

# **Elikya, gardienne de son silence**

*~ Proposition d'une approche thérapeutique pour le*

**mutisme sélectif**

*à travers l'étude d'un cas ~*

***Pour Elikya.***

***« Le silence est fait de paroles  
que l'on n'a pas dites ».***

Marguerite Yourcenar

## *Remerciements*

Je tiens à remercier en premier lieu et particulièrement ma promotrice, Mireille Clerbaux, pour son soutien durant les deux années de pratique mais aussi pour la réalisation de ce mémoire. Merci pour ses précieux conseils, son écoute et sa disponibilité.

Merci également à Valérie Marschall, directrice de l'association francophone du mutisme sélectif. Pour l'intérêt porté à notre travail, les échanges documentaires et le partage d'expériences toujours très intéressants.

Un grand merci à l'école d'Elikya pour son accueil et aux institutrices pour leur collaboration et leur ouverture pédagogique.

Je témoigne aussi toute ma gratitude à Elikya, sans qui ce travail n'aurait pu se réaliser. Elle m'a beaucoup apporté et m'a construite sur le plan de ma pratique logopédique.

Je remercie bien affectueusement ma famille et mes amis qui, de près ou de loin, m'ont soutenue dans ce travail et m'ont encouragée tout au long de mon parcours à Marie Haps jusqu'à l'élaboration de ce travail de fin d'études.

# Table des matières

<b>Elikya, gardienne de son silence</b> .....	<b>1</b>
<i>Remerciements</i> .....	<b>3</b>
Table des matières .....	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCTION THEORIQUE</b> .....	<b>6</b>
1.1 Introduction générale .....	6
1.2 Le mutisme sélectif .....	7
1.2.1 Définition .....	7
1.2.2 Les critères diagnostiques .....	8
1.2.3 Diagnostic différentiel.....	9
1.2.4 Les caractéristiques comportementales.....	11
1.2.5 Incidence et étiologie du mutisme sélectif.....	12
1.2.6 Les différentes formes cliniques.....	13
1.3 Comment prendre en charge le mutisme sélectif ? .....	16
1.3.1 Les éléments importants à considérer .....	16
a. L'anxiété.....	16
b. Préparation et plus grand temps d'échauffement.....	18
c. Lenteur cognitive.....	19
d. Mise en confiance et respect de l'enfant .....	19
e. Adaptation du matériel .....	20
f. Patience et acceptation.....	21
1.3.2 Outils et techniques.....	22
a. La SCAT (Social Communication Anxiety Therapy).....	22
b. Mise en place d'une intervention à l'école.....	27
c. La technique de façonnage .....	30
1.3.3 Les thérapies .....	30
a. La psychothérapie comportementale .....	30
b. La thérapie pharmacologique.....	33

<b>2. METHODE</b> .....	<b>34</b>
2.1 Objectifs poursuivis .....	34
2.2 Contexte et sujet .....	35
2.3 Principes méthodologiques .....	36
2.4 Mise en œuvre au fil des séances.....	38
2.4.1 Savoir-être .....	38
a. La place du rééducateur.....	38
b. Le respect du symptôme.....	39
c. La rencontre, la relation.....	40
d. Ecoute, empathie .....	41
e. Le contrat thérapeutique .....	42
2.4.2 Savoir-faire.....	43
a. Préparer la rencontre .....	43
b. Préparer aussi l'absence.....	44
c. Favoriser l'expression .....	44
d. Poser des mots sur ce que vit l'enfant .....	46
e. Encourager et soutenir l'enfant .....	50
2.4.3 Une communication privilégiée .....	50
2.5 L'importance d'un travail en équipe.....	53
2.6 Résultats .....	54
2.6.1 L'évolution d'Elikya.....	54
a. Le comportement .....	54
b. Les prises d'initiative .....	55
c. Sur le chemin de la parole.....	56
2.6.2 La parole retrouvée.....	58
2.7 Conclusion .....	59
<b>3. DISCUSSION</b> .....	<b>60</b>
<b>4. CONCLUSION GENERALE</b> .....	<b>69</b>
<b>5. ANNEXES</b> .....	<b>71</b>
<b>6. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>86</b>

# 1 INTRODUCTION THEORIQUE

## 1.1 Introduction générale

Durant notre formation pratique, nous avons été confrontée au cas d'une enfant qui nous a beaucoup interpellée. Elikya, âgée de quatre ans, est mutique seulement sur le lieu de l'école. Les signes observés chez l'enfant et son comportement n'entrent dans aucun des profils pathologiques que nous connaissons jusque-là. Puis, à force de recherches, un diagnostic a pu être posé, celui de **mutisme sélectif**.

Le mutisme sélectif est une pathologie rare et encore peu connue à ce jour. Il intrigue et interpelle autant les parents que les professionnels. En effet, comment se fait-il que le sujet puisse s'exprimer dans certaines situations et pas dans d'autres ? Cette pathologie ne cesse d'interroger les auteurs et les spécialistes de la santé.

À ce jour, les ouvrages francophones qui abordent ce thème sur le plan orthophonique sont quasi inexistant. L'intérêt porté à cette pathologie émerge petit à petit en Europe mais il est étonnant de ne pas trouver encore suffisamment de documentation sur le sujet. C'est ce qui nous a amenée en partie à orienter notre étude sur le domaine, la visée étant de présenter une base théorique se voulant suffisamment complète pour mieux appréhender le mutisme sélectif (MS).

Quelques travaux, pour la plupart anglo-saxons, exposent des outils de rééducation pour la prise en charge de cette pathologie sur les plans orthophonique et psychologique. Néanmoins, en confrontant ces techniques au terrain, nous nous sommes rendu compte qu'elles n'étaient pas toutes suffisamment adaptées. Nous souhaitons donc les compléter et ainsi présenter une approche thérapeutique particulière pour la prise en charge des enfants souffrant de MS.

Au sein de la partie théorique, nous veillerons à définir dans un premier point le mutisme sélectif, son diagnostic, ses manifestations ainsi que son étiologie et ses diverses formes cliniques. Dans un second point, nous tâcherons de mettre en évidence les signes importants à considérer dans cette pathologie. Puis, nous développerons les outils et techniques proposés pour prendre en charge l'enfant atteint de MS.

La partie méthodologique s'axera, quant à elle, sur la pratique orthophonique. À travers le cas clinique d'une enfant atteinte de MS, nous mettrons en avant des pistes de rééducation. Notre approche présentera les outils et techniques mis en place durant les deux années de suivi de cette enfant.

## 1.2 Le mutisme sélectif

### 1.2.1 Définition

Le terme "*mutisme*", bien connu dans la profession d'orthophoniste, est à dissocier du "*mutisme sélectif*". D'après le dictionnaire de logopédie<sup>1</sup>, le mutisme est une « *absence d'expression verbale malgré une intégrité des fonctions sensorielles et motrices nécessaires à l'élaboration du langage* ».

Le ***mutisme sélectif*** correspond, quant à lui, à un trouble de la communication se manifestant chez le jeune enfant. Il se définit par une impossibilité de parler dans des situations trop anxiogènes alors que l'enfant a acquis les divers principes du langage et de la parole. Certaines situations ne permettent donc pas à l'enfant de s'exprimer, celles-ci concernent principalement les contextes extrafamiliaux (particulièrement l'école). Cependant, l'enfant communique sans aucune difficulté dans certaines conditions sociales telles qu'à la maison ou en famille.

*« L'enfant devient souvent dénué d'expression et d'émotion et est souvent isolé socialement. La phobie sociale est associée à ce trouble dans plus de*

---

<sup>1</sup> Campolini C., Van Hovell V., Vansteelandt A. (1997), p 97.

90% des cas. Bien que difficile à évaluer, les recherches récentes estiment la prévalence à au moins sept enfants sur mille »<sup>2</sup>.

### **1.2.2 Les critères diagnostiques**

Le mutisme sélectif est un trouble complexe, néanmoins quelques caractéristiques homogènes ressortent et constituent les signes pathognomoniques du mutisme sélectif (DSM-IV<sup>3</sup>) :

- *Incapacité régulière à parler dans des situations sociales spécifiques (situations dans lesquelles l'enfant est supposé parler, p. ex., à l'école) alors que l'enfant parle dans d'autres situations.*
- *Le trouble interfère avec la réussite scolaire ou professionnelle, ou avec la communication sociale.*
- *La durée du trouble est d'au moins un mois (pas seulement le premier mois d'école).*
- *L'incapacité à parler n'est pas liée à un défaut de connaissance ou de maniement de la langue parlée nécessaire dans la situation sociale où le trouble se manifeste.*
- *La perturbation n'est pas mieux expliquée par un Trouble de la communication (p. ex., Bégaiement) et elle ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble envahissant du développement, d'une Schizophrénie ou d'un autre Trouble psychotique.*

Les symptômes se manifestent généralement avant cinq ans. Au départ, les signes apparaissent de manière insidieuse. Ils se perçoivent dès les premières années de vie de l'enfant en présence de personnes étrangères, principalement adultes, auxquelles l'enfant refuse de parler.

Les parents et l'entourage assimilent ce comportement à de la timidité et expliquent que leur enfant est très différent en classe et à la maison. Très souvent, les troubles deviennent évidents lors de l'insertion scolaire et c'est à ce moment que les premières consultations se font. Sur le lieu de l'école, des plaintes sont formulées de la sorte : « *Il est souvent seul en récréation, il est isolé dans la classe, il passe tout son temps au CDI (centre de documentation*

---

<sup>2</sup> <http://www.aqps.qc.ca/public/publications/bulletin/15/15-2-06.html>

<sup>3</sup> (1996) *DSM-IV*, p 137.

et d'information, il ne prend jamais la parole en classe, il est lent, il ne s'entend (ou joue) qu'avec des plus jeunes »<sup>4</sup>. L'enfant demeure dans un silence troublant, il est dans l'impossibilité de sortir les mots de sa bouche tant avec les instituteurs qu'avec ses camarades.

### 1.2.3 Diagnostic différentiel

Le mutisme sélectif est une pathologie rare et encore bien méconnue tant par les professionnels que par le grand public. Bien souvent, les enfants souffrant de MS sont sous-diagnostiqués et lorsque par chance le diagnostic est posé, il est décelé assez tardivement. Wright et al. mettent en évidence, dans leur étude de 1985 menée sur 81 cas, une différence de quatre ans entre l'âge moyen d'apparition du trouble (4,9 ans) et l'âge de la première consultation (8,3 ans)<sup>5</sup>.

Les enfants atteints de mutisme sélectif sont souvent considérés comme :

- Seulement timides : À l'école, l'enfant est fréquemment étiqueté d'*enfant timide*. Un timide rougit, n'ose pas prendre la parole mais s'il est mis en confiance, il arrive à s'exprimer, fût-ce en bégayant. Par contre, l'enfant souffrant de mutisme sélectif est dans l'incapacité de pouvoir parler dans certaines situations spécifiques et ce, quel que soit son désir d'y arriver. Les parents ne se rendent pas vraiment compte du handicap vécu par leur enfant puisqu'ils ne le voient qu'au sein de contextes rassurants. Ils connaissent leur enfant sous une toute autre forme. Ils le décrivent comme loquace, parfois turbulent et qui affirme sans difficulté son avis en famille. Dès lors, ils ne s'imaginent pas l'impact que peut avoir le trouble sur les relations sociales et les apprentissages scolaires. Si le mutisme sélectif n'est pas réellement pris en compte, puisque non diagnostiqué, il peut perdurer d'année en année et se renforcer en anxiété sociale.

---

<sup>4</sup> Catheline, N. (2007), p 220.

<sup>5</sup> Wright et al. , 1985 cité In Gellman-Garçon, E. (2007), p 267.

▪ Autistes : Dans la littérature, certaines classifications psychopathologiques présentent le mutisme sélectif comme signe parfois manifeste chez les enfants autistes. Toutefois, il est évoqué seulement pour les jeunes enfants Asperger qui sont susceptibles de développer « *un mutisme sélectif au cours des premières années de leur vie* »<sup>6</sup>. Lorsque l'enfant est atteint de mutisme sévère, les professionnels apparentent son comportement à celui d'un autiste. "L'enfant est en retrait, impassible, ne bouge pas, n'interagit pas avec ses pairs, son visage reste figé", voilà le discours qu'ils tiennent. Malheureusement, ces enfants sont mal considérés. Hormis leur mutisme dans les milieux extrafamiliaux, ils n'ont aucune autre difficulté sociale. Ils ne présentent pas non plus de problèmes sensoriels, ni de motricité comme observé chez les enfants autistes. Si le comportement de l'enfant est assimilé hâtivement à celui d'un enfant autiste, il ne reçoit pas le traitement adéquat et aucune adaptation en classe ne lui est proposée. Ces enfants sont d'ailleurs fréquemment placés en enseignement spécialisé car on estime qu'ils rencontrent des problèmes d'apprentissage.

▪ Enfants défiants et en opposition : Généralement, les enfants mutiques n'acceptent pas leurs difficultés. Ils les nient et refusent toute discussion sur le sujet. Les enfants atteints de MS non diagnostiqués sont souvent mal jugés. On les croit manipulateurs et caractériels. Leur silence est interprété comme une opposition et les adultes pensent que l'enfant ne "veut" pas communiquer. On le force alors maladroitement à parler et le chantage est utilisé. Cette manière de faire génère un cercle vicieux, elle est à proscrire vivement. En effet, l'enfant se braque par les frustrations vécues quotidiennement, il se replie sur lui-même, s'isole de plus en plus et devient un enfant difficile. « *Le mutisme n'est pas un choix, Jérémie le dit très bien à sa mère : "On ne choisit pas de parler"* »<sup>7</sup>, « *Ce qui me fait dire : "Je ne le fais pas exprès de ne pas parler !"* »<sup>8</sup>.

Le diagnostic précoce est important chez ces enfants. S'il est tardif, le mutisme devient de plus en plus un comportement appris et ancré. Plus il

---

<sup>6</sup> Attwood, T. (2009), p 159.

<sup>7</sup> Chapellière H. et Manela Y. (2003), p 75.

<sup>8</sup> Ibid. p 53.

persiste, plus il sera difficile à surmonter par l'enfant. Par conséquent, plus tôt le diagnostic est posé, plus les chances de guérison seront grandes.

#### **1.2.4 Les caractéristiques comportementales**

Les enfants atteints de mutisme sélectif ne parlent pas, ils choisissent le silence comme solution de compromis face à "un trop" d'anxiété. Ils se trouvent donc dans l'incapacité de s'exprimer oralement. Néanmoins, ils peuvent communiquer de manière non verbale par des gestes. Pour certains cas moins sévères, le murmure est possible.

Ce qui prime chez ces enfants est leur caractère anxieux. Les contextes sociaux et scolaires favorisent leur angoisse. Lorsque l'enfant se trouve dans ces situations anxiogènes, divers signes psychosomatiques peuvent se manifester de manière significative : nausées, vomissements, diarrhées, maux de ventre ou de tête, etc. L'anxiété s'observe aussi au moment du coucher, le sommeil peut être perturbé. Il en est de même en ce qui concerne l'alimentation. Certains enfants mutiques éprouvent un embarras à manger devant d'autres personnes.

Lorsque l'enfant est en proie à son anxiété, il se fige et reste impassible ne manifestant aucune expression et mimique faciales. Il a également tendance à fuir tout contact visuel avec son interlocuteur.

En milieu scolaire, ce sont des enfants "trop calmes" et en retrait. Lors des récréations, il leur est difficile de s'intégrer aux groupes de jeux. Ils se mettent plutôt en position d'observateurs et peuvent même rester quasi immobiles durant tout le temps de la récréation alors que les autres enfants rient et jouent autour d'eux. Les relations sociales sont donc problématiques. L'enfant éprouve énormément de difficultés à initier des liens sociaux bien qu'il soit désireux d'avoir des échanges avec les autres.

### **1.2.5 Incidence et étiologie du mutisme sélectif**

« *Le mutisme sélectif semble rare et n'est retrouvé que chez moins de 1% des sujets reçus dans les structures de santé mentale* »<sup>9</sup>. Il touche essentiellement le jeune enfant préscolarisé. Certaines études réalisées démontrent un taux légèrement plus important chez les filles car elles ont plus souvent que les garçons un caractère timide, elles sont plus réservées et introverties.

Les troubles d'apprentissage, les troubles envahissants du développement, l'autisme ou autres retards de développement sont à exclure des thèses causales du mutisme sélectif. Il en est de même pour les enfants immigrés et peu familiarisés avec la langue du pays d'accueil. De plus, il n'y a pas de lien direct établi entre le mutisme sélectif et l'abus, la négligence et les traumatismes bien que ces causes puissent être possibles.

En général, l'enfant atteint de MS manifeste des signes d'anxiété élevée dès le plus jeune âge. Des phénomènes anxieux tels que : l'angoisse de séparation, des crises de colère, du négativisme, des troubles du sommeil et une gêne excessive sont relevés chez ces enfants. Le signe symptomatique qui prime dans ce trouble est l'anxiété. Elle demeure une cause sous-jacente du mutisme. « *Une prédisposition à la gêne et à l'anxiété, additionnée au stress de devoir parler (insécurité au niveau des habiletés), peut entraîner un niveau accru d'anxiété et mener au mutisme* » (Shipon-Blum traduit par Hébert, 2002).

Les études menées sur cette pathologie évoquent plusieurs causes possibles qui pourraient expliquer la présence de ce trouble chez le jeune individu :

▪ **Facteurs héréditaires** : Il existerait des antécédents familiaux tels qu'une timidité familiale, un isolement social ou une autre maladie mentale (dépression, trouble psychotique, trouble de la personnalité, trouble addictif). Les études rapportent « *un taux étonnamment élevé de phobie sociale (70%) ainsi que de mutisme sélectif (37%) dans l'histoire familiale* »<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> DSM-IV (1996), p 136.

<sup>10</sup> Gellman-Garçon, E. (2007), p 269.

**La langue** : Lorsque la langue parlée à la maison et par la famille est différente des lieux sociaux que fréquente l'enfant, le mutisme sélectif peut apparaître. L'enfant, étant alors confronté aux différences linguistiques et culturelles, refuse parfois d'investir la langue étrangère alors qu'il la comprend. « *C'est alors seulement si la compréhension de cette langue est correcte, mais que le refus de parler persiste, qu'un diagnostic de mutisme sélectif peut se justifier* »<sup>11</sup>. Le DSM-IV précise dans les diagnostics différentiels que pour les enfants immigrés, l'ignorance de la nouvelle langue n'est pas imputable au MS.

▪ **La relation mère-enfant** : Elle est attribuée comme facteur pouvant jouer un rôle dans l'apparition du trouble. La mère apparaît comme hyperprotectrice et parfois jalouse lorsque son enfant s'entretient avec une autre personne. La relation mère-enfant est fusionnelle et il y a un fort sentiment de dépendance entre les deux individus. Le père, quant à lui, se trouve en retrait de cette relation dualiste. Il ne s'inclut pas activement dans la famille. Il est distant, froid et souvent absent.

▪ **Expérience traumatique** : La littérature évoque également le rôle d'une expérience traumatique comme cause du mutisme sélectif. Ce traumatisme peut être de forme physique ou psychique mais il peut également concerner un fait marquant survenu dans la vie de l'enfant (décès, accident, déménagement, changement d'école, ...). Cette dernière thèse est à corréler avec d'autres signes se présentant chez l'enfant. Elle n'est en aucun cas un facteur direct et unique au mutisme sélectif, il faut donc la considérer avec prudence et ne pas en tirer de conclusion hâtive.

### **1.2.6 Les différentes formes cliniques**

Dans sa forme la plus caractéristique et courante, le mutisme sélectif est de type extrafamilial. Il est permanent et touche l'entourage, les amis, les camarades de classe, les enseignants, ... Les recherches d'Aubry et Palacio-

---

<sup>11</sup> Gellman-Garçon, E. (2007), p 271.

Espasa (2003) distinguent deux types de mutisme sélectif selon leur moment d'apparition :

▪ Le mutisme sélectif dit "primaire" : Ce type de mutisme s'inscrit progressivement dans la ligne de conduite de l'enfant, il apparaît de manière précoce. Les débuts sont insidieux mais il a été noté auparavant que l'enfant ne parlait pas à tous les membres de la famille. Lors des premières séparations avec la mère, l'angoisse est telle que le mutisme se manifeste. Ce comportement exprime alors *« des problèmes narcissiques importants tels qu'on en retrouve dans les névroses sévères, les troubles de la personnalité de type narcissique et borderline, les dysharmonies évolutives et les psychoses, bien que dans ces derniers cas d'autres paramètres du développement sont également touchés »*<sup>12</sup>.

▪ Mutisme sélectif dit "secondaire" : Il apparaît plus tardivement alors que l'enfant communiquait sans problème à tout son entourage et même en public. Le trouble apparaît en réaction à des situations de stress. Il est en lien avec des affects anxieux qui pourraient être l'expression d'une phobie sociale. Puisque le trouble se manifeste plus tardivement dans l'évolution de l'enfant, les auteurs estiment qu'il n'y a pas de lien avec une difficulté de séparation, tel que cela est le cas pour la forme primaire.

D'autres formes cliniques ont également été mises en avant. Gellman-Garçon (2007) s'appuie sur divers écrits anglo-saxons et met en évidence quatre formes de mutisme sélectif. Nous allons brièvement les décrire :

▪ Mutisme sélectif transitoire : Cette classe est assez discutée. Certains auteurs l'opposent au "mutisme permanent", d'autres estiment qu'il fait au contraire partie de cette classe mais qu'il est d'une forme moins sévère. Le mutisme sélectif transitoire, comme son nom l'indique, correspond à une période d'adaptation : il se manifeste durant l'entrée à l'école et se résorbe spontanément durant la première année. Une prévalence existe chez les enfants immigrants mais qui comprennent toutefois la langue du pays d'accueil.

---

<sup>12</sup> Aubry, C. Palacio-Espasa, F. (2003), p 206.

La cause serait due à une trop grande anxiété en lien avec le changement et la séparation. Le MS transitoire apparaît de manière adaptative durant une courte période.

- Mutisme intrafamilial : Trouble beaucoup plus rare. L'enfant ne communique qu'avec certains membres de sa famille. Il peut parfois utiliser le chuchotement pour d'autres personnes issues du groupe familial.
- Mutisme extrafamilial total : La communication orale de l'enfant est également fragile en contexte familial. L'enfant s'exprime très peu verbalement.
- Mutisme extrafamilial partiel : Cette forme clinique s'oppose à la précédente. L'enfant est décrit par ses parents comme difficile, tyrannique et caractériel à la maison. Il est très bavard et utilise souvent des "gros mots". Cependant, il est très différent à l'école, les instituteurs le décrivent comme un enfant très sage et fort inhibé.

Si l'on s'attache plus particulièrement à l'étiologie, quatre groupes distincts se démarquent (Hayden, 1980) :

- Le mutisme symbiotique : Le mutisme semble ici utilisé comme manipulation par l'enfant au sein d'une relation fusionnelle qu'il a établie avec un des membres de la famille (très souvent la mère).
- Le mutisme réactionnel ou traumatique : L'enfant a vécu un événement de vie traumatisant. Cette blessure engendre un retrait important de l'enfant et les signes cliniques s'apparentent à un profil dépressif. Ainsi, les interactions sociales s'établissent plus difficilement et le mutisme peut survenir.
- Le mutisme passif-agressif : L'enfant exprime clairement de manière verbale ou non verbale son refus de parler. Ces enfants démontrent des comportements antisociaux, se figent et deviennent impassibles et inexpressifs. Cette attitude est contrôlée et voulue par l'enfant qui l'utilise comme un moyen de maîtrise sur son environnement. Bien souvent, le mutisme passif-agressif

s'explique par le fait que ces enfants sont élevés dans un contexte très pathogène.

▪ Le mutisme avec phobie de la parole : Cette forme de mutisme est très rare. Il arrive que l'enfant ait une peur phobique d'entendre sa propre voix. Des rituels et troubles obsessionnels compulsifs apparaissent également au sein du comportement de l'enfant de manière indépendante au trouble de la parole.

Un diagnostic clair et précis est important à poser, il faut donc s'intéresser à l'étiologie du trouble ainsi qu'au moment de son apparition. L'établissement du diagnostic permettra de prendre en charge l'enfant de la manière la plus adéquate.

### **1.3 Comment prendre en charge le mutisme sélectif ?**

La pathologie et ses manifestations étant désormais clairement définies, nous souhaitons à présent aborder les propositions thérapeutiques existantes. Toutefois avant cela, nous mettrons en avant les caractéristiques comportementales à considérer pour toute prise en charge qu'elle soit parentale, scolaire, orthophonique ou psychologique.

#### **1.3.1 Les éléments importants à considérer**

Le docteur Elisa Shipon-Blum spécialisée dans le traitement du mutisme sélectif offre des pistes de prise en charge intéressantes. À partir de ses écrits, nous allons développer les points qui nous semblent importants de prendre en compte lorsque l'on côtoie un enfant atteint de MS.

##### **a. L'anxiété**

L'anxiété est le signe pathogène qui prime au sein du mutisme sélectif. C'est le symptôme le plus important à considérer et pourtant il est très souvent ignoré par l'entourage. En effet, lorsque l'enfant est envahi par un sentiment

d'anxiété, il a tendance à se figer. Sa gestuelle, ses mimiques faciales, son attitude corporelle n'expriment pas de manière évidente l'angoisse qui le submerge, l'enfant reste comme paralysé. Ce comportement est très souvent interprété comme une opposition et il arrive que l'enfant soit puni de sa non-réactivité. L'adulte, alors mal informé, adopte une attitude ferme et insiste pour que l'enfant réagisse et parle. Il utilise la punition ou le chantage, ce qui renforce considérablement le mutisme de l'enfant. De même, l'estime personnelle s'en trouve touchée et l'enfant se replie davantage sur lui-même.

*« Dès que l'enfant intègre le milieu scolaire, il ressent la pression à partir du moment où il entre dans la salle de classe. L'enseignant pose des questions, dicte des règles, organise et mène les activités de la classe. Le rôle de l'enseignant est complètement effrayant pour l'enfant anxieux qui se sent submergé de peur quant à sa capacité à interagir dans ce lieu social »<sup>13</sup>.* L'enfant, soudainement envahi par l'anxiété, montre certains signes comportementaux qu'il est important de percevoir. Il reste prostré et immobile et ne parvient pas à s'exprimer verbalement ou de manière non verbale. À l'opposé, un enfant étant capable de désigner, d'établir des contacts visuels et chez qui les expressions faciales sont perceptibles, se trouve dans une position de confort où l'anxiété est minime ou même absente.

L'anxiété s'accroît dans les contextes sociaux en contact avec un groupe de personnes (école, rue, centre aéré, activité extrascolaire) et elle est très forte en présence de personnes étrangères. Cependant, elle se manifeste aussi avec des personnes bien connues de l'enfant, ce qui est parfois très déroutant. Mais ici, il faut considérer la caractéristique de la situation et du lieu. Ainsi, par exemple, l'enfant souffrant de MS est capable de s'adresser à son petit camarade lorsqu'il vient chez lui, mais ne peut lui parler sur le lieu de l'école ou dans la rue. Pareillement, il peut stopper le dialogue avec ce camarade à son domicile si une tierce personne arrive.

---

<sup>13</sup> Shipon-Blum, E. Marschall (traducteur) (2009), p 111.

Aussi, il faut prendre conscience que l'angoisse atteint son acmé lorsqu'on attend une réponse de l'enfant et que toute l'attention est portée sur lui. À ce propos, quelques conseils<sup>14</sup> peuvent être donnés :

- Eviter au maximum les contacts visuels avec l'enfant.
- Proscrire toutes situations angoissant trop l'enfant, à savoir l'interroger de manière directe et en public, l'obliger à parler, attendre de lui de manière oppressante une réponse verbale ou non verbale, ...
- En classe, à la récréation, dans le rang, à la cantine ou dans le bus essayer de le placer avec des élèves à caractère protecteur qui pourraient l'aider.
- Un lien peut s'établir entre l'enseignant et l'enfant dans son milieu familial. Quelques visites à la maison peuvent favoriser la relation instituteur-enfant. Il est même recommandé d'anticiper les rencontres avant la rentrée scolaire.
- Les parents peuvent également amener l'enfant à l'école avant la rentrée. Ainsi, la présentation du lieu et du professeur se réalise de manière plus rassurante. L'enfant est accompagné et on le prépare progressivement.

#### b. Préparation et plus grand temps d'échauffement

De par leur tempérament anxieux, les enfants souffrant de mutisme sélectif sont beaucoup plus réfractaires aux changements. Un cadre spatial et temporel stable favorise chez eux la réduction de l'anxiété. Les situations bien connues et les rituels les rassurent. Ils ont d'ailleurs tendance à s'atteler à des activités ou des situations qu'ils connaissent et donc maîtrisent. Face à tous changements ou évènements particuliers (déménagement, changement de classe ou même modification de l'emploi du temps), il est conseillé de prendre le temps d'expliquer attentivement les modifications que va vivre l'enfant. Le fait de le préparer aux variations diminue son anxiété.

---

<sup>14</sup> Inspirés en partie de Shipon-Blum, E. (2009).

### c. Lenteur cognitive

L'anxiété joue un rôle sur le traitement cognitif de l'enfant. Certaines théories sont d'avis que la vitesse de traitement de l'information est plus lente lorsque le sujet est anxieux. Ce fait s'observe chez l'enfant atteint de MS. Il est généralement très lent à réagir tant verbalement que non verbalement.

### d. Mise en confiance et respect de l'enfant

L'enfant souffrant de MS étant très anxieux, il est vivement préconisé de le mettre en confiance. Quelques adaptations sont donc nécessaires, la plus importante d'entre elles est de lui ôter toute pression. Ainsi, le discours des parents, des enseignants, des professionnels comme de ses camarades doit être particulièrement rassurant. L'attitude à tenir doit également avoir pour but de valoriser l'enfant et de lui donner de l'assurance dans ce qu'il fait. Il est primordial selon Shipon-Blum de « *récompenser les comportements positifs et accorder peu d'attention aux attitudes négatives* »<sup>15</sup>.

Il est essentiel que les enseignants ou autres professionnels fassent tout de suite comprendre à l'enfant qu'il n'est soumis à aucune pression pour parler. Il faut lui montrer que nous comprenons sa difficulté, lui apporter notre aide tout en restant extrêmement patients. Ces conditions sont indispensables pour qu'il puisse s'épanouir et prendre confiance dans les lieux sociaux qui l'intimident tant. Elles sont à tenir par tous : parents, enseignants, élèves, thérapeutes. Dès lors, il est primordial d'expliquer le trouble de l'enfant à son entourage pour que le symptôme soit respecté par tous. Il faut éviter toutes attitudes inadéquates des adultes envers l'enfant (forcer l'enfant à parler, punition, chantage), toutes moqueries ou mises à l'écart de ses camarades de classe et toutes remarques ou questions maladroitement énoncées en sa présence. Sur ce dernier point, nous souhaitons être claire. Il faut strictement éviter de parler du problème de l'enfant en sa présence : Pourquoi ne parle-t-il pas ? A-t-il déjà parlé ? Pourquoi parle-t-il avec telle personne et pas une autre ? « *Cette mise en exergue et cette attention portée sur le fait de parler ou non sont considérées comme un*

---

<sup>15</sup> Shipon-Blum, E. Marschall (traducteur) (2009), p 74.

*renforcement négatif du mutisme. L'incapacité de l'enfant est montée en épingle, ce qui crée ensuite une plus grande anxiété chez l'enfant, d'où la persistance du mutisme »<sup>16</sup>.*

En ce qui concerne les questions posées par les élèves de la classe au sujet du comportement mutique de l'enfant, ici l'attitude doit être différente. Il est préférable de proposer une discussion en groupe. Avant cela, l'avis de l'enfant doit être, bien entendu, considéré. L'instituteur pourra donc, sans pour autant porter trop l'attention de la classe sur l'enfant, faire connaître ce que vit l'enfant atteint de mutisme sélectif. La notion de "peur" pourra être évoquée et cela sera l'occasion de demander à chaque élève d'exprimer une de ses peurs. Un discours sur la différence et la tolérance peut pareillement être réalisé. Le professeur expliquera à la classe que l'enfant atteint de MS sait parler comme tout un chacun, qu'il est un enfant normal et intelligent.

Une fois la discussion close, on demandera à la classe de ne plus évoquer le sujet et de considérer l'enfant au même plan que tout autre élève.

#### e. Adaptation du matériel

La communication verbale n'est pas possible par l'enfant et cela pose diverses difficultés en classe. Notamment, le simple fait de vouloir aller aux toilettes peut devenir une complication. Il arrive alors qu'il fasse dans sa culotte et cet acte peut malencontreusement être interprété d'énurésie.

Divers procédés peuvent être mis en place comme l'utilisation de la gestuelle (hochement de la tête ou mobilisation des doigts pour signifier le "oui" et le "non").

Un matériel adapté peut être proposé à l'enfant :

- Images ou pictogrammes symbolisant certaines actions, objets, personnes (*bonjour, au revoir, manger, aller aux toilettes, cartable, manteau, maitresse, ...*). Ces outils peuvent être mis à la disposition de l'enfant.

---

<sup>16</sup> Ibid, p 72.

- Carnet de communication que l'enfant garde avec lui, autour de son cou par exemple. Les images peuvent être désignées au gré de l'enfant. Pour un enfant plus grand, on utilisera plutôt des mots écrits.
- Une petite ardoise sur laquelle l'enfant dessine ou écrit ce qu'il souhaiterait exprimer oralement.

Cette base fonctionnelle pour l'expression de l'enfant en classe, permet notamment à l'enseignant d'évaluer ses acquis autrement que par le langage oral.

#### f. Patience et acceptation

Certes, le mutisme sélectif est une pathologie déroutante, néanmoins il est essentiel de parvenir à le comprendre et de le traiter avec patience. Accepter l'enfant tel qu'il est l'aidera à avancer vers la résolution de son problème. L'enfant mutique ne peut pas se mettre du jour au lendemain à parler dans des situations perçues comme trop anxiogènes. Il doit gravir peu à peu les échelons qui le mèneront finalement à la parole. Le temps et la patience sont requis dans ce processus. En aucun cas, l'enfant ne doit se sentir contraint ou oppressé par ses parents, son instituteur ou encore son thérapeute qui seraient en hâte de le voir enfin parler.

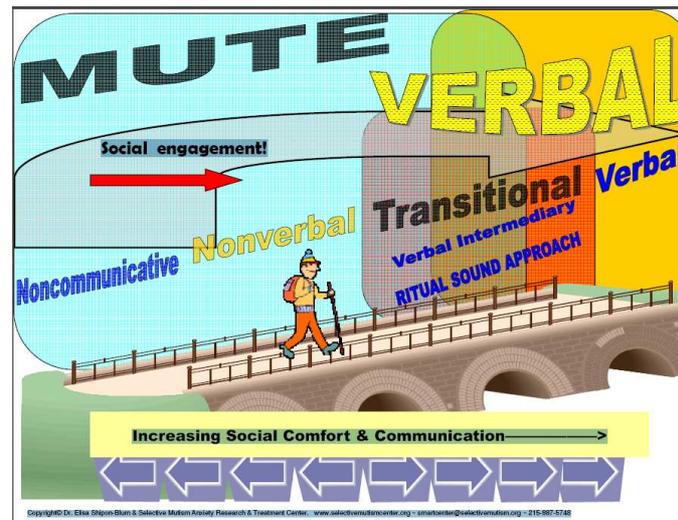
L'enfant souffrant de mutisme sélectif n'a jamais désiré être comme cela. Il faut, lui aussi, qu'il parvienne à appréhender son trouble, l'accepter et comprendre les mécanismes qui se mettent en jeu à l'intérieur de lui-même et ce, indépendamment de sa volonté.

La patience est requise pour tout l'entourage de l'enfant. En classe ou en séance thérapeutique, cette attitude est également à adopter lorsque l'enfant souhaite exprimer une réponse. Celle-ci peut être de tout ordre, verbal ou non verbal. En effet, l'anxiété ralentit le traitement cognitif de l'enfant. Il faut donc lui donner plus de temps pour qu'il parvienne à communiquer sa réponse.

### 1.3.2 Outils et techniques

#### a. La SCAT (Social Communication Anxiety Therapy)

La SCAT est une philosophie de traitement développée par le docteur Elisa Shipon-Blum. Elle s'est intéressée à décrire les diverses étapes que l'enfant doit gravir pour arriver à la parole. Cette méthode propose des techniques et des outils qui aident l'enfant dans cette progression.



-Docteur Elisa Shipon-Blum & Selective Mutism Anxiety Research & Treatment Center.

[www.selectivmutismcenter.org](http://www.selectivmutismcenter.org) –

▪ L'échelle d'Evaluation Etape par Etape : Shipon-Blum propose un outil spécifique : " l'Echelle d'Evaluation Etape par Etape<sup>17</sup>" (EEEE). Cette échelle permet de mettre par écrit et ainsi de visualiser la progression de l'enfant allant du mutisme à la parole. Elle se divise en trois paliers :

- Palier 0 : Absence de communication, qu'elle soit verbale ou non verbale.
- Palier 1 : Communication non verbale de l'enfant.
- Palier 2 : Communication verbale de l'enfant.

<sup>17</sup> Se référer à la page suivante. Cf. aussi d'autres grilles plus détaillées en annexes 1 et 2.

## Utiliser un outil spécifique : l'échelle d'évaluation étape par étape

### Palier 0

Absence de communication (non verbale et verbale) de l'enfant

- ne réagit pas, ne prend pas d'initiative;
- se tient sans bouger, sans expression, en ayant l'air figé.

### Palier 1

Communication non verbale de l'enfant

#### 1A

- répond en pointant du doigt, en faisant oui de la tête, par des gestes ou à l'écrit;

#### 1B

- prend l'initiative (attire l'attention d'une autre personne en pointant, levant la main, tapotant l'épaule de quelqu'un, en tendant une note écrite, etc.).

Pour passer du Palier 1 au Palier 2, un intermédiaire verbal (médiateur) est nécessaire.

### Palier 2

Communication verbale de l'enfant

#### 2A

- réagit en produisant des sons tels que grognements, langage bébé, bruits d'animaux, gémissements, chuchotements, parole;

#### 2B

- engage l'échange en attirant l'attention d'une autre personne et en produisant n'importe quel son.

NB : L'intermédiaire verbal (que ce soit un objet ou une personne) permet de transférer la parole de l'enfant dans un nouvel environnement. La capacité de l'enfant à répondre ou à prendre l'initiative de l'échange est déterminée par son niveau de confort dans une situation donnée. La communication peut ainsi varier selon les circonstances ou le lieu.

Shipon-Blum, E. Marschall (traducteur) (2009). *Comprendre le mutisme sélectif : Guide à l'usage des parents, enseignants et thérapeutes.*

Lyon : Chronique sociale. p. 39

Ces trois degrés doivent tenir compte des variations des lieux et des interlocuteurs. En effet, l'enfant peut se situer au palier 0 ou 1 en classe face à sa maîtresse mais au palier 2 à la récréation avec un de ses camarades. Pour cela, un thérapeute doit prendre soin d'évaluer les variations du comportement de l'enfant dans différents contextes. Il en déterminera le degré d'aisance. Il est nécessaire que le clinicien ait une représentation précise du degré de confort de l'enfant dans chaque lieu pour pouvoir l'aider à progresser d'un palier à l'autre.

Cet outil permet, notamment aux parents, de savoir qu'une progression est possible pour l'enfant. L'EEEE fait également prendre conscience aux différents acteurs que cette évolution doit se faire progressivement, étape par étape et que cela nécessite du temps et de la patience. Enfin, l'échelle permet d'observer concrètement à quel niveau se situe l'enfant pour une situation donnée et de constater ses progrès. Des "questionnaires d'évaluation" (QMS)<sup>18</sup> existent pour bien cibler le degré de difficulté du mutisme.

L'utilisation de l'EEEE s'accompagne d'autres outils et techniques :

- La désensibilisation : C'est l'une des techniques utilisées en psychothérapie comportementale. L'enfant est progressivement mis en contact avec des situations anxiogènes avec pour objectif la maîtrise de ses peurs. Les situations sociales sont répertoriées et classées graduellement, de la plus confortable à la plus déstabilisante. L'enfant tente d'évoluer à travers ces différentes étapes en affrontant petit à petit les situations qui lui provoquent de l'anxiété.
- La distraction : « *La distraction est souvent utilisée comme tactique pour briser la spirale d'anxiété de ces enfants* »<sup>19</sup>. Le jeu va être largement utilisé pour détourner l'attention de l'enfant vis-à-vis de son anxiété et de ses craintes du moment. On tente d'utiliser un matériel ludique et de proposer des activités qui collent aux centres d'intérêt de l'enfant. Ainsi, on cherche à susciter sa spontanéité. L'humour est également préconisé, on souhaite par-là détendre l'enfant, le mettre en confiance.

---

<sup>18</sup> Cf. annexe 3.

<sup>19</sup> Shipon-Blum, E., Marschall, V. (traducteur) (2009), p 42.

▪ Tableau des sentiments anxieux : Shipon-Blum préconise la prise en charge de l'enfant par un spécialiste qui saura l'aider à accepter et évaluer ses sentiments d'anxiété. Il est fréquent que l'enfant nie son mal-être et sa difficulté de parler. Pour que la progression se fasse, il est indispensable qu'il puisse accepter, comprendre, évaluer et parler librement de ses problèmes. Un tableau peut être utilisé pour l'aider dans cette démarche. On y inscrit les différents états par lesquels l'enfant passe : « se sentir mal à l'aise », « être effrayé », « être décontracté », etc. Ce tableau prend en compte les variations comportementales selon le type de situation sociale. Avec l'aide du thérapeute, l'enfant évalue le taux d'anxiété vécu sur une échelle de 0 à 5. La notation 5/5 représente un sentiment d'anxiété très élevé et 0/5 indique une sensation de confort et de bien-être.

▪ Les objectifs non dits et objectifs dirigés par l'enfant : La mise en place d'objectifs à atteindre est importante pour soutenir l'évolution de l'enfant. Ils sont une source de motivation pour progresser. Selon l'âge de l'enfant, ces objectifs sont verbalisés ou non.

- Pour un jeune enfant (environ jusqu'à 6 ans), beaucoup de ces "*objectifs sont non dits*" pour que l'enfant n'ait pas l'impression de subir une forte pression sur ses agissements. En effet, à cet âge, beaucoup d'enfants se sentent très vite mal à l'aise et se bloquent s'ils ont l'impression qu'on attend trop d'eux. Planifier des objectifs peut alors s'avérer inefficace. Les objectifs sont néanmoins discutés entre les différents acteurs : parents, instituteur et thérapeute. Des stratégies précises sont également mises en place (exemple : faire que l'enfant parvienne à trouver sa place parmi ses pairs → organiser un goûter à la maison ou une activité particulière en classe).

- Les "*objectifs dirigés par l'enfant*" sont ceux établis par l'enfant lui-même et son thérapeute. L'enfant devient donc acteur de sa thérapie, il choisit les objectifs qu'il souhaite réussir, il s'évalue dans telle ou telle situation et les sentiments qu'il ressent sont partagés avec l'adulte.

▪ Les tableaux d'objectifs et de jeux<sup>20</sup> : Ce type de tableaux est utilisé pour marquer de manière visuelle et concrète les réussites et l'évolution de l'enfant pour les activités et les objectifs définis. Des actions sont inscrites dans une grille en tant qu'objectifs à atteindre (exemples : demander du pain à la boulangerie, réussir un exercice ou un jeu). Le renforcement positif est utilisé avec ces tableaux. Pour chaque objectif réussi, un autocollant ou une gommette est collé. Le parent établit avec l'enfant un système de récompense. Par exemple, pour dix autocollants récoltés, un privilège est accordé. Ce dernier peut être matérialisé par un petit cadeau ou un avantage tel que le droit de se coucher quinze minutes plus tard ou d'inviter un copain à la maison. Cette méthode permet de proposer des objectifs concrets et clairs pour l'enfant. « *Le renforcement positif permet à l'enfant de se sentir bien et de recevoir de la reconnaissance pour un travail accompli* »<sup>21</sup>.

▪ L'intermédiaire verbal : Pour passer du palier 1 au palier 2 de l'EEEE, un intermédiaire verbal entre en jeu. « *Un intermédiaire verbal est une personne ou un objet (par exemple un animal en peluche, une marionnette, etc.) qui peut aider à transférer la parole dans un lieu précis ou à une personne* »<sup>22</sup>.

Chez le jeune enfant, il arrive que la parole émane spontanément sur le lieu de l'école avec un certain camarade. La parole s'étend ensuite petit à petit. Pour l'enfant plus âgé qui s'est ancré dans un comportement non verbal depuis plusieurs années, il est plus délicat pour lui d'en sortir. L'intermédiaire verbal entre ici en action pour l'aider à communiquer à l'école. Sa présence diminue considérablement l'anxiété de l'enfant lorsqu'il doit prendre la parole. Cette approche est mise en place avec l'aide d'un thérapeute spécialisé.

- *Un objet comme intermédiaire verbal* : Un animal en peluche, une marionnette pour les enfants en bas âge ou le doigt, le poing fermé pour les plus grands peuvent être des éléments utilisés. Au préalable, on habitue l'enfant à ce qu'il adresse ses réponses à la marionnette sur différents lieux sociaux : rue, parc, restaurant, etc. Ensuite, la marionnette est amenée en classe. Elle peut être juste posée sur le coin du bureau de l'élève qui s'adresse

---

<sup>20</sup> Cf. annexe 4.

<sup>21</sup> Shipon-Blum, E., Marschall, V. (traducteur) (2009), p 44.

<sup>22</sup> Ibid, p 46.

à elle lorsqu'il souhaite parler. Cette technique évite notamment tout contact visuel avec les personnes. Le contact visuel génère en effet un certain degré d'anxiété chez l'enfant souffrant de MS.

- *Une personne comme intermédiaire verbal* : Un bon copain, un parent ou le thérapeute peuvent jouer le rôle d'intermédiaire verbal en classe. Ces personnes, avec qui l'enfant se sent en confiance et parvient à communiquer, sont introduites sur le lieu scolaire. Au départ, l'enfant peut se faire accompagner de l'intermédiaire verbal pour lui montrer sa classe (les locaux sont vides, cela se passe après l'école). Sa présence sur le lieu habituellement anxiogène occasionne une baisse des sentiments anxieux chez l'enfant. La parole alors se libère. Progressivement, on introduit quelques personnes : camarades de classe et instituteur.

▪ *Une prise en charge globale, un travail en équipe* : Le travail en vue d'une résolution du trouble de l'enfant doit être global. L'approche pluridisciplinaire est essentielle : enfant, parents, enseignants et cliniciens doivent collaborer. Plus les personnes seront impliquées dans le projet, plus la prise en charge sera bénéfique. Shipon-Blum met l'accent sur l'importance d'une action multimodale. L'enfant, les parents et le personnel scolaire doivent travailler en équipe avec le thérapeute.

#### b. Mise en place d'une intervention à l'école

Nous avons évoqué ci-dessus l'importance d'une prise en charge globale de l'enfant. De même, Maggie Johnson, dans son œuvre *The Selective Mutism Resource Manual* (2003), préconise une thérapie qui ne se cantonne pas seulement au lieu clinique mais qui fait le lien avec l'environnement social de l'enfant. En effet, si ce dernier parvient à parler avec ses parents ou son thérapeute, sa parole doit être transférée à l'école, lieu sur lequel les difficultés apparaissent. Cette approche requiert donc une implication de l'école, du directeur, des professeurs et des élèves. Le thérapeute doit également s'autoriser à quitter son cabinet et les parents accepter de se rendre quelquefois en classe.

▪ Programme d'intervention

Maggie Johnson et Alison Wintgens ont mis en place un programme précis permettant de transférer la parole de l'enfant sur le lieu de l'école. Cette technique peut nécessiter la présence d'un individu qui joue le rôle de "médiateur". Cette personne tente d'amener l'enfant à parler dans une situation donnée qui lui est contraignante. Il est évident que ce type de programme doit toujours être adapté à l'enfant. Néanmoins, six lignes directrices traditionnelles<sup>23</sup> se distinguent (Johnson, M. & Wintgens, A., 2001) :

- *L'intermédiaire verbal issu de l'école rend visite au domicile de l'enfant.*
- *Un parent joue dans un premier temps le rôle d'intermédiaire verbal.*
- *Un professionnel joue le rôle d'intermédiaire verbal et suscite la parole à la maison.*
- *Un professionnel suscite la parole dans son cabinet avec un parent.*
- *La parole est suscitée à l'école sans l'aide d'un parent (utilisation de la technique de Façonnage).*
- *Aucun lien avec l'environnement de l'enfant et absence de partenaire conversationnel. La prise en charge est confinée à l'environnement clinique.*

L'introduction de la parole sur le lieu social est une épreuve très difficile à surmonter pour l'enfant. Du soutien, de la compréhension et de la patience sont requis. De même, cette tâche doit être réfléchie de sorte que l'enfant progresse par toutes petites étapes. De cette manière, on souhaite qu'il ne soit jamais confronté à un degré d'anxiété trop élevé. Lorsqu'une étape est réussie, il faut penser à marquer ce succès et par-là aussi à bien signifier que la tâche se clôture<sup>24</sup>.

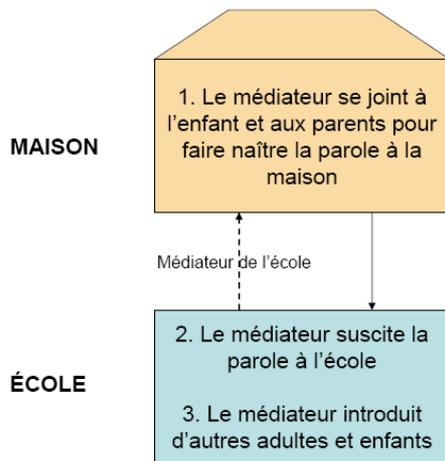
Ce programme d'intervention nécessite du temps. Les différents acteurs doivent être disponibles puisque l'exercice les engage à collaborer avec l'enfant durant quelques temps. Une fois qu'une session débute, le travail doit être entretenu de manière régulière. De même, il ne doit pas se passer trop de temps entre les différentes sessions.

---

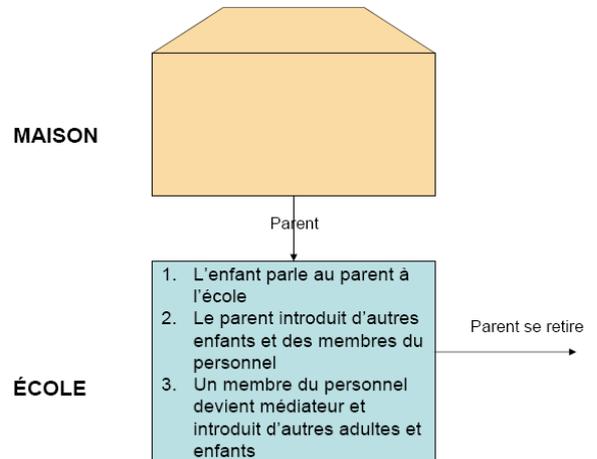
<sup>23</sup> Cf. illustrations page suivante.

<sup>24</sup> Cf. annexe 4.

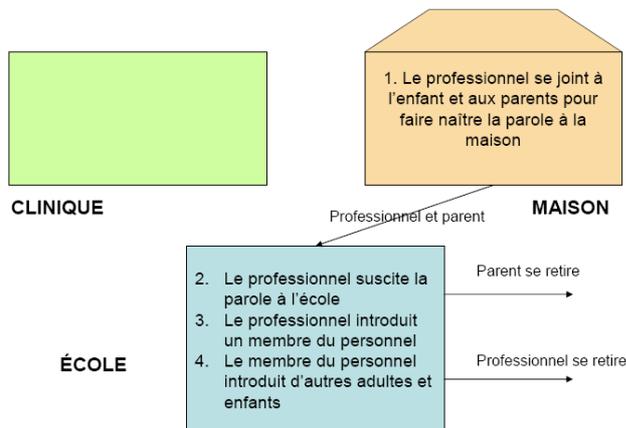
### 1. Le médiateur issu de l'école rend visite au domicile de l'enfant



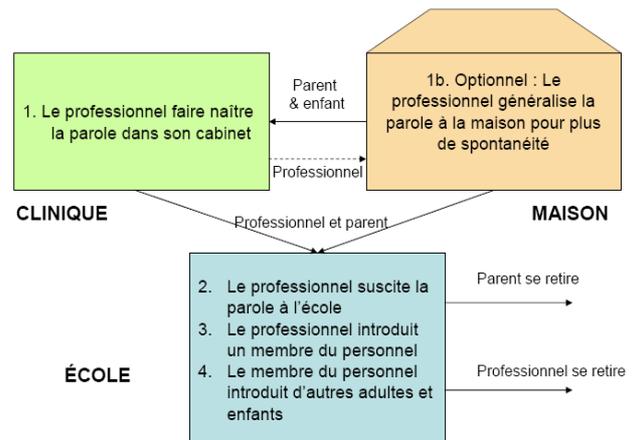
### 2. Un parent joue dans un premier temps le rôle de médiateur



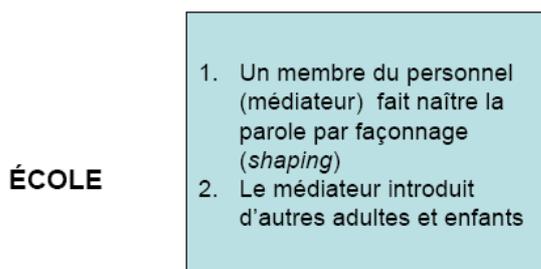
### 3. Un professionnel joue le rôle du médiateur et suscite la parole à la maison



### 4. Un professionnel suscite la parole dans son cabinet avec un parent



### 5. Parole suscitée à l'école sans l'aide d'un parent



### 6. Aucun lien avec l'environnement immédiat de l'enfant, confinement clinique

« Une sixième route [...] est à éviter à tout prix si possible. C'est ce qui se passe quand il n'y a pas de lien avec l'environnement immédiat de l'enfant et que la prise en charge est confinée à l'environnement clinique sans le soutien d'un partenaire conversationnel existant ».

### c. La technique de façonnage

Les orthophonistes anglo-saxonnes Maggie Johnson et Alison Wintgens ont développé une technique permettant de faire apparaître la parole chez l'enfant mutique sélectif. La technique de *Façonnage* ou *Shaping* consiste à atteindre la parole par des approximations successives. Cette technique se fait progressivement. Dans un premier temps, le non-verbal est utilisé chez l'enfant puis on stimule le mouvement des lèvres et de la langue. Ensuite, on introduit la parole par des chuchotements, on propose des activités de chant, sur les bruits d'animaux, etc. Pour finir, le volume vocal est exercé en parallèle à la longueur des productions verbales : onomatopées, syllabes, petits mots, mots-phrases, phrases et discours.

## 1.3.3 Les thérapies

### a. La psychothérapie comportementale

Cette partie s'appuie sur les écrits du docteur R. Gallagher <sup>25</sup>, psychiatre pour enfants et adolescents, membre du NYU Child Study Center.

Trois points essentiels sont à considérer et à prendre en charge étape par étape :

- l'anxiété augmentant lors des situations sociales,
- le nombre restreint des expériences communicationnelles avec des personnes extérieures à la famille,
- le renforcement présent pour la communication non verbale.

*« Le comportement, au sens de "séquence comportementale", n'est pas conçu comme le signe ou le symptôme d'un état sous-jacent, mais comme le trouble à part entière. La thérapie n'a pas pour but de supprimer une séquence de comportements mais d'apprendre au sujet une nouvelle séquence, non pathologique et incompatible avec le trouble présenté »*<sup>26</sup>. La

---

<sup>25</sup> [http://www.education.com/reference/article/Ref\\_About\\_Selective/](http://www.education.com/reference/article/Ref_About_Selective/)

<sup>26</sup> Cottraux, J. (1995), p 4.

psychothérapie comportementale tente donc de faire intégrer au sujet un nouveau comportement adéquat et ce, de manière progressive.

La thérapie comportementale se base sur diverses techniques pour pallier le mutisme sélectif. Selon l'enfant, l'importance du mutisme et de sa durée, l'ensemble des méthodes ou seulement quelques unes d'entre elles peuvent être utilisées. Voici celles qu'énonce Gallagher (2008) :

- La réduction de l'anxiété : Un grand nombre d'approches existent. Parmi celles-ci, une relaxation profonde des muscles peut être éventuellement proposée à l'enfant. Ce type de relaxation s'accompagne d'un travail respiratoire. Les méthodes de relaxation musculaire sont enseignées et pratiquées avec le thérapeute. Les parents sont présents lors des séances pour favoriser la mise en confiance de l'enfant. Les consignes des exercices sont enregistrées pour que l'enfant puisse les refaire seul chez lui. Cet entraînement personnel est préconisé à une fréquence de deux fois par jour durant plusieurs semaines. L'objectif est de favoriser la détente de l'enfant et de supprimer un maximum de tensions. La médication peut également faire l'objet d'une aide supplémentaire pour diminuer l'anxiété.

- Exposition graduée et désensibilisation : La technique de désensibilisation se pratique par une exposition du sujet face à des situations ou objets qui le mettent dans l'inconfort. Cette méthode se réalise étape par étape, de manière graduée. Le sujet doit parvenir à atteindre un état de décontraction en présence de situations qui l'angoissent habituellement. En ce qui concerne le mutisme sélectif, ce procédé consiste à introduire l'enfant dans des situations de plus en plus anxiogènes en faisant intervenir divers lieux et personnes. Un inventaire d'objectifs est réalisé avec lui. Les contextes sociaux anxiogènes sont répertoriés et listés avec une logique de progression. Lorsque l'enfant réussit les étapes précédentes et qu'il est à l'aise pour parler dans une nouvelle situation voulue, la progression au palier suivant peut se faire. Il est possible que ce cheminement prenne beaucoup de temps, le passage d'une étape à une autre est parfois très lent selon l'enfant. La patience est alors requise.

- Modification du comportement : L'exposition graduée doit être accompagnée d'un programme de renforcement. En cela, la visée est de soutenir l'enfant dans sa progression et de lui offrir une source de motivation pour qu'il puisse surmonter l'anxiété accrue ressentie. Un système de récompenses concrètes peut être mis en place par les parents ou encore sur le lieu de l'école. Les renforcements sociaux, tels que des sourires ou remarques encourageantes, sont également à utiliser. Ils aideront l'enfant qui s'est trouvé isolé à apprécier ces signes. Ils l'amèneront à prendre confiance en lui.

- Self-modeling et enregistrements : Les enregistrements vidéo ou audio peuvent être employés. Ils se réalisent lorsque l'enfant est enclin à la communication avec un interlocuteur (habituellement un des parents). Le *self-modeling* est un procédé dans lequel l'enfant s'observe en train de parler avec aisance. Ces visionnages lui permettent de se rendre compte qu'il est capable de s'exprimer sans difficulté. Ils lui renvoient une image positive et augmente son estime personnelle. Ces enregistrements peuvent être aussi apportés à l'école. L'objectif est de préparer le terrain lorsque l'on souhaite transférer la parole de l'enfant du lieu clinique au lieu scolaire. En effet, bien souvent l'enfant a peur de changer son comportement, il redoute les réactions d'autrui dans le cas où il se mettrait soudainement à parler. L'utilisation des enregistrements peut ainsi démontrer aux élèves et à l'instituteur les capacités d'expression de l'enfant. Ces médias permettent de dissiper les réactions d'étonnement et regards insistants des personnes sur l'enfant.

- Extérioriser la difficulté : Lorsque la thérapie évolue et que l'enfant parvient à parler au thérapeute, il est important d'encourager ses efforts et d'entretenir sa motivation. Les progrès se faisant, l'enfant se montre de plus en plus enthousiaste et désireux de s'améliorer. On l'amène à considérer son symptôme comme extérieur à lui-même. Le mutisme est imaginé comme un objet mauvais. Des attributions négatives lui sont données. Il peut être également personnifié comme une chose qui souhaite mettre mal à l'aise l'enfant et qui le place dans des situations d'échec. Ainsi, on imagine que l'enfant combat cette chose. On peut faire des bilans avec lui pour savoir qui, d'entre le mutisme et l'enfant, l'emporte dans telle ou telle situation quotidienne.

Cette méthode l'amène à être actif au sein de sa thérapie. Elle est une source de motivation dans le traitement et encourage l'enfant en opposition à se battre contre sa difficulté plutôt que de se replier sur soi avec un évitement des contacts sociaux.

#### b. La thérapie pharmacologique

Parallèlement au soutien psychologique apporté, la prise de psychotropes peut être proposée. À ce jour, les SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) ont montré des résultats favorables. Les capteurs de sérotonine favorisent la régulation de celle-ci trop peu présente chez les personnes ayant des troubles d'anxiété. L'influence de la sérotonine est donc augmentée pour favoriser le contrôle des réactions anxieuses et des pensées négatives. Les expériences menées auprès de patients atteints de mutisme sélectif montrent que les médicaments améliorent le comportement des sujets mais n'aboutissent pas toujours à une prise de parole fonctionnelle.

Finalement, une combinaison "médicaments-thérapie comportementale" apporte un plus grand taux de guérison. Les deux méthodes combinées permettent d'arrêter progressivement la prise de médicaments lorsque des progrès s'observent.

## 2 METHODE

### 2.1 Objectifs poursuivis

Cette seconde partie s'est construite de manière dynamique par notre pratique ainsi que par nos recherches et lectures réalisées en parallèle. Durant deux années, nous avons suivi Elikya, une petite fille atteinte de mutisme sélectif. Au départ, son silence nous a beaucoup interpellée. Nous nous sommes très vite mise en recherche de la comprendre, elle et son symptôme. Les débuts furent quelquefois déroutants, nous avons avancé par tâtonnements. Elle, avançant dans son silence, nous, avançant dans l'obscurité. Les doutes ont été très présents du début à la fin, néanmoins nous avons cherché à mettre en place une prise en charge qui soit la plus adéquate possible. Celle-ci se voulant respectueuse de l'enfant, de sa pathologie, sans oublier le cadre institutionnel.

Dans cette partie, nous proposons une prise en charge orthophonique à une enfant souffrant de MS. L'exposition d'un cas clinique ne se veut pas une généralisation pour toutes les situations rencontrées. Le trouble est ici abordé d'une certaine manière mais cela permet néanmoins de mettre en avant les obstacles thérapeutiques rencontrés ainsi que leur résolution. À travers cette situation clinique, nous souhaitons mettre en évidence les axes thérapeutiques à investiguer chez l'enfant atteint de MS. Nous veillerons à apporter une réponse thérapeutique pour les signes pathologiques décrits dans la partie théorique.

Notre démarche est expérimentale, elle s'appuie sur quelques techniques rééducatives proposées par la littérature anglo-saxonne. Toutefois, par notre pratique, nous avons cherché à les adapter et à en proposer de nouvelles. Notre approche porte également sur la conduite que le thérapeute doit tenir avec un patient atteint de MS. Ainsi, notre travail présente une approche concernant le *savoir-être* et le *savoir-faire* de l'orthophoniste.

## 2.2 Contexte et sujet

Lorsque la prise en charge d'Elikya a débuté, il n'y avait pas de demande précise émanant des parents, ni de son institutrice. Cette dernière s'interrogeait néanmoins quant au mutisme d'Elikya et souhaitait un suivi orthophonique. Elle nous expliqua que malgré son mutisme en classe et en récréation, l'enfant parlait très bien et librement avec ses frères sitôt la porte de l'école franchie.

À la rentrée scolaire, les parents avaient présenté leur fille d'emblée et seulement par ces mots : « *Elikya n'a jamais parlé à l'école* ». Les parents se sont toujours faits discrets, reculant souvent les rendez-vous et ne semblant pas s'inquiéter du mutisme de leur enfant. Les contacts avec eux ont d'ailleurs été très rares au cours de la thérapie.

Lorsque nous avons rencontré Elikya pour la première fois, en octobre 2008, elle était en 2<sup>ème</sup> année de maternelle. Le suivi thérapeutique s'est conclu en avril 2010, Elikya terminait alors sa 3<sup>ème</sup> maternelle. Durant cette période, nous nous sommes rendue une fois par semaine sur le lieu de l'école. Les séances duraient 45 minutes voire une heure.

### *Elikya*

Elikya nous a été adressée à la rentrée scolaire 2008. La fillette est âgée de 4 ans, elle se trouve en 2<sup>ème</sup> année de maternelle dans une école à enseignement ordinaire. Elle a deux grands frères. La famille est d'origine congolaise, Elikya est née en Autriche mais a grandi en Belgique. La langue utilisée à la maison est malgré tout le français.

À cette époque, Elikya se présente à nos yeux comme une enfant fragile. Elle se braque rapidement face à une situation embarrassante et est facilement impressionnable. Malgré cela, lorsqu'elle est confiante, la fillette s'avère être très collaborante et participe aux activités proposées. C'est une enfant très accommodante, parfois même hyperconformiste. Les initiatives sont très rares, voire absentes.

Le quotidien d'Elikya semble pesant, sa petite vie d'enfant de 4 ans paraît anormalement éprouvante. Le soir, les angoisses apparaissent et les nuits sont agitées. Le matin, le départ pour l'école s'accompagne de pleurs. L'alimentation est également problématique, Elikya a un appétit de moineau. La fillette n'aime pas manger et sa maîtresse explique qu'elle n'accepte que de petites portions de morceaux de fruits ou légumes préparées par la maman.

La communication est difficile. L'enfant reste muette sur le lieu de l'école et ce, depuis ses deux années de scolarisation. Néanmoins, les parents la décrivent comme une chipie et une petite fille "pipelette" à la maison.

### **2.3 Principes méthodologiques**

Au départ, la prise en charge d'Elikya était particulièrement déroutante. Il a fallu très vite se lancer dans des recherches puisque nos questionnements étaient considérables. Nous n'avions jamais entendu parler d'un cas tel que le sien et ne savions pas comment l'appréhender. Finalement, nous avons mis assez vite un nom sur la pathologie de l'enfant. Nous nous sommes ensuite documentée mais avons trouvé très peu d'ouvrages sur le sujet. Progressivement, nous nous sommes donc penchée sur les écrits anglo-saxons.

Le diagnostic ainsi posé et les réponses trouvées à nos interrogations nous ont permis de mieux comprendre le fonctionnement d'Elikya. Nous savions davantage ce qu'elle vivait et projetions d'investiguer quelques pistes rééducatives repérées. Toutefois, cela ne s'est pas avéré aussi simple. Effectivement, nous connaissions le nom de sa pathologie, ses symptômes et avons trouvé quelques techniques rééducatives (Maggie Johnson et Alison Wintgens) mais cela ne suffisait pas.

Au commencement de la thérapie, nous nous sommes surtout intéressée au trouble, ce fameux mutisme sélectif dont personne n'avait entendu parler. Nous étions surtout attentive à observer, comprendre les signes du mutisme et le comportement de l'enfant mais seulement à travers son symptôme. Nous souhaitions appliquer et expérimenter les techniques présentées par les auteurs. Le mutisme de l'enfant devait disparaître et nous

nous étions donnée inconsciemment la "mission" de parvenir à faire parler l'enfant.

Nous manquions d'expérience quant à l'attitude à tenir face à cette pathologie particulière et passions à côté de quelque chose d'essentiel. En effet, nous avons en main les techniques mais il nous manquait d'autres éléments que nous jugeons indispensables à présent, ceux du savoir-être. Afin de nourrir cette lacune, nous nous sommes donc dirigée vers la lecture d'auteurs tels que Claude Chassagny, Geneviève Dubois ou encore Françoise Dolto et Donald Winnicott. Ces derniers nous ont donné des clés en ce qui concerne l'attitude adéquate à adopter, nous avons aussi trouvé des pistes éducatives. Ces lectures nous ont permis de nous remettre en question et de prendre du recul sur notre positionnement face à Elikya.

Après ce temps, nous avons ajusté notre pratique. Il était évident que nous nous focalisions trop sur le symptôme. Nous avons mis de côté la prise en compte réelle de l'enfant ainsi que la relation thérapeutique qui pouvait en découler.

#### Les objectifs thérapeutiques ont été remaniés de la sorte :

- Eviter le plus possible la discussion sur "l'absence de parole" et les sollicitations de sons.
- Accepter le silence de l'enfant. Elle seule peut décider de briser un jour son silence. Proposer ainsi des activités qui n'impliquent pas l'usage de la parole ou de bruits. Faire naître des temps de silence.
- Renforcer le non-verbal. « *On hésite parfois à encourager la communication non verbale de peur qu'elle renforce le mutisme, mais elle est souvent un passage obligé vers la verbalisation* »<sup>27</sup>.
- Mettre de côté le symptôme et privilégier l'écoute et la relation thérapeutique.
- Aider l'enfant à prendre confiance en elle, à vaincre ses peurs et à diminuer l'anxiété.
- Laisser du temps à l'enfant, prendre conscience de la notion de *progressivité*. Tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'amener l'enfant mutique à la parole est une tâche qui prend du temps, qui ne se fait que par toutes petites étapes.

---

<sup>27</sup> [http://www.mutismeselectif.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=20&Itemid=27](http://www.mutismeselectif.org/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=27)

## **2.4 Mise en œuvre au fil des séances**

Le mutisme sélectif est une pathologie qui requiert beaucoup de patience, d'écoute et de mise en confiance de l'enfant. De ce fait, il est nécessaire d'adopter une attitude appropriée, à la fois dans la manière d'être et la manière de faire. À travers notre expérience pratique, nous allons présenter quelques pistes thérapeutiques sur les plans du *savoir-être* et du *savoir-faire*.

### **2.4.1 Savoir-être**

Comment se positionner face au silence désarmant d'un enfant ? Comment appréhender et surtout accepter ce mutisme ? Les débuts de notre pratique furent criblés de doutes et de questionnements. Certains auteurs, tels que Claude Chassagny et Geneviève Dubois, ont pu particulièrement nous guider pour adopter la bonne attitude face à Elikya.

#### **a. La place du rééducateur**

Pour Claude Chassagny, « *Le portemanteau qu'est ce titre (rééducateur) si difficilement acquis n'est pas suffisant pour accorder sécurité et facilité* »<sup>28</sup>. Il souligne que nous ne sommes pas rééducateurs, détenteurs d'un savoir absolu et en droit de l'imposer. En effet, il est essentiel pour le thérapeute de se remettre en question pour ne pas envisager sa profession comme un représentant des institutions et des impératifs éducatifs. De même, Geneviève Dubois estime que l'adulte doit savoir se placer dans une position de non-pouvoir et de non-savoir sur l'enfant. Il faut se placer "en retrait" : « *Nous nous plaçons en état de veille, de vigilance vis-à-vis de l'autre, d'écoute de nous-mêmes, et nous l'accompagnons dans sa démarche de découverte et d'approche du sens du symptôme* »<sup>29</sup>. Savoir se placer en retrait ou "être capable de s'écarter de son projet", selon Claude Chassagny, sans pour autant l'abandonner et cela pour suivre et investir pleinement la relation. Grâce à la non-agressivité de l'adulte, l'enjeu ainsi mis à distance, ne paralyse pas la

---

<sup>28</sup> Chassagny, C. (1985), p 17.

<sup>29</sup> Dubois, G. Kuntz, J-P. (1999), p 40.

rencontre. Les messages seront reçus mais sans commentaire et surtout sans interprétation.

Comme l'envisagent ces deux auteurs, nous nous sommes efforcée de tenir la place d'accompagnateur. Nous avons cherché à suivre et soutenir Elikya dans son évolution. Au commencement de la prise en charge, cette attitude ne s'est pas établie d'emblée. En effet, nos objectifs de départ étaient de mobiliser la zone bucco-faciale de l'enfant par une stimulation praxique et sensitive. Nous souhaitions par-là, mettre en place la technique de "façonnage" des orthophonistes Maggie Johnson et Alison Wintgens. Cependant, imposer cette technique à la petite Elikya, était-ce vraiment prendre en compte sa demande et surtout prenions-nous le temps de lui donner la parole ? Un temps de remise en question fut nécessaire. Il a fallu nous accorder du temps et en donner également à l'enfant. Pourquoi vouloir à tout prix renoncer à ce silence, ce silence qui lui appartient ? Pourquoi désirer au plus vite effacer ce symptôme qui a provoqué notre rencontre ? Pourquoi ne pas prendre le temps de se connaître ?

Nous nous sommes ainsi peu à peu écartée de notre projet, celui d'amener la fillette à la communication orale. Nous avons plutôt privilégié la relation et l'écoute. Par cette nouvelle attitude, nous nous sommes appliquée à donner la parole à l'enfant pour qu'elle puisse aussi la prendre. Nous nous sommes refusée à être interventionniste, nous avons installé des temps de silence et avons accompagné l'enfant dans l'expression et la recherche de la résolution de son symptôme.

#### b. Le respect du symptôme

Si le rééducateur se remet en cause, cela implique qu'il renonce à la démarche mécaniciste qui consiste à évaluer le symptôme pour chercher à le résoudre au plus vite. Les moyens que nous avons en notre possession se sont alors momentanément écartés. Chassagny évoque l'intérêt d'accueillir le symptôme sans qu'il ne devienne l'objet central de la rencontre.

Au départ, il est vrai que nous nous étions enfermée dans l'objectif d'aider Elikya à sortir de son mutisme. Elle paraissait si prostrée, inexpressive

et ses yeux étaient si vides. Ce vide dans lequel nous nous étions plongée à la recherche d'une solution. Nous nous étions égarée un moment ... Elikya, restait gardienne de son silence, ce silence que nous souhaitions absolument briser. Mais briser pour quoi ? Pour qui ? Finalement, peut-être était-ce avant tout pour nous apaiser nous-même. Ce silence était si pesant, il nous renvoyait toute l'angoisse d'Elikya.

Les rencontres s'organisaient seulement autour de cette angoisse, ce mutisme que nous tâchions de comprendre à tout prix. Nous n'avions pas assez mesuré les paroles de Chassagny qui explique que le rôle du pédagogue est « *de regarder et de percevoir, d'écouter et d'entendre, de recevoir et de juger, de saisir le comment des évènements et des rencontres sans être torturé par le désir de comprendre* »<sup>30</sup>.

Nous tentions d'aborder un dialogue autour de l'absence de parole, par l'intermédiaire de jeux, de marionnettes et de livres. Mais, nous avons vite constaté que cela angoissait Elikya qui se braquait alors instantanément. Cette démarche allait finalement à l'encontre de nos objectifs visant à apaiser l'enfant et à supprimer ses tensions. De ce fait, nous nous sommes repositionnée puisqu'il était évident que le problème d'Elikya ne devait pas être le sujet permanent de toute discussion. En effet, cela ne faisait que renforcer l'angoisse sous-jacente de la fillette et risquait de cristalliser le symptôme. Il fallait apprendre à accepter son silence.

### c. La rencontre, la relation

« *Rencontre signifie aller vers, se rapprocher sans pour autant aller l'un contre l'autre dans l'optique de fusion ou d'opposition* »<sup>31</sup>. Pour Chassagny, la relation thérapeute-patient est essentielle et l'affectivité qui en résulte est tout aussi primordiale. La communication se réalise à double sens par une inclusion de l'autre. Ici, le rééducateur ne s'envisage pas comme le représentant des institutions et des impératifs éducatifs. « *Ce qui importe c'est*

---

<sup>30</sup> Chassagny, C. (1985), p 58.

<sup>31</sup> Estienne, F. (1980), p 33.

*la vraie reconnaissance de l'enfant, qui lui donne accès à son état de sujet et lui permet d'être porteur de sa propre parole »<sup>32</sup> explique Dubois.*

Le silence d'Elikya nous a naturellement amenée à nous accorder plus de temps. Les séances qui nous semblaient auparavant si silencieuses et vides sont devenues extrêmement riches. Nous avons pris le temps de nous apprivoiser, de nous connaître. Elikya a pu également s'approprier l'espace pour exprimer son choix et le réaliser à sa manière. Ce temps est devenu un espace de rencontre, un temps d'écoute et surtout de partage. « *Nous comprenons mieux notre travail si nous savons que, ce qui est à la base de ce que nous faisons, c'est le jeu du patient, une expérience créative qui s'inscrit dans le temps et l'espace et qui est intensément réelle pour le patient »<sup>33</sup>.*

La sécurité dont l'enfant a besoin pour s'exprimer n'est possible que si nous prenons en compte "*l'espace relationnel*" (Dubois, 1999). Par cette relation et l'écoute qui en découle, l'enfant ne se retrouve pas seul avec son faire. Il agit avec l'autre qui est là pour lui. L'enfant a besoin de cette confiance et elle est particulièrement indispensable pour faire face à l'anxiété vécue par l'enfant atteint de MS. Il a besoin de se sentir à l'aise pour pouvoir vaincre ses peurs.

#### d. Ecoute, empathie

« *Ecouter, c'est être totalement réceptif à la parole de l'autre, à ses mots, à ses silences, à ses gestes, à ses priorités, à ses hésitations, à ses regards, à ses défenses »<sup>34</sup>. Ecouter c'est aussi savoir entendre la demande explicite ou implicite de l'enfant, c'est aussi percevoir et recevoir tout ce qui se joue au sein de la rencontre et de l'échange.*

Nous avons appris à "écouter" le silence d'Elikya et aussi à le comprendre sans pour autant le juger. Nous nous sommes mise à sa portée et avons instauré des temps de silence puisqu'au départ, nous étions tentée de le combler sans cesse. C'était comme si nous coupions en somme la "parole" d'Elikya, elle qui avait tant de choses à nous "dire". « *Le silence doit être signe de calme et de maîtrise chez l'éducateur. Il est souvent plus difficile de se taire*

---

<sup>32</sup> Dubois, G. (1983), p 56.

<sup>33</sup> Winnicott, D. (1975), p 72.

<sup>34</sup> Dubois, G. Kuntz, J-P. (1999), p 23.

que de parler »<sup>35</sup>. Grâce à notre position d'écoute et d'empathie, Elikya a pu peu à peu prendre confiance en elle. Elle est devenue pleinement actrice de sa rééducation. Nous avons laissé à sa disposition tous types de supports qu'elle a découverts au fil du temps et utilisés pour s'exprimer.

#### e. Le contrat thérapeutique

Comme l'entendent Chassagny et Dubois, l'essentiel est de savoir pourquoi l'un et l'autre nous sommes là. Il est important de justifier la raison des entretiens et de notre présence. « *C'est l'enfant qui va trouver sa route et ce parce qu'il n'est pas seul, et qu'il n'oublie pas ce qu'il fait là.* »<sup>36</sup>.

Avec Elikya, il a fallu beaucoup de tact car comme beaucoup d'enfants mutiques, elle niait son mal-être et refusait toute discussion sur son trouble. Il fallait néanmoins poser un sens à nos rencontres et lui verbaliser notre proposition d'aide. Nous nous devions aussi de recueillir son avis.

En raison de son jeune âge, nous avions le souci de bien nous faire comprendre. Elle devait être consciente de notre fonction et de ce que nous lui propositions. Nous avons pour cela utilisé deux figurines créées au préalable, chacune nous représentant. Les différents espaces ont été également symbolisés : l'école (le groupe et la maitresse), le lieu de nos séances (relation à deux). Il a fallu clarifier notre fonction car Elikya assimilait notre rôle à celui de la maitresse. Puis le contrat a été verbalisé. Nous avons plutôt privilégié les mots "espérer l'entendre, l'écouter" plutôt que "vouloir qu'elle parle". Nous lui avons également laissé le choix : « *Tu décideras du moment pour parler, lorsque tu seras prête* » puis lui avons expliqué notre position de soutien et proposé notre aide si elle en était désireuse. Tout en manipulant la figurine qui nous représentait, nous lui expliquons que nous venons à son école pour elle, pour l'aider. Nous positionnons la figurine sur le local des séances. Elikya prend alors spontanément son personnage et le rapproche du notre. Elle sourit.

Nous avons également veillé à ne pas insister sur le symptôme. Elle entendait déjà continuellement les gens dire qu'elle ne *parlait pas*, qu'elle ne

---

<sup>35</sup> Mauco, G. (1993), p 143.

<sup>36</sup> Chassagny, C. (1985), p 69.

*voulait pas* parler, qu'elle *ne savait pas* parler. Elle était étiquetée comme : "*la fille qui ne parle pas*".

### **2.4.2 Savoir-faire**

Face au mutisme d'Elikya et à sa forte sensibilité, il a fallu faire preuve de tact et de patience. Cela a nécessité l'ouverture d'un champ créatif qui a nourri les séances et nos échanges. Le choix d'un matériel a fait l'objet d'une mûre réflexion.

#### **a. Préparer la rencontre**

Lorsque nous avons rencontré Elikya pour la première fois, nous n'avions encore jamais entendu parler du MS. Désormais, nous pouvons énoncer quelques recommandations pour le thérapeute qui rencontrerait pour la première fois un enfant souffrant de ce trouble :

- Ne pas cribler l'enfant de questions mais le rassurer lui et ses parents.
- Ne pas insister sur le mutisme mais au contraire exprimer à l'enfant que nous savons qu'il sait parler et que nous sommes conscient que certaines situations lui sont plus difficiles que d'autres.
- Les premiers temps, éviter d'avoir un regard insistant sur l'enfant. Un regard trop présent peut déstabiliser l'enfant et augmenter son angoisse. Lors du premier rendez-vous, la position habituelle de "face à face" pourrait momentanément laisser place à celle de "côte à côte".
- Ne pas tenter de forcer l'enfant à parler ou sortir un son, cela briserait la confiance qu'il met en nous.
- Privilégier des questions fermées si l'on souhaite recueillir l'avis de l'enfant. Il parvient en général à se faire comprendre de lui-même grâce à la communication non verbale (ex : hochements de tête ou désignations du doigt).
- Favoriser des activités ne nécessitant pas la parole et qui laissent le choix à l'enfant de s'exprimer d'une autre manière : manipulation, désignation, ...

Dans un premier temps, nous avons souhaité laisser Elikya se présenter. Sur une feuille, nous avons représenté l'enfant avec deux grosses bulles de parole au-dessus d'elle. L'une avec "j'aime" et l'autre "je n'aime pas". La fillette

avait à sa disposition une quantité d'images qu'elle pouvait choisir et coller dans l'une ou l'autre bulle. Ce matériel nous a permis de cibler ses goûts et ses intérêts ainsi que les choses qui lui faisaient peur. Cette activité a été également une manière de donner la parole à l'enfant. Nous lui signifions que nous avons le désir de la connaître et de passer outre son symptôme.

### b. Préparer aussi l'absence

Les enfants souffrant de MS sont assez réfractaires aux changements. Cela s'explique par leur anxiété et leur grande sensibilité. Avec Elikya, un calendrier a été élaboré et personnalisé. Ce support nous a permis, dans un premier temps, de compter les jours entre les séances et de poser le cadre des fréquences des rencontres. Par le biais de ce calendrier, nous avons pu également la préparer aux changements : variation de l'emploi du temps ou absence pour les vacances notamment. Le plus important est qu'il nous a aidée à la préparer à la fin de la prise en charge, moment si redouté mais inévitable. Il a été un support à la discussion et a permis à Elikya de se repérer dans le temps et donc d'être plus sereine.

### c. Favoriser l'expression

Le terme "expression" est à prendre ici au sens large, il inclut la communication verbale et non verbale. Le langage entre le thérapeute et son patient peut être de toutes formes selon Chassagny, l'essentiel est que l'enfant exprime quelque chose de lui à quelqu'un. L'acte de dessiner, modeler ou manipuler c'est dire quelque chose, il s'y trouve des éléments du langage. Cette mise en expression est un élargissement de la communication, et non un renoncement.

Avec l'enfant atteint de MS, il est important d'avoir un matériel varié, l'objectif étant de lui laisser le choix de favoriser tel ou tel support pour exprimer ses difficultés. Au départ de la prise en charge, il est nécessaire de miser sur divers médias et de favoriser la communication non verbale. Le fait d'accepter le silence de l'enfant et de lui permettre néanmoins de s'exprimer par d'autres moyens que la parole l'aidera à prendre de l'assurance et ce, au sein d'une relation privilégiée. De cette manière, nous tentons de réduire au

plus bas l'anxiété de l'enfant pour le mettre à l'aise. Avantager la communication non verbale est donc à considérer comme une étape positive et non négative.

Dans un premier temps, nous nous sommes fortement inspirée des recommandations issues de la PRL de Chassagny (*La pédagogie relationnelle du langage*, 1985), mais nous avons dû les ajuster au contexte. En effet, l'auteur préconise un matériel varié mis à la disposition de l'enfant pour lui permettre de choisir le support à son expression. La salle de garderie de l'école -lieu de la rééducation- offrait bien entendu de multiples possibilités d'expression par les nombreux jeux présents. Néanmoins, nous avons fait le choix de confectionner une "mallette" personnalisée. Dans celle-ci, plusieurs supports ont été sélectionnés pour offrir à Elikya des modalités d'expression variées.

#### Contenu de la mallette :

- Pâte à modeler.
- Feuilles et feutres, ardoise Velléda.
- Livres.
- Cubes avec chiffres et lettres, dé, mikados.
- Figurines et accessoires symbolisant la maison, l'école.
- Pochette souffle : bulles, plumes, sifflet, ballons.
- Instruments de musique : maracas, flûte, harmonica, grelots.

La mallette est apportée à chaque séance et son contenu ne varie pas. Bien entendu, Elikya peut investir également le matériel présent dans la garderie si elle le souhaite. Elle est libre de construire les séances, elle choisit le matériel qu'elle désire utiliser, dirige les activités. Nous la laissons pleinement être actrice de sa rééducation. La communication est libre, le symptôme est respecté et notre projet est mis en suspens pour vivre pleinement la relation. Nous laissons place à une expression totale de l'enfant. Nous lui donnons la parole, rien n'est imposé.

Par cette méthode, le thérapeute veille à mettre en confiance l'enfant sans exiger la parole. Une attitude visant à le valoriser dans ce qu'il fait est également à préconiser vivement. En cela, le but est de diminuer l'anxiété et

de supprimer toutes contraintes et pressions mises sur l'enfant. Grâce au matériel mis à disposition, le rire, l'expression corporelle et une mobilisation de la zone buccale (jeu de souffle, bulles, flûte, ...) seront peu à peu investis. Tout cela lorsque l'enfant sera prêt et qu'il en sera en demande. Il est essentiel de préciser ici qu'aucune obligation ou contrainte n'est faite à l'enfant. Le matériel est mis à sa disposition, il peut être éventuellement suggéré mais jamais imposé. La patience et l'empathie œuvrent donc dans cette approche. Il est nécessaire de laisser le temps suffisant à l'enfant pour qu'il appréhende progressivement les différents outils.

#### d. Poser des mots sur ce que vit l'enfant

Peu à peu, lorsque la relation de confiance est suffisamment bien établie, un dialogue sur le trouble et les difficultés ressenties par l'enfant peut être suggéré (expression des peurs, ressentis sur l'école, ...). Lorsque la discussion est possible, cela est un premier pas réalisé dans le processus visant à surmonter le MS. Néanmoins, cette étape ne doit pas être précipitée, le thérapeute jugera du moment opportun pour entamer le dialogue.

Comme nous l'avons vu, les enfants mutiques nient très souvent leur problème et refusent toutes discussions sur le sujet. Ils se braquent, ont un comportement d'opposition et peuvent se mettre en colère pour éviter de parler de leur mutisme. Il est évident que ces enfants sont en souffrance, ils ont l'impression d'être incompris de tous. Ils éprouvent une certaine difficulté à exprimer leurs affects car eux-mêmes ne comprennent pas pourquoi les mots ne sortent pas de leur bouche comme n'importe quel autre enfant.

Pour que le traitement puisse prendre effet, il est essentiel que l'enfant accepte ses difficultés pour mieux maîtriser son anxiété. Dès le début du suivi, le thérapeute préconisera aux proches de l'enfant d'ouvrir le dialogue. Par exemple, les parents pourront encourager leur enfant à exprimer ses contrariétés. Cette discussion sera éventuellement suggérée au moment du coucher afin de calmer les angoisses de l'enfant, assez importantes à ce moment. De même, le thérapeute doit pouvoir aider l'enfant à extérioriser et à exprimer ses ressentis. Il est nécessaire qu'il explique simplement le trouble anxieux vécu par l'enfant. L'explication qu'il en fera pourra très certainement

calmer ses angoisses. Un discours sans jugement, rassurant et empathique est bien sûr recommandé.

Lors de cette étape, l'expression reste toujours non verbale et le rééducateur réadapte alors son matériel. Il peut notamment proposer des lectures<sup>37</sup> sur le sujet ou sur des thèmes proches (refus d'aller à l'école, les peurs, la différence...). Un matériel spécifique aux difficultés évoquées par l'enfant peut aussi être créé avec lui.

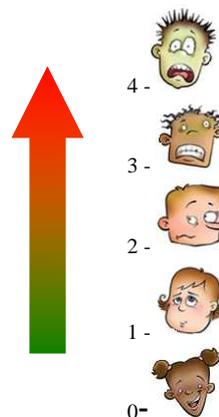
#### ▪ Les émotions, les peurs

Dans un premier temps, nous avons travaillé avec Elikya sur les émotions. Au début de chaque séance, nous prenions le temps de considérer l'état de la fillette. Sur le calendrier, à la date du jour, elle collait un autocollant correspondant à son humeur. Cet exercice a permis d'ouvrir le dialogue et de mieux comprendre les sentiments vécus par l'enfant. Lorsqu'Elikya choisissait "triste" ou "peur" nous essayions de voir ce qui n'avait pas été dans sa journée. L'activité devenait alors un moment de partage privilégié avec l'enfant. Nous discutons sur ce qui l'avait perturbée le matin-même, ce qui l'avait fait pleurer, etc. Nous tentions de mettre des mots sur les situations difficiles qu'elle avait vécues (ex : départ pénible pour aller à l'école).

Dans un second temps, nous avons travaillé plus spécifiquement sur les sentiments d'anxiété. Shipon-Blum propose le "tableau des sentiments anxieux" sur lequel sont inscrits les différents états de l'enfant pour une certaine situation sociale. Les sentiments sont évalués sur une échelle de 0 à 5. Prenant compte du jeune âge de l'enfant et pour rendre aussi l'activité plus attrayante, nous avons élaboré sur le même principe "*l'ascenseur des peurs*"<sup>38</sup>.

L'ascenseur progresse à travers 4 niveaux :

- niveau 0 : confiant
- niveau 1 : fragile
- niveau 2 : inquiet
- niveau 3 : apeuré
- niveau 4 : très angoissé



<sup>37</sup> Voir en annexe 5 quelques références d'albums pouvant s'accorder au mutisme sélectif.

<sup>38</sup> Cf. illustration page suivante. Davantage d'explications et d'images en annexe 6.



- L'Ascenseur des peurs -

Pour davantage d'illustrations et d'explications sur son utilisation, se référer à l'annexe 6.

Elikya choisit une image qui illustre une situation précise (en classe, en récréation, demander d'aller aux toilettes, aller chez le docteur, chuchoter dans l'oreille de quelqu'un, etc.) et la scratche face à l'étage correspondant à son ressenti. Cette activité nous a permis d'évaluer précisément les situations ou personnes qui mettent en difficulté ou non l'enfant pour communiquer. Ce matériel permet également de souligner la progression de l'enfant. Au cours de la rééducation, on observe que les images, auparavant placées aux étages supérieurs, descendent progressivement vers un ressenti plus acceptable.

#### ▪ Les lectures

La littérature enfantine permet également de mener un dialogue sur les émotions de l'enfant. Néanmoins, il est important de ne pas aller trop vite dans cette démarche pour ne pas le braquer. En effet, nous avons vécu cette expérience délicate avec Elikya. Trop tôt dans la rééducation, nous avons proposé un livre sur l'école. Le récit du livre faisant trop écho avec le vécu de la fillette, cette dernière s'est complètement braquée et témoignait même son désir de stopper immédiatement la séance. Certes, chaque enfant est différent et il ne se projettera pas de la même manière dans le récit qui lui est fait. Toutefois, le fait est que l'enfant atteint de mutisme sélectif est de nature très sensible.

Il est judicieux de toujours présenter à l'enfant divers livres et thèmes d'histoire. L'enfant pourra refuser durant un mois un certain support mais revenir vers lui par après. Ce qui est important, c'est qu'il soit désireux de le lire et de partager cette expérience avec son thérapeute.

Après cette première expérience malaisée, Elikya finit par aller d'elle-même vers un livre présenté dans la mallette, mais seulement après quelques semaines. Elle se dirigea vers un livre contenant un personnage mobile pouvant progresser à travers les pages et l'histoire. Dans un premier temps, elle fit le choix de découvrir le livre seule et dans le silence. Après quelques séances, elle accepta ensuite notre lecture à voix haute. Finalement, elle se mit peu à peu à mobiliser le personnage en concordance à notre discours. L'activité devint alors un partage, nous vivions l'histoire ensemble. Ce livre a beaucoup été investi par l'enfant durant la prise en charge. Il devint comme un

rituel car désiré chaque séance par l'enfant, mais l'histoire n'était jamais la même puisqu'Elikya évoluait.

#### e. Encourager et soutenir l'enfant

Il est évident que la valorisation de l'enfant dans ce qu'il fait est très importante pour l'aider à prendre de l'assurance et effacer peu à peu ses angoisses. Il convient de l'accompagner et d'encourager ses succès, mais sans avoir l'air d'attendre à tout prix un résultat.

Shipon-Blum propose pour cela d'inscrire, sur une grille, l'évolution de l'enfant pour qu'il puisse visualiser concrètement sa progression à travers les objectifs définis pour parvenir à la communication. Pour un enfant en bas âge, ce procédé peut être réalisé en remplaçant l'écrit par des images. Une gommette sera collée par exemple en face d'un objectif lorsqu'il sera réussi.

### **2.4.3 Une communication privilégiée**

Au fil des rencontres une communication a pu naître et se développer avec l'enfant et cela, grâce à l'attitude et la manière de faire précédemment décrites. Cette communication a tenu une place essentielle entre le savoir-être et le savoir-faire du thérapeute.

Nous concevons le fait qu'une séance sans parole avec le patient puisse être déroutante et peut-être difficilement compréhensible pour certains. Néanmoins, nous tenons à préciser que, malgré les temps de silence des rencontres, la communication entre le thérapeute et l'enfant est bien présente. La communication non verbale participe à cet échange mais pas seulement. En effet, si l'orthophoniste prend le temps d'investir pleinement la relation thérapeutique, il comprendra qu'il y demeure un riche partage entre lui et son jeune patient. Ce partage s'effectue sans parole. « *La façon de regarder, mais c'est du langage. C'est un échange de langage interpsychique, le regard. [...]*

*Les mots ont un sens symbolique très important, mais on n'est pas forcé d'en dire tout le temps »<sup>39</sup>.*

Un regard, une attitude, un sourire suffisent pour communiquer. Cela est induit par les ressentis qui font circuler une certaine énergie entre les deux allocutaires. Nous ne parlons pas ici de transfert et de contre-transfert, bien que ceux-ci puissent être présents dans ce mouvement, mais d'un plein partage grâce à une totale harmonie entre les partenaires. Celui-ci se crée également par une grande empathie de la part du thérapeute.

Le temps thérapeutique inclut un "espace potentiel" (Winnicott, 1975). Ce dernier n'est possible que si le thérapeute se libère d'un champ réceptif. Dubois reprend ce concept en expliquant qu'au sein de l'espace relationnel « *ce qui se joue est ailleurs, bien sûr : en un lieu de représentation, qui permet que s'entremêlent les fils de la joie, du désir, du rêve, du jeu, de l'émotion* »<sup>40</sup>.

En séance, Elikya a mis en place d'elle-même des moyens non verbaux pour interagir avec son thérapeute. Elle désigne des éléments, elle hoche la tête pour signifier *oui* ou *non*. Il est important pour l'orthophoniste d'enrichir le champ du non-verbal. Cette démarche n'est pas contraire à la rééducation du mutisme mais elle est une étape vers la parole. Nous présentons de multiples supports à l'enfant pour qu'elle puisse facilement s'exprimer. De même, nos questions se présentent de manière fermée pour pouvoir recueillir son avis (hochements de tête). Toutefois, au-delà de ces procédés, une autre forme de langage s'effectue inmanquablement. Un langage qui nous est commun et qui nourrit grandement les rencontres.

Pour faciliter la compréhension de nos idées, nous souhaitons les illustrer par un extrait d'observations de séance avec l'enfant.

*Le 5 mars 2009 :* Cinquième mois de prise en charge. Elikya ne parle pas et préfère le silence pour les rencontres, je respecte son choix. Je parle par moments, en début et fin de séance notamment, mais les jeux se déroulent sans parole.

---

<sup>39</sup> Dolto, F. (1987), p 106.

<sup>40</sup> Dubois, G. (1990), p. 69.

*Elikya ouvre la mallette de jeux et choisit la boîte de pâte à modeler. Elle en sort quelques morceaux de couleur et prend le dé qui était resté dans la boîte. Elle le lance et obtient le chiffre trois. Elle réalise alors trois petites boules de pâte qu'elle dispose devant moi puis elle me tend le dé. À mon tour, je joue à ce petit jeu qu'Elikya a mis en place. Puis, au cours de la partie, je prends l'ardoise et dispose maintenant les boulettes de pâte à modeler sur celle-ci. Je trace un cercle autour de l'une d'entre elles puis tend le feutre à la fillette. Elikya me sourit et entoure à son tour chaque boulette.*

*Progressivement, les règles du jeu évoluent. Nous mêlons le dessin sur l'ardoise avec la pâte à modeler. Je dessine une fleur et modèle ses pétales avec la pâte. Par mimétisme, Elikya fait de même. Plus tard, des assiettes sont dessinées sur l'ardoise et nous réalisons sur elles des aliments. Elikya me concocte un bon repas. Elle imagine, modèle et m'offre ses mets qu'elle me tend avec un grand sourire. Elle rit de me voir faire semblant de manger son repas.*

*Ensuite, la pâte à modeler est mise de côté et l'ardoise est réinvestie. Elikya dessine des lignes qui s'entrecroisent. Son dessin se fait dans le coin de l'ardoise, vers moi. Je laisse un moment l'enfant poursuivre son dessin puis je prends un feutre et dessine un point près de sa réalisation. Un contact visuel se fait entre nous, j'imagine que je peux poursuivre mon dessin. Peu à peu, je me mets à suivre ses tracés. Le dessin se réalise à deux et devient progressivement un jeu de poursuite entre son feutre et le mien. Elikya rit gaiement.*

À travers ce type d'échange considéré, valorisé et investi, Elikya a gagné une certaine maturité communicationnelle. Au départ, elle avait tendance à s'isoler pour jouer, à créer seule sans vraiment prendre en compte notre présence. En fait, notre parole tentait de combler son silence mais freinait alors toute tentative communicationnelle de sa part. De même, nous n'étions pas assez attentive à ce qui se jouait entre la patiente et le rééducateur. Après une remise en question et une réactualisation de nos objectifs thérapeutiques, le silence d'Elikya a été respecté. Progressivement, elle s'est ouverte à notre présence et nous a incluse dans ses jeux. Le silence a révélé alors une communication. Ce riche partage, cette complicité sans parole ont permis de baisser son anxiété. Peu à peu, elle a souhaité interagir avec son thérapeute. Elle s'est mise à créer pour nous, nous a incluse de plus en plus dans ses activités et a partagé quelque chose d'elle.

## **2.5 L'importance d'un travail en équipe**

Le travail réalisé pour aider l'enfant face à son mutisme et son anxiété doit se faire en équipe. Ainsi, l'enfant, les parents, le personnel scolaire et les thérapeutes (orthophoniste et psychologue) doivent œuvrer dans le même but pour que le projet soit bénéfique. Les objectifs communs à mener sont, de manière générale :

- diminuer l'anxiété de l'enfant en agissant toujours avec bienveillance,
- supprimer toute pression sur le fait de parler,
- mettre le symptôme de côté et considérer l'enfant comme tous les autres,
- le valoriser, le mettre en confiance de manière à renforcer son estime de soi,
- favoriser l'expression et la verbalisation des émotions,
- s'il se met à parler sur le lieu de l'école, ne pas focaliser l'attention sur lui à ce moment précis, cela pourrait au contraire le freiner dans sa progression en augmentant son anxiété face au changement.

Shipon-Blum préconise de préparer l'enfant avant la rentrée des classes. Une rencontre préalable avec son instituteur et même une visite de la salle de classe peuvent être faites pour familiariser l'enfant au contexte. Cette démarche permet également d'informer le professeur du mutisme sélectif. Le dialogue entre les parents, l'instituteur et le thérapeute est essentiel pour adapter au mieux le lieu de l'école, contexte social fort anxiogène pour l'enfant.

En ce qui concerne le cas d'Elikya, les parents ont été les grands absents du projet. Toutefois, les professeurs se sont pleinement investis. Avant la rentrée en 3<sup>ème</sup> maternelle, nous estimions que les changements de classe, d'étage, d'instituteur allaient être éprouvants pour l'enfant. Un guide à l'attention des professeurs a donc été créé et leur a été adressé avant la rentrée. Ce guide s'est fortement inspiré du livre *Comprendre le mutisme sélectif, guide à l'usage des parents, enseignants et thérapeutes*<sup>41</sup>. Par chance, le professeur d'Elikya a parfaitement pris en considération nos conseils et les a

---

<sup>41</sup> Livre précédemment cité, écrit par Elisa Shipon-Blum et traduit par Valérie Marschall, directrice de l'association francophone du mutisme sélectif : *Ouvrir la voix*.

appliqués du mieux qu'elle pouvait. En cours d'année, l'institutrice s'est faite remplacer et nous avons été surprise et satisfaite que les propos du guide aient été partagés avec l'institutrice remplaçante. Cette dernière a également tenu une attitude adaptée avec Elikya.

## **2.6 Résultats**

### **2.6.1 L'évolution d'Elikya**

#### **a. Le comportement**

Au commencement de la prise en charge, la fillette était quasi inexpressive, son corps était très peu mobilisé. C'était une petite fille très discrète, elle savait se faire transparente. Sa démarche était très lente, fragile, peu assurée.

Elikya communiquait par des hochements de tête pour signifier "oui" et "non" puis elle s'est mise à désigner du doigt. Peu à peu, elle a investi le matériel en séance. D'abord très timidement, toujours avec beaucoup de soin et de délicatesse. Nous tâchions sans cesse de la rassurer et la valoriser, elle est devenue fière de ce qu'elle entreprenait. Au départ, les contacts visuels étaient totalement impossibles mais peu à peu, grâce à la confiance et à la solide relation thérapeutique, les échanges de regards se sont installés. De même, les sourires sont apparus. Elikya s'est épanouie au fil des rencontres, elle savait qu'elle avait notre soutien et que nous œuvrions également à calmer la pression exercée sur elle à l'école. La démarche se faisait avec elle et pour elle auprès des différents professionnels scolaires. La fillette semblait comme apaisée, libérée de son symptôme, ce mutisme qu'on avait fini, tous, par mettre de côté et finalement oublier. Elle est devenue souriante, joyeuse et s'est empli de vie !

En séance, elle a pris possession des objets et surtout de l'espace. Sa présence, autrefois si transparente, s'est peu à peu colorée. Progressivement, son petit corps bougeait, elle sautait, courait. Aux récréations, elle s'est peu à peu intégrée aux groupes d'enfants, ce qu'elle était incapable de faire

auparavant. Elle qui restait comme gelée au milieu des autres enfants jouant, criant et se courant l'un après l'autre, pouvait à présent aller vers eux.

En fin de prise en charge, une toute autre enfant, une nouvelle Elikya a pris vie. Nous avions presque du mal à la canaliser. Elle était en ébullition et désirait tout faire en même temps. Très vive, elle changeait constamment d'activité, se levait et vivait la séance ardemment. Ainsi l'espace et le temps des rencontres s'élargissaient. Elikya s'appropriait l'espace avec plus d'ouverture au monde environnant. Elle ne concluait plus méthodiquement les séances comme autrefois mais, au contraire, semblait ne pas vouloir que ce temps s'interrompe, elle s'y sentait bien.

À présent, la fillette sourit aux personnes qui la regardent et n'a plus peur d'échanger avec eux des regards même si elle ne les connaît pas vraiment. Elikya est moins anxieuse sur le lieu de l'école. Elle a pris confiance en elle, s'est ouverte aux autres.

#### b. Les prises d'initiative

Durant les premiers mois, Elikya s'appuyait seulement sur le matériel qu'elle connaissait déjà, à savoir : l'ardoise, la pâte à modeler et le dé. À chaque début de séance, la fillette sortait seulement ces supports et jouait, dessinait, modelait, créait. Elle n'était pas curieuse de savoir ce que la mallette pouvait contenir d'autre. Ce n'est que plus tard qu'elle s'est mise à examiner peu à peu le reste du matériel. Elle a alors investi spontanément un élément après l'autre par une découverte personnelle puis les a intégrés à la séance.

Ensuite, les entretiens sont devenus bien plus riches, Elikya ne se cantonnait plus uniquement à ce qu'elle connaissait, ce qui la rassurait aussi. Elle était curieuse de tout, toujours en demande de nouvelles choses à découvrir. C'est essentiellement à ce moment, qu'elle a commencé à prendre de nombreuses initiatives. Par la liberté que nous lui accordions, Elikya est devenue très créative. Elle s'est mise à inventer des jeux et nous les proposait. Elle est devenue également de plus en plus directive et se plaisait d'ailleurs beaucoup dans ce rôle. Puis progressivement, le matériel de la mallette devint insuffisant pour elle, elle désirait de nouveaux jeux à découvrir avec nous.

Elikya s'est également dirigée vers des activités plus pédagogiques telles que l'écrit (alphabet, nombres, lettres, mots, etc.). Elle avait le désir de nous faire découvrir à son tour des choses qu'elle savait faire. Elikya ne parvenait pas encore à parler mais commençait à échanger quelque chose de nouveau, un langage autre que celui du jeu, le code de l'écrit.

### c. Sur le chemin de la parole

Durant la première année Elikya a beaucoup progressé. Son comportement, ses prises d'initiatives, son investissement au sein des rencontres en témoignaient. Elle s'était mise à sourire. Cette bouche, complètement close et rigide au départ, s'est progressivement ouverte : sur les lèvres d'Elikya est apparue l'expression de la joie. La fillette devint apaisée, comprise, considérée à sa juste valeur. Elle n'était plus "la petite fille qui ne parle pas" mais "la petite fille malicieuse, intelligente, rayonnante".

Par le jeu, Elikya s'est surprise quelquefois à rire, à sortir quelques sons. Après sept mois de prise en charge, Elikya poussa un cri de joie au cours d'une activité. C'était la dernière séance avant la séparation, celle des grandes vacances.

L'année suivante, Elikya prit progressivement la parole, d'abord en classe. Trois mois après la rentrée, la fillette commença d'abord à parler à une de ses copines, au fond de la classe dans le coin "poupée". Puis cette parole s'étendit dans la cour de récréation. Elikya a une voix grave, une voix particulièrement bien identifiable. Sur le moment, l'institutrice fut assez surprise d'entendre une voix qu'elle ne connaissait pas mais elle suivit nos conseils et ne souligna pas ce déblocage qui s'était produit soudainement chez l'enfant.

Elikya répandit peu à peu sa parole à l'ensemble de ses camarades. Par contre, parler aux adultes était une étape plus difficile à franchir. Elikya avait besoin d'aide pour surmonter cette épreuve. Nous avons conseillé à sa maitresse de démarrer progressivement, de laisser la fillette lui chuchoter ses mots à l'oreille. C'est ce qu'elle parvint à faire : Elikya pouvait désormais demander à son institutrice d'aller aux toilettes.

Elikya parlait en classe mais restait muette en séance. Nous laissons faire les choses. Comme nous avons dit à l'enfant, elle parlerait quand elle serait prête. Toutefois, il vint le moment où, depuis plusieurs séances, nous observions Elikya nous regarder et bouger les lèvres. Cela se faisait notamment lorsque nous la questionnions. C'était comme si elle s'efforçait de faire sortir les mots de sa bouche. Elle tendait ses lèvres, nous regardait de manière soutenue mais aucun son n'était produit, comme si elle retenait les mots de sortir. Il se déroula plusieurs séances comme cela jusqu'à ce que nous entamions un dialogue. « *Souhaites-tu me dire quelque chose Elikya ?* » lui demandions-nous, elle fit "oui" d'un mouvement de tête. « *Penses-tu être prête ?* », Elikya hocha "oui" et voilà que ses lèvres se remirent à bouger, mais encore une fois, rien ne sortait.

Il fallait l'aider car il était évident que nous parler pour la première fois était une étape éprouvante. Nous ouvrons alors le dialogue pour poser des mots sur cette difficulté et tenter de reconforter l'enfant, baisser son anxiété. « *Tu voudrais nous parler ?* », acquiescement de tête. « *Cela te fait peur ?* », Elikya fait signe que oui. Nous cherchons alors les raisons de cette peur : « *Est-ce que je te fais peur ?* », ... Finalement, après discussion, il s'avère que ce qui inquiétait surtout la fillette c'était que notre relation change. Elle craignait que nous ne venions plus si elle se mettait à nous parler. Ce fut une surprise, nous ne nous attendions pas du tout à cela. Nous avons reconforté Elikya : nous continuerions à venir pour échanger encore plein de choses avec elle, notamment la parole.

Nous nous sommes penchée vers elle et lui avons proposé de nous chuchoter ce qu'elle souhaitait nous dire. Elikya était d'accord, elle voulait franchir cette étape. Il fallut encore attendre un instant ... nous avons fermé les yeux, comme pour mieux l'entendre et voilà qu'Elikya nous murmura le mot « *jouer* ». C'était la fin de la séance et elle souhaitait encore jouer alors que nous venions de clôturer la rencontre. Nous l'avons questionnée pour savoir à quoi elle désirait jouer. La réponse verbale ne put se faire encore une fois qu'après que nous ayons fermé les yeux. Elikya nous répondit alors « *Barbie* ». Nous comprîmes donc que la fillette nous verbalisait une demande, celle que nous amenions pour la prochaine fois des Barbies.

### **2.6.2 La parole retrouvée**

La séance suivante, Elikya parlait. Cependant, cet acte se faisait encore très timidement. Sa voix était d'une intensité très faible. Il en était de même en classe, lorsqu'elle répondait à la maitresse, il lui fallait un petit temps pour qu'elle se lance et sa réponse était à peine audible. Elle était parvenue à l'étape de la communication verbale mais du temps lui était encore nécessaire pour se sentir à l'aise dans cet acte.

Durant, plusieurs semaines nous avons redécouvert les jeux avec la présence de la parole. Les figurines communiquaient entre elles. Par le biais de celles-ci (Barbies, marionnettes, Petits Malins), Elikya apprit peu à peu à appréhender l'oral. L'expression d'Elikya se fit de plus en plus aisée au fil des rencontres. Les dialogues devinrent plus riches, l'intensité vocale augmenta également.

Toutefois, répondre à des questionnements précis lui était difficile, d'autant plus si cela la concernait personnellement. Dans ces situations, la parole était assez restreinte, Elikya ne répondait que très brièvement, par quelques mots.

Au fil des semaines, Elikya parvint à gagner de l'intensité tout comme elle gagna de l'assurance. Il en fut de même en classe. Finalement, après quelques mois, Elikya s'est mise à parler comme n'importe quel autre enfant. Désormais, en séance, elle rit, crie lors des jeux et parvient habilement à changer les voix des marionnettes ou autres figurines. En classe, elle lève le doigt et participe. Le matin, elle prend l'initiative de faire le calendrier et la météo du jour, elle a même souhaité chanter une chanson devant toute la classe.

## 2.7 Conclusion

En deux ans, Elikya a beaucoup évolué. Elle est désormais plus sereine et nettement moins angoissée à l'école. Elle a su prendre ses marques et se familiariser avec ce contexte qui lui était anxiogène. Nous estimons que ce changement est la conséquence de plusieurs actes.

Tout d'abord, le fait de laisser l'enfant diriger totalement les séances l'a aidée à prendre confiance en elle. Elle s'est alors rendue compte que ses désirs et ses envies étaient entendus et respectés. Nous lui avons donné la parole et elle a su ainsi prendre des initiatives et s'affirmer au fil du temps.

La relation thérapeutique ainsi que la communication privilégiées grâce aux multiples valorisations exprimées à son égard ont reconforté l'enfant. Le respect du symptôme, l'écoute, les mots posés sur les difficultés vécues sont autant de choses qui ont permis à Elikya d'investir l'échange. Elle s'est sentie en confiance et a pu s'approprier entièrement le temps et l'espace des rencontres.

Ce qui l'a aidée pareillement est la collaboration réalisée entre les différents professionnels. Au départ, la pression exercée sur la fillette pour qu'elle parle en classe était grande et cela augmentait de jour en jour son angoisse. Un entretien avec les institutrices d'Elikya a permis d'apaiser les tensions, de supprimer les contraintes et les menaces. L'effort fourni par toute l'équipe a permis de diminuer l'anxiété scolaire d'Elikya. Elle a pu se libérer de ce poids qui renforçait davantage son mutisme. On agissait avec elle comme tout autre enfant, son silence n'importait plus. Elle réalisait les activités, écoutait la maitresse, jouait et cela était l'essentiel.

Tout ce travail au sein des séances mais également auprès de l'équipe pédagogique sont autant de facteurs qui ont pu l'amener à se libérer de son trop d'anxiété et finalement à retrouver la parole.

*Elikya, gardienne de son silence, a su trouver les clés pour  
« ouvrir sa voix » et s'ouvrir au monde.*

### 3 DISCUSSION

À ce jour, les ouvrages francophones qui abordent la problématique du mutisme sélectif sont encore peu nombreux. Le but de notre travail était donc de pouvoir fournir une base théorique sur cette pathologie ainsi que de présenter les possibilités de traitement existantes. Notre objectif principal était surtout de confronter cette théorie à la pratique par le suivi orthophonique d'une enfant souffrant de MS. À travers cette étude monographique, nous avons cherché à présenter un plan thérapeutique répondant adéquatement aux divers signes que présente ce trouble complexe.

- Nous sommes consciente que **le diagnostic du mutisme sélectif** n'a pas été finement décrit pour cette enfant. Ainsi, les liens avec les différentes formes de mutisme sélectif développées dans la partie théorique ne se sont pas idéalement faits. Une des raisons est qu'il nous a manqué des éléments d'anamnèse nous empêchant d'objectiver un diagnostic précis. Les rencontres avec les parents ont été rares. Ils se sont montrés réservés et n'ont fourni que peu de données sur l'enfant. De plus, il nous semblait plus approprié de s'attacher principalement à l'anxiété bien présente chez l'enfant et cela sans pointer une cause particulière. En cela, notre approche paraît donc plus généralisée. D'ailleurs, nous ne pensons pas que la mise en évidence d'une cause spécifique au mutisme aurait apporté davantage à la thérapie. Le suivi est ici orthophonique, nous n'en faisons pas une analyse psychologique.

Pour le cas d'Elikya, toutes les hypothèses peuvent se poser en ce qui concerne l'étiologie de son MS. En l'absence de la mère, le père décrit sa femme comme une personne très timide qui rencontrait pareillement des difficultés de communication lorsqu'elle avait l'âge d'Elikya. Ainsi, le **facteur héréditaire** entrerait ici en jeu par la présence d'antécédents familiaux.

La **cause linguistique** est aussi supposée puisque les parents sont d'origine congolaise et que la famille a vécu quelques années en Autriche. La langue parlée à la maison est le français mais il se peut que la langue du pays

d'origine soit utilisée en présence de la famille ou d'amis. Par ailleurs, Elikya est née en Autriche et y a vécu les deux premières années de sa vie. Nous estimons qu'elle a pu éprouver une vive confrontation des langues. Effectivement, il y a la (ou les) langue(s) utilisée(s) par ses parents, celle du pays où elle est née puis le français apparu avec le déménagement en Belgique.

Nous n'avons que très peu d'éléments en ce qui concerne la relation mère-fille. Toutefois, Elikya a très mal vécu les premières séparations avec sa mère lors de sa scolarisation. Au commencement de la thérapie, elle nous avait fait part de cette difficulté ; puis en dernière année de maternelle, le départ pour l'école s'est fait avec nettement moins de problèmes.

De plus, lorsqu'Elikya s'est mise à parler à son institutrice, elle lui exprima son souhait de ne pas révéler cela à sa mère. Il se pourrait que la forme d'un mutisme symbiotique se soit jouée ici.

Enfin, l'hypothèse d'une expérience traumatique ayant joué sur le mutisme de l'enfant est aussi à considérer. Elikya a été élevée les deux premières années à la maison par sa mère en Autriche. À l'âge de deux ans, la famille a déménagé à Bruxelles. À ce même moment, Elikya a débuté sa scolarité mais n'a pu être placée dans la même école que ses frères. Les parents évoquent une période particulièrement difficile pour l'enfant face à ces nombreux changements concomitants.

- **Ce cas clinique est spécifique** par l'histoire du sujet mais aussi par son âge. Certaines techniques ont été étudiées de manière à être le plus adaptées possibles à l'enfant, à sa personnalité et à son jeune âge. Elles ont également répondu aux réactions d'Elikya. Ainsi, l'approche exposée dans ce travail est, certes individualisée à cette enfant, mais elle a permis néanmoins la présentation d'une riche analyse. Des axes de traitement ont pu être pointés, ceux-ci pouvant être utiles à tout orthophoniste.

- **L'approche est également particulière car ajustée au contexte de la situation.** Dans le cas d'Elikya, les parents n'étaient pas acteurs dans la thérapie. Ils se sont montrés distants et n'ont pas montré de curiosité quant au suivi de leur fille. Toutefois, ils nous ont pleinement accordé leur confiance et ne se sont jamais opposés au traitement.

La prise en charge d'Elikya s'est réalisée en collaboration avec l'école. Nous avons eu beaucoup de chance d'avoir eu affaire à des instituteurs patients, à l'écoute et preneurs de nos conseils. Nous sommes consciente que le travail n'aurait pas été le même si l'équipe pédagogique ne s'était pas mobilisée de la sorte. Parfois, le thérapeute ou les parents se butent à des professeurs non collaborants. Valérie Marschall<sup>42</sup> nous a notamment fait part d'expériences décevantes.

Dans la partie théorique, le programme d'intervention à l'école de Johnson et Wintgens a été décrit<sup>43</sup>. Ces orthophonistes spécialistes du MS présentent six schémas possibles pour faire émerger la parole chez l'enfant. Ils requièrent l'investissement des professionnels, de l'enfant et des parents.

Ce programme ne figure pas dans notre partie pratique. Nous n'en avons pas fait référence puisque les parents n'étaient pas vraiment impliqués et pas suffisamment disponibles. Il a fallu faire preuve d'adaptation et mettre en place une autre approche. Nous avons donc emprunté une septième voie. Nous n'avons pas isolé l'environnement clinique (celui de la thérapie) du lieu social, à savoir l'école. Nous nous sommes déplacée chaque semaine à l'école d'Elikya, lieu où nous établissons les séances orthophoniques. Nous avons pu observer l'enfant dans des situations socialement pénibles telles qu'en classe, en récréation ou lors des repas. Cela nous a permis de mieux cibler les difficultés de l'enfant.

Notre clinique est tout aussi particulière par le fait qu'elle ne s'est pas inspirée des recommandations théoriques pour faire émerger la parole chez l'enfant (comme l'utilisation d'un médiateur ou de la technique de "façonnage").

---

<sup>42</sup> Directrice de l'association du mutisme sélectif "Ouvrir la voix".

<sup>43</sup> Cf. point 1.3.2.b *Programme d'intervention*.

De cette manière, notre approche est inédite et se présente comme une septième possibilité de traitement que nous pouvons illustrer de la sorte :

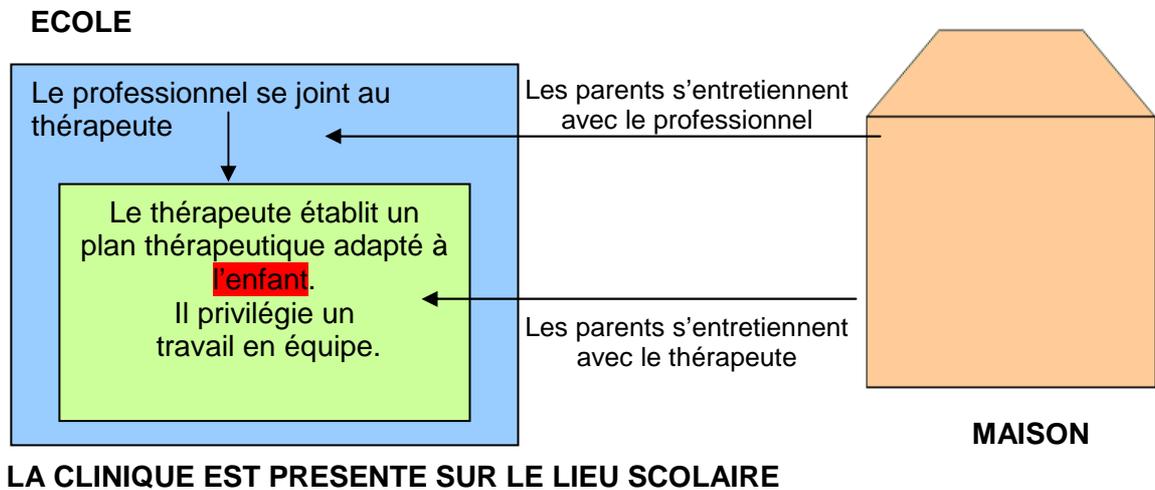


Schéma complémentaire au programme d'intervention à l'école de Johnson et Wintgens<sup>44</sup>

- Soulignons le fait que **notre approche thérapeutique s'est réalisée de manière dynamique** en lien avec :

- les découvertes théoriques (certaines techniques de traitement ont été découvertes plus tardivement, une fois le contact effectué avec Valérie Marschall, directrice de l'association "Ouvrir la voix") ;
- les réactions d'Elikya aux difficultés rencontrées et auxquelles nous avons présenté des réponses thérapeutiques.

Nous nous sommes remise régulièrement en question dans notre pratique. Les techniques ont été sans cesse réajustées. Nous estimons que la prise de recul sur son travail est inévitable pour tout thérapeute, cela permet d'être au plus proche du fonctionnement du patient, de ses intérêts et de ses demandes explicites et implicites.

- Nous estimons que **l'évolution d'Elikya** a pu se faire grâce à un tout. La pression ôtée au sein de la rééducation orthophonique mais surtout

<sup>44</sup> Cf. schéma page 29.

sur le lieu scolaire, lui a permis de se sentir en confiance, elle est progressivement parvenue à s'affirmer. La collaboration entre les divers professionnels est inhérente aux progrès d'Elikya. De plus, nous pensons que la relation thérapeutique et la communication privilégiées ont amené l'enfant à s'ouvrir aux autres. Pareillement, le respect du symptôme, l'écoute, les mots posés sur les difficultés vécues sont autant de facteurs qui ont nourri les échanges. Elikya s'est sentie considérée, écoutée et a pu s'approprier entièrement le temps et l'espace des rencontres.

C'est tout ce travail clinique avec l'implication de l'équipe pédagogique qui a pu amener l'enfant à se libérer de son trop d'anxiété pour finalement retrouver la parole.

Cependant, nous considérons qu'un suiti psychologique aurait pu s'élaborer parallèlement au travail orthophonique. Une double thérapie aurait peut-être été bénéfique pour l'enfant à plus long terme. Elle aurait aussi permis une riche collaboration entre les thérapeutes. Au départ de la prise en charge, cette proposition avait été suggérée aux parents mais ils l'avaient refusée. Il est vrai qu'il est difficile pour les parents d'accepter les remarques faites sur leur enfant. Comme beaucoup de parents d'enfant atteint de MS, ils décrivent Elikya comme une vraie "pipelette" à la maison. Elle chante, se met en scène, c'est une chipie qui n'hésite pas à montrer son opposition si elle n'est pas d'accord. Il est donc compréhensible qu'ils aient été déroutés par nos propos et ceux de l'institutrice. Ils ont préféré une prise en charge orthophonique pour leur fille, laissant de côté celle psychologique.

- **Argumentation de nos choix thérapeutiques en fonction des techniques recommandées par les auteurs**

Notre plan thérapeutique s'est appuyé sur certaines notions développées dans l'introduction théorique. Néanmoins, nous n'avons pas appliqué toutes les techniques décrites (ex : l'intermédiaire verbal explicité précédemment), en raison d'un choix à faire en fonction du contexte et aussi par le simple fait que nous n'en avons découvertes certaines qu'après

l'émergence de la parole d'Elikya. De plus, quelques outils utilisés dans notre traitement ont été remaniés et adaptés afin d'être en adéquation avec l'enfant.

♦ Eléments et techniques pris en compte :

Bien entendu tous les principes figurant dans la liste des *éléments importants à considérer*<sup>45</sup> pour la prise en charge d'un enfant mutique sélectif ont été envisagés. Nos objectifs thérapeutiques se sont donc centrés sur l'anxiété, la préparation de l'enfant face aux changements, la lenteur cognitive, la mise en confiance du patient, l'adaptation du matériel, la patience et l'acceptation. De même, la *distraction*<sup>46</sup> a été présente au sein de nos séances pour détourner l'anxiété et les craintes de l'enfant. Le *travail en équipe* a également été largement exploité.

♦ Techniques non reprises :

- *La désensibilisation* : Cette technique suit la conduite mise en œuvre par la psychothérapie comportementale. Nous ne tenions pas à confronter l'enfant à des situations anxiogènes, même si cette technique préconise une gradation dans cette mise en contact. Nous avons estimé que l'enfant était déjà continuellement dans des situations stressantes à l'école. De plus, cette méthode nous a paru trop frontale, ne laissant peut-être pas suffisamment le temps à l'enfant de prendre ses marques et d'appréhender ses émotions.

Notre optique de travail était plutôt de diminuer la pression exercée sur l'enfant, que ce soit au sein de la rééducation ou en classe avec les instituteurs. Les objectifs de traitement ont été définis en équipe. Les divers professionnels ont œuvré pour s'adapter à l'enfant. Le contexte scolaire trop oppressant a donc été assoupli, le temps qu'Elikya prenne confiance en elle et puisse se détendre. À partir de cela, la parole a émergé progressivement et spontanément.

Notre approche est donc particulière dans le sens où tout s'est centré sur l'enfant, le contexte scolaire s'adaptant au MS d'Elikya. Contrairement à l'approche comportementale, nous n'avons pas imposé la parole, c'est l'enfant

---

<sup>45</sup> Cf point : 1.3.1.

<sup>46</sup> Cf point : 1.3.2. a.

elle-même qui a évolué à son rythme et qui s'est ouverte à des situations de plus en plus difficiles.

- *La technique de façonnage* : il est évident que mettre en place cette technique allait à l'encontre de nos idées. Notre but était de respecter l'enfant et son symptôme, de lui laisser la possibilité de s'exprimer par tous les moyens qu'elle souhaitait, sans lui imposer la parole à tout prix. Nous estimons que la stimulation des lèvres et de la langue fait sentir à l'enfant une certaine pression qu'il peut vivre comme une contrainte et une non-prise en compte réelle de son mal-être.

♦ Techniques utilisées et adaptées :

- *Tableau des sentiments anxieux* : Shipon-Blum explique qu'il est nécessaire qu'un spécialiste puisse aider l'enfant à accepter et évaluer ses sentiments anxieux. Un tableau est généralement utilisé : y sont inscrits les différents états par lesquels passe l'enfant. Ce tableau prend en compte les variations comportementales selon le type de situation sociale. Tenant compte du jeune âge d'Elikya et du fait que certaines émotions puissent être trop abstraites pour être bien comprises, nous avons fait le choix de créer l'"*Ascenseur des peurs*". Ce matériel nous a semblé plus adapté. L'enfant s'appuie sur de nombreuses illustrations qu'il peut manipuler et utiliser pour exprimer ses ressentis. Le choix d'un ascenseur comme représentation de l'angoisse nous a semblé plus pertinent qu'un simple tableau. Cette mise en forme inclut aussi la notion de progression de l'angoisse. Cette variation est soulignée par le jeu des couleurs et par des visages exprimant les divers sentiments. Ce support nous semble donc davantage compréhensible pour le jeune enfant, il est aussi plus attrayant.

- *Préparation et plus grand temps d'échauffement* : Ce point figure parmi les éléments importants à considérer pour la prise en charge d'un enfant souffrant de MS. Un calendrier a été créé avec l'enfant, grâce à ce support nous l'avons préparé aux changements et aux éventuelles absences. De même, les institutrices -s'appuyant sur le guide que nous leur avons donné- ont toujours tenté d'expliquer à Elikya les changements d'horaire ou même de remplacement (changement de maitresse en cours d'année).

- *Adaptation du matériel* : Divers supports ont été proposés à Elikya pour soutenir son expression et stimuler la communication non verbale : figurines, autocollants des émotions, livres, images, etc. Une mallette contenant différents types de médias à la communication a été apportée à chaque séance. Elle a ensuite été peu à peu complétée en fonction des demandes de l'enfant.

♦ Techniques intéressantes qui auraient pu être investiguées :

- *Les tableaux d'objectifs et de jeux* : Lorsque la parole a émergé, ce type de tableau aurait pu être utilisé avec l'enfant pour visualiser ses réussites et son évolution. Cela, dans l'objectif de stimuler sa progression et aussi de l'encourager. Nous pensons que l'institutrice aurait pu très bien utiliser ce matériel pour soutenir les efforts de l'enfant. Des objectifs auraient pu être clairement définis entre l'enfant, l'institutrice et le thérapeute pour bien cibler les buts communs.

- *Le renforcement* : Un système de récompense aurait pu être mis en place en classe et en séance. Par exemple, une fiche aurait pu être complétée par des gommettes pour chaque objectif accompli. Cela aurait témoigné de la reconnaissance envers Elikya pour son travail réalisé et aurait peut-être davantage motivé ses efforts.

- *Matériel plus adapté en classe* : Au départ de la prise en charge, lorsqu'Elikya était en 2<sup>ème</sup> année de maternelle, elle s'est trouvée confrontée à plusieurs difficultés en classe. Par exemple, la fillette n'osait pas demander d'aller aux toilettes et il lui arrivait de faire dans sa culotte. À ce moment-là, un système aurait pu être mis en place avec son institutrice, tel que l'utilisation d'images ou de pictogrammes mis à disposition de l'enfant.

- **Propositions de poursuite**

Ce travail semble être la première approche orthophonique francophone exposée à ce jour. Il est donc évident qu'il présente des failles et des imperfections ; nous pensons qu'il sera certainement complété au fil des

années par d'autres observations et approfondi grâce à la poursuite des recherches dans ce domaine.

Tout d'abord, au vu des défauts thérapeutiques précités, il serait intéressant de voir comment l'enfant peut progresser par la mise en place de ces *techniques intéressantes qui auraient pu être investiguées* (cf. paragraphe ci-dessus).

Ensuite, une analyse comparative de divers cas d'enfants souffrant de MS serait intéressante à réaliser. De même, la prise en charge aurait pu être tout autre : avec la collaboration des parents, sans implication de l'équipe pédagogique ou encore avec le lieu clinique dissocié de l'école. Il serait nécessaire d'étudier toutes les possibilités thérapeutiques et d'examiner la progression de l'enfant en fonction du type de suivi. Des questionnaires pourraient être réalisés auprès des parents et professeurs pour enrichir les visées de traitement.

De plus, nous pensons que la prise en charge psychologique est aussi à envisager pour le MS. Un travail de collaboration entre orthophoniste et psychologue pourrait être mis à jour afin de rendre le travail plus riche.

Finalement, il reste encore beaucoup à faire dans le domaine du MS. Faire davantage connaître cette pathologie auprès des médecins, psychologues, orthophonistes et instituteurs se présente déjà comme un objectif important. De cette manière, des guides<sup>47</sup> pratiques et informatifs pourraient être créés.

---

<sup>47</sup> Le guide que nous avons réalisé pour préparer la rentrée 2009 d'Elikya n'exposait que des informations générales basées sur le "*Guide à l'usage des parents, enseignants et thérapeutes*" d'Elisa Shipon-Blum. À cette époque, nos connaissances n'étaient pas assez développées dans le domaine et bien que nous nous étions efforcées de proposer des solutions aux institutrices, elles présentent des lacunes.

## 4 CONCLUSION GENERALE

L'intérêt pour le mutisme sélectif est en constante évolution depuis quelques années. Toutefois, il tarde à être suffisamment connu et reconnu en Europe. Il s'inscrit dans les classifications psychopathologiques comme "*trouble du fonctionnement social débutant spécifiquement durant l'enfance ou à l'adolescence*" (CIM-10, 1994) ou encore comme "*trouble habituellement diagnostiqué pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence*" (DSM-IV, 1996). Néanmoins, il est surprenant qu'il ne soit pas davantage évoqué dans le domaine de l'orthophonie-logopédie. Cette pathologie touche pourtant bien la communication de l'enfant lorsqu'il est confronté à son milieu social. Comme pour l'autisme, l'orthophoniste devrait proposer une prise en charge pour l'enfant souffrant de MS. Seulement, cela est encore loin d'être le cas. Des études sur l'approche thérapeutique voient le jour peu à peu et nous viennent d'Amérique ou d'Angleterre, mais elles sont bien mal connues des orthophonistes.

Notre travail a cherché à sensibiliser au mieux nos lecteurs au mutisme sélectif. Nous avons tenté de regrouper une grande partie des écrits sur le sujet -encore trop peu nombreux- afin de rendre compte précisément de son diagnostic, ses manifestations ainsi que son étiologie et ses diverses formes cliniques. Une présentation des techniques et traitements existants a également été faite en fin de partie.

Un diagnostic correct et précoce est nécessaire pour proposer une aide adaptée. Toutefois, « *les informations au sujet du MS ne sont pas aussi suffisamment répandues qu'elles devraient l'être, et les éducateurs, les médecins et les psychologues ont encore du mal à pouvoir poser un diagnostic (sic) de MS ou de comprendre comment aider les enfants concernés* »<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> Blau, R. traduit par Marschall, V. pour l'association "*Ouvrir la voix*".

Par notre pratique, nous avons pu exploiter les techniques thérapeutiques préconisées par certains auteurs et orthophonistes. La clinique, exercée durant deux années, a permis de mettre en évidence certaines difficultés rencontrées spécifiquement sur le terrain et avec l'enfant. Nous avons tenté d'adapter davantage les procédés de traitement et avons complété quelques uns d'entre eux.

Ce qui apparaît clairement dans cette expérience pratique est l'importance d'un travail en équipe pour traiter au mieux le MS. L'enfant, ses parents, les instituteurs, les éducateurs, le psychologue et l'orthophoniste doivent se mobiliser ensemble pour que la thérapie soit la plus bénéfique possible.

De plus, notre plan de traitement est particulièrement centré sur l'enfant tout en respectant son symptôme. Il est primordial que le jeune patient s'inscrive comme acteur de sa thérapie. L'adulte ne doit pas dicter de manière oppressante les conduites à tenir mais plutôt favoriser l'expression sous toutes ses formes. La mise en confiance de l'enfant est également inhérente à la prise en charge, tout comme l'écoute et la patience que les professionnels doivent développer en présence du silence de l'enfant.

Ainsi, notre approche orthophonique s'inscrit dans une autre lignée que celles présentées en théorie. Ce fait est dû notamment au contexte spécifique, à l'enfant mais aussi à notre sensibilité personnelle. Nos choix n'ont pas toujours suivi les traitements préconisés par la littérature. Notre démarche présentée ici est donc inédite. L'exposition de notre travail semble être le premier en ce qui concerne le domaine de l'orthophonie en France et en Belgique. Nous sommes bien consciente qu'il présente des manquements et qu'il reste perfectible. Il pourra s'enrichir des recherches ultérieures dans ce domaine, et de l'étude d'autres cas cliniques.

## 5 ANNEXES

- Annexe 1 : Exemple 1 d'Echelle d'Evaluation Etape par Etape.
- Annexe 2 : Exemple 2 d'Echelle d'Evaluation Etape par Etape.
- Annexe 3 : QMS - Questionnaire d'évaluation du Mutisme Sélectif.
- Annexe 4 : Tableaux d'objectifs et de récompenses.
- Annexe 5 : Quelques références de littérature enfantine traitant de thèmes concordant avec la problématique du mutisme sélectif.
- Annexe 6 : Illustrations de "*l'ascenseur des peurs*".
- Annexe 7 : Adresses internet intéressantes sur le MS.

But de l'intervention	Objectif pour l'enfant	Détail de l'intervention	Date	Commentaires √ / X
A. Coopération avec l'intermédiaire verbal	Accepter de jouer avec l'intermédiaire verbal Travailler à tour de rôle			
		S'engager avec l'intermédiaire verbal dans n'importe quel jeu ne nécessitant pas réellement de communication active, même non verbale (jeu de construction, dessin ou coloriage, jeu sur ordinateur, etc.)		
		Idem, mais en acceptant un tour de rôle (chacun son tour apporte un élément à la construction, au dessin, etc.)		
B. Communication visuelle (non sonore)	Utiliser des gestes de façon intentionnelle pour communiquer			
		Pointer du doigt un objet approprié en réponse à une question simple		
		Montrer du doigt pour indiquer un choix ou pour répondre à une question personnelle		
		Interpréter un mime ou geste en sélectionnant l'image appropriée		
		Utiliser les gestes lors d'un jeu pour prendre un objet		
		Copier les gestes ou une action de l'intermédiaire verbal		
		Mimer un mot ou une action.		
		Faire OUI / NON de la tête		

But de l'intervention	Objectif pour l'enfant	Détail de l'intervention	Date	Commentaires ✓ / X
C. Communication sonore (non verbale)	Produire des sons non verbaux de façon intentionnelle			
		Faire du bruit avec un instrument de musique ou un objet		
		Faire du bruit avec son corps, mais pas encore la bouche (taper du pied, claquer des doigts, applaudir, etc.)		
		Faire des bruits avec la bouche ou la langue, sans vocalisation (souffler, claquer la langue, etc.)		
		Reproduire des sons d'animaux		
		Reproduire des sons d'objets (avion, pistolet, téléphone...)		
D. Communication sonore verbale I (lettres)	Produire des lettres isolées			
		Prononcer une lettre n'impliquant ni les lèvres ni la voix (k, t, s, ch...)		
		Prononcer une lettre impliquant les lèvres mais pas la voix (f, p)		
		Prononcer une lettre n'impliquant la voix mais pas les lèvres (g, z, j, n, r, l...)		
		Prononcer une lettre impliquant la voix et les lèvres (m, v, b)		
		Prononcer une voyelle (a, e, i, o, u)		
		Prononcer une diphtongue (ou, oi, en, eu...)		

But de l'intervention	Objectif pour l'enfant	Détail de l'intervention	Date	Commentaires √ / X
E. Communication sonore verbale II (mots isolés)	Produire des mots isolés de façon intentionnelle			
		Répondre à une question par OU / ON		
		Répondre à une question par OUI / NON		
		Donner des instructions avec deux mots (ex : jeu du chaud / froid)		
		Compter à voix haute ensemble		
		Compter à tour de rôle (un chiffre chacun)		
		Dire ou lire à tour de rôle un mot chacun		
F. Communication sonore verbale III (phrases)	Produire plusieurs mots à volume normal			
		Répondre par OUI/NON à trois questions d'affilée		
		Répondre par OUI/NON à cinq questions d'affilée		
		Nommer 2 objets montrés du doigt (puis 3, puis 4...)		
		Compter à tour de rôle : - deux chiffres chacun - cinq chiffres chacun		
		Lire ensemble		
		Lire à tour de rôle - une ligne chacun - une phrase chacun - un paragraphe chacun - une page chacun		

		- deux pages chacun		
		Questions simples (réponses courtes) - répondre à 5 - répondre à 10		
		Compléter une phrase - cinq réponses courtes - cinq phrases - dix phrases		
		Parler de choses favorites		

Social-Communication Anxiety Inventory (SCAI)©  
By: Dr. Elisa Shipon-Blum

NAME of child:

Date:

LOCATION	N C	N V R	N V I	T V	V R	V I	Comments
Check off level of 'usual' functioning .....→							
<b>HOME</b>							
Home with family							
Home with peers (less familiar)							
Home with peers (familiar)							
At friends home with peer (s)							
At friends home with peer + peer's parent							
Relatives in home 1-1, small group							
Relatives in home, large gathering							
At relatives home 1-1, small group							
At relatives home , large gathering							
'Party' out of home (birthday parties)							
<b>At school</b>							
Classroom (large group) of peers							
Classroom (small group) of select peers							
Classroom 1-1 with peer (Child is MOST comfortable with)							
Classroom (large group) with teacher							
Classroom (small group) with teacher							
Classroom 1-1 with teacher							
In separate room with school personnel							
In separate room with school personnel + peer (s)							
Playground with peers							
Specials teachers							
With parents in classroom (during school)							
With parents in classroom (empty)							
Other School personnel - 1 on 1 (who?)							
<b>STORE</b>							
When addressed by unfamiliar person							
Walking around with parent							
At check out if addressed							
At check out if not addressed							
<b>RESTAURANT</b>							
In front of waiter							
With waiter not present							
With family + 'guests'							
<b>Other:</b>							

Scale:  
 NC= Noncommunicative= Does not socially engage - NVR= Nonverbal responding - NVI= Nonverbal initiating  
 TV= Transition to verbal communication (list how in comment section) - VR= Verbally responding VI=Verbally initiating  
 Indicate levels of function: **NEVER** - **SOMETIMES** - **MOST of the time** - **ALWAYS**

Copyright 2006 Selective Mutism Anxiety Research and Treatment Center© and Dr. Elisa Shipon-Blum. Users are responsible for complying with all copyright and licensing restrictions. Contact for more information: [Smartcenter@selectivemutism.org](mailto:Smartcenter@selectivemutism.org) or call: 215-887-5748

**Questionnaire d'évaluation du Mutisme Sélectif (QMS) ©**  
[lbergman@ucla.edu](mailto:lbergman@ucla.edu)

**Veillez considérer le comportement de votre enfant au cours des deux dernières semaines et évaluez à quelle fréquence chaque affirmation est vraie pour votre enfant.**

**A L'ÉCOLE**

1. Le cas échéant, mon enfant parle à la plupart de ses camarades à l'école.	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
2. Le cas échéant, mon enfant parle à certains camarades privilégiés (ses amis) à l'école.				
3. Quand mon enfant est interrogé par son enseignant, il/elle répond.				
4. Le cas échéant, mon enfant pose des questions à son enseignant.				
5. Le cas échéant, mon enfant parle à la plupart des enseignants et au personnel de l'école.				
6. Le cas échéant, mon enfant parle en groupe ou devant la classe.				

**A LA MAISON/ EN FAMILLE**

7. Le cas échéant, mon enfant parle aux membres de la famille habitant sous le même toit quand d'autres personnes sont présentes.				
8. Le cas échéant, mon enfant parle aux membres de la famille dans des endroits peu familiaux.				
9. Le cas échéant, mon enfant parle aux membres de la famille qui n'habitent pas avec lui (ex : cousins, grands-parents)				
10. Le cas échéant, mon enfant parle au téléphone avec ses parents et ses frères et sœurs.				
11. Le cas échéant, mon enfant parle avec les amis de la famille qui lui sont familiaux.				
12. Mon enfant parle au moins à un baby-sitter.				N/A

**DANS DES SITUATIONS D'ORDRE SOCIAL (HORS MILIEU SCOLAIRE)**

13. Le cas échéant, mon enfant parle avec d'autres enfants qu'il ne connaît pas.	Toujours	Souvent	Rarement	Jamais
14. Le cas échéant, mon enfant parle avec des amis de la famille qu'il ne connaît pas.				
15. Le cas échéant, mon enfant parle avec son médecin ou son dentiste.				
16. Le cas échéant, mon enfant parle aux vendeurs et aux serveurs.				
17. Le cas échéant, mon enfant parle en clubs de loisirs, en équipe ou lors d'activités organisées hors cadre scolaire.				

**INTERFERENCE/ DETRESSE\***

18. Pour votre enfant, à quel point le fait de ne pas parler interfère-t-il avec l'école ?	Nullement	Légèrement	Moyennement	Enormément
19. À quel point le fait de ne pas parler a-t-il une influence dans les relations familiales ?				
20. À quel point le fait de ne pas parler a-t-il une influence sur les relations sociales de votre enfant ?				
21. De façon générale, à quel point le fait de ne pas parler a-t-il une influence dans la vie de votre enfant ?				
22. De façon générale, à quel point le fait de ne pas parler est-il source d'inquiétude pour votre enfant ?				
23. Tout bien pesé, à quel point le fait que votre enfant ne parle pas est-il source d'inquiétude pour vous ?				

\* Ces rubriques ne sont pas prises en compte dans le score total et sont destinées à des fins cliniques uniquement.



**Selective Mutism Anxiety Research & Treatment Center**

*Transition Plan -- Step 1*

*Transfer 'words' with friend at home → school*

*Done after school or at a time when few are present in the school setting*

People I am increasing my communication with!	Read or answer Q's home (grade feelings)	Read or answer Q's Car (grade feelings)	Read or answer Q's Playground (without others around) (grade feelings)	Read or answer Q's Separate room (without others around) (grade feelings)	Read or answer Q's outside classroom (without others around) (grade feelings)	Read or answer Q's quiet section in class! (without others around) (grade feelings)	

Questions should be DIRECT< CHOICE or YES/NO questions.  
Refer to: What's My Favorite or color questions for simple examples of types of questions that can be used.

Reading should be passages or books of child's CHOICE.

\*\* Write and Read approach is KEY. Child can WRITE response or question and then READ IT.  
Excellent stepping stone!



**Selective Mutism Anxiety Research & Treatment Center**

*Transition Plan -- Step 2*  
*Transfer 'words' during school into classroom (with peers)*

People I am increasing my communication with!	Read or answer Q's  Separate room (without others around)  (grade feelings)	Read or answer Q's  outside classroom (without others around)  (grade feelings)	Read or answer Q's  quiet section in class! (without others around)  (grade feelings)	

• Quelques albums de littérature enfantine traitant de thèmes concordant avec la problématique du mutisme sélectif :

- ♦ Blake, S. (2008). *Je veux pas aller à l'école*. Paris : L'école des loisirs.
- ♦ Cohen, J. (1991). *Les mots de Zaza*. Paris : Bayard.
- ♦ Dawn, H. (2009). *Champion pour maîtriser mes peurs*. Québec : Chronos Magazine.
- ♦ De Saint Mars, D. & Bloch, S. (2007). *Max se trouve nul*. Paris : Calligram.
- ♦ Dunbar, P. Duval, E. (traducteur). (2007). *Pingouin*. Paris : Kaléidoscope.
- ♦ Jacob, C. & Fortier, N. (2008). *Des mots plein les poches*. Paris : Hachette.
- ♦ Naumann, C.& Barcion, M. (2010). *Trop timide !* Paris : Kaléidoscope.

## L'ascenseur des peurs

L'enfant positionne sa figurine le représentant dans l'ascenseur. Il fait progresser l'ascenseur à travers les étages. Au plus bas (étage 0), l'enfant est confiant. A contrario, l'enfant est très angoissé au plus haut (étage 4).



Pour chaque étage, avec l'aide du thérapeute, l'enfant sélectionne les illustrations correspondant à son état et les scratche en vis-à-vis. Ce matériel peut être utilisé tout au long du suivi thérapeutique. Il permet de constater avec l'enfant son évolution quant à mieux gérer son anxiété pour telle situation donnée.



Les illustrations sont, pour l'enfant, une base à la communication. Elles lui permettent d'exprimer les degrés d'anxiété vécue ainsi que ses ressentis.

Quelques exemples :



Manger à l'école en présence d'autres élèves.



Chanter en classe.



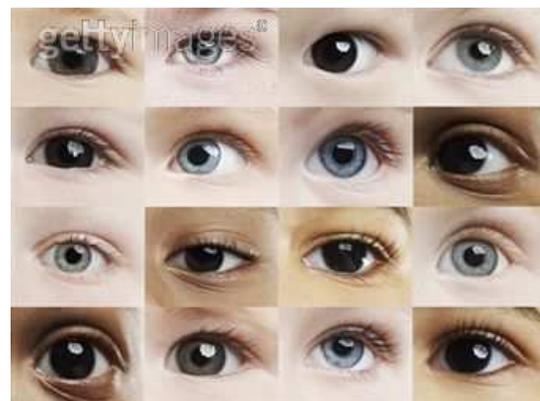
Participer en classe, lever le doigt.



Subir des moqueries, se disputer avec ses camarades.



Demander d'aller aux toilettes.



Être observé de tous.

- **Sites intéressants :**

- ♦ Portail francophone dédié au mutisme sélectif : association "Ouvrir la voix", groupe d'entraide et d'information :

<http://www.mutismeselectif.org/>

- ♦ La liste des principaux sites sur le mutisme sélectif classés par pays :

<http://www.selective-mutism.eu/>

- ♦ Documentation sur le MS, témoignages, vidéos :

[http://www.squidoo.com/selective\\_mutism](http://www.squidoo.com/selective_mutism)

- ♦ Article en ligne complémentaire qui propose une aide pour l'enfant plus âgé et l'adolescent souffrant de mutisme sélectif :

[http://www.mutismeselectif.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=105&Itemid=31](http://www.mutismeselectif.org/index.php?option=com_content&task=view&id=105&Itemid=31)

## 6 BIBLIOGRAPHIE

### ▪ Livres

American Psychiatric Association : Guelfi, D.J (coordinateur général de la traduction française). (1996). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.

Attwood, T. (2009). *Le syndrome d'Asperger* (2<sup>e</sup> éd.). Bruxelles : De Boeck.

Campolini C., Van Hovell V., Vansteelandt A. (1997). *Dictionnaire de Logopédie, le développement normal du langage et sa pathologie*. Belgique : Ed Peeters.

Catheline, N. (2007). *Psychopathologie de la scolarité : de la maternelle à l'université* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.

Chassagny, C. (1985). *Pédagogie relationnelle du langage*. Paris : IPERS.

Cottraux, J. (1995). *Les thérapies comportementales et cognitives* (2<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.

Dolto, F. (1987). *Tout est langage*. Paris : Vertiges du Nord/Carrere.

Dubois, G. (1983). *L'enfant et son thérapeute du langage* (4<sup>e</sup> éd.). Paris : Masson.

Dubois, G. (1990). *Langage et communication*. Paris : Masson.

Dubois, G. Kuntz, J-P. (1999). *Le sujet, son symptôme et le thérapeute du langage*. Paris : Masson.

Estienne, F. (1980). *Plaisir et langage*. (s.l.) : Editions France-Amérique.

Johnson, M. Wintgens, A. (2001). *The selective Mutism Resource Manual*. Angleterre : Speechmark.

Mauco, G. (1993). *Psychanalyse et éducation*. Paris : Flammarion.

Organisation Mondiale de la Santé (1994). *CIM-10/ICD-10 : Critères diagnostiques pour la recherche*. Paris : Masson.

Shipon-Blum, E. Marschall (traducteur) (2009). *Comprendre le mutisme sélectif : Guide à l'usage des parents, enseignants et thérapeutes*. Lyon : Chronique sociale.

Winnicott, D. (1975). *Jeu et réalité, L'espace potentiel*. Paris : Gallimard.

## ▪ Revues

Aubry, C. Palacio-Espasa, F. (2003). Le mutisme sélectif : étude de 30 cas. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 46, 175-208.

Chapellière H., Manela Y. (2003). On ne choisit pas de parler. Etude monographique d'un cas de mutisme sélectif. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 46, 45-78.

Gallagher, R. Kurtz, S. (2007). Helping Socially Anxious and Selectively Mute Children : Guidelines for Teachers and School Personnel. *Child Studies Center Letter*, 12, 1-4.

Gellman-Garçon, E. (2007). Le mutisme sélectif chez l'enfant : un concept trans-nosographique. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 51, 259-318.

Hayden, T. (1980). Classification of elective mutism. *American Academy of Child Psychiatry*, 19, 118-133.

## ▪ Autres documents

Document non publié, power point transmis par Valérie Marschall, directrice de l'association francophone du mutisme sélectif "Ouvrir la voix" : *Mutisme sélectif : mise en place d'une intervention à l'école* (s.d.), traduction et mise en forme par Marschall, V. et Uyttebrouck, E. pour l'Association Ouvrir la voix.

Article non publié transmis par Valérie Marschall : Blau, R. traduit de l'anglais par Marschall, V. (s.d.). *Comment aider l'enfant plus âgé et l'adolescent souffrant de mutisme sélectif*.

## ▪ Sites internet

Gallagher, R. *About Selective Mutism – Profiles of Silence*. Site Education – Bringing learning to life, [en ligne]. [http://www.education.com/reference/article/Ref\\_About\\_Selective/](http://www.education.com/reference/article/Ref_About_Selective/) (page consultée le 6 février 2010).

Marschall, V. *Idées d'activités –communication non verbale – serrer la main*, Site Ouvrir la Voix – portail francophone dédié au mutisme sélectif, [en ligne]. [http://www.mutismeselectif.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=20&Itemid=27](http://www.mutismeselectif.org/index.php?option=com_content&task=view&id=20&Itemid=27) (page consultée le 5 janvier 2009).

Shipon-Blum, E., Hebert, A. (traducteur) (2002). *Quand les mots ne peuvent tout simplement pas sortir*, In AQPS. Site d'Association Québécoise des Psychologues Scolaires, [En ligne]. <http://www.aqps.qc.ca/public/publications/bulletin/15/15-2-06.html> (Page consultée le 4 janvier 2009).

# Elikya, gardienne de son silence

De nos jours, le **mutisme sélectif** est un trouble encore peu connu, tant par le grand public que par les professionnels de la santé. Ce fait est d'ailleurs intrigant, néanmoins l'intérêt porté pour cette pathologie progresse depuis quelques années. Bien identifié aux Etats-Unis depuis les années 90, le mutisme sélectif est reconnu peu à peu en Europe mais tarde à trouver sa place dans le corps médical en France et en Belgique.

L'un des objectifs de ce travail est de présenter une base théorique réunissant une large documentation sur cette pathologie. Dans une première partie, nous nous sommes donc attachée à décrire ce trouble, ses signes cliniques, son étiologie et sa classification. Enfin, nous avons décrit les propositions de traitements existants.

Dans une deuxième partie, une approche orthophonique est proposée. D'un point de vue pratique, nous avons mené une étude monographique où nous avons tenté d'appliquer certains procédés thérapeutiques existants. Cette confrontation exercée sur le terrain nous a permis de mieux décrire les processus engagés, en les adaptant et en les complétant si nécessaire. À travers le suivi de deux années, élaboré avec un enfant souffrant de mutisme sélectif, nous tentons de mettre en évidence des axes thérapeutiques et proposons quelques conseils et techniques orthophoniques.

Ce travail paraît être la première approche orthophonique francophone exposée à ce jour sur le mutisme sélectif. Il reste encore beaucoup à faire concernant cette pathologie. Les études doivent se poursuivre pour étoffer les pistes de traitement. Des questionnaires pourraient notamment être réalisés auprès des parents et professeurs pour enrichir l'approche thérapeutique du mutisme sélectif. L'objectif principal est de mieux faire connaître ce trouble auprès des acteurs de la santé et des écoles. De cette manière, des guides pratiques pourraient être créés.