

provocation devrait être envisagé uniquement lorsqu'il y a des comportements oppositionnels persistants non liés à l'anticipation d'une séparation d'avec les personnes aimées.

Troubles psychotiques. À la différence des hallucinations des troubles psychotiques, les expériences perceptuelles inhabituelles de l'anxiété de séparation sont plutôt fondées sur une perception erronée de stimuli réels ; elles surviennent seulement dans certaines situations particulières (p. ex. la nuit) et cessent en présence d'une figure rassurante.

Troubles de la personnalité. La personnalité dépendante est caractérisée par une tendance indiscriminée à compter sur les autres, tandis que l'anxiété de séparation concerne la proximité et la sécurité des principales figures d'attachement. La personnalité borderline est caractérisée par la peur d'être abandonné par les êtres aimés mais des problèmes d'identité, d'autodétermination, de relations interpersonnelles et d'impulsivité sont également centraux dans ce trouble, alors qu'ils ne le sont pas dans l'anxiété de séparation.

Comorbidité

Chez les enfants, l'anxiété de séparation présente une forte comorbidité avec l'anxiété généralisée et la phobie spécifique. Chez les adultes, les comorbidités fréquentes comprennent la phobie spécifique, le TSPT, le trouble panique, l'anxiété généralisée, l'agoraphobie, le trouble obsessionnel-compulsif et les troubles de la personnalité. Les troubles dépressifs et bipolaires sont également comorbides avec l'anxiété de séparation chez les adultes.

Mutisme sélectif

Critères diagnostiques

313.23 (F94.0)

- A. Incapacité régulière à parler dans des situations sociales spécifiques, situations dans lesquelles l'enfant est supposé parler (p. ex. à l'école) alors qu'il parle dans d'autres situations.
- B. Le trouble interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.
- C. La durée du trouble est d'au moins 1 mois (pas seulement le premier mois d'école).
- D. L'incapacité à parler n'est pas imputable à un défaut de connaissance ou de maniement de la langue parlée nécessaire dans la situation sociale où le trouble se manifeste.
- E. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de la communication (p. ex. trouble de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance) et elle ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble du spectre de l'autisme, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique.

Caractéristiques diagnostiques

Lors d'interactions sociales avec d'autres individus, les enfants atteints de mutisme sélectif n'initient pas d'échanges verbaux ou ne répondent pas aux autres au cours d'échanges réciproques. Le manque de discours apparaît dans les interactions sociales avec les enfants et les adultes. Les enfants présentant un mutisme sélectif parleront à la maison en présence des membres de leur famille proche mais généralement pas devant leurs amis proches ou des membres de la famille plus éloignée, tels que les

grands-parents ou les cousins. La perturbation est souvent marquée d'une anxiété sociale élevée. Les enfants atteints de mutisme sélectif refusent fréquemment de parler à l'école, ce qui conduit à des altérations dans les apprentissages ou à des difficultés éducatives, au point que les enseignants trouvent qu'il est souvent difficile d'évaluer des compétences telles que la lecture. Le manque de discours peut interférer avec la communication sociale, bien que les enfants présentant ce trouble utilisent parfois des moyens non verbaux (p. ex. grognement, pointage, écriture) pour communiquer et peuvent être enclins ou désireux de participer ou de s'engager dans des rencontres sociales lorsque les échanges verbaux ne sont pas requis (p. ex. parties de jeux scolaires non verbales).

Caractéristiques associées en faveur du diagnostic

Les caractéristiques associées au mutisme sélectif peuvent comprendre une timidité excessive, la crainte d'être gêné en société, l'isolement et le retrait social, un attachement excessif, des traits compulsifs, un négativisme, des crises de colère ou des conduites d'opposition modérées. Bien que les enfants atteints de mutisme sélectif aient en général des capacités de langage normales, il peut parfois exister un trouble de la communication associé, bien qu'aucun trouble spécifique de la communication n'ait été identifié comme étant particulièrement associé au mutisme sélectif. Même si ces troubles sont présents, l'anxiété est également présente. Dans des contextes cliniques, les enfants présentant un mutisme sélectif reçoivent quasiment toujours un diagnostic additionnel d'un autre trouble anxieux, il s'agit le plus souvent de l'anxiété sociale (phobie sociale).

Prévalence

Le mutisme sélectif est un trouble relativement rare et il n'a pas été inclus en tant que catégorie diagnostique dans les études épidémiologiques sur la prévalence des troubles de l'enfance. À partir d'échantillons variés cliniques ou scolaires, on estime que la prévalence instantanée se situe entre 0,03 et 1 % en fonction du contexte (p. ex. clinique *vs* scolaire *vs* population générale) et de l'âge des sujets. La prévalence du trouble ne semble pas varier en fonction du sexe ou de la race/ethnie. Le trouble a une probabilité supérieure de se manifester chez des jeunes enfants par rapport aux adolescents et aux adultes.

Développement et évolution

Le début du mutisme sélectif a généralement lieu avant l'âge de 5 ans mais la perturbation peut n'attirer l'attention qu'au moment de l'entrée à l'école, lorsque les interactions sociales et les exigences de performance augmentent, telles que la lecture à haute voix. La persistance du trouble est variable. Bien que des rapports cliniques suggèrent que de nombreux sujets guérissent « en grandissant » de leur mutisme sélectif, l'évolution longitudinale du trouble reste inconnue. Dans certains cas, particulièrement chez les personnes présentant une anxiété sociale, le mutisme sélectif peut disparaître mais les symptômes de l'anxiété sociale demeurent.

Facteurs de risque et pronostiques

Tempéramentaux. Les facteurs de risque liés au tempérament pour le mutisme sélectif ne sont pas bien identifiés. L'affectivité négative (névrosisme) ou l'inhibition comportementale peuvent jouer un rôle, tout comme des antécédents parentaux de timidité,

d'isolement social et d'anxiété sociale. Les enfants atteints de mutisme sélectif peuvent présenter de subtiles difficultés dans le langage réceptif comparativement à leurs pairs, bien que le langage réceptif soit encore dans la normale.

Environnementaux. L'inhibition sociale de la part des parents peut servir de modèle à la réticence sociale et au mutisme sélectif chez les enfants. En outre, les parents d'enfants présentant un mutisme sélectif ont été décrits comme surprotecteurs et contrôlant davantage leur enfant que les parents d'enfants présentant d'autres troubles anxieux ou ne présentant pas de trouble.

Génétiques et physiologiques. Du fait du chevauchement important entre le mutisme sélectif et l'anxiété sociale, ces derniers pourraient partager des facteurs génétiques.

Questions diagnostiques liées à la culture

Les enfants provenant de familles ayant immigré dans un pays où une langue différente est parlée peuvent refuser de parler la nouvelle langue du fait d'un manque de connaissance de la langue. Si la compréhension de la nouvelle langue est adaptée mais si le refus de parler persiste, un diagnostic de mutisme sélectif peut être envisagé.

Retentissement fonctionnel du mutisme sélectif

Le mutisme sélectif peut induire des altérations sociales lorsque les enfants sont trop anxieux pour s'engager dans des interactions sociales réciproques avec d'autres enfants. Lorsque les enfants atteints de mutisme sélectif gagnent en maturité, ils peuvent avoir à faire face à un isolement social croissant. Dans des contextes scolaires, ces enfants peuvent souffrir de perturbations car ils ne communiquent souvent pas avec leurs enseignants au sujet de leurs besoins personnels ou scolaires (p. ex. incompréhension d'une consigne, ne pas demander à aller aux toilettes). Des altérations graves dans la vie scolaire et sociale, y compris celles résultant de moqueries des pairs, sont communes. Dans certains cas, le mutisme sélectif peut être considéré comme une stratégie compensatoire visant à diminuer l'anxiété lors des interactions sociales.

Diagnostic différentiel

Troubles de la communication. Le mutisme sélectif doit être distingué des perturbations de la parole qui sont mieux expliquées par un trouble de la communication, comme un trouble du langage, un trouble de la phonation, un trouble de la fluidité verbale apparaissant durant l'enfance (bégaiement) ou un trouble de la communication sociale (pragmatique). Contrairement au mutisme sélectif, la perturbation de la parole observée dans ces troubles n'est pas limitée à une situation sociale spécifique.

Troubles neurodéveloppementaux, schizophrénie et autres troubles psychotiques. Les sujets atteints d'un trouble du spectre de l'autisme, de schizophrénie, d'autres troubles psychotiques ou d'un handicap intellectuel grave peuvent présenter des difficultés de communication sociale et être incapables de parler correctement en situation sociale. En revanche, le mutisme sélectif doit être diagnostiqué uniquement si l'enfant est effectivement capable de parler dans certaines situations sociales (en général, à la maison).

Anxiété sociale (phobie sociale). L'anxiété sociale et l'évitement social du trouble d'anxiété sociale peuvent être associés à un mutisme sélectif. Dans ce cas, les deux diagnostics doivent être portés.

Comorbidité

Les concomitances les plus fréquentes sont les autres troubles anxieux, le plus commun étant l'anxiété sociale, suivie par l'anxiété de séparation et la phobie spécifique. Des comportements oppositionnels ont été décrits comme pouvant apparaître chez les enfants atteints d'un mutisme sélectif, bien que les comportements oppositionnels puissent se limiter aux situations requérant un discours. Des retards ou troubles de la communication peuvent également apparaître chez certains enfants atteints d'un mutisme sélectif.

Phobie spécifique

Critères diagnostiques

- A. Peur ou anxiété intenses à propos d'un objet ou d'une situation spécifique (p. ex. prendre l'avion, hauteurs, animaux, avoir une injection, voir du sang).
N.B. : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement.
- B. L'objet ou la situation phobogène provoque presque toujours une peur ou une anxiété immédiate.
- C. L'objet ou la situation phobogène est activement évité(e) ou vécu(e) avec une peur ou une anxiété intense.
- D. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel engendré par l'objet ou la situation spécifique et par rapport au contexte socioculturel.
- E. La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, habituellement d'une durée de 6 mois ou plus.
- F. La peur, l'anxiété ou l'évitement causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- G. Le trouble n'est pas mieux expliqué par les symptômes d'un autre trouble mental, comprenant la peur, l'anxiété et l'évitement de situations associés à des symptômes semblables aux symptômes de panique ou d'autres symptômes d'incapacité (comme dans l'agoraphobie), des objets ou situations liés à des obsessions (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), des souvenirs d'événements traumatiques (comme dans le trouble stress post-traumatique), une séparation de la maison ou des figures d'attachement (comme dans l'anxiété de séparation) ou des situations sociales (comme dans l'anxiété sociale).

Spécifier si :

Le code est déterminé à partir du stimulus phobogène :

300.29 (F40.218) Animal (p. ex. araignées, insectes, chiens).

300.29 (F40.228) Environnement naturel (p. ex. hauteurs, tonnerre, eau).

300.29 (F40.23x) Sang-injection-accident (p. ex. aiguilles, actes médicaux invasifs).

Note de codage : Sélectionner le code CIM-10-MC comme suit : **F40.230** peur du sang ; **F40.231** peur des injections et des transfusions ; **F40.232** peur d'autres soins médicaux ; ou **F40.233** peur d'un accident.

300.29 (F40.248) Situationnel (p. ex. avions, ascenseurs, endroits clos).

300.29 (F40.298) Autre (p. ex. situations pouvant conduire à vomir, à s'étouffer ou à contracter une maladie ; chez les enfants, p. ex. bruits forts, personnages costumés).

Note de codage : Lorsque plus d'un stimulus phobogène est présent, noter tous les codes CIM-10-MC qui s'appliquent (p. ex. pour la peur des serpents et de l'avion, F40.218 phobie spécifique, animal, et F40.248 phobie spécifique, type situationnel).