, est créée à Paris une chaire vouée à l'enseignement de la pédopsychiatrie<sup>2</sup>.

Au carrefour de plusieurs disciplines (pédiatrie, psychiatrie générale, neurologie, psychologie, éthologie, pédagogie, sociologie), la psychiatrie de l'enfant va, à partir du début de la seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle, intégrer ces influences diverses dans ses modèles de compréhension des troubles mentaux et dans ses approches thérapeutiques. Un matériel considérable va être apporté par les études directes du développement de l'enfant et de son fonctionnement dans son milieu à partir des points de vue cognitiviste, psychanalytique, éthologique, comportementaliste, anthropologique, sociologique, auxquels s'adjoindront bientôt les recherches épidémiologiques. Parallèlement, les approches thérapeutiques vont se nuancer et se diversifier. Toutes ces avancées vont être favorisées par l'apparition, dans les années 1980-90, des nouvelles classifications internationales, la 3<sup>e</sup> édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie<sup>3</sup> et la 10<sup>e</sup> édition de la « Classification internationale des maladies » (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé<sup>4</sup>, basées sur une approche

---

2. Ajuriaguerra de, 1977, *op. cit.* ; Kanner L. The development and present status of psychiatry in pediatrics. *J Pediatr* 1937 ; 11 : 418-33.

3. American Psychiatric Association. *DSM-III. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson ; 1983.

4. Organisation mondiale de la santé. *CIM-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Paris : Masson, 1993.

descriptive et a-théorique des troubles mentaux, permettant ainsi des diagnostics standardisés.

Issue de la psychiatrie générale, la psychiatrie de l'enfant va, comme elle, longtemps évoluer entre deux tendances *a priori* contradictoires : celle de l'organogénèse, qui attribue à une cause organique la plupart des troubles mentaux, et celle de la psychogénèse, qui au contraire conçoit les troubles mentaux comme résultant essentiellement de processus psychiques. Cette opposition va marquer l'évolution de la psychiatrie dès sa naissance. Ainsi, dès le début du XIX<sup>e</sup> siècle, Reil, qui passe pour le premier à avoir généralisé la pratique systématique de la psychothérapie, affirmait que les troubles émotionnels ne pouvaient être guéris par des traitements physiques, tandis que Griesinger, l'un des premiers à avoir intégré la psychiatrie dans le champ naissant de la neurologie expérimentale, affirmait que les troubles mentaux étaient au final attribuables à un dysfonctionnement du cerveau. De fait, il faudra attendre les années 1970 et le développement de la psychiatrie biologique pour que ces deux tendances se révèlent non pas exclusives l'une de l'autre mais complémentaires<sup>5</sup>.

Si les traitements médicamenteux apparaissent relativement précocement dans l'histoire de la psychiatrie de l'enfant, leur utilisation a longtemps reposé sur des données purement empiriques. Dans un article publié en 1978, Simon, soulignant la place très limitée que tenaient à cette époque en psychiatrie de l'enfant les médicaments psychotropes par rapport à la psychothérapie et aux méthodes éducatives, écrivait : « Que cette place soit limitée est plutôt satisfaisant ; qu'elle soit très mal délimitée l'est beaucoup moins »<sup>6</sup>. De fait, si les premières études de Bradley sur l'utilisation des amphétamines dans le traitement des troubles du comportement de l'enfant ont été plusieurs fois répliquées entre 1937 et 1970, ce n'est qu'à partir de cette date que les recherches ont permis de préciser les indications spécifiques des psychostimulants, leurs effets thérapeutiques, leurs paramètres pharmacocinétiques et leur posologie optimale<sup>7</sup>. De même, les publications sur l'utilité des neuroleptiques en psychiatrie de l'enfant furent nombreuses entre 1953 et la fin des années 1960, mais elles portaient toutes sur des groupes très hétérogènes de patients, étudiés de façon sommaire. Il faudra attendre les années 1980 et les travaux de l'équipe de Campbell pour que se précisent les indications des

---

5. Bailly D. Aperçu historique des prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. In : Bailly D, Mouren MC (eds). *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Masson ; 2007, p. 3-11.

6. Simon P. Pharmacologie et psychiatrie de l'enfant. *Psychiatr Enfant* 1978 ; XXI : 319-25.

7. Bailly, 2007, *op. cit.*

neuroleptiques dans les troubles mentaux de l'enfant et que soient analysés leurs effets secondaires à court et long terme<sup>8</sup>. Plusieurs raisons peuvent rendre compte de ce décalage. Pendant longtemps, la psychiatrie de l'enfant a utilisé les concepts et les outils hérités de la psychiatrie générale, et l'utilisation des traitements médicamenteux chez l'enfant découlait le plus souvent de leurs indications chez l'adulte. L'absence de systèmes de classification et d'instruments d'évaluation standardisés adaptés à cet âge de la vie rendait difficile la réalisation d'études spécifiquement centrées sur l'enfant. De plus, les laboratoires pharmaceutiques, **peu enclins à investir dans des petits marchés économiquement non rentables**, se montraient réticents à la réalisation de telles études. Enfin, la prédominance des théories psychogénétiques en psychiatrie de l'enfant a conduit, pendant longtemps, à privilégier les traitements exclusivement psychologiques<sup>9</sup>.

Concernant ces derniers, au développement des rééducations et des psychothérapies d'inspiration pédagogique ou psychanalytique va s'adjoindre bientôt la diffusion des thérapies fondées sur les théories de l'apprentissage. Comme pour les traitements médicamenteux, l'utilisation des psychothérapies chez l'enfant a longtemps reposé sur des données purement empiriques, voire sur une simple idéologie. Les premières revues de la littérature sur l'efficacité des psychothérapies chez l'enfant datent de la fin des années 1950 et du début des années 1960. Peu d'études y sont répertoriées. Leur conclusion est que les formes traditionnelles de psychothérapie « ne semblent pas plus efficaces que le passage du temps », autrement dit, qu'elles n'ont aucun effet thérapeutique<sup>10</sup>. Les études recensées dans ces premières revues souffrent cependant des mêmes faiblesses méthodologiques que celles relevées précédemment à propos des traitements médicamenteux. Les échantillons étudiés sont petits, les objectifs de traitement vagues et peu précis, sans spécification ni différenciation des techniques psychothérapeutiques utilisées ni des problèmes cliniques à traiter. L'essor des thérapies cognitivo-comportementales dans les années 1960-70 va contribuer à promouvoir une approche plus scientifique de la psychothérapie, tant sur le plan de la pratique clinique que sur celui de la recherche, ouvrant la voie à des études contrôlées de plus en plus nombreuses<sup>11</sup>.

---

8. Campbell M. On the use of neuroleptics in children and adolescents. *Psychiatr Ann* 1985 ; 15 : 101-7.

9. Bailly D, 2007, *op. cit.*

10. Levitt EE. The results of psychotherapy with children: an evaluation. *J Consult Psychol* 1957 ; 21 : 189-96 ; Levitt EE. Psychotherapy with children: a further evaluation. *Behav Res Ther* 1963 ; 326-9.

11. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Psychothérapie. Trois approches évaluées*. Paris : Éditions Inserm, 2004 ; Kazdin AE, Weisz JR. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York : The Guilford Press, 2003.

Les premières études épidémiologiques visant à préciser la prévalence des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent vont être menées dans l'Île de Wight, en Angleterre, au milieu des années 1960<sup>12</sup>. Bénéficiant des avancées méthodologiques réalisées à cette occasion, les enquêtes vont se multiplier, soulignant la fréquence des troubles mentaux observés chez l'enfant et l'adolescent. À partir des résultats obtenus dans 49 enquêtes publiées, une expertise collective de l'Inserm estimait ainsi, en 2002, à 12,5 % en moyenne la prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents âgés de 0 à 19 ans. Par ailleurs, si l'expérience clinique suggérait déjà que les troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent étaient difficilement appréhendés par leur entourage (parents, enseignants, éducateurs, médecins), ces enquêtes vont aussi clairement montrer qu'un délai de plusieurs années est généralement constaté entre le début des troubles et la demande de soins et que la plupart des enfants et des adolescents présentant des troubles mentaux ne sont pas reconnus et qu'ils sont encore non ou mal traités<sup>13</sup>. Parallèlement, le constat va être fait qu'en dépit des progrès réalisés en termes de stratégie thérapeutique, les troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent restent difficiles à traiter. Confirmant les données issues d'études rétrospectives réalisées chez l'adulte, les études longitudinales prospectives portant sur le devenir des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent vont montrer que ces derniers ont tendance à évoluer sur un mode chronique ou récidivant et à persister à l'âge adulte et ce, parfois malgré un traitement adapté. Ces mêmes études vont aussi souligner l'importance et la gravité de leurs complications, tant sur le plan individuel que sur le plan familial. Dans le même ordre d'idée, les études médico-économiques vont montrer qu'en raison de leurs conséquences sociales, émotionnelles et scolaires, les coûts liés aux troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent sont multiples, tant sur le plan privé (pour l'enfant et sa famille) que pour la société<sup>14</sup>.

Si la poursuite des recherches visant à améliorer la reconnaissance des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent et l'efficacité de leur prise en charge n'est pas remise en cause, l'accumulation de ces données va souligner la nécessité de réfléchir à des méthodes d'intervention permettant d'éviter leur survenue. Ce changement de perspective va être facilité par l'identification progressive des différents facteurs de risque impliqués dans le développement des troubles mentaux

---

12. Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K. Research report: Isle of Wight studies, 1964-1974. *Psychol Med* 1976 ; 6 : 313-32.

13. Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Éditions Inserm, 2002.

14. Bailly D. *La prévention en santé mentale chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Éditions Sydney Laurent, 2019.

de l'enfant et de l'adolescent. La connaissance des processus en jeu dans le développement des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent se faisant de plus en plus précise, l'idée que la prévention de ces troubles est possible s'est imposée. Le principe général qui va se dégager de ces études est de repérer le plus précocement possible les facteurs de risque potentiels, tant sur le plan individuel que sur le plan familial et/ou environnemental, afin de réduire leur impact sur le développement de l'enfant et de l'adolescent. À partir de 1975, sous l'influence de résultats issus d'études méthodologiquement bien conduites démontrant qu'elle est à la fois possible et efficace, la prévention va faire l'objet d'un intérêt croissant<sup>15</sup>. En 1997, Durlak publie l'un des premiers ouvrages exclusivement consacré à la prévention chez l'enfant et l'adolescent. Il y analyse différents programmes (dont la plupart concernent des problèmes de santé mentale) ayant fait la preuve de leur efficacité en termes de réduction des troubles observés chez les enfants et les adolescents et d'amélioration de leur adaptation psychosociale. Sur les quelque 1 200 articles recensés dans cet ouvrage, couvrant la période 1956-95, 90 % se révèlent avoir été publiés après 1975 et 30,5 % entre 1990 et 1995<sup>16</sup>. Avec l'entrée dans le XXI<sup>e</sup> siècle, la prévention va devenir, notamment dans les pays anglo-saxons, un objectif prioritaire en matière de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent<sup>17</sup>.

---

15. Bailly, 2019, *op. cit.* ; Inserm, 2002, *op. cit.*

16. Durlak JA. *Successful prevention programs for children and adolescents*. New York : Plenum Press, 1997.

17. Greenberg MT. The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention Treatment* 2001 ; 4 : 1-58.