

SOUFFRANCE SILENCIEUSE :

COMPRENDRE ET TRAITER LES ENFANTS ATTEINTS DE MUTISME SELECTIF

Katharina Manassis

Departement de Psychiatrie, Hôpital des Enfants Malades,

555 University Avenue, Toronto

ON M5G 1X8, Canada

Katharina.manassis@sickkids.ca

Traduction : Clotilde Bremard-Oury, pédiatre

Relecture : Valérie Marschall

Article original: Silent suffering: understanding and treating children with selective mutism, publié par *Expert Reviews Neurother.* 9(2), 235-243, 2009. Avec l'aimable autorisation de *Expert Reviews* pour la traduction et la publication de cet article en français par l'association *Ouvrir La Voix – Groupe d'entraide et d'information sur le mutisme sélectif.*

Résumé

Les enfants atteints de mutisme sélectif (MS) restreignent leur parole dans certaines situations sociales ce qui a souvent des conséquences scolaires et sociales substantielles. Bien que le MS soit considéré comme rare, la plupart des écoles élémentaires accueillent au moins un enfant atteint de MS. Une évaluation est nécessaire pour confirmer le diagnostic, éliminer les facteurs psychologiques ou médicaux pouvant contribuer au mutisme, savoir s'il existe des co-morbidités ou des facteurs aggravants nécessitant un traitement, et pour mettre en œuvre un plan d'intervention. Les interventions sont le plus souvent multidisciplinaires et visent à diminuer l'anxiété, augmenter la parole sociale et améliorer les troubles liés au MS. La recherche est limitée mais des interventions comportementales et une prise en charge multimodale comprenant la participation de l'école et de la famille aussi bien que les méthodes comportementales permettent d'améliorer les symptômes. Les inhibiteurs sélectifs de la récapture de la sérotonine et notamment la fluoxétine ont montré leur efficacité et doivent être envisagés dans les cas sévères. Il est fréquent que le mutisme ou certains symptômes d'anxiété persistent malgré traitement. Le développement de nouveaux traitements ciblant des facteurs étiologiques, la réalisation d'études cliniques permettant de comparer les traitements et la

détermination du niveau idéal d'implication des familles et de l'école dans le traitement sont nécessaires pour améliorer la prise en charge des enfants atteints de mutisme sélectif.

Mots clefs: mutisme sélectif, désordres anxieux, psychopathologie de l'enfant, désordres de communication, évaluation psychiatrique de l'enfant, psychothérapie, thérapie comportementale, inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

Le mutisme sélectif (MS) se caractérise par la capacité des enfants de parler dans certaines situations alors qu'ils sont totalement silencieux dans d'autres. Bien que le MS ne fasse pas formellement partie des troubles anxieux [1], on considère que l'anxiété sociale est un facteur contributif dans la plupart des cas du fait des analogies entre les deux phénomènes chez l'enfant, des antécédents familiaux d'anxiété sociale dans le MS, et de la réponse du MS aux interventions ciblant l'anxiété sociale. [2, 3]. Les enfants atteints de MS parlent en général aux membres de leur famille proche à la maison mais ne peuvent pas parler à des personnes moins proches, en particulier en dehors de leur maison. L'atteinte est particulièrement marquée à l'école où un langage conséquent est attendu. Aussi, les effets sur le fonctionnement social et scolaire sont sévères [4, 5].

Cet article passe en revue les connaissances actuelles sur le mutisme sélectif, ainsi que les interventions thérapeutiques ayant démontré une efficacité. Il n'existe que quelques études randomisées et, compte tenu de la rareté de la maladie, les effectifs sont souvent très limités, si bien que les décisions cliniques sont souvent basées sur une expérience limitée.

Caractéristiques du Mutisme Sélectif

Diagnostic:

Dans la version la plus récente du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV-TR), le mutisme sélectif est défini comme un échec persistant d'un enfant à s'exprimer oralement dans des situations sociales spécifiques où la parole est attendue alors que dans d'autres circonstances, l'expression orale est possible [1]. Le MS est considéré comme un trouble lorsqu'il y a interférence avec la communication sociale ou avec la réussite scolaire ou professionnelle, et si le trouble de langage n'est pas limité au premier mois de l'année scolaire. Le

silence lié à la méconnaissance du langage parlé requis dans la situation n'est pas considéré comme un MS. L'absence de langage résultant d'autres troubles psychiatriques n'est pas non plus considérée comme un MS. Ce dernier critère peut poser problème car les troubles graves du développement et les troubles de la communication peuvent parfois mimer un MS ou survenir conjointement avec lui, ce qui rend difficile de poser le diagnostic primaire.

Epidémiologie:

En raison de sa relative rareté comparativement à d'autres maladies dans les services de pédopsychiatrie, le MS a longtemps été considéré comme une affection pédiatrique très rare, mais des études plus récentes menées sur des populations scolaires ont décelé une prévalence substantielle. Ainsi Bergman, Piacentini and McCracken [6] ont estimé que 0.7% des enfants scolarisés en étaient atteints. Bien que toujours relativement rare, ce taux suggère que chaque école élémentaire de taille moyenne comprend au moins un enfant atteint de MS. Ces différences d'estimation de la prévalence du MS pourraient être dues aux méthodes de sélection des cas (cas observés à l'hôpital comparativement aux cas observés en milieu scolaire) ainsi qu'à des différences de diagnostic, les critères diagnostiques ayant varié au cours du temps. Les filles sont atteintes environ deux fois plus souvent que les garçons [4, 7]. Quelques auteurs suggèrent que ce fait pourrait être lié au fait que la réserve sociale est considérée comme plus acceptable chez les filles que chez les garçons [8] mais d'autres facteurs liés au sexe pourraient être en cause dans cette prépondérance féminine. Aucun facteur d'origine ethnique ou racial n'a été trouvé. Le MS est plus fréquent chez les enfants ayant récemment émigré d'un pays à l'autre. Des enfants avec des antécédents de MS ont souvent aussi des antécédents de timidité ou d'inhibition du tempérament [44] mais le diagnostic n'est en général pas posé avant que l'enfant n'entre à l'école ou au jardin d'enfant où la parole est attendue.

Pronostic :

Les études de suivi à long terme ont montré que la plupart des enfants atteints de MS s'améliorent quelque peu avec le temps mais rares sont les enfants qui deviennent totalement asymptomatiques [9,10]. Conformément à ces données, une comparaison récente entre de jeunes adultes avec des antécédents de MS, de jeunes adultes avec des antécédents de troubles liés à l'anxiété dans

l'enfance et de jeunes adultes sans antécédents psychiatriques dans l'enfance a montré que les symptômes de MS se sont considérablement améliorés dans le groupe MS, mais que les troubles psychiatriques et en particulier les phobies étaient plus fréquents dans le groupe MS que dans les groupes contrôles [10]. Les facteurs prédictifs de la psychopathologie et du maintien des symptômes sont le caractère taciturne de la famille, le statut d'immigrant et la gravité des symptômes initiaux, suggérant que ces facteurs méritent une attention toute particulière lors de la prise en charge initiale du mutisme. Le manque de relations sociales sont aussi considérés comme un facteur de risque clef chez les enfants atteints de MS comparativement aux enfants non atteints [11]. La durée prolongée du mutisme (par exemple plusieurs années) ainsi que l'âge avancé lors de la survenue du symptôme sont également des facteurs de pronostic moins favorable [4, 5]. Il semble que le taux d'amélioration des enfants identifiés en milieu scolaire soit élevé alors que les enfants atteints de MS diagnostiqués en milieu médical soient plus sévères avec un taux plus élevé de persistance [5].

Facteurs étiologiques

Anxiété sociale :

L'anxiété sociale est fréquemment associée au mutisme sélectif [3, 11, 12], est prédictive de la sévérité du MS [3], et est plus fréquente chez les membres de la famille d'un enfant atteint de MS que chez les membres de la famille de sujets témoins [13]. Il y a aussi un chevauchement phénoménologique entre les symptômes de MS et les symptômes de phobie sociale chez les jeunes enfants. Ainsi, de même que pour le MS, les symptômes de phobie sociale se manifestent plus souvent en présence d'inconnus qu'en présence de personnes familières. Comme les enfants atteints de MS, les enfants atteints de phobie sociale ont souvent une inhibition du comportement (tendance à limiter l'exploration et éviter la nouveauté). Ce trait de caractère est connu pour être associé à une augmentation de la tension des cordes vocales qui peut, dans certaines circonstances, affecter la parole [15]. Toutefois, les enfants atteints de MS ne se considèrent pas comme plus anxieux socialement que les enfants atteints de phobie sociale, ce qui laisse penser que le MS n'est pas simplement une forme extrême de phobie sociale. Il est toutefois important de noter pour les cliniciens que la fréquence d'un certain degré d'anxiété sociale chez les enfants atteints de MS doit les conduire à prendre en considération les traitements réputés efficaces dans la phobie sociale (et notamment les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) pour traiter le MS

Dans le passé, les enfants atteints de mutisme étaient plutôt considérés en état d'opposition qu'anxieux. D'ailleurs, jusqu'en 1994, on parlait de « mutisme électif » [1], suggérant que l'enfant avait délibérément choisi de ne pas parler. Si la majorité des études récentes (passées en revue dans la référence [11]) est en faveur d'une augmentation de l'anxiété sociale sans augmentation de l'opposition, une étude [17] retrouve une augmentation de l'opposition, suggérant qu'un sous-groupe d'enfants atteint de mutisme sélectif pourrait avoir des traits oppositionnels.

Immigration:

On retrouve constamment une fréquence plus élevée de MS chez les enfants issus de familles ayant récemment immigré d'un pays à l'autre que chez les enfants n'ayant pas immigré [18, 19]. L'anxiété conférée par le manque d'aisance dans la deuxième langue et en particulier la crainte du ridicule suscitée par des erreurs minimes de langage ou par un accent contribue probablement à cela. Ceci paraît conforté par les découvertes récentes d'une augmentation de l'anxiété sociale chez les enfants immigrants atteints de MS comparativement aux enfants non migrants atteints eux aussi de MS [19]. Toppelberg et ses collègues [20] ont souligné l'importance de distinguer le MS du mutisme initial qui est normal lors de l'apprentissage d'une seconde langue, mais la fréquence du MS reste plus élevée dans cette population même lorsqu'on diffère le diagnostic pour laisser le temps que l'acquisition d'une deuxième langue prenne place [19].

Facteurs liés au développement :

Le MS a systématiquement été lié à des retards et des troubles du développement [7, 21]. Des études récentes ont commencé à examiner les facteurs de développement les plus pertinents. Malgré un langage apparemment normal à la maison, les enfants atteints de MS présentent des défauts de certains paramètres du langage mesurés comparativement aux enfants anxieux non mutiques et les groupes de contrôle [3, 22], même lorsque ces mesures sont réalisées à domicile [22]. Ces découvertes à travers différents environnements suggèrent un défaut minime mais réel du langage. La capacité à acquérir la grammaire est prédictive d'un mutisme moins sévère, suggérant que les déficiences du langage pourraient aussi contribuer à sa sévérité [3].

L'activité auditive efférente [23] et la mémoire auditive verbale peuvent être altérées chez les enfants atteints de MS en comparaison avec les groupes de contrôle, ce qui tendrait à suggérer que ces

facteurs neuropsychologiques pourraient éventuellement être sous-jacents aux déficiences de langage trouvées. Dans le MS sévère, l'absence de communication sociale pendant plusieurs années peut aussi contribuer à entraver le développement du langage [8]. L'absence de complexité syntaxique lorsqu'un enfant atteint de MS rapporte une histoire qu'il a entendue [22] va dans le sens de cette hypothèse.

Certaines études suggèrent des déficits de la mémoire visuelle chez les enfants atteints de MS [3, 4], mais il est intéressant de noter que ces déficiences disparaissent lorsque l'on contrôle la psychomotricité des enfants [24]. La fréquence de l'association entre déficits moteurs et MS suggère leur possible contribution à ce désordre.

Enfin, certains auteurs suggèrent plusieurs hypothèses étiologiques menant au MS [19, 25] : la découverte d'une augmentation de l'anxiété sociale et d'une diminution de problèmes liés au développement neurologique chez les enfants immigrés atteints de MS en comparaison avec les enfants souffrant de MS non issus de l'immigration, suggère au moins deux pistes étiologiques [19].

Traitement des enfants atteints de mutisme sélectif (MS)

Evaluation :

Une récente enquête sur les parents d'enfants atteints de mutisme sélectif suivis par des médecins généralistes a révélé que le délai compris entre les premiers symptômes et le moment où le diagnostic était posé était en moyenne d'au moins une année [26]. Ceci souligne l'importance de porter attention aux enfants dits timides ou réticents aux soins médicaux et de s'enquérir de leur capacité à parler à l'école ou dans d'autres situations sociales.

Si l'incapacité à parler dans des situations particulières est avérée, il importe de rechercher avec les parents et si possible le (ou les) enseignant(s) de l'enfant si l'enfant présente les critères diagnostiques du mutisme sélectif car les observations peuvent varier selon les informateurs [27]. De plus, les enseignants peuvent parfois apporter des informations plus précises que les parents, notamment lorsque les parents ne parlent pas la langue du pays, ce qui est souvent le cas dans le MS [18, 19]. Si un seul des informateurs rapporte une restriction du langage dans une ou plusieurs situations sociales, le diagnostic de MS doit être envisagé. Comme mentionné plus haut, les critères diagnostiques comprennent la mise en évidence d'une interférence entre restriction de langage et communication sociale d'une part et réussite scolaire ou professionnelle d'autre part, au-delà du premier mois de l'année scolaire et lorsque la connaissance du langage parlé requise pour la situation

est acquise [1]. Les diagnostics qui doivent être éliminés sont les troubles de la communication, les troubles sévères du développement, la schizophrénie et les autres désordres psychotiques [1].

Le degré de mutisme sélectif dans divers environnements peut être évalué à l'aide du questionnaire de mutisme sélectif récemment standardisé (SMQ ; [28]) destiné aux parents .Ce questionnaire est structuré de manière cliniquement pertinente, il a une bonne cohérence interne et permet de distinguer de façon fiable les enfants atteints de MS de ceux atteints d'autres troubles anxieux. Des échelles séparées sont fournies pour la maison, l'école, et les autres situations sociales. Les scores obtenus sur le SMQ procurent une valeur basale de la sévérité qui permet de suivre l'effet d'une intervention.

S'assurer de l'adéquation entre la connaissance du langage parlé et écarter les désordres de la communication relève d'un véritable défi, d'autant que la plupart des enfants atteints de MS limitent leur communication orale dès lors qu'ils sont en milieu médicalisé. Des protocoles d'évaluation de la parole et du langage ont néanmoins été décrits [8, 16]. Les tests réceptifs de langage sont en général réalisés en demandant à l'enfant de montrer les réponses, et les tests expressifs de langage peuvent être réalisés en enregistrant des dialogues avec des personnes familières le plus souvent au domicile de l'enfant. La confirmation de la normalité du QI non verbal (là encore en demandant à l'enfant de montrer la bonne réponse) est également importante car des enfants avec un retard intellectuel global peuvent parfois se présenter comme ayant un mutisme sélectif.

Il est également important de s'enquérir de troubles anxieux concomitants qui sont fréquemment présents [3, 10, 11) et peuvent exagérer l'atteinte sociale et scolaire de l'enfant. Lorsque les circonstances ne permettent pas d'effectuer des interviews prolongées à visée diagnostique, des questionnaires parentaux tels que le dépistage de l'anxiété de l'enfant liée aux désordres émotionnels (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders - SCARED) [29], et le questionnaire simplifié sur le comportement de l'enfant (*Child Behavioral Checklist*) [30], sont utiles pour dépister respectivement des troubles anxieux concomitants et des symptômes extériorisés/internalisés éventuels.

Traitement pharmacologique :

Du fait du jeune âge de survenue du MS (en général avant l'entrée à l'école ou dans les premières années de scolarisation), les familles et les médecins sont souvent réticents à envisager les

traitements médicamenteux. Les revues de pharmacothérapie et les conférences de consensus recommandent que les traitements médicamenteux ne soient prescrits qu'après échec des interventions psychosociales et lorsque le MS sélectif est particulièrement sévère ou persistant [31, 32]. L'inquiétude suscitée par les pensées suicidaires liées aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (traitement le plus habituellement prescrit dans le MS) [33] et l'absence d'approbation par l'office américain du contrôle pharmaceutique et alimentaire (*Food and Drug Administration - FDA*) de ces médicaments dans le MS contribuent aussi à l'appréhension à l'égard de la pharmacothérapie dans cette affection.

Quelques données mettent néanmoins en évidence l'efficacité des médicaments dans le MS (voir le tableau 1), et ne nombreux pédopsychiatres disent prescrire une pharmacothérapie dans le MS [34]. Une revue récente portant sur le risque de suicide lié à l'usage des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) [33] a conclu que cette classe thérapeutique avait un rapport bénéfice/risque positif dans les troubles anxieux de l'enfant et comme leur utilisation dans le MS cible l'anxiété sociale, il n'y a donc pas de raison de penser que la réaction à ce type de médicaments serait différente dans cette population.

Seules deux études cliniques contrôlées en double aveugle versus placebo ont été réalisées dans ce domaine : l'une avec la fluoxétine, et l'autre avec la sertraline. Black et Uhde ont randomisé 35 enfants atteints de MS pour recevoir soit de la fluoxétine (0.6mg/kg) soit un placebo pendant 12 semaines [35]. Tous les observateurs (parents, professeurs, psychiatres) ont observé une amélioration à la fois sous fluoxétine et sous placebo, mais les enfants restaient symptomatiques à la fin de l'étude, comparés aux groupes d'enfants sous placebo. Dans le groupe des enfants traités par fluoxétine, les parents ont noté une amélioration significative du mutisme et du changement global mais, ceci n'a pas été mis en évidence par les autres observateurs que les parents. Des effets secondaires minimes sont survenus. Carlson, Kratochwill and Johnston [36] ont étudié l'efficacité de la sertraline sur le mutisme sélectif chez cinq enfants à l'aide d'une étude réalisée en double aveugle et versus placebo, basée sur des paramètres multiples et en comparant les participants. Ces enfants ont été étudiés pendant 16 semaines, puis une période d'observation de 20 semaines s'en est suivie. Deux des enfants n'avaient plus les critères diagnostiques du mutisme à la fin de la période de traitement, et un troisième est entré en rémission au cours de la période d'observation, mais les comparaisons entre groupes ont montré des résultats variés. Les traitements ont été bien tolérés.

La plus grande étude pharmacologique réalisée dans le MS (n=21) [37] a été un essai clinique ouvert mené sur 9 semaines avec la fluoxétine. Tous les enfants présentaient des troubles anxieux associés et recevaient une psychothérapie hebdomadaire de soutien en association au traitement médicamenteux. Selon les auto-questionnaires, les observations faites par les parents et les médecins, une amélioration significative globale a été observée avec une diminution de l'anxiété et une amélioration de la parole en public. Deux enfants ont dû interrompre leur traitement de fluoxétine du fait de la survenue d'une desinhibition du comportement.

La pertinence des études rapportées ci-dessus est limitée par la petite taille des échantillons, la courte durée de suivi des patients ou les deux. De plus, des publications relatant des interventions pharmacologiques dans le MS font l'objet d'observations isolées. La plupart concernent des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, mais des cas d'efficacité sous phénelzine sont aussi rapportés [31]. Ce dernier traitement est moins bien toléré que les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et il requiert certaines précautions alimentaires difficiles à appliquer chez le jeune enfant. Parmi les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, la fluoxétine est la molécule qui a été la plus étudiée.

Aucune publication ne permet de comparer traitement médicamenteux et intervention psychosociale, mais une étude ouverte récente portant sur 17 enfants atteints de MS [9] a montré une amélioration significative chez les enfants traités par médicaments (essentiellement fluoxétine) comparativement aux enfants ne recevant pas de médicaments ; par contre, il n'a pas été observé de différence significative entre les enfants recevant ou ne recevant pas de psychothérapie. Comme il s'agit d'un essai non-randomisé, l'effet observé peut être lié à un biais de sélection. Les associations entre traitements médicamenteux et interventions psychosociales n'ont pas été étudiées jusqu'à présent.

Interventions psychosociales

Comme montré dans le tableau 1, les interventions psychosociales suivantes ont été étudiées : thérapie comportementale ou thérapie cognitivo-comportementale (TCC), thérapie multimodale, psychothérapie psychodynamique, thérapie de groupe, et thérapie familiale. La plupart des publications rapportent des observations isolées, mais quelques études de plus grande taille ont été réalisées concernant les thérapies comportementales et les interventions multimodales. La publication la plus ancienne écrite par Calhoun and Koenig [38] a comparé chez huit enfants une thérapie comportementale, essentiellement ciblée sur le renforcement de la verbalisation, à une absence

d'intervention. Les enfants ayant fait l'objet de la thérapie comportementale se sont améliorés dans un premier temps, mais l'effet ne n'est pas maintenu à long terme (au bout d'un an). Plus récemment, Sluckin [39] a analysé rétrospectivement 25 enfants atteints de mutisme sélectif, qui avaient été traités soit par thérapie comportementale soit par intervention curative dite « standard » menée à l'école. On disposait pour tous ces enfants de données de suivi au bout de 2 à 10 ans. Les enfants traités par thérapie comportementale s'étaient le plus améliorés.

Dans l'étude ci-dessus, l'existence de psychopathologie familiale a limité l'effet de la thérapie comportementale, l'effet favorable étant moindre en cas de psychopathologie familiale [39]. L'âge peut également influencer sur l'effet du traitement, les enfants les plus âgés (8 ans et plus) pouvant bénéficier d'une thérapie cognitivo-comportementale afin de diminuer l'anxiété et d'améliorer la parole sociale [40].

Les interventions multimodales comprennent des interventions familiales et scolaires en association à la thérapie comportementale. Krohn et collègues [41] ont revu rétrospectivement une telle approche, celle du centre Hawthorn, chez 20 enfants traités en moyenne durant 11 mois. L'intervention était individualisée et comprenait thérapie comportementale, thérapie par le jeu, thérapie familiale et implication de l'école si besoin, L'évolution a été excellente chez 17 enfants avec normalisation de la parole à la maison et à l'école après intervention. Il n'a pas été réalisé de suivi à long terme.

Réaliser une thérapie de groupe dans le mutisme sélectif peut sembler illogique, les patients ayant tendance à rester silencieux dans certaines conditions sociales. Néanmoins, Sharkey et collègues [42] ont étudié récemment un groupe d'enfants pris en charge de façon comportementale, tandis que le groupe de leurs parents recevait des conseils sur l'éducation et la prise en charge du mutisme à l'école et à domicile. Chez les cinq enfants, la parole s'est améliorée à l'hôpital, au domicile et à l'école et, d'après des auto-questionnaires, la prise en charge a permis de diminuer l'anxiété chez leurs parents. Il n'a pas été réalisé de suivi à long terme.

Deux programmes de traitements méritent d'être mentionnés bien que leur évaluation ne fasse pas l'objet de publication car ils sont utilisés largement dans plusieurs pays. Johnson & Wintgens [43] ont développé au Royaume-Uni un programme basé sur la communication visant à développer les capacités de parole et d'articulation plutôt que la parole sociale. McHolm et collègues [44] ont développé au Canada un programme comportemental spécialement axé sur l'école et la maison, comprenant un ouvrage sur le MS destiné aux parents. Ce programme encourage les parents à

travailler en équipe avec l'équipe enseignante et à développer ainsi la parole sociale de l'enfant. Face aux limitations de la littérature actuelle en terme d'intervention, Keen et collègues [32] ont réuni récemment 13 experts internationaux reconnus dans le mutisme sélectif pour tenter de trouver un consensus selon la méthode de Delphi. Onze propositions ont été soumises au comité d'experts. Les experts ne se sont accordés d'emblée que sur trois d'entre elles : la nécessité d'une identification précoce par l'équipe à l'école ou en milieu préscolaire, la nécessité d'évaluer et de traiter les désordres associés, et le besoin d'apporter un soutien aux familles. Les experts ne se sont pas accordés sur les propositions concernant le rôle respectif des différents professionnels de disciplines différentes. Un accord a finalement été obtenu sur le parcours de soins du MS : ce parcours souligne l'importance de l'évaluation et de la prise en charge par l'équipe scolaire ou de la crèche/garderie, en étroite relation avec un spécialiste du langage, ce qui est particulièrement adapté aux systèmes de santé où l'enfant est scolarisé précocement et où l'accès aux professionnels du langage est facile, (ce qui est le cas au Royaume Uni). Les critères pour une prise en charge par des programmes multidisciplinaires sont également indiqués.

Commentaire de l'expert:

Ce commentaire traitera les questions les plus pertinentes concernant l'évaluation, le traitement médical et la prise en charge psychosociale du MS.

Le tableau 2 liste les questions clefs à poser pour permettre de distinguer le MS d'autres affections et pour évaluer le besoin de pousser plus loin les investigations. Les sept premières questions ont trait à la connaissance actuelle des facteurs étiologiques déjà abordés précédemment dans cette revue pouvant contribuer au MS. De plus afin de d'aider à savoir s'il s'agit ou non d'un MS, elles soulignent le fait que tous les enfants suspectés de MS doivent faire l'objet d'une évaluation attentive du développement, de la parole et du langage en plus de l'évaluation psychiatrique habituelle de l'enfant. Les trois dernières questions couvrent des domaines qui, selon l'expérience de l'auteur, nécessitent habituellement une évaluation préalable à tout traitement. Ces domaines comprennent les tentatives pour communiquer initialement, la nature de troubles scolaires et sociaux spécifiques et les facteurs pouvant exacerber le MS. Il est capital de documenter les tentatives de communication verbale et non verbale dans différents environnements et en présence de personnes variées pour poser le diagnostic de MS et pour déterminer la situation de base avant le début de la prise en charge. Le comportement à la maison, à l'école et au cabinet médical (par exemple comment l'enfant communique lorsqu'il/elle

est questionné(e) est instructif. Les tentatives de communication peuvent être le contact visuel, les sourires, le fait que l'enfant se tourne vers son interlocuteur, les gestes et les chuchotements, en plus de la vraie parole. De petits changements de communication dans telles ou telles circonstances peuvent alors permettre de mesurer l'évolution ou l'effet du traitement. Les scores au SMQ (Selective Mutism Questionnaire- NB Traduit par l'association OLV) peuvent aussi être mesurés initialement puis régulièrement sous traitement (par exemple tous les mois) afin de suivre l'évolution.

Les difficultés sociales et scolaires liées au MS doivent aussi être évalués et si possible abordés avant la mise en route d'un traitement. Par définition, il y a toujours un certain degré d'atteinte dans le MS, mais celui-ci est plus ou moins sévère selon les cas. Beaucoup d'enfants atteints de MS sont par exemple considérés comme « impossibles à évaluer » selon les critères scolaires. Laisser les enfants répondre par écrit en classe plutôt qu'oralement, répondre à des questions à choix multiples plutôt qu'à des questions ouvertes ou enregistrer des cassettes à la maison sont quelques moyens pour faciliter l'évaluation scolaire. Les brimades et l'isolement social font partie des atteintes sociales les plus fréquentes. Les brimades sont fréquentes et résultent de l'incapacité de l'enfant à réagir aux mauvais traitements infligés par les camarades et doivent immédiatement être cessées si elles existent. L'isolement social peut être réduit en facilitant le contact avec les camarades en dehors de l'école (par exemple par des réunions de jeux à domicile) même si la communication durant ces rencontres reste limitée.

Enfin, les facteurs exagérant le MS doivent être mis en évidence, et parmi eux, le fait que d'autres parlent au nom de l'enfant, le fait que certains soient fâchés ou frustrés devant l'enfant mutique, l'isolement de la famille de l'enfant, les antécédents familiaux psychopathologiques, ou encore un conflit ou une incohérence dans la prise en charge de l'enfant mutique entre la maison et l'école.

Les études sur le traitement médical du MS, bien que pourvues de limites, supportent le recours à la pharmacothérapie chez les enfants les plus sévèrement atteints Ceci est particulièrement important lorsqu'il n'y a pas eu de réponse aux autres traitements. Dans ces cas il convient de mesurer les risques et bénéfices attendus du traitement pharmacologique par rapport au risque potentiel pour le développement de l'enfant résultant de l'atteinte sociale et scolaire associée à un MS prolongé. Ce rapport bénéfice/risque doit être discuté avec les familles afin de leur permettre de prendre les décisions thérapeutiques en toute connaissance de cause.

La fluoxétine doit être envisagée en première intention car elle dispose de plus de preuves d'efficacité

que les autres traitements et existe sous forme liquide permettant un dosage plus précis et limite les difficultés liées à la déglutition. La posologie de départ doit être faible (par exemple 5mg/jour chez un enfant de 4 ou 5 ans, 10 mg chez un enfant de 6 à 8 ans) puis augmentée de 5mg/jour toutes les 2 à 3 semaines selon la tolérance. Le suivi des effets secondaires sérieux (tels que les pensées suicidaires) est important, surtout durant les premiers mois de traitement.

Le moment de débiter un traitement pharmacologique est souvent source de questionnement. Les familles considèrent souvent ce traitement comme un « dernier recours » lorsque tous les autres traitements ont échoué mais retarder trop longtemps son démarrage peut aussi rendre un mauvais service à l'enfant. Une tentative de psychothérapie ou de toute autre intervention psychosociale pour un mois ou deux est souvent utile. En cas d'absence d'effet, il est probable que le traitement médicamenteux soit nécessaire. Si des progrès sont mis en évidence, la poursuite de l'intervention psychosociale peut en valoir la peine.

Une fois l'inhibiteur de la recapture de la sérotonine démarré, les bénéfices liés au traitement peuvent apparaître plus lentement que dans d'autres troubles. Il n'est pas rare que l'amélioration n'apparaisse qu'après 6, 8, ou même 12 semaines de traitement à dose maximale. Le traitement agit en réduisant l'anxiété liée au MS, ce qui n'implique pas nécessairement qu'un enfant, moins anxieux qu'auparavant, va engager la conversation dans certaines circonstances sociales. Plus souvent, il est nécessaire de continuer à encourager l'enfant à parler et de le préparer graduellement à la reprise de la parole dans des circonstances où l'enfant évitait de parler auparavant avant que les symptômes de MS ne s'améliorent. Il peut arriver que l'enfant réponde plus rapidement aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (au bout d'une à deux semaines). Certains auteurs avancent l'hypothèse que ce soit lié à l'effet desinhibiteur de cette classe médicamenteuse chez certains enfants [36].

Comme mentionné précédemment, les thérapies comportementales et multimodales sont fondées sur des bases de recherche plus solides que les autres interventions psychosociales et la thérapie cognitivo-comportementale peut être envisagée chez le grand enfant atteint de MS (8 ans et au-delà). Le traitement ambulatoire doit être privilégié afin de minimiser les interférences avec le développement normal de l'enfant. Les thérapies comportementales et cognitivo-comportementales tendent à mettre en avant le binôme enfant-thérapeute, que ce soit au cabinet du thérapeute ou au domicile de l'enfant, tandis que les thérapies multimodales impliquent plus largement famille et école. Des études sont actuellement en cours pour déterminer si un environnement thérapeutique est plus

favorable qu'un autre, mais la nécessité de tous les enfants à pouvoir parler à l'école suggère qu'il soit plus crucial d'obtenir des progrès en milieu scolaire que dans les autres milieux. Cependant il n'y a pas de traitement de référence unique du MS et il n'est pas clair quels éléments dans les thérapies sont le plus à même de faciliter le changement. Aussi, une courte revue des techniques les plus communément utilisées est-elle de rigueur.

Les traitements comportementaux comprennent une ou plusieurs techniques dont le façonnage (Shaping), l'introduction progressive (Stimulus Fading), l'auto-modelage, la désensibilisation, l'apprentissage de meilleures aptitudes sociales, et le renforcement positif de la parole [45]. Le façonnage consiste à renforcer positivement des approximations de langage telles que les gestes, les mimes avec la bouche, et le chuchotement. Dans les cas sévères, il peut arriver que même le contact visuel doive être renforcé au début. L'introduction progressive consiste à augmenter progressivement le nombre de personnes auxquels l'enfant parle ainsi que le nombre d'endroits, tandis que l'enfant se trouve progressivement en dehors de la présence de personnes rassurantes telles que les parents. Par exemple, un enfant peut commencer à parler à un de ses parents en présence d'un de ses camarades, avant de parler à ce camarade en présence du parent ; ensuite un deuxième camarade se joint à eux puis éventuellement encore d'autres camarades pour aboutir à un petit groupe, en présence des parents en arrière plan. La désensibilisation consiste à proposer de pair à l'enfant des techniques de relaxation et des exercices de parole de difficulté croissante. L'auto-modelage propose à l'enfant de faire des enregistrements audio et vidéo où il ou elle parle, montés de façon à donner l'impression qu'il/elle parle dans des circonstances où il/elle est habituellement muet. La formation aux aptitudes sociales peut s'avérer utile chez les enfants dont les aptitudes sociales n'ont pas pu se développer suffisamment ou qui se sont détériorées à cause du MS. Le renforcement positif doit être adapté au tempérament de l'enfant car certains enfants sont embarrassés par des louanges exagérées d'où un effet inverse de celui escompté [8].

McInnes et Manassis [8] ont souligné plus amplement la nécessité de réduire la gêne de l'enfant dans toutes les interventions psychosociales. Ainsi, la parole est parfois induite plus régulièrement en employant des moyens indirects, en posant des questions impersonnelles ou spécifiques plutôt qu'en posant des questions ouvertes. Une approche indirecte pourrait être de laisser le thérapeute se demander à voix haute quel serait le camarade auquel l'enfant parlerait volontiers en premier, sans forcément attendre une réponse de la part de l'enfant. Les questions impersonnelles sont basées sur

des faits (par exemple : quelle est la capitale de tel pays ?) plutôt que sur des opinions (par exemple quelle est ta couleur préférée ?).

Les interventions multimodales impliquant école et famille doivent s'adapter en fonction des systèmes éducatifs et de santé locaux, et des attentes culturelles et communautaires. Par exemple, le parcours de soin proposé récemment par un comité d'experts [32] est plus facilement applicable dans les pays où la grande majorité des enfants vont à l'école dès la maternelle. Les interventions impliquant un thérapeute en plus des parents et enseignants supposent que le système de santé permette l'accès à ce type de professionnel pour la population.

Une étude d'intervention comportementale menée par Sluckin et collègues [39] a montré que la psychopathologie de la famille avait un effet modérateur significatif pour l'évolution. Ce frein peut être particulièrement frappant dans les familles où les parents souffrent eux-mêmes d'anxiété. Il est probablement particulièrement plus difficile pour ces parents de donner l'exemple de comportements sociaux appropriés, d'intervenir avec assurance au nom de leur enfant, et de renforcer la confiance de l'enfant (au lieu d'être anxieux à son sujet). De plus, les enfants issus de telles familles peuvent avoir une vulnérabilité aux troubles anxieux contribuant à rendre le MS plus sévère ou persistant. La mise en place d'interventions requérant une importante participation des parents et de l'école est un vrai défi pour ces familles. Ainsi, les thérapeutes peuvent être amenés à être plus impliqués dans la communication entre parents et école lorsque les parents ont des difficultés à intervenir en faveur de leur enfant vis-à-vis du corps enseignant.

Enfin, les groupes d'entraide et de soutien aux familles peuvent avoir besoin de conseils professionnels réguliers lorsqu'ils ont en leur sein de telles familles. Ces groupes ont pour but d'offrir aux familles confort et encouragement dans leurs efforts pour aider leur enfant à progresser, mais peuvent s'avérer contre-productifs si les parents sont exagérément anxieux. Dans certains cas, de tels parents peuvent ostensiblement ou non se conforter les uns les autres en autorisant leurs enfants atteints de MS à éviter de parler, et en étiquetant leurs enfants comme handicapés permanents. Cependant, avec l'implication de professionnels, les groupes de soutien aux parents peuvent s'avérer extrêmement efficaces et aptes à faciliter le changement. Le matériel éducatif tel que le guide à l'usage des parents de McHolm et collègues [44] peut renforcer les efforts des parents pour aider leurs enfants à vaincre le mutisme sélectif.

Perspective à cinq ans:

Dans les cinq années à venir, des recherches sur les causes et la prise en charge efficace du mutisme sélectif seront importantes. L'utilisation de protocoles diagnostiques clairs et cohérents sera essentielle pour ces deux types d'études. Les études à visée étiologique permettront de préciser comment plusieurs facteurs connus pour être associés au MS, interagissent pour conduire au mutisme sélectif. Par exemple il se pourrait que des déficits auditifs soient à l'origine des défauts de langage trouvés dans le MS, et puissent prédisposer au MS s'ils surviennent chez des enfants inhibés ou atteints d'anxiété sociale. En revanche les travaux d'Elizur et Perdnik suggèrent [19], qu'il pourrait y avoir plusieurs chemins conduisant au MS. Si tel était le cas, des traitements ciblés pourraient être développés à partir du moment où l'étiologie spécifique serait comprise pour chaque enfant donné. Les études génétiques dans le MS pourraient également être fructueuses, particulièrement dans les familles où d'autres membres sont atteints d'anxiété sociale ou d'inhibition du comportement car ces personnes pourraient partager avec l'enfant atteint de MS certains facteurs biologiques de vulnérabilité.

La recherche en terme d'intervention va nécessiter de passer d'études de petite taille à des études expérimentales d'envergure et des schémas de données de base multiples. La période de suivi devra être prolongée pour déterminer non seulement quels traitements sont efficaces mais aussi lesquels ont un effet durable. Il sera nécessaire de comparer les interventions entre elles, interventions psychosociales, traitements médicaux et association des deux. On peut prévoir que des interventions multimodales incluant traitements médicamenteux et des combinaisons d'interventions de diverses natures seront développés. Ces interventions devront s'adapter aux systèmes de santé et scolaires ainsi qu'aux cultures et caractéristiques de l'enfant (par exemple, les grands enfants atteints de MS bénéficieront d'une approche quelque peu différente de celle des enfants plus jeunes). La mise en évidence de freins d'ordre psychopathologique à l'évolution au sein de la famille montre qu'il est nécessaire d'effectuer des études complémentaires portant sur les éléments ayant un effet modérateur sur la résolution du mutisme, ainsi que de clarifier quel doit être le degré optimal d'implication des parents dans le traitement. L'étude des facteurs déterminant le résultat final sera nécessaire pour déterminer quels composants du traitement sont essentiels et les plus efficaces.

Enfin, à l'heure actuelle, des controverses portent notamment sur les points suivants : quels professionnels doivent assurer telle ou telle composante de l'offre de soins? Comment optimiser l'implication de l'école (et quelle proportion des interventions devraient s'y passer)? Quand et comment utiliser les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ?

Chacun de ces points devra être abordé par des études empiriques.

Points clefs : Un professionnel de la santé travaillant avec un enfant souffrant de mutisme sélectif devrait :

- Identifier et traiter les co-morbidités,
- Identifier et prendre en compte les facteurs aggravants et les difficultés de l'enfant,
- Former et apporter du soutien aux familles,
- Se préparer à travailler avec des professionnels durant au moins une année scolaire,
- Identifier au moins une personne qui travaillera avec l'enfant en milieu scolaire,
- Identifier un thérapeute ayant une expérience de cette population et de la thérapie cognitivo-comportementale chez l'enfant,
- Déterminer qui sera en charge de coordonner les soins et assurera le suivi régulier avec l'enfant, la famille et les membres de l'équipe d'intervention,
- Faire une évaluation initiale du langage et des difficultés de l'enfant dans différents environnements, et renouveler mensuellement cette évaluation après le démarrage de l'intervention,
- S'assurer que les interventions psychosociales ont pour but de réduire l'anxiété (et notamment l'inhibition liée à l'anxiété sociale) et augmenter progressivement la communication verbale et non verbale,
- Envisager les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine si le MS est sévère (par exemple s'il survient dans de nombreux environnements et dure depuis longtemps) ou s'il n'y a pas d'évolution après un mois ou deux d'intervention psychosociale.

Table 1: Preuves de l'efficacité de différentes interventions dans le Mutisme Sélectif.

Intervention	Evidence
Fluoxétine	1 étude double aveugle versus placebo (n=15) 1 étude ouverte (n=21) Nombreux rapports de cas (n=1 à 3)
Sertraline	1 étude double aveugle versus placebo basée sur des paramètres multiples et en comparant les participants (n=5)
Fluvoxamine	Un rapport de cas (n=1)
Paroxétine	Un rapport de cas (n=1)
Phénelzine	Deux rapports de cas (n=4)
Thérapie cognitive et thérapie cognitive et comportementale (TCC)	Nombreux rapports de cas ou expérimentations à un seul sujet (n=1 à 3). Une grande étude rétrospective (n=25; total>50)
Thérapie multimodale	Plusieurs rapports de cas ou expérimentations à un seul sujet (n=1 à 3). Une grande étude rétrospective (n=20;Total=27)
Thérapie de groupe	Une étude ouverte (n=5)
Thérapie psychodynamique	Cinq rapports de cas (total n=5)
Thérapie familiale	Un rapport de cas (n=1)

Tableau 2 : Questions clefs pour évaluer le mutisme de l'enfant

Question clef	Réponse	Considérations diagnostiques
Le démarrage du mutisme a-t-il été soudain ou global (c'est à dire dans tous les environnements)?	Oui Non	Rechercher une cause traumatique Un mutisme sélectif est plus probable
L'enfant est-il un immigrant recent? Sa langue maternelle est-elle différente de celle du pays?	Oui Non	Voir si le trouble du langage ne serait pas dû à des difficultés d'acquisition du second langage ; Envisager le MS s'il persiste malgré acquisition du second langage Un mutisme sélectif est plus probable
L'enfant a-t-il eu de nombreux retards sociaux et de communication ou un mutisme dans un contexte d'autres anomalies du comportement social ?	Oui Non	Envisager un trouble du développement Un mutisme sélectif est plus probable
L'enfant a-t-il eu des antécédents d'otites ou d'autres problèmes d'oreilles ?	Oui Non	Faire un audiogramme pour éliminer un déficit auditif qui pourrait expliquer le mutisme Un mutisme sélectif est plus probable mais envisager une exploration du processus d'audition (intéressant dans certains cas)
Existe-t-il des antécédents familiaux d'anxiété sociale ou une inhibition du comportement?	Oui Non	Un mutisme sélectif est probable, mais rechercher des troubles anxieux ou du développement, Un mutisme sélectif peut encore être présent et si c'est le cas, des problèmes de développement (parole, langage, moteur) y contribuent probablement
L'enfant a-t-il des antécédents de troubles de la parole ou du langage?	Oui Non	Considérer le mutisme comme secondaire aux troubles de la communication. Mutisme sélectif probable, mais une évaluation de la parole et du langage est nécessaire et une évaluation du QI non verbal est justifiée.
L'enfant a-t-il des antécédents de troubles du développement moteur?	Oui Non	Quelle que soit la réponse, une évaluation du développement moteur est justifiée
Quelle communication verbale et non verbale survient dans des environnements varies?		Documenter ceci initialement et répéter l'évaluation mensuellement en cours d'intervention.
L'enfant a-t-il de graves difficultés scolaires et sociales ?	Oui Non	Les aborder au cours du traitement Se centrer sur le traitement du mutisme sélectif afin de limiter le risque de telles atteintes.
Y a-t-il des facteurs aggravants au MS ?	Oui Non	Les aborder au cours du traitement Se centrer sur le traitement du mutisme sélectif

Références:

Certains articles ont été identifiés comme * article d'intérêt et ** article d'intérêt particulier

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association (1994).
2. Anstendig KD. Is selective mutism an anxiety disorder? Rethinking DSM-IV classification. *J Anxiety Disord*, 13, 417-434 (1999).
3. Manassis K, Tannock R, McInnes A, Garland EJ, Clark S, Minde K. The sounds of silence: Language, cognition and anxiety in selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46, 1187-1195 (2007).

***Etude multicentrique examinant de nombreux facteurs étiologiques connus pour contribuer au mutisme sélectif (MS)**

4. Steinhausen HC, Juzi C. Elective mutism: an analysis of 100 cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 606-614 (1996).
5. Remschmidt H, Poller M, Herpertz-Dahlmann B, Henninghausen K, Gutenbrunner C. A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251, 284-296 (2001).
6. Bergman RL, Piacentini J, McCracken JT. Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 938-946 (2002).
7. Kristensen H. Non-specific markers of neurodevelopmental disorder/delay in selective mutism: a case-control study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 11, 71-78 (2002).

***Importante étude comparative du développement moteur de l'enfant atteint de MS par rapport à un groupe contrôle d'enfants, avec discussion des implications cliniques**

8. McInnes A, Manassis K. When Silence Is Not Golden: An Integrated Approach to Selective Mutism. *Semin Speech Lang*, 26, 201-210 (2005).

****Guide thérapeutique très informatif à la fois pour les perspectives psychiatriques et celles du langage.**

9. Manassis K, Tannock R. Comparing interventions for selective mutism: A pilot study. *Cdn J Psychiatry* (in press).
10. Steinhausen HC, Wachter M, Laimback K, Metzke CW. A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *J Child Psychol Psychiatry*, 47, 751-756 (2006).

11. Cunningham CE, McHolm A, Boyle MH, Patel S. Behavioral and emotional adjustment, family functioning, academic performance, and social relationships in children with selective mutism. *J Child Psychol Psychiatry*, 45, 1363-1372 (2004).
12. Melfsen S, Walitza S, Warnke A. The extent of social anxiety in combination with mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 15, 111-117 (2006).
13. Chavira DA, Shipon-Blum E, Hitchcock C, Cohan S, Stein MB. Selective mutism and social anxiety disorder: all in the family? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46, 1464-1472 (2007).
14. Biederman J, Hirshfeld DR, Rosenbaum JF et al. Further evidence of association between behavioral inhibition and social phobia in children. *Am J Psychiatry*, 158, 1673-1679 (2001).
15. Kagan J, Reznick JS, Snidman N (1987). The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Dev*, 58, 1459-1473 (1987).
16. Manassis K, Fung D, Tannock R, Sloman L, Fiksenbaum L, McInnes A. Characterizing Selective Mutism: Is it More than Social Anxiety? *Depress Anxiety*, 18, 153-161 (2003).
17. Yeganeh R, Beidel DC, Turner S. Selective mutism: More than social anxiety? *Depress Anxiety*, 23, 117-123 (2006).
18. Bradley S, Sloman L. Elective mutism in immigrant families. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 14, 510-514 (1975).
19. Elizur Y, Perednik R. Prevalence and description of selective mutism in immigrant and nonimmigrant families: a controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42, 1451-1459 (2003).

*** Analyse du rôle de l'immigration dans le MS en relation avec d'autres facteurs étiologiques possibles**

20. Toppelberg CO, Tabors P, Coggins A, Lum K, Burger C. Differential diagnosis of selective mutism in bilingual children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44, 592-595 (2005).
21. Kristensen H. Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 249-256 (2000).
22. McInnes A, Fung D, Manassis K, Fiksenbaum L, Tannock R. Narrative skills in selective mutism: An exploratory study. *Am J Speech Lang Path*, 13, 304-315 (2004).
23. Arie M, Henkin Y, Lamy D, et al. Reduced auditory processing capacity during vocalization in children with Selective Mutism. *Biol Psychiatry*, 61, 419-421 (2007).

24. Kristensen H, Oerbeck B. Is selective mutism associated with deficits in memory span and visual memory? An exploratory case-control study. *Depress Anxiety*, 23, 71-76 (2006).
25. Cohan SL, Price JM, Stein MB. Suffering in silence: why a developmental psychopathology perspective on selective mutism is needed. *J Dev Behav Pediatr*, 27, 341-355 (2006).
26. Schwartz RH, Freedy AS, Sheridan MJ. Selective mutism: Are primary care physicians missing the silence? *Clinical Pediatrics*, 45, 43-48 (2006).
27. Barbosa J, Manassis K, Tannock R. Measuring anxiety: Parent-child reporting differences in clinical samples. *Depress Anxiety*, 15, 61-65 (2002).
28. Bergman RL, Keller ML, Piacentini J, Bergman AJ. The development and psychometric properties of the selective mutism questionnaire. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 37, 456-464 (2008).
- **Description et validation du questionnaire MS, le seul questionnaire standardisé actuel permettant de mesurer la sévérité du mutisme dans différents environnements.**
29. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D et al. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 545-553 (1997).
30. Achenbach TM, Ruffle TM. The Child Behavior Checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatr Rev*, 21, 265-271 (2000).
31. Kaakeh Y, Stumpf JL. Treatment of selective mutism: focus on selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacotherapy* 28, 214-224 (2008).
- *Revue détaillée et approfondie des études pharmacologiques chez l'enfant atteint de MS**
32. Keen D, Fonseca SJ, Wintgens A. Selective Mutism: A consensus based care pathway of good practice. *Arch Dis Child*, (), 0 (2008).
33. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. *JAMA*, 297, 1683-1696 (2007).
34. Carlson JS, Kratochwill TR, Johnston H. Prevalence and treatment of selective mutism in clinical practice: a survey of child and adolescent psychiatrists. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 4, 281-291 (1994).

35. Black B, Uhde T. Treatment of elective mutism with fluoxetine: A double blind placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33, 1000-1006 (1994).
36. Carlson JS, Kratochwill TR, Johnston HF. Sertraline treatment of five children diagnosed with selective mutism: a single case research trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 9, 293-306 (1999).
37. Dummit ES III, Klein R, Tancer NK, Ashe B, Martin J. Fluoxetine treatment of children with selective mutism: An open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 615-621 (1996).
38. Calhoun J, Koenig KP. Classroom modification of elective mutism. *Behav Ther*, 4, 700-702 (1973).
39. Sluckin A, Foreman N, Herbert N. Behavioural treatment programs and selectivity of speaking at follow-up in a sample of 25 selective mutes. *Australian Psychologist*, 26, 132-137 (1991).
40. Fung D, Manassis K, Kenny A, Fiksenbaum L. Web-based CBT for selective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41, 112-113 (2002).
41. Krohn DD, Weckstein SM, Wright HL. A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31, 711-718 (1992).
42. Sharkey L, McNicholas F, Barry E, Begley M, Ahern S. Group therapy for selective mutism – A parents' and children's treatment group. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, (), 0 (2008).
43. Johnson M, Wintgens A. *The Selective Mutism Resource Manual*. Oxon, UK: Speechmark Publishing (2001).
44. McHolm A, Cunningham C, Vanier M. *Helping Your Child with Selective Mutism: Practical Steps to Overcome a Fear of Speaking*. California: New Harbinger Publications Inc. (2005).
****Excellent guide destiné aux parents d'enfants atteints de MS, insistant sur la collaboration avec le corps enseignant pour aider l'enfant.**
45. Cohan SL, Chavira DA, Stein MB. Practitioner review: Psychosocial interventions for children with selective mutism: a critical evaluation of the literature from 1990-2005. *J Child Psychol Psychiatry*, 47, 1085-1097 (2006).
****Revue approfondie des interventions psychosociales étudiées dans le MS, avec d'utiles descriptions des techniques utilisées.**