

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

**LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS ET NON ASSOCIÉS AU MUTISME
SÉLECTIF CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS ÂGÉS DE 18 ANS ET
MOINS**

**ESSAI PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION**

**PAR
ROXANNE AUGER**

MAI 2024

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES
MAITRISE EN PSYCHOÉDUCATION (M. Sc.)

Direction de recherche :

Jessica Pearson

Prénom et nom

Directeur de recherche

Comité d'évaluation :

(Selon le type de travail de recherche, l'étudiant peut avoir de deux à trois évaluateurs)

Jessica Pearson

Prénom et nom

directeur ou codirecteur de recherche

Julie Marcotte

Prénom et nom

Évaluateur

Prénom et nom

Évaluateur

Résumé

Le mutisme sélectif est un trouble complexe principalement caractérisé par l'incapacité persistante à parler dans une ou plusieurs situations sociales en dépit de compétences langagières réceptives et expressives. En considérant les impacts notables des comportements mutiques notamment sur le plan des interactions sociales et de l'investissement scolaire, une meilleure compréhension des facteurs de risque associés ou non associés au trouble est une visée novatrice. Ainsi, la recension de ces facteurs chez la tranche d'âge de 18 ans et moins a contribué à dresser un tableau clinique représentatif de la littérature scientifique sur le sujet. À l'aide du modèle psychodéveloppemental, la rétention de neuf articles a permis de classer les différents facteurs de risque du mutisme sélectif recensés à ce jour, et ce, en fonction des sphères individuelle, familiale et autres soutiens sociaux, puis sociétale. Il demeure toutefois que le peu d'études disponibles actuellement ne permet pas d'établir un consensus quant aux facteurs de risque du mutisme sélectif.

Table des matières

Résumé	iii
Introduction	1
Formes cliniques	3
Prévalence	4
Évolution	4
Diagnostic différentiel.....	5
Étiologie	6
Modèle psychodéveloppemental.....	7
Objectif.....	8
Méthode.....	8
Recherche documentaire	8
Critères de sélection	9
Extraction des données.....	9
Résultats	10
Tableau 1	11
Synthèse des résultats obtenus	15
Facteurs individuels.....	15
Anxiété sociale.....	15
Inhibition comportementale précoce.....	15
Sensibilité de traitement sensoriel et symptômes dissociatifs.....	16
Sexe.....	16
Bas âge.....	17
Compétences langagières.....	17
Famille et autres sources de soutien.....	17

Pratiques parentales.....	17
Discorde familiale.....	18
Parent(s) souffrant d'une ou de psychopathologie(s).....	18
Caractéristiques sociodémographiques des parents.....	18
Société et environnement.....	19
Immigration.....	19
Discussion.....	20
Limites.....	25
Implications pour la pratique psychoéducative.....	26
Conclusion.....	28
Références.....	27

Introduction

Les troubles reliés à l'anxiété sont fréquents dans les diagnostics émis à l'égard du développement des enfants et le mutisme sélectif en fait partie. Alors que la parole était antérieurement acquise, le mutisme sélectif est caractérisé par une suspension ou une disparition brutale de la communication verbale dans certains contextes sociaux. En ce sens, malgré une compréhension du langage expressif et réceptif, l'enfant ne communique que dans certains endroits (généralement à son domicile). À l'opposé, l'incapacité de parler survient fréquemment lors de situations sociales extra-familiales, telles qu'à l'école (American Psychiatric Association (APA), 2013). L'évolution de la compréhension du mutisme sélectif ne cesse de croître et ses caractéristiques descriptives ont connu un avancement important. En effet, Kussmaul (1877) considérait initialement que l'enfant choisissait de ne pas parler majoritairement à la suite d'un traumatisme alors que les chercheurs subséquents ont exploré autant le désir de provoquer et de s'opposer que la possibilité d'une perturbation grave de la personnalité ou d'une proximité maternelle excessive (Demogeot *et al.*, 2009). Encore à ce jour et particulièrement depuis les 20 dernières années, le mutisme sélectif demeure marqué par une interrogation constante de la part des auteurs à l'égard de sa complexité, tant en vue de sa compréhension que pour en faire le diagnostic. D'ailleurs, ce n'est qu'en 1980 que le terme « mutisme électif » fut utilisé pour la première fois dans le DSM III dans la section « autres troubles de la première et de la deuxième enfance et de l'adolescence » (Gellman-Garçon, 2007).

À ce jour, on le retrouve désormais sous le terme « mutisme sélectif » dans les troubles anxieux du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (APA, 2013) où le caractère involontaire du trouble et sa variation d'apparition en fonction des contextes sociaux ont été reconnus. Par conséquent, cinq critères facilitent l'identification du trouble :

- A. Incapacité régulière à prendre la parole 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 un 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 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. (p.228)

Le DSM-5 apporte des précisions complémentaires permettant une compréhension approfondie des manifestations du mutisme sélectif au regard du fonctionnement social et comportemental de l'enfant. De surcroît, il s'agit de difficultés de communication qui surviennent tant en présence de l'adulte que de l'enfant, caractérisées par une absence de réciprocité dans les échanges avec autrui. D'ailleurs, l'enfant n'initie pas d'échanges verbaux dès lors qu'il est en présence de gens ne faisant pas partie de sa famille immédiate. Il devient alors difficile, voire impossible, d'interagir avec l'entourage (grands-parents, amis proches, etc.). En considérant que l'incapacité de parler survient fréquemment dans des contextes sociaux externes au domicile, le milieu scolaire n'y fait pas exception et les difficultés d'apprentissage qui en découlent également. En effet, le refus de communiquer impacte l'acquisition éducative de diverses compétences, rendant parfois même l'évaluation de ces dernières plus ardues (APA, 2013). Dans l'intention d'exprimer leurs besoins, les enfants atteints de mutisme sélectif peuvent communiquer par des gestes ou dans certains cas, en émettant des propos par monosyllabes, courts et monotones, ou avec une voix altérée en remplacement d'une communication verbale qualifiée de « normale » (Gellman-Garçon, 2007).

On ne peut outrepasser certaines caractéristiques davantage associées à la présence de mutisme sélectif dans le développement de l'enfant. Ainsi, pour plusieurs individus, la timidité, l'isolement, un retrait social, un attachement excessif, des traits compulsifs, un négativisme, des crises de colère ou des conduites d'opposition modérées sont présents en comorbidité avec les comportements mutiques (APA, 2013). Alors que les troubles associés au développement du langage ne sont pas omniprésents simultanément au diagnostic de mutisme sélectif, la présence

d'un trouble anxieux, bien souvent l'anxiété sociale, l'est dans la majeure partie des cas (APA, 2013).

Formes cliniques

Comme dans bien des troubles, différentes manifestations cliniques coexistent et rendent l'éventail de possibilités diagnostiques d'autant plus fastidieux. Aubry et Palacio-Espasa (2003) proposent deux types de mutisme sélectif en fonction du moment d'apparition : le type « primaire » (trouble souvent précoce et insidieux où l'enfant n'a jamais communiqué avec tous les membres de son entourage) et le type « secondaire » (trouble faisant son apparition plus tardivement chez des enfants qui ont pu parler normalement dans différents contextes pendant un certain temps).

Gellman-Garçon (2007) vient, quant à elle, distinguer les formes cliniques principales du trouble et débute avec une forme clinique considérée comme étant plus rare, le mutisme intrafamilial (l'enfant accepte de parler seulement à certains membres de la famille, généralement en chuchotant). À l'inverse, la forme clinique typique est le mutisme extra-familial où l'incapacité de parler survient lorsque l'enfant doit communiquer avec toute autre personne ne faisant pas partie de la famille immédiate. La disparition du trouble est alors plus rapide. Finalement, il y a le mutisme extra-familial total où même à l'intérieur de la famille, l'enfant utilise peu ou pas de mots pour se faire comprendre. Ainsi, l'incapacité de parler survient autant avec un membre de sa famille qu'avec l'entourage élargi ou un inconnu. À l'opposé, le mutisme extra-familial partiel, malgré ce que l'appellation peut laisser entendre, est caractérisé par une verbalisation incessante et excessive, bien souvent teintée d'un langage inadéquat et vulgaire à la maison alors que l'enfant est décrit par l'enseignant comme étant discret et sage. Finalement, on distingue forme transitoire du trouble parallèlement à la forme persistante où l'on distingue la durée du mutisme sélectif comme étant une réaction adaptative dans le cas du mutisme sélectif transitoire.

Selon Hayden (1980), d'autres types de classification existent et divergent en fonction des caractéristiques tempéramentales ou psychopathologiques priorisées pour en faire la catégorisation.

Prévalence

Les études à grande échelle quant à la prévalence du mutisme sélectif sont peu nombreuses, laissant ainsi un certain doute planer sur la représentativité des cas recensés. De plus, considérant la méconnaissance de la population générale à l'égard du trouble et le fait qu'il est bien souvent considéré comme une timidité excessive par l'entourage, les chercheurs considèrent encore aujourd'hui qu'il s'agit d'une pathologie sous-diagnostiquée (Hung *et al.*, 2012). En ce sens, certaines formes transitoires créent un défi supplémentaire dans l'intention d'établir une prévalence représentative, car le trouble peut facilement passer inaperçu et être banalisé, voire nié par l'entourage de l'enfant. Somme toute, on recense actuellement la prévalence pour du mutisme sélectif à moins de 1%, trouble où une prédominance féminine est relevée (Demogeot *et al.*, 2009).

Évolution

La scolarisation est le moment le plus souvent corrélé à l'émission d'un diagnostic de mutisme sélectif, alors que l'apparition du trouble survient généralement plus tôt dans la trajectoire développementale de l'individu. En effet, le mutisme se développe de façon progressive dans les premières années de vie de l'enfant, bien souvent en débutant par une réticence à l'égard des étrangers (de Becker, 2012). Le début réel du trouble est alors considéré comme étant précoce, soit, en moyenne, vers deux ans et demi, puis une divergence subsiste entre la date d'apparition des symptômes et la première consultation auprès d'un professionnel. Ce délai significatif de deux à quatre ans entre le début du trouble et la prise d'un rendez-vous de consultation est expliqué, entre autres, par l'espoir qui demeure présent dans les familles quant à une possible évolution spontanée de l'enfant lors de l'entrée scolaire (Gellman-Garçon, 2007). Cependant, c'est souvent le cas contraire qui se produit et le début de la scolarisation vient, en quelque sorte, officialiser les difficultés de la personne (Lawrence, 2018). Ainsi, deux pics de fréquence ont été identifiés quant à l'apparition des symptômes. Il est alors considéré que les âges de trois et six ans représentent les pics de fréquence les plus communs, et ce, particulièrement en raison des symptômes qui deviennent plus nuisibles pour l'enfant et plus visibles pour autrui dû à sa scolarisation (Gellman-Garçon, 2007). En outre, le mutisme sélectif cause fréquemment un sentiment d'impuissance pour toute personne se situant à l'extérieur du milieu familial de proximité. De plus, bien souvent cela s'accompagne de frustration envers l'incapacité de l'enfant à communiquer minimalement avec

autrui, ce qui rend les manifestations plus éloquentes dans certains contextes sociaux, tels qu'à l'école (Kamani et Monga, 2020). Dans d'autres cas moins fréquents, l'entrée scolaire s'avère être un élément déclencheur des comportements mutiques (Smith-Schrandt et Ellington, 2018).

Pour ce qui est de l'évolution du trouble, la disparition des symptômes prédit difficilement l'évolution ultérieure du mutisme sélectif dans la vie de l'enfant. De ce fait, la démutisation n'est parfois que transitoire et est une partie intégrante du traitement, particulièrement en bas âge (de Becker, 2012). À la suite de la puberté, une diminution marquée des cas de mutisme sélectif est recensée, et ce, en dépit du fait que certaines difficultés sociales et comportementales peuvent perdurer (impulsivité, réactions mutiques intermittentes, dépression, trouble obsessionnel compulsif, etc.) (Gellman-Garçon, 2007). Ces difficultés peuvent également persister à l'âge adulte, malgré le fait que le mutisme sélectif n'existerait plus après l'adolescence (Remschmidt *et al.*, 2001). À l'égard de ces diverses considérations, la persistance du trouble a alors été recensée en moyenne entre deux et douze ans (Gellman-Garçon, 2007).

Diagnostic différentiel

Afin de différencier le mutisme sélectif et d'autres pathologies comportant des symptômes similaires, une approche méthodique a permis d'établir les diagnostics différentiels associés au trouble dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (APA, 2013) :

- Troubles de la communication (trouble du langage, trouble de la phonation, trouble de la fluidité verbale ou autre trouble de la communication sociale). 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 (trouble du spectre de l'autisme, schizophrénie, autres troubles psychotiques ou handicap intellectuel grave), caractérisés par une incapacité de parler correctement dans l'ensemble des situations sociales. En revanche, le mutisme sélectif doit être diagnostiqué uniquement si l'enfant est effectivement capable de parler dans certaines situations sociales (généralement à son domicile).
- Anxiété sociale (phobie sociale). L'anxiété sociale et l'évitement social du trouble anxiété sociale peuvent être associés à un mutisme sélectif. Dans ce cas, les deux diagnostics doivent être portés. (p.230)

La distinction entre l'anxiété sociale et le mutisme sélectif relève principalement des causes à l'origine des manifestations comportementales de chacun des troubles. De ce fait, l'anxiété sociale est présente sans égard à l'utilisation de la parole étant donné qu'il s'agit de peurs généralement excessives, persistantes et envahissantes associées à l'observation d'autrui. Le jugement des autres est alors au centre des préoccupations de l'individu atteint d'anxiété sociale, faisant ainsi de ce dernier un trouble relationnel (Fanget, 2007). Le mutisme sélectif est, quant à lui, lié à l'aptitude ou l'inaptitude de l'enfant à parler en fonction des contextes sociaux alors que la peur d'être jugé négativement lorsque la parole n'est pas requise n'est pas une cause d'angoisse (Hung *et al.*, 2012).

Étiologie

Le DSM-5 propose des facteurs de risque associés au développement du mutisme sélectif, certains reliés à des causes individuelles (tempérament), alors que d'autres sont davantage liés à la génétique, à la physiologie ou encore à l'environnement (APA, 2013).

Les facteurs de risque corrélés au tempérament de l'enfant demeurent difficiles à identifier, quoique certains sont tout de même recensés comme étant de possibles éléments prédisposants dans le DSM-5 comme c'est le cas pour l'émotivité négative ainsi que pour l'inhibition comportementale. En ce qui a trait aux habiletés langagières, la compréhension verbale de l'enfant au niveau réceptif peut être légèrement atteinte bien que cette difficulté n'entrave pas le fonctionnement normal de l'enfant (APA, 2013). D'un point de vue génétique et physiologique, sans qu'une relation de cause à effet soit concrètement établie, la fréquente comorbidité entre le mutisme sélectif et l'anxiété sociale pourrait partager certains facteurs de risque liés à l'hérédité. De plus, la présence de timidité, d'isolement et d'anxiété sociale chez les parents fait partie des caractéristiques tempéramentales pouvant être héréditaires et prédisposantes au mutisme sélectif. Finalement, en ce qui a trait à l'environnement, la reprise d'un modèle à l'égard des comportements d'inhibition sociale de la part des parents peut favoriser le développement d'une certaine réticence sociale ou du mutisme sélectif. De plus, les pratiques parentales caractérisées par beaucoup de contrôle et des comportements surprotecteurs sont plus souvent associées au mutisme sélectif qu'à

d'autres troubles tels que les troubles anxieux ou qu'à l'absence d'un trouble quelconque (APA, 2013).

Alors que la description du trouble s'est précisée au cours des dernières années, les facteurs de risque du mutisme sélectif demeurent toutefois peu explorés. En considérant l'hétérogénéité des causes possibles recensées dans le DSM-5 ainsi que le peu d'études disponibles sur le mutisme sélectif, il s'avère intéressant d'explorer les facteurs de risque du trouble. Le modèle psychodéveloppemental offre une conception théorique intéressante afin d'examiner comment ces différents facteurs de risque peuvent contribuer à une trajectoire développementale menant au mutisme sélectif.

Modèle psychodéveloppemental

Le concept d'adaptation est un processus complexe qui relève à la fois de la dimension cognitive, comportementale, émotive et physique. La diversité des dimensions qui peuvent affecter l'adaptation ou l'inadaptation d'un individu nécessite que l'on s'y attarde et pour ce faire, l'utilisation du modèle psychodéveloppemental, soit le modèle d'évaluation psychoéducative inspiré du modèle intégrateur de Cummings *et al.* (2000), s'avère d'autant plus à propos (OPPQ, 2014).

La première partie du modèle d'évaluation psychoéducative permet une classification des facteurs de risque et de protection d'une problématique sous trois catégories distinctes : les facteurs individuels (biologiques, génétiques et psychologiques), les facteurs familiaux et autres sources de soutien (famille élargie, pairs, couple, parents-enfants et fratrie), puis les facteurs sociétaux (politiques et cultures, socioéconomiques, écologiques et idéologiques). Ces facteurs de risque ont une incidence sur les réactions et les patrons de réponse d'un individu, et ce, tant sur le plan des cognitions, des émotions, des réponses physiologiques et biologiques que sur les réactions sociales. Au cours de la trajectoire développementale, ces réponses aux facteurs de risque peuvent modifier l'équilibre d'un individu, se traduisant notamment par des difficultés sur le plan du fonctionnement adaptatif de la personne. Ainsi, devant la variété des facteurs de risque auxquels un enfant peut être

exposé, les réponses varient et peuvent placer l'individu dans une situation d'inadaptation, dont le mutisme sélectif est une forme (OPPQ, 2014).

En somme, en regard au mutisme sélectif, l'analyse des facteurs de risque dans la perspective du développement de l'enfant comme étant un processus biopsychosocial permet d'explorer les causes du trouble sous l'angle d'un modèle explicatif de l'adaptation pratique et validé. La considération de l'interaction individu-environnement à l'aide du modèle psychodéveloppemental se fera selon les grandes catégories présentées ultérieurement : 1) facteurs individuels; 2) famille et autres sources de soutien; 3) société et environnement (OPPQ, 2014).

Objectif

Cet essai est réalisé dans l'optique d'une meilleure compréhension des éléments prédisposants au mutisme sélectif qui sont disponibles dans la littérature scientifique. Ainsi, la recension a pour but l'identification des facteurs de risque associés et non associés au mutisme sélectif chez l'enfant et l'adolescent (0-18 ans).

Méthode

Recherche documentaire

Dans l'intention de répondre à l'objectif de cet essai, une recherche documentaire afin d'identifier les articles scientifiques pertinents a eu lieu en avril 2022, et ce, en ligne à partir de l'outil de recherche Sofia et de la banque de données PsychInfo. À la lecture des différents articles retenus sur le sujet du mutisme sélectif et de leurs références, d'autres articles ont pu compléter la recension et offrir un portrait plus représentatif des données disponibles sur le sujet.

La démarche de recension utilisée fut adaptée au contexte de recherche. En effet, lorsqu'un terme de recherche lié à la variable dépendante (p. ex., « mutisme sélectif ») et un terme de recherche lié à la variable indépendante (p. ex., « facteurs de risque ») ont été utilisés, peu de résultats se sont avérés disponibles et pertinents. C'est donc par une procédure de recherche systématique que les articles scientifiques sélectionnés ont pu être trouvés en utilisant uniquement

l'équation de recherche regroupant les synonymes du terme mutisme sélectif qui suit : "*Elective mutism" OR "Voluntary Mutism" OR "Aphasia voluntaria" OR "Kussmaul* aphasia".

Critères de sélection

Pour assurer la pertinence des articles sélectionnés, certains éléments ont permis d'établir les critères d'inclusion et d'exclusion de la recension littéraire. Les études ont été choisies si :

- Elles portent sur un échantillon d'enfants ou d'adolescents présentant certaines manifestations de mutisme sélectif. Les études dans lesquelles les participants ont reçu un diagnostic ont été retenues, tout comme celles mesurant le mutisme sélectif à l'aide d'une échelle.
- Elles examinent au moins un facteur de risque en lien avec le mutisme sélectif.
- L'âge de la population à l'étude est de 18 ans et moins.
- Elles ont été publiées entre 2000 et 2022.
- Elles ont été rédigées en anglais ou en français.

En ce qui concerne les critères d'exclusion, les études où les échantillons ne permettaient pas de comparaison minimale entre les individus pour établir qu'un facteur de risque était bel et bien lié au mutisme sélectif et celles qui ne distinguaient pas le trouble à l'étude des autres problématiques présentes dans l'échantillon clinique (anxiété sociale, anxiété généralisée, etc.) n'ont pas été retenues.

Extraction des données

À la lecture des articles sélectionnés, certains éléments ont été extraits des différentes sources afin de permettre de cibler les informations pertinentes, d'en faire la synthèse et de faciliter leur analyse. En outre, les caractéristiques de l'échantillon ont permis de résumer l'étendue d'âge des participants, le mode de recrutement et le lieu du déroulement de l'étude, le cas échéant. Ensuite, l'instrument utilisé pour établir la présence de mutisme sélectif chez l'enfant a été précisé. Subséquemment, les facteurs de risque associés ainsi que les facteurs de risque non associés au

développement du mutisme sélectif selon la sphère du modèle psychodéveloppemental à laquelle ils se rattachent ont été établis.

Résultats

L'équation de recherche utilisée dans les différentes bases de données comprenant uniquement la variable dépendante (mutisme sélectif et ses synonymes) et l'ajout d'articles par le biais des listes de références ont permis la sélection de 42 articles scientifiques. Subséquemment à la lecture de l'ensemble des articles qui semblaient pertinents pour répondre à l'objectif de cet essai, puis à l'application des critères d'inclusion et d'exclusion, ce sont finalement neuf articles qui ont été retenus. Le tableau 1 offre une synthèse des principales caractéristiques des différentes études retenues. Les neuf articles sélectionnés proviennent majoritairement de l'Europe (Suisse, Pays-Bas, Finlande et Norvège), à l'exception d'un article provenant du Canada (Manassis *et al.*, 2007) et un autre de Jérusalem (Elizur et Perednik, 2003). Les participants des études retenues dans le cadre de la recension sont âgés entre 3 et 18 ans. La façon d'établir la présence ou l'absence du mutisme sélectif varie d'une étude à l'autre, certains auteurs ayant combiné plus d'un outil de mesure pour établir le diagnostic. Alors que la nécessité de satisfaire les critères du DSM (IV ou 5, selon l'année de l'étude) se retrouve dans cinq des neuf articles, l'utilisation du questionnaire d'évaluation du mutisme sélectif (QMS) est présente dans trois études et deux études ont opté pour des entrevues structurées auprès d'un parent. Finalement, deux études ont priorisé les enfants ayant précédemment reçu un diagnostic de mutisme sélectif par un psychologue ou un psychiatre ou par un service de santé mentale spécialisée.

Tableau 1

Facteurs de risque en fonction du modèle psychodéveloppemental

Références	Caractéristiques de l'échantillon	Mutisme sélectif	Facteurs de risque associés avec le mutisme sélectif	Facteurs de risque non associés au mutisme sélectif
Buzzella <i>et al.</i> (2010)	<p>Mutisme sélectif : N = 29 (3-13 ans)</p> <p>Groupe contrôle : N = 28 (3-13 ans, sans diagnostic)</p> <p>Recrutement via internet.</p>	Questionnaire d'évaluation du mutisme sélectif (QMS) complété par le parent.	<p>Famille et autres sources de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surveillance parentale élevée 	<p>Famille et autres sources de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pratiques parentales (chaleur, attentes envers son enfant, communication, etc.)
Elizur et Perednik (2003)	<p>Mutisme sélectif : N = 19 (4-6 ans, 9 immigrants et 10 natifs de Jérusalem)</p> <p>Groupe contrôle : N = 19 (4-6 ans, 9 immigrants et 10 natifs de Jérusalem, sans diagnostic)</p> <p>Recrutement en milieu scolaire.</p>	Satisfais les critères du mutisme sélectif selon le DSM-IV.	<p>Famille et autres sources de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Discorde familiale <p>Société et environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Immigration familiale 	<p>Famille et autres sources de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Santé mentale de la mère
Gensthaler <i>et al.</i> (2015)	<p>Mutisme sélectif : N = 109 (3-18 ans)</p> <p>Groupe contrôle :</p>	Entrevue diagnostique structurée réalisée auprès des mères d'enfants atteints de	<p>Individuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inhibition comportementale précoce 	

	<p>N = 118 (3-18 ans, sans diagnostic)</p> <p>Recrutement en milieu préscolaire et scolaire.</p>	<p>mutisme sélectif (Kinder-DIPS).</p> <p>Diagnostic émis en fonction du DSM-IV-TR.</p>		
Koskela <i>et al.</i> (2020)	<p>Mutisme sélectif N = 860 enfants (3-15 ans)</p> <p>Groupe contrôle : N = 3250 (3-15 ans, sans diagnostic)</p>	<p>Échantillon atteint de mutisme sélectif recensé à partir du registre finlandais de soins hospitaliers.</p> <p>Diagnostic reçu par un service de santé mentale spécialisé.</p>	<p>Famille et autres sources de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parent(s) souffrant d'une ou de psychopathologie(s) - Père âgé de 35 ans et plus - Mère célibataire - Statut socioéconomique moins élevé - Zone urbaine vs rurale 	<p>Société et environnement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Immigration des parents
Kristensen et Torgersen (2001)	<p>Mutisme sélectif : N = 50 (âge moyen 9 ans)</p> <p>Groupe contrôle : N = 108 (âge moyen 9 ans, sans diagnostic)</p> <p>Recrutement en cliniques externes et en milieu scolaire.</p>	<p>Diagnostic de mutisme sélectif émis selon les critères du DSM-IV à partir de discussions avec le thérapeute référent, d'entretiens structurés avec les parents et l'enseignant, puis d'évaluations de la cognition et du langage.</p>	<p>Famille et autres sources de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traits anxieux des parents 	

<p>Manassis <i>et al.</i> (2007)</p>	<p>Mutisme sélectif : N = 44 (6-10 ans)</p> <p>Groupe contrôle : N = 28 (6-10 ans anxiété) N = 19 (6-10 ans, sans diagnostic)</p> <p>Recrutement dans les cliniques spécialisées en troubles anxieux.</p>	<p>Entrevue structurée avec le parent réalisée par un psychiatre ou un psychologue combiné, si possible, à un entretien avec l'enfant.</p>	<p>Individuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anxiété sociale - Compétence langagière réceptive et expressive 	
<p>Melfsen <i>et al.</i> (2021)</p>	<p>Mutisme sélectif : N = 28 (7-18 ans)</p> <p>Groupe contrôle : N = 33 (7-18 ans, sans diagnostic)</p> <p>Milieu hospitalier</p>	<p>Satisfait les critères du mutisme sélectif selon le DSM-5 dans l'historique médical complété par la mère.</p> <p>Diagnostic précédemment émis par un psychiatre ou un psychologue à l'aide du questionnaire d'évaluation du mutisme sélectif (QMS).</p>	<p>Individuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilité au traitement sensoriel - Symptômes dissociatifs 	
<p>Muris <i>et al.</i> (2015)</p>	<p>Échantillon non clinique N = 57 (3-6 ans)</p> <p>Recrutement en milieu préscolaire et scolaire.</p>	<p>Questionnaire d'évaluation du mutisme sélectif (QMS) complété par le parent.</p>	<p>Individuels :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sexe féminin - Bas âge - Anxiété sociale 	

<p>Starke (2018)</p>	<p>Mutisme sélectif : N = 18 (3-6 ans)</p> <p>Groupe contrôle : N = 12 (3-6 ans, sans diagnostic)</p> <p>Recrutement en milieu préscolaire et scolaire.</p>	<p>Satisfais les critères du mutisme sélectif selon le DSM-V.</p> <p>Questionnaire d'évaluation du mutisme sélectif (QMS) complété par le parent.</p>	<p>Individuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anxiété sociale 	<p>Individuels</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bilinguisme - Compétence langagière réceptive
----------------------	---	---	---	---

Synthèse des résultats obtenus

Un constat émerge de la synthèse des facteurs de risque associés au mutisme sélectif identifiés dans les différentes études : la variation des résultats. En effet, seule l'anxiété sociale est indiquée dans trois études comme étant associée au développement de comportements mutiques chez l'enfant et l'adolescent. L'ensemble des autres facteurs de risque recensés divergent d'une étude à l'autre et les auteurs sont unanimes quant à la nécessité d'investiguer davantage cet élément dans des études subséquentes. Les prochaines sections brossent le portrait des facteurs de risque qui ont été examinés dans les études recensées.

Facteurs individuels

Anxiété sociale. Dans trois études (Starke, 2018 ; Muris *et al.*, 2015 ; Manassis *et al.*, 2007), l'anxiété sociale est considérée comme le facteur de risque le plus fréquemment associé au développement du mutisme sélectif chez l'enfant. D'ailleurs, l'hypothèse de comorbidité entre ces deux troubles a longtemps eu primauté dans les écrits littéraires et ce n'est que dans les dernières années qu'une distinction a été émise (Muris *et al.*, 2015). Bien que cette comorbidité soit souvent présente, l'existence du mutisme sélectif en tant qu'unique psychopathologie existe (Émilien, 2003). Dans les trois études retenues, les symptômes d'anxiété sociale étaient tout de même plus fortement associés à la présence de mutisme sélectif et à un nombre inférieur de mots parlés que les symptômes d'anxiété non sociale. Selon Muris *et al.* (2015), l'anxiété sociale, en excluant les autres symptômes d'anxiété, était le seul prédicteur significatif et indépendant du mutisme sélectif selon les symptômes rapportés par les parents dans l'étude. Manassis *et al.* (2007) appuient également ces propos avec des résultats indiquant que le niveau de sévérité du mutisme sélectif est plus important lorsqu'il est en comorbidité avec l'anxiété sociale.

Inhibition comportementale précoce. L'étude de Gensthaler *et al.* (2016) a voulu explorer l'inhibition comportementale en corrélation avec le développement du mutisme sélectif. Les auteurs considèrent les comportements marqués par de l'inhibition précoce chez les nourrissons et donc, chez les enfants âgés de 12 mois et moins. Lors de l'étude, les individus étaient âgés entre 3 et 18 ans et ce sont les parents qui devaient relater les comportements passés. Par le

biais de cette démarche, l'hypothèse que le jugement parental pouvait être biaisé par la mémoire rétrospective des parents affectée négativement par le mutisme sélectif sévère actuel a été émise. Des analyses se référant au diagnostic actuel pour contrôler cet effet ont été réalisées par les chercheurs afin d'assurer la véracité du rôle prédisposant du facteur à l'étude. Des liens empiriques ont pu être établis entre l'inhibition comportementale précoce et l'apparition de comportements mutiques ou du trouble ultérieurement, confirmant le rôle prédisposant de ce facteur.

Sensibilité de traitement sensoriel et symptômes dissociatifs. Melfsen *et al.* (2021) souhaitaient étudier la sensibilité au traitement sensoriel et les symptômes dissociatifs, puis vérifier s'il pouvait y avoir un lien avec l'émergence de comportements mutiques. Les résultats de l'étude stipulent que le mutisme sélectif peut être la résultante d'une tentative d'adaptation à une situation perçue par le système nerveux comme étant dangereuse. Ainsi, si une situation est vécue comme menaçante, il n'est pas nécessaire qu'elle soit réellement dangereuse pour déclencher une alarme et par la suite une réaction de stress. Devant ce stress, les symptômes dissociatifs apparaissent et s'expriment, chez l'enfant mutique, par un arrêt de la communication verbale. Des expériences de stress répétées conduisant à l'incapacité de parler dans des situations stressantes augmentent donc l'utilisation du mutisme en tant que réaction omniprésente qui sert à des fins adaptatives et défensives.

Sexe. Muris *et al.* (2015) ont établi au cours de leur étude une prédominance féminine dans la prévalence de mutisme sélectif. En effet, l'analyse de l'échantillon clinique a illustré non seulement plus d'inhibition comportementale et de symptômes d'anxiété sociale chez les filles, mais aussi un plus grand nombre de cas de mutisme sélectif. L'étude d'Elizur et Perednik (2003) n'a, quant à elle, relevé aucun effet de genre sur les résultats, mais précise toutefois que la taille de l'échantillon pouvait être trop restreinte pour témoigner d'une quelconque variation en fonction du sexe de l'individu. Outre ces deux études, aucun autre auteur n'a examiné le sexe de l'enfant comme facteur de risque au mutisme sélectif.

Bas âge. L'étude de Muris *et al.* (2015) est venue documenter une corrélation possible entre l'âge de l'enfant et le développement du mutisme sélectif. Les résultats illustrent que plus les enfants sont en bas âges et plus fréquents étaient les diagnostics émis. À l'inverse, le nombre de mots verbalisés pendant l'étude augmentait en fréquence simultanément à l'augmentation de l'âge de l'enfant.

Compétences langagières. Une étude retenue dans le cadre de la recension littéraire est venue documenter l'aspect des compétences langagières réceptives ainsi que l'effet de l'apprentissage d'une deuxième langue (Starke, 2018). Les résultats témoignent d'une plus grande anxiété liée à l'incapacité de comprendre le message verbal entendu ou encore de communiquer avec autrui dans une nouvelle langue apprise, sans toutefois que cela n'engendre du mutisme sélectif. Ainsi, selon cette étude, de façon isolée, le bilinguisme ou les difficultés langagières ne sont pas plus fréquemment associés à l'expression de comportements mutiques. Cependant, les preuves empiriques divergent alors que l'étude de Manassis *et al.* (2007) relève des différences significatives relativement aux trois instruments de mesure utilisés pour évaluer les compétences langagières de l'enfant dans le cadre de l'étude. Les résultats aux instruments évaluant respectivement les compétences réceptives liées au vocabulaire, la conscience phonémique et la grammaire étaient tous moins élevés dans le groupe d'enfants atteints de mutisme sélectif. D'ailleurs, selon les résultats, les compétences issues du langage expressif sont les plus atteintes chez les enfants avec du mutisme sélectif (Manassis *et al.*, 2007).

Famille et autres sources de soutien

Pratiques parentales. La recherche de Buzzella *et al.* (2010) a exploré en quoi la variété des pratiques parentale pouvait avoir une incidence sur la présence ou l'absence de mutisme sélectif dans le continuum de développement d'un enfant. En regard des résultats, parmi l'ensemble des comportements parentaux analysés, seule la surveillance parentale accrue s'est avérée significativement plus élevée dans le groupe d'enfants atteints de mutisme sélectif en comparaison au groupe témoin. En outre, la chaleur, les attentes élevées envers leurs enfants ou encore la communication n'ont pas été démontrées comme étant liées au développement du mutisme sélectif.

Discorde familiale. Elizur et Perednik (2003) ont exploré le possible lien unissant l'apparition de comportements mutiques et la présence de discorde à l'intérieur de la famille. En ce sens, leur étude a permis d'établir que les conflits familiaux agissent à titre de facteur de risque général qui affecte l'équilibre de la famille et réduit la présence d'un soutien optimal pour les enfants à risque. Ainsi, lorsque les capacités adaptatives sont réduites et insuffisantes pour faire face aux adversités, le sentiment de stress vécu par l'enfant peut conduire à une organisation défensive dysfonctionnelle qui se traduit parfois par du mutisme sélectif.

Parent(s) souffrant d'une ou de psychopathologie(s). Une vaste étude reposant sur l'examen rétrospectif de dossiers médicaux (Koskela *et al.*, 2020) s'est intéressée à l'influence des psychopathologies parentales sur le développement du mutisme sélectif chez leur progéniture. Ainsi, la recherche sous-tend que si les deux parents souffraient d'un trouble psychiatrique, cela triplait presque leurs chances d'avoir un enfant atteint de mutisme sélectif comparativement aux enfants dont aucun des parents ne souffrait de psychopathologie. Si seul un des deux parents était atteint d'une psychopathologie, le risque était somme toute significativement élevé, mais dans une moins grande intensité (Koskela *et al.*, 2020). Kristensen et Torgensen (2001) appuient ces résultats, et ce, en regard de l'impact des traits anxieux des parents. En effet, les parents d'enfants souffrant de mutisme sélectif se différenciaient significativement de ceux du groupe témoin uniquement quant à leurs antécédents de timidité excessive ou d'anxiété sociale. Ainsi, malgré la considération d'autres psychopathologies (schizophrénie, personnalité évitante, etc.), leur étude confirme le lien prédisposant uniquement entre les caractéristiques tempéramentales anxieuses des parents et le développement de comportements mutiques de leur enfant. En contrepartie, l'étude d'Elizur et Perednik (2003) ne soutient pas cette hypothèse alors que les résultats de leur recherche n'indiquent aucune différence entre les groupes pour l'ensemble des psychopathologies maternelles évaluées.

Caractéristiques sociodémographiques des parents. Les résultats de l'étude de Koskela *et al.* (2020) établissent un lien entre l'âge du père et l'arrêt de la communication verbale chez l'enfant. Ainsi, avoir un père âgé de 35 ans et plus à la naissance de l'enfant est davantage

associé à l'apparition de mutisme sélectif chez celui-ci, les risques étant multipliés par 1,4. Pour ce qui est des pères âgés de 40 et plus, ce même risque est alors multiplié par 1,8. En outre, au cours de leur étude, Koskela *et al.* (2020) ont découvert que le célibat de la mère était corrélé à une plus grande prévalence de mutisme sélectif chez l'enfant. De ce fait, les enfants d'une mère célibataire sont deux fois plus à risque d'être atteint du trouble à l'étude par rapport aux enfants de mères mariées ou en couple. De plus, comparativement à la classe socioéconomique la plus élevée, toutes les autres classes socioéconomiques sont associées à un risque accru que l'enfant présente un mutisme sélectif, avec le risque le plus élevé identifié pour la classe socioéconomique la moins favorisée (Koskela *et al.*, 2020). Finalement, Koskela *et al.* (2020) ont exploré l'effet de la provenance géographique d'une famille sur le développement du mutisme sélectif. Ainsi, les résidents d'une zone urbaine ont été mis en comparaison avec les habitants d'un milieu rural ou semi-rural afin d'explorer l'incidence du lieu d'habitation sur la présence de comportements mutiques. L'hypothèse ne fut pas soutenue, car aucune relation n'a pu être établie entre les deux variables à l'étude.

Société et environnement

Immigration. L'étude d'Elizur et Perednik (2003) s'est intéressée à l'impact de l'immigration sur l'apparition du mutisme sélectif en comparant un groupe d'immigrants et de natifs de Jérusalem atteints du trouble avec un groupe ayant les mêmes origines démographiques et ethniques, mais sans comportement mutique. Les auteurs ont sélectionné des immigrants provenant de milieu socioéconomique aisé afin de favoriser une comparabilité équitable à des fins d'analyse. L'étude approfondie des résultats à l'intérieur du groupe d'enfants mutiques permet une distinction importante entre les enfants immigrés et les enfants natifs de Jérusalem : l'immigration multiplie par quatre l'incidence de l'environnement sur le développement du trouble. À l'opposé des conclusions de cette étude, les résultats de la recherche de Koskela *et al.* (2020) témoignent du contraire en ce qui a trait à l'immigration des parents. En ce sens, l'association entre le statut d'immigrant des parents et le mutisme sélectif n'a pu être soutenue empiriquement dans le cadre de cette étude.

Discussion

La complexité et la méconnaissance à l'égard du mutisme sélectif engendrent des défis importants dans sa compréhension. Cet essai a donc été réalisé afin d'établir un portrait plus détaillé des facteurs de risque associés et non associés au mutisme sélectif recensés dans la littérature scientifique, et ce, pour les enfants et les adolescents âgés de 18 ans et moins. Un nombre plus important de recherches s'est intéressé à la compréhension du diagnostic de mutisme sélectif, mais il demeure toutefois que peu de consensus émerge des études quant aux facteurs de risque associés au trouble (Busse et Downey, 2010). En effet, à ce jour, la définition du mutisme sélectif semble encore évoluer, rendant ainsi plus ardue la détermination des éléments qui prédisposent au trouble.

Dans les études disponibles sur le mutisme sélectif, force est d'admettre que seule la présence d'anxiété sociale est recensée de façon plus unanime par les auteurs, tel que proposé dans trois études retenues dans le cadre de cet essai (Starke, 2018 ; Muris *et al.*, 2015 ; Manassis *et al.*, 2007). Afin d'expliquer les raisons qui font que l'anxiété sociale peut être présente en concomitance au mutisme sélectif, l'étude de Bögels *et al.* (2010) s'est d'abord intéressée au chevauchement des deux troubles. Les résultats stipulent que les comportements mutiques existent rarement en l'absence d'anxiété sociale, alors que celle-ci est plus fréquemment diagnostiquée seule. Dummit *et al.* (1997) et Kristensen (2000) estiment le chevauchement entre ces deux pathologies entre 68% et 100%.

Il n'est guère récent de s'intéresser à la concomitance des deux troubles, car dès l'apparition du mutisme sélectif dans le DSM-III en 1980, une certaine comorbidité avec les troubles anxieux était déjà précisée. Au fil du temps, cette relation étroite entre les deux troubles explique que l'on retrouve maintenant le mutisme sélectif dans la classe des troubles anxieux (Busse et Downey, 2011). Les taux de comorbidité particulièrement élevés lorsque le mutisme sélectif est présent soulèvent des questions évidentes sur l'indépendance des deux troubles (Bagnard, 2020). Alors que certains considèrent le mutisme sélectif comme un sous-type de l'anxiété sociale, d'autres sont d'avis que les comportements mutiques sont une forme plus grave de l'anxiété sociale. L'incohérence qui subsiste est expliquée par les divergences existantes entre les deux troubles, en

dépît des symptômes similaires au niveau des manifestations comportementales (timidité excessive, refus de communiquer en public, évitement, etc.) (Bagnard, 2020). D'une part, le mutisme sélectif se développe plus précocement dans la trajectoire développementale, soit entre 2 et 5 ans alors que l'anxiété sociale survient plus tardivement, généralement entre 11 et 13 ans (Wong, 2010). D'autres recherches précisent également que lorsqu'un enfant est atteint d'anxiété sociale, les manifestations comportementales propres au mutisme sélectif sont d'une moins grande intensité. D'autre part, les résultats de l'étude de Milic *et al.* (2020) mettent en évidence une divergence importante entre les enfants atteints de mutisme sélectif et les enfants atteints d'anxiété sociale quant à la caractéristique reliée à la restriction de la parole. Ainsi, le niveau de parole réduit est plus répandu et cohérent à l'ensemble des situations sociales chez les enfants atteints de mutisme sélectif (Milic *et al.*, 2020). En complément, Bagnard (2020) ajoute que, pour le diagnostic différentiel du mutisme sélectif et du trouble d'anxiété sociale, les personnes atteintes de mutisme sélectif peuvent ne pas parler par peur d'une évaluation négative, mais ne craignent pas d'être jugées négativement dans des situations sociales où la parole n'est pas nécessaire, tel qu'il serait le cas dans un jeu non verbal. Ainsi, bien qu'une comorbidité importante existe entre les deux troubles, il apparaît que l'anxiété sociale pourrait effectivement agir comme facteur de risque au développement du mutisme sélectif.

Sur le plan méthodologique, il importe également de considérer les caractéristiques des études suggérant que l'anxiété sociale soit un facteur de risque au mutisme sélectif (Manassis *et al.*, 2007 ; Muris *et al.*, 2015 ; Starke, 2018). C'est par l'utilisation d'une procédure rigoureuse que Manassis *et al.* (2007) ont établi le diagnostic de mutisme sélectif au cours de leur étude. En effet, par des entrevues menées par des psychologues et des psychiatres, la rigueur du diagnostic différentiel est sans équivoque, menant à des conclusions desquels émerge une certaine validité. D'un autre point de vue, les études de Muris *et al.* (2015) et Starke (2018) ont utilisé le questionnaire sur le mutisme sélectif ainsi que d'autres questionnaires reflétant des caractéristiques similaires au mutisme sélectif (échelle d'anxiété sociale, échelle des préférences sociales de l'enfant, etc.). La corrélation des questionnaires à des fins d'analyse peut toutefois causer une certaine confusion dans l'interprétation des résultats, ne distinguant pas les symptômes de mutisme

sélectif indépendamment des autres troubles étant donné leurs symptômes similaires. En somme, l'anxiété sociale pourrait effectivement être un facteur de risque, tel que proposé par l'examen rigoureux de Manassis *et al.* (2007) mais, en l'absence d'un diagnostic différentiel minutieux dans les deux autres études retenues, l'anxiété sociale pourrait également refléter une concomitance due à la similarité des manifestations examinées. Par conséquent, d'autres études notamment dans un contexte clinique où un échantillon clinique atteint de mutisme sélectif pourrait être comparé à un groupe atteint de mutisme sélectif et d'anxiété sociale pourraient être pertinentes.

Dans le même ordre d'idées, l'inhibition comportementale est un facteur de risque qui fait partie de l'idée généralement véhiculée quant aux éléments prédisposants au mutisme au cours de l'enfance et Milic *et al.* (2020) appuient cette hypothèse. Lorsque l'inhibition comportementale teinte le tempérament d'un enfant dès ses premières années de vie, cela se manifeste notamment par des tentatives constantes de réduction des contacts sociaux (Bégin, 1994 ; Fanget, 2007). D'ailleurs, un consensus émerge quant aux répercussions de ces contacts sociaux restreints : la présence d'inadaptation ultérieure dans la trajectoire développementale de l'enfant (Bégin, 1994). Ces répercussions peuvent ainsi se traduire par l'apparition de comportements mutiques ou encore de comportements d'anxiété sociale faisant de l'inhibition comportementale un facteur de risque à considérer. Cependant, l'étude de Milic *et al.* (2020) associe davantage le rôle prédisposant des caractéristiques tempéramentales teintées d'inhibition sévère aux enfants mutiques en comparaison aux autres troubles.

L'impact de la psychopathologie parentale sur le mutisme sélectif des enfants et des adolescents est également mitigé dans les études retenues dans le cadre de la recension (Koskela *et al.* 2020 ; Kristensen et Torgensen, 2001 ; Elizur et Perednik, 2003). Alors qu'une étude réfute l'hypothèse d'une relation entre la santé mentale de la mère et l'apparition de comportements mutiques (Elizur et Perednik, 2003), les deux autres études qui documentent une association pour ce facteur de risque ne sont pas du même avis quant au mécanisme explicatif potentiellement impliqué. L'étude de Koskela *et al.* (2020) met de l'avant l'idée que la prédisposition au mutisme sélectif qui accompagne la présence de psychopathologie chez l'un ou les parents est une cause génétique. En contrepartie, Kristensen et Torgensen (2001) sous-tendent ce même facteur de

risque, mais en tant que facteur de risque issu de l'environnement, considérant l'impact que peut avoir la manifestation des traits anxieux parentaux au quotidien, et ce, à l'égard du développement de l'enfant. De plus amples recherches seraient intéressantes afin, d'une part, soutenir empiriquement ce facteur de risque et, d'autre part, mieux comprendre sa réelle origine, qu'elle soit génétique ou environnementale.

Dans l'ensemble, seule une étude retenue dans le cadre de l'essai soutient chacun des autres facteurs de risque, tant en ce qui concerne les facteurs individuels que familiaux. Que ce soit la sensibilité au traitement sensoriel ou encore la surveillance parentale élevée, aucun d'entre eux n'a obtenu de résultats suffisants dans plus d'une étude pour soutenir la validité des résultats. Il devient alors questionnant de considérer ces facteurs avec certitude quant au lien prédisposant qui existe avec l'apparition de comportements mutiques. Cela dit, chacune des catégories explorées par le modèle psychodéveloppemental a été abordée par l'un des facteurs de risque (individuels, familiaux et autres sources de soutien, puis sociétaux). Au regard de cet amalgame de résultats diversifiés, cela appuie l'importance de considérer l'interaction qui existe entre l'ensemble des facteurs. L'interinfluence constante entre les facteurs individuels et familiaux, puis ceux environnementaux, crée un effet cumulatif, non seulement parce que les facteurs de risque additionnent leur impact, mais aussi parce que les incidences de l'un peuvent multiplier les effets de l'autre (Speranza et Valeri, 2010). Ainsi, il ne faut pas omettre l'impact de plus d'un facteur dans l'intention d'agréments la compréhension actuelle du mutisme sélectif, et ce, pour l'ensemble des catégories explorées par le modèle psychodéveloppemental.

Au-delà de l'interinfluence présente au sein des facteurs de risque, l'absence de consensus dans les différentes recherches sur le mutisme sélectif demeure préoccupante. Dans l'intention d'élucider les raisons derrière cette hétérogénéité des résultats, la recension littéraire a permis de mettre en lumière un déficit important quant au nombre d'études disponibles sur le mutisme sélectif. En effet, en considérant l'évolution constante des dernières années quant à la définition du trouble, peu d'études se sont attardées aux facteurs associés au mutisme sélectif. L'ensemble des facteurs sous-jacents au trouble s'inscrivent dans un tableau clinique varié qui semble, encore à ce

jour, incomplet (Demogeot *et al.*, 2009). D'ailleurs, ces lacunes dans la littérature créent également de la méconnaissance de la part des professionnels à l'égard des comportements mutiques. Par un effet domino, cela engendre inévitablement des erreurs dans les diagnostics : certains cas de mutisme sélectif passent inaperçus ou sont banalisés alors que d'autres cas obtiennent un diagnostic erroné (Milic *et al.*, 2020). Il s'agit notamment d'un constat de cet essai, car considérant les difficultés à établir un profil clinique « typique » qui peut mener au mutisme sélectif, la prévalence rapportée donne une impression de rareté. Ainsi, les professionnels sont réticents à l'égard de l'émission d'un diagnostic de mutisme sélectif et ne repèrent que les cas les plus sévères (Hung *et al.*, 2012). Cela ajoute donc une complexité supplémentaire pour mieux comprendre le trouble, car le fait que le mutisme sélectif soit sous-diagnostiqué rend, entre autres, la taille des échantillons à l'étude relativement restreinte et impacte la généralisation des résultats.

De plus, certains facteurs de risque sont largement véhiculés comme expliquant le mutisme sélectif (bilinguisme, traumas, être issu d'une grossesse multiple, etc.), alors que les études n'appuient pas empiriquement ces données. En raison de différences non significatives entre les groupes atteints de mutisme sélectif et les groupes contrôles, certains facteurs de risque populaires pour expliquer le mutisme sélectif sont réfutés dans les recherches. C'est le cas de la prédominance féminine à laquelle sont largement associés les troubles anxieux de façon générale, mais particulièrement celui du mutisme sélectif. D'emblée, certaines études émettent l'hypothèse que les filles sont plus fréquemment atteintes du trouble, alors que l'analyse de leurs résultats ne soutient pas ces propos. Dans le cadre de l'essai, seule une étude a pu démontrer l'existence de cette relation qui associe la prévalence plus grande des filles aux cas de mutisme sélectif (Muris *et al.*, 2015), alors que l'autre étude qui a examiné ce facteur ne trouve pas de différence selon le sexe. Il en est de même pour le bilinguisme, facteur auquel est attribué un rôle prédisposant au mutisme sélectif alors que peu de recherches se sont attardées à la corrélation possible avec le développement du trouble. En raison des difficultés qui peuvent découler de l'apprentissage d'une seconde langue, plusieurs études n'ont pas été en mesure de définir suffisamment les raisons qui peuvent mener à l'absence de communication verbale chez l'enfant bilingue (Le Pichon et de Jonge, 2015 ; Roberts, 2014). Ainsi, l'étude de Starke (2018) soutient la même idée et l'issue de son étude témoigne que le refus de parler dans un contexte de bilinguisme pourrait être un signe de

mutisme sélectif tout aussi bien qu'être une étape typique du développement et de l'acquisition d'une langue seconde. Ces constats soulignent l'importance d'examiner empiriquement l'ensemble des facteurs de risque associés au trouble et la nécessité d'effectuer des recherches supplémentaires pour confirmer ou infirmer les hypothèses émises.

Limites

Tel que mentionné antérieurement, les recherches sur le mutisme sélectif ne sont pas abondantes dans la littérature et la procédure de recherche systématique utilisée dans le cadre de cette recension témoigne du manque de données probantes sur le sujet. Ce déficit d'informations crée certaines limites à la recherche puis à la rédaction qui s'ensuit qui méritent d'être exposées.

D'une part, alors que les facteurs de risque sont insuffisamment documentés, les études sur les interventions adéquates à réaliser auprès d'enfants mutiques sont plus nombreuses (de Becker, 2012; Dow *et al.*, 1995; Dummit *et al.*, 1996). Généralement, pour identifier adéquatement des interventions efficaces auprès d'une population précise, il importe, entre autres, de connaître et de comprendre les précurseurs du trouble. Cela ne semble pas être le cas pour le mutisme sélectif, trouble auquel certaines inconsistances demeurent entre les auteurs au fil du temps en ce qui a trait aux facteurs de risque. Une compréhension plus exhaustive ainsi que la réplique des résultats obtenus jusqu'à présent permettrait d'identifier des cibles d'intervention individuelles et familiales afin d'envisager une trajectoire plus favorable pour les enfants présentant un mutisme sélectif.

D'autre part, l'étendue d'âge des enfants et des adolescents faisant partie des échantillons représente une autre limite de l'essai. En effet, en considérant la grande variabilité dans le développement des enfants en fonction des âges, il s'avère difficile d'utiliser les conclusions de l'essai et de les généraliser à la population 0-18 ans. Une investigation supplémentaire aurait été intéressante quant aux caractéristiques relatives aux manifestations du trouble selon l'âge des individus atteints de mutisme sélectif si davantage d'études avaient été disponibles. Finalement, certains facteurs de risque n'ont pu être abordés dans le cadre de cet essai étant donné que les caractéristiques de l'échantillon ne permettaient pas de comparer suffisamment les résultats pour en tirer une conclusion valide. Par exemple, dans l'étude de Segal (2003), le facteur étudié est le

fait d'être issu d'une grossesse multiple de deux enfants. En revanche, seuls deux couples de jumelles mutiques font partie de l'étude, réduisant ainsi la comparabilité possible entre des jumeaux atteints de mutisme sélectif et ceux qui ne le sont pas. La preuve établie semble donc être plus sujette à une marge d'erreur. Sans toutefois nier l'existence d'un lien possible entre le mutisme sélectif et le fait d'être jumeaux, des études supplémentaires pourraient mieux établir si une relation est effectivement présente. Dans le même ordre d'idées, certains échantillons cliniques ne distinguaient pas les troubles anxieux desquels étaient atteints les individus, rendant ainsi difficile d'interpréter les résultats uniquement en fonction du trouble à l'étude.

Implications pour la pratique psychoéducative

En contexte d'inadaptation psychosociale, la polyvalence et les apports de la pratique psychoéducative sont sans équivoques. De ce fait, en considérant que le mutisme sélectif est une forme d'inadaptation, cet essai implique des retombées cliniques intéressantes pour la profession. Tout d'abord, l'essai débute avec une description exhaustive des informations disponibles sur le mutisme sélectif (étiologie, évolution, diagnostic différentiel, etc.). L'ensemble de ces informations favorisent une meilleure compréhension du trouble et facilite son dépistage, éléments essentiels pour le psychoéducateur qui se doit d'évaluer les manifestations comportementales du mutisme sélectif et ses conséquences dans la trajectoire développementale de l'enfant. D'ailleurs, les fonctions et les besoins derrière les comportements mutiques de l'enfant et de l'adolescent sont peu abordés dans la littérature et l'apport de la pratique psychoéducative pourrait agrémenter la compréhension des manifestations du trouble. En ce sens, le fait de considérer que l'incapacité de communiquer verbalement a une fonction adaptative pour l'individu qui en souffre pourrait permettre un regard nouveau sur les manifestations du trouble et mettre en place des interventions d'autant plus optimales.

Somme toute, cet essai ajoute des notions fondamentales afin de mieux comprendre les facteurs prédisposants au mutisme sélectif. À partir des résultats de la recension, il s'avère possible pour le psychoéducateur de prêter une attention particulière aux facteurs de risque auxquels un enfant ou un adolescent peut être exposé et les corrélés avec une interruption subite de la parole.

De plus, grâce au constat émis sur la variabilité présente dans les profils cliniques des enfants mutiques, cela permet au professionnel de considérer la possibilité de mutisme sélectif en présence de facteurs de risque variés. Cette perspective supporte le psychoéducateur dans son évaluation et son appréciation des capacités adaptatives de l'individu et rend possible l'émission d'un jugement clinique adéquat quant au mutisme sélectif. Subséquemment, le fait de mieux comprendre les facteurs de risque qui prédisposent au développement du trouble peut permettre d'intervenir en amont sur le potentiel expérientiel du milieu (PEX). Dans une perspective préventive et thérapeutique, certaines trajectoires développementales empreintes d'un nombre important de facteurs de risque reliés au mutisme sélectif pourraient également se voir atténuer et ainsi favoriser le développement des capacités adaptatives d'un enfant ou d'un adolescent (PAD).

Il importe également de tenir compte que, bien souvent, les symptômes de mutisme sélectif se font remarquer lors du début de la scolarisation de l'enfant (Kamani et Monga, 2020). Ainsi, le rôle du psychoéducateur en milieu scolaire est non négligeable et ses connaissances acquises sur le trouble peuvent lui permettre d'aller au-delà de la prévention et de l'intervention (Lawrence, 2018). Bien que les bénéfices qui découlent de la présence directe du professionnel auprès des jeunes sont irréfutables, son rôle auprès des membres du personnel scolaire l'est tout autant. Selon l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (2017), en ne ciblant pas directement l'élève mutique, l'exercice du rôle-conseil auprès des enseignants, des intervenants spécialisés ou encore de la direction pourrait permettre autant d'intervenir en prévention et en éducation que d'avoir comme objectif de mieux comprendre une situation. La visée de sa présence en est donc une d'accompagnement et l'objectif ultime pourrait être d'augmenter les habiletés de tous les acteurs à dépister le trouble, interagir auprès d'un enfant ou d'un adolescent mutique et à reconnaître les impacts du mutisme. La rigueur nécessaire à l'exercice du rôle-conseil ainsi que l'importance d'être à l'affût des connaissances actuelles sont deux incontournables de la profession de psychoéducateur. En ce sens, ces compétences pourraient rendre le milieu scolaire plus apte à repérer les facteurs de risque sous-jacents au trouble et à intervenir auprès d'une clientèle mutique (Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, 2017).

Conclusion

La présente étude aborde le sujet novateur des facteurs de risque associés et non associés au mutisme sélectif chez les enfants et les adolescents âgés entre 0 et 18 ans. La finalité de cette recension a permis de déceler certains déficits d'informations dans la littérature scientifique sur le mutisme sélectif, mais également d'établir un bilan exhaustif quant à l'ensemble des facteurs de risque étudiés à ce jour. L'hétérogénéité qui se dégage des résultats soutient l'importance de tenir compte de l'interaction des facteurs de risque et de l'impact que ces facteurs peuvent avoir sur les capacités adaptatives d'un enfant ou d'un adolescent et donc, sur le développement d'un trouble. Les résultats qui se dégagent de cet essai représentent un point de départ essentiel pour établir le profil clinique lié aux comportements mutiques. Cela dit, la validité des facteurs de risque recensés demeure à explorer dans des recherches subséquentes sur le mutisme sélectif dû à l'absence de consensus de la part des auteurs.

Références

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC.
- Aubry, C. et Palacio Espasa, F. (2003). Le mutisme sélectif : étude de 30 cas. *La psychiatrie de l'enfant*, 46(1), 175-207. <https://doi.org/10.3917/psyce.461.0175>
- Bagnard, T. (2020). *Les mobilisations individuelles des parents d'enfants vivant avec un mutisme sélectif*. [mémoire de maîtrise, Université de Bourgogne à Dijon, France]. Enfance, jeunesse : politiques et accompagnements. https://documentation.ehesp.fr/memoires/2020/m2enjeu/tanguy_bagnard.pdf
- Bégin, B. (1994). *Les comportements d'inhibition sociale en bas âge comme indice de prédiction de l'adaptation scolaire de l'enfant en début de scolarisation* [Rapport de recherche]. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. <https://depositum.uqat.ca/id/eprint/184/1/brunobegin.pdf>
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B. et Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and anxiety*, 27(2), 168–189. <https://doi.org/10.1002/da.20670>
- Busse, R. T. et Downey, J. (2011). Selective mutism: A three-tiered approach to prevention and intervention. *Contemporary School Psychology*, 15, 53-63. <https://psycnet.apa.org/record/2011-16543-006>
- Buzzella, B.A., Ehrenreich-May, J. et Pincus, D.B. (2010). Comorbidity and Family Factors Associated with Selective Mutism. *Child development research*, 2011, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2011/909508>
- Cummings, E.M., Davies, P.T. et Campbell, S.B. (2000). *Developmental and Family Process: Theory, Research, and Clinical Implications*. New York, NY : Guilford Press.
- de Becker, E. (2012). Le mutisme sélectif chez l'enfant : pistes de compréhension et de traitement. *Psychothérapies*, 32, 239-248. <https://doi.org/10.3917/psys.124.0239>
- Demogeot, N., Lighezzolo-Alnot, J. et Claudon, P. (2009). Mutisme à l'école et problématique d'attachement : une étude clinique. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(3), 206-215. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.12.001>
- Dow, S.P., Sonies, B.C., Scheib, D., Moss, S.E. et Leonard, H.L. (1995). Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(7), 836–846. <https://doi.org/10.1097/00004583-199507000-00006>

- Dummit, E.S., 3rd, Klein, R.G., Tancer, N.K., Asche, B. et Martin, J. (1996). Fluoxetine treatment of children with selective mutism: an open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5), 615–621. <https://doi.org/10.1097/00004583-199605000-00016>
- Dummit, E. S., Klein, R. G., Tancer, N. K., Asche, B., Martin, J. et Fairbanks, J. A. (1997). Systematic assessment of 50 children with selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 653–660. <https://doi.org/10.1097/00004583-199705000-00016>
- Elizur, Y. et Perednik, R. (2003). Prevalence and Description of Selective Mutism in Immigrant and Native Families: A Controlled Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1451,1459. <https://doi.org/10.1097/00004583-200312000-00012>
- Emilien, G. (2003). *L'anxiété sociale*. Edition Mardaga. <https://books.google.ca/books?hl=fr&lr=&id=QedjVAyFU2QC&oi=fnd&pg=PA83&dq=anxiété+sociale+et+mutisme+sélectif&ots=pojJXMcAID&sig=yZL2tseheJ61cnUYIy8fZv2kDts#v=onepage&q&f=false>
- Gellman-Garçon, È. (2007). Le mutisme sélectif chez l'enfant : un concept trans-nosographique. revue de la littérature et discussion psychopathologique. *La psychiatrie de l'enfant*, 50(1), 259-318. <https://doi.org/10.3917/psy.501.0259>
- Gensthaler, A., Khalaf, S., Ligges, M., Kaess, M., Freitag, C. M. et Schwenck, C. (2016). Selective mutism and temperament: The silence and behavioral inhibition to the unfamiliar. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(10), 1113–1120. <https://doi.org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s00787-016-0835-4>
- Hayden, T.L. (1980). Classification of elective mutism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 19(1), 118-33. <https://doi.org/10.1111/1467-9604.12180>
- Hung, S.L., Spencer, M.S et Dronamraju, R. (2012). Selective Mutism: Practice and Intervention Strategies for Children, *Children & Schools*, 34(4), 222-230. <https://doi.org/10.1093/cs/cds006>
- Kamani, Z. et Monga, S. (2020). Understanding the Outcome of Children who Selectively Do not Speak: A Retrospective Approach. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry : Journal de l'Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 29(2), 58–65. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7213919/>
- Koskela, M., Chudal, R., Luntamo, T., Suominen, A., Steinhausen, H.-C. et Sourander, A. (2020). The impact of parental psychopathology and sociodemographic factors in selective

- mutism—A nationwide population-based study. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1186/s12888-020-02637-6>
- Kristensen H. (2000). Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 249–256. <https://doi.org/10.1097/00004583-200002000-00026>
- Kristensen, H. et Torgersen, S. (2001). MCMI-II personality traits and symptom traits in parents of children with selective mutism: A case-control study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 648–652. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1037/0021-843X.110.4.648>
- Lawrence, Z. (2018). The Silent Minority: Supporting Students with Selective Mutism Using Systemic Perspectives. *Support for Learning*, 32, 352-374. <https://doi.org/10.1111/1467-9604.12180>
- Le Pichon, E. et de Jonge, M. (2015). Linguistic and psychological perspectives on prolonged periods of silence in dual-language learners. *International Journal of Bilingual Education and Bilingualism*, 19(4), 426–441. <http://dx.doi.org/10.1080/13670050.2015.1007918>
- Manassis, K., Tannock, R., Garland, E. J., Minde, K., McInnes, A. et Clark, S. (2007). The sounds of silence: Language, cognition and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1187–1195. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1097/CHI.0b013e318076b7ab>
- Melfsen, S., Romanos, M., Jans, T. et Walitza, S. (2021). Betrayed by the nervous system: A comparison group study to investigate the ‘unsafe world’ model of selective mutism. *Journal of Neural Transmission*, 128(9), 1433–1443. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s00702-021-02404-1>
- Milic, M. I., Carl, T. et Rapee, R. M. (2020). Similarities and differences between young children with selective mutism and social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 133, 103696. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103696>
- Muris, P. et Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 151–169. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/s10567-015-0181-y>
- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2014). *L'évaluation psychoéducative de la personne en difficulté d'adaptation: lignes directrices*. Montréal, QC : Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. Repéré à <http://www.ordrepesd.qc.ca/fr/normes-dexercice-et-lignes-directrices/>

- Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec. (2017). *Le psychoéducateur en milieu scolaire*. https://ordrepsed.qc.ca/wp-content/uploads/2021/08/VF_2018_Cadre-de-reference-en-milieu-soclaire-VFinale-201802.pdf
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K. et Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 251(6), 284-296. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1007/PL00007547>
- Roberts, T. A. (2014). Not so silent after all: Examination and analysis of the silent stage in childhood second language acquisition. *Early Childhood Research Quarterly*, 29(1), 22–40. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecresq.2013.09.001>.
- Segal, N. L. (2003). “Two” Quiet: Monozygotic Female Twins with Selective Mutism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8(4), 473–488. <https://doi.org/10.1177/13591045030084005>
- Smith-Schrandt, H. L., et Ellington, E. (2018). Unable to Speak: Selective Mutism in Youth. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 56(2), 14–18. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180122-04>
- Speranza, M. et Valeri, G. (2010). Trajectoires développementales en psychopathologie : apprentissages et construction de soi chez l'enfant et l'adolescent. *Développements*, 3(6), 5-15. <https://doi.org/10.3917/devel.006.0005>
- Starke, A. (2018). Effects of anxiety, language skills, and cultural adaptation on the development of selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, 74, 45–60. <https://doi-org.biblioproxy.uqtr.ca/10.1016/j.jcomdis.2018.05.001>
- Wong, P. (2010). Selective Mutism: A review of Etiology, Comorbidities, and Treatment. *Psychiatry (Edgmont)*, 7(3), 23-31. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20436772/>