

# Le mutisme sélectif

---



## A. Comprendre

---



## Définition

- **Le mutisme sélectif (MS) se définit par les critères diagnostiques suivants :**
  - A. Incapacité régulière à parler dans certaines situations alors que l'enfant parle normalement dans d'autres situations
  - B. Le trouble interfère avec la vie scolaire ou sociale
  - C. Le trouble dure depuis au moins 1 mois (pas seulement le 1er mois d'école)
  - D. L'incapacité à parler n'est pas liée à un défaut de connaissance ou de maniement de la langue
  - E. L'incapacité à parler n'est pas n'est pas mieux expliquée par un trouble de la communication comme le bégaiement ou d'autres troubles mentaux tels que l'autisme



## En pratique

- Un enfant mutique ne parle que dans les situations où il se sent suffisamment en confiance; dans le reste des situations sociales, il se tait
- Cela ne dépend ni du nombre de personnes présentes, ni de qui elles sont, ni du lieu, ni des circonstances, **mais de tout cela à la fois**



## Pour comprendre ce qu'ils vivent, de l'intérieur

- Avez-vous déjà eu des difficultés à « faire sortir les mots » dans des situations stressantes ?
  - Prendre la parole dans une assemblée ?
  - Faire un aveu difficile ?
  - Faire une déclaration d'amour ?
- Un enfant mutique se sent sous ce type de pression **quasi en permanence**, dans la plupart des situations sociales!



## Je VEUX parler !

- Il est utile de regarder le MS comme un type particulier de phobie - « Peur persistante et intense à caractère irraisonné, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique »
  - Le MS est **involontaire**
  - Le MS est **irrationnel**
  - Le MS est **difficile à vaincre**

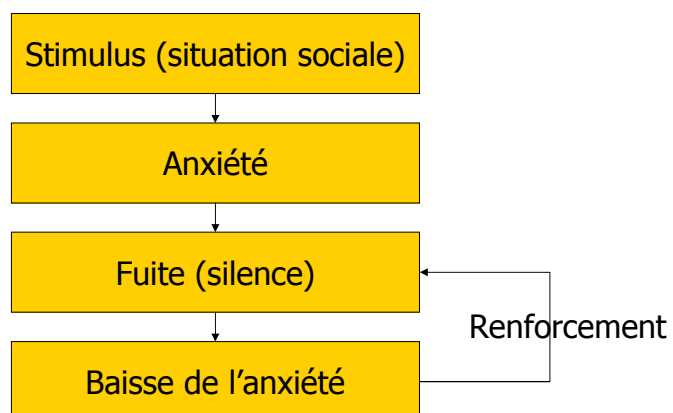


## Classification

- DSM-IV (1996) : MS relève des «Autres troubles habituellement diagnostiqués de la première enfance, de la deuxième enfance ou de l'adolescence »
- La plupart des spécialistes rangent cependant aujourd'hui le MS parmi les **troubles anxieux**
- Certains y voient une forme particulière de phobie sociale



## Une modélisation





## Prévalence

- Le mutisme sélectif touche environ **7 enfants sur 1000 (0.7%)**
  - NB. Aussi fréquent que troubles obsessionnels-compulsifs par ex, plus fréquent que autisme -> pas si rare relativement
- On estime toutefois qu'il est largement **sous-diagnostiqué** pour toute une série de raisons
- Prévalence nettement plus élevée chez les enfants immigrants ou bilingues; légèrement plus élevée chez les filles que chez les garçons



## Déclenchement

- Habituellement avant 5 ans
- Souvent **insidieux**
- 1ère consultation en moyenne **plusieurs années** plus tard !



## Évolution

- Peu ou pas d'études longitudinales
- Évolution positive fréquente mais
  - Beaucoup d'enfants restent mutiques en primaire
  - Certains restent mutiques en secondaire
  - Un certain nombre d'adultes restent atteints de MS et vivent isolés dans une souffrance importante
- Plus le problème est traité tôt, meilleurs sont les pronostics
- Une **prise en charge précoce** est donc recommandée



## Cause

- **Inconnue !**
- **Origine traumatique** : écartée aujourd'hui
- **Dysfonctionnement familial** : écarté aujourd'hui
- Les parents des enfants mutiques ont souvent une histoire de timidité / anxiété / phobie sociale / MS
- Une **origine biologique / génétique** est possible



## Troubles associés (1)

- Les enfants souffrant de MS souffrent aussi fréquemment de :
  - Phobie sociale 97%+
  - Timidité 85%
  - Phobie simple 30-35%
  - Troubles du sommeil 30%



## Troubles associés (2)

- Les résultats sont contradictoires pour :
  - les retards / problèmes de langage (?)
  - les problèmes de propreté (?)
  - Les troubles de la séparation (?)
- Les enfants mutiques ne se distinguent pas des autres pour
  - Capacité à communiquer (non verbal)
  - Intelligence
  - Résultats scolaires
  - Développement moteur



## Troubles associés (3)

- Les enfants mutiques sont généralement jugés **moins** affectés que les autres enfants par
  - Les problèmes d'opposition
  - Les problèmes d'attention



## Thérapies / traitements

- Pour traiter le MS, seule l'**approche comportementale** (et l'approche médicamenteuse) donnent des résultats probants
- L'approche psycho-dynamique n'a pas fait la preuve de son efficacité
- Une thérapie langagière et/ou une thérapie familiale peut être utile en sus en cas de difficultés spécifiques



B. Aider

---



## Les grandes étapes

---

- 1. Comprendre et (s')informer
- 2. Garantir les besoins de base de l'enfant
- 3. Permettre les progrès



## Comprendre et informer

- Pour (faire) reconnaître le **caractère anxieux** du trouble et de l'enfant
- Pour éviter les erreurs de base comme :
  - Vouloir pousser / forcer l'enfant à parler
  - Le mettre en situation d'échec programmé (« Comment t'appelles-tu ? »)
  - Pointer du doigt son silence (« Tu as avalé ta langue ? »)
  - Attirer l'attention sur ses progrès (« Waw, tu as parlé ! »)
  - Prendre sa détresse pour une manifestation d'opposition / d'hostilité



## Garantir les besoins de base

- Un enfant mutique a du mal à satisfaire certains besoins de base. Ex :
  - Aller à la toilette
  - Se plaindre d'une douleur / d'un malaise
  - Se plaindre d'une maltraitance, d'un racket...
- Une solution simple : un jeu de cartes ou un tableau avec quelques symboles



## Parenthèse : victimisation

- Pas de preuve aujourd'hui que les enfants mutiques soient plus souvent victimes de brimades que les autres
- Cependant, beaucoup d'adultes ayant souffert de MS font état de telles expériences
- Facteurs à risque : enfants visiblement différents, qui se défendent peu / mal (inhibés) et sont incapables d'aller se plaindre !!



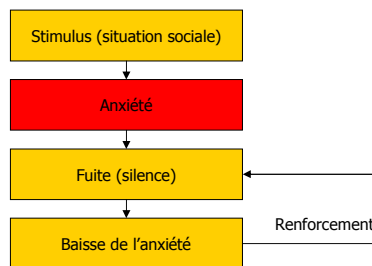
## Permettre les progrès

- Le déroulement normal d'une journée scolaire permet rarement à l'enfant de progresser dans son combat car
  - Trop de personnes
  - Trop d'inconnus
  - Trop de pression et d'attentes
  - **Pas de progressivité**
- -> importance de mettre en place un cadre permettant les progrès

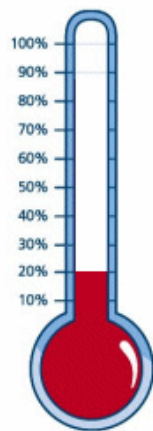


## Principe 1

- Le silence n'étant qu'un symptôme, faire parler l'enfant n'est **pas** l'objectif !
- L'objectif est de **réduire l'anxiété**



## Décoder : un exemple d'échelle d'anxiété

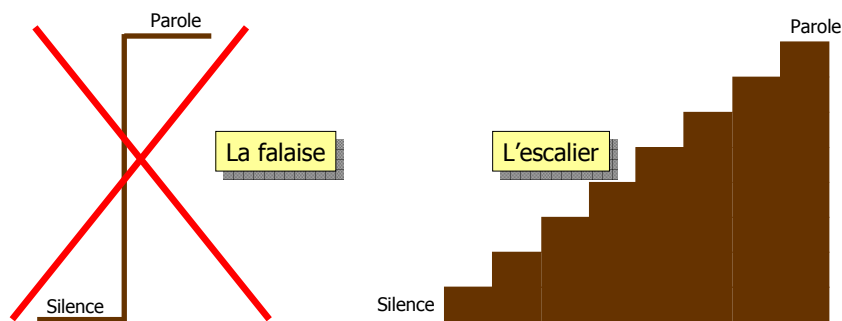


|   |                                                                                  |
|---|----------------------------------------------------------------------------------|
| 6 | Pas de mouvements / réactions, visage fermé, tête baissée, pas de contact visuel |
| 5 | Contact visuel, hochement de tête oui/non, peu de mouvements                     |
| 4 | Sourires, gestes calmes, incitations au jeu                                      |
| 3 | Rires, cris, grimaces, sauts, course                                             |
| 2 | Onomatopées, cris d'animaux (« Miaou ! »)                                        |
| 1 | Mots imaginaires (« Pirata » pour « Pirate »)                                    |
| 0 | Parole normale                                                                   |



## Principe 2

- **Progressivité** : seule la méthode des tout petits pas donne des résultats
- Une variable à la fois, un degré à la fois



## Principes 2 : les variables

- Les principales variables sont :
  - Le nombre de personnes à portée de voix et susceptibles d'**écouter** (non d'entendre)
  - La familiarité avec la/les personnes
  - L'activité engagée



## Exemple de plan possible (1)

- Avec un adulte inconnu :
  - Nombre de personnes : fixe, 1 (tête à tête)
  - Activité : fixe, jeu(x) quelconque(s)
  - Familiarité : variable, augmente au fil de rencontres pas forcément longues mais régulières



## Exemple de plan possible (2)

- Avec des enfants de la classe :
  - Activité : fixe, jeu(x) quelconque(s)
  - Familiarité : fixe, camarades de classe
  - Nombre de personnes : variable, d'abord 1 avec qui l'enfant parle, puis 1+1



© mutismeSelectif.org (2007)

Ce document peut être librement  
reproduit et utilisé avec mention de la  
source

<http://www.mutismeSelectif.org>