HAUTE ÉCOLE DE LA VILLE DE LIÈGE
CATÉGORIE PARAMÉDICALE
BACCALAURÉAT EN LOGOPÉDIE

Le mutisme sélectif à l'école : de la prévention du trouble à la prise en charge de l'enfant.

Enquête par questionnaires auprès des enseignants, des parents, des psychologues, des pédopsychiatres et des orthophonistes-logopèdes.

Travail de Fin d'Études présenté en vue d'obtenir
le grade de bachelier en logopédie
par Florence CANION

Année académique 2011-2012
Sous la direction de : Véronique DETHIER

HAUTE ÉCOLE DE LA VILLE DE LIÈGE
CATÉGORIE PARAMÉDICALE
BACCALAURÉAT EN LOGOPÉDIE

Le mutisme sélectif à l'école : de la prévention du trouble à la prise en charge de l'enfant.

Enquête par questionnaires auprès des enseignants, des parents, des psychologues, des pédopsychiatres et des orthophonistes-logopèdes.

Travail de Fin d'Études présenté en vue d'obtenir
le grade de bachelier en logopédie
par Florence CANION

Année académique 2011-2012

Sous la direction de : Véronique DETHIER

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier ma condisciple et amie Johanna PRÉHU. Ayant elle-même dû prendre en charge une enfant touchée par le mutisme sélectif à l'école, elle a su éveiller mon intérêt pour comprendre ce trouble.

Je remercie également ma promotrice Véronique DETHIER, qui a accepté de me suivre dans ce projet qui n'aurait peut-être pas vu le jour si elle n'avait pas insisté pour que je continue à m'y engager.

Mes remerciements s'adressent aussi à Valérie MARSCHALL, la représentante de l'association « Ouvrir La Voix », grâce à qui j'ai pu être en contact avec tant de parents d'enfants touchés par le mutisme sélectif. J'adresse donc un grand merci à tous ces parents d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire, et il en est de même pour les enseignants, les orthophonistes-logopèdes, les psychologues et les pédopsychiatres.

D'autre part, je remercie mon amie Henriette NICOLARDOT de m'avoir donné des conseils tout au long de la réalisation de ce projet de fin d'études. Merci à Céline LOISEAU, à Caroline BROUCKE et à Esther BELLOQ pour leurs encouragements tout au long de la rédaction de ce mémoire. Merci également à Bruno CANION pour son illustration, et à Philippe CANION pour l'avoir complétée.

Enfin, je remercie tous les professeurs de la section logopédie de la HEL de nous avoir transmis leur passion pour ce merveilleux métier. Ces trois années et demie furent riches en expériences et en rencontres. Merci aux Liégeois pour leur accueil chaleureux et pour leur gentillesse.

« Chacun voit le langage à sa façon, avec ses références théoriques propres. Parler du langage de l'enfant, c'est entrer dans un monde dont on ne possède pas toutes les clefs, en acceptant les risques d'un jeu à règles complexes, mais aussi une marge d'aléatoire. Une Tour de Babel à la fois fascinante et déroutante ».

Extrait d'un ouvrage écrit par la
pédopsychiatre Paule Aimard

Table des matières

TABLE DES MATIERES **4**

INTRODUCTION GENERALE **7**

PARTIE THÉORIQUE

INTRODUCTION THEORIQUE **11**

CHAPITRE 1 : CARACTERISTIQUES DU MUTISME SELECTIF **13**

1.1 HISTOIRE DU MUTISME SELECTIF : DE « L'APHASIA VOLUNTARIA » AU « MUTISME SELECTIF » 13

1.2 DEFINITIONS DU MUTISME SELECTIF 14

1.3 CRITERES DE CLASSIFICATION 16

1.3.1 Le mutisme primaire et secondaire *16*

1.3.2 La classification de Johnson & Wintgens (2001) *17*

1.3.3 Le mutisme sélectif extrafamilial versus intrafamilial *17*

1.3.4 Le mutisme transitoire et chronique *18*

1.4 ÉPIDEMIOLOGIE 18

1.4.1 Âge d'apparition et diagnostic *18*

1.4.2 Sexe ratio *19*

1.4.3 Prévalence *19*

1.5 ÉTIOLOGIE 19

1.5.1 Généralités *19*

1.5.2 Les différentes théories étiologiques *20*

1.6 COMORBIDITES 26

1.6.1 Les comportements d'opposition *26*

1.6.2 Les problèmes psychiatriques *26*

1.6.3 Des difficultés scolaires, langagières et communicationnelles associées ? *26*

1.6.4 Difficultés de socialisation ? *29*

1.6.5 Les troubles envahissants du développement *30*

1.7 PROFIL CLINIQUE DE L'ENFANT ATTEINT DE MUTISME SELECTIF : LES SIGNES D'UNE GRANDE ANXIETE 31

CHAPITRE 2 : DU DEPISTAGE AU DIAGNOSTIC **33**

2.1 CONSEILS POUR UN DEPISTAGE PRECOCE 34

2.2 METHODES D'EVALUATION UTILES AU DIAGNOSTIC 35

2.2.1 Rôle des parents *35*

2.2.2 Rôle de l'enseignant ... *37*
2.2.3 Rôle de l'oto-rhino-laryngologiste (ORL) ou de l'audiologiste ... *37*
2.2.4 Rôle du pédopsychiatre ... *37*
2.2.5 Rôle du psychologue ou du pédopsychiatre ... *38*
2.2.6 Rôle de l'orthophoniste-logopède ... *39*
2.3 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ... 40
2.3.1 Troubles de l'anxiété ... *40*
2.3.2 Déficience intellectuelle ... *41*
2.3.3 Troubles envahissants du développement (TED) ... *41*
2.3.4 Dysphasie ... *43*

CHAPITRE 3 : PREVENTION ET INTERVENTIONS/PRISES EN CHARGE ... 45

3.1 PROPOSITION D'UNE METHODE DE PREVENTION ... 45
3.2 INTERVENTION/PRISE EN CHARGE ... 46
3.2.1 Quelques conseils généraux à appliquer ... *47*
3.2.2 Prise en charge de l'enfant en dehors de l'école ... *48*
3.2.3 Méthodes et techniques d'intervention au sein de l'école ... *64*
3.2.4 Thérapie de groupe proposée aux enfants ... *69*
3.2.5 Prise en charge multimodale et multidisciplinaire ... *69*
3.2.6 L'Échelle d'Évaluation Étape par Étape (EEEE) : ses outils et techniques de remédiation ... *70*
3.2.7 Guidance parentale et groupes de soutien pour les parents ... *71*
3.2.8 Pharmacothérapie : les antidépresseurs ... *72*

CONCLUSION THEORIQUE ... 74

PARTIE PRATIQUE

INTRODUCTION DE LA PARTIE PRATIQUE ... 76

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE ... 77

1.1 POPULATIONS CHOISIES ... 77
1.1.1 population faisant « l'objet » de l'enquête ... *77*
1.1.2 Les intervenants interrogés (les populations-mères de l'enquête) ... *78*
1.2 OUTIL UTILISE : LE QUESTIONNAIRE ... 79
1.2.1 Pourquoi cet outil ? ... *79*
1.2.2 Type(s) de questionnaire(s) utilisé(s) ? ... *79*
1.2.3 Construction des quatre questionnaires ... *80*
1.2.4 Administration des questionnaires : comment ? ... *85*
1.3 PROCEDURES DE RECHERCHE DES QUATRE TYPES D'INTERVENANTS ... 86
1.3.1 Taille des échantillons souhaitée ... *86*

1.3.2 Étendue du territoire d'enquête *87*
1.3.3 Enquête menée par le biais d'internet *87*
1.3.4 Délai de réponses souhaité *92*

CHAPITRE 2 : PRESENTATION ET ANALYSE INTERPRETATIVE DES REPONSES RECUEILLIES **93**

2.1 QUESTIONNAIRE N°1 : LES ENSEIGNANTS 94
2.1.1 Présentation des données *94*
2.1.2 Analyse interprétative de chaque « thème » *97*
2.2 QUESTIONNAIRE N°2 : LES PARENTS 102
2.2.1 Présentation des données *102*
2.2.2 Analyse interprétative de chaque « thème » *105*
2.3 QUESTIONNAIRE N°3 : LES PSYCHOLOGUES ET LES PEDOPSYCHIATRES 111
2.3.1 Présentation des données *111*
2.3.2 Analyse interprétative de chaque « thème » *113*
2.4 QUESTIONNAIRE N°4 : LES ORTHOPHONISTES-LOGOPEDES 117
2.4.1 Présentation des données *117*
2.4.2 Analyse interprétative de chaque « thème » *121*

CONCLUSION DE LA PARTIE PRATIQUE **126**

CHAPITRE 3 : DISCUSSION **127**

3.1 REPONSES AUX HYPOTHESES DE TRAVAIL 127
3.2 LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE 129
3.2.1 Les limites *129*
3.2.2 Les perspectives *130*

CONCLUSION GENERALE **131**

BIBLIOGRAPHIE **133**

ANNEXES

Introduction générale

Au cours de mes trois années de formation en logopédie, je n'avais jamais entendu parler de « mutisme sélectif », bien que le terme de « mutisme » ait été évoqué succinctement dans les cours de bégaiement, de troubles du langage oral (la dysphasie) et de troubles sensorimoteurs, psychomoteurs et cognitifs (déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement).

Le terme de « mutisme sélectif » m'a donc été appris par l'une de mes condisciples et amie Johanna PREHU, qui s'était rendue à un colloque portant sur le mutisme sélectif. Elle m'a donc expliqué en quelques mots de quoi il s'agissait : ce sont des enfants d'école maternelle ou primaire qui sont tellement anxieux à l'idée d'aller à l'école qu'ils en deviennent mutiques.

Quelques semaines plus tard, au sein d'un stage en école maternelle à discrimination positive (dite D+), le maître de stage de cette amie lui a confié une petite fille qui ne parlait pas depuis la rentrée scolaire. Au fur et à mesure des séances, Johanna a bien évidemment créé des objectifs pour faire émerger la parole de cette enfant, étant bien consciente qu'il s'agissait peut-être d'un cas de mutisme sélectif.

Le fait que cette petite fille ait été confiée à une stagiaire logopède, pour cause de « mutisme », m'a interpellée. J'ai commencé à me poser des questions sur le rôle que pouvait avoir une logopède-orthophoniste dans la prise en charge d'un tel cas. Lorsque nous nous retrouvons face à un enfant atteint de mutisme sélectif, en tant que « stagiaire logopède » ou « logopède », nous devons certainement nous retrouver désemparés, impuissants. Mais que pouvons-nous bien mettre en place pour démutiser l'enfant ? Prendre en charge un enfant uniquement pour son mutisme sélectif fait-il partie de notre pratique logopédique-orthophonique ?

De plus en plus de questions me sont venues à l'esprit, et je tenais absolument à en savoir davantage sur ce trouble qui me semblait être, de prime abord, la conséquence d'un problème psychologique. En m'interrogeant, je me suis demandé

si ce mutisme « sélectif » n'était pas sous-jacent à un problème d'ordre langagier. J'ai commencé à postuler que l'enfant était peut-être mutique « sélectif » parce qu'il éprouvait de la gêne ou des difficultés dans l'acte de parole ou de langage, de manière inconsciente.

Au fur et à mesure de mes interrogations, je constatais qu'il me manquait énormément d'informations concernant l'étiologie du mutisme sélectif, le type de prise en charge proposé, et concernant les professionnels de la santé susceptibles de participer à cette prise en charge. Ma **problématique** s'est donc éclaircie au fur et mesure, jusqu'à obtenir le questionnement final suivant : **comment diagnostiquer le mutisme sélectif et quels professionnels de la santé peuvent contribuer à la démutisation de l'enfant ?**

Ayant développé un grand intérêt pour ce trouble et voulant combler les informations manquantes, j'ai émis trois hypothèses de travail pour construire mon projet :

1) La prise en charge de l'enfant peut s'avérer efficace uniquement lorsqu'elle est effectuée au sein de l'école.

2) Les logopèdes-orthophonistes peuvent contribuer à la démutisation de l'enfant autant que les psychologues, au regard de leurs compétences dans le domaine de la communication et du langage. Il est aussi fort probable que le mutisme sélectif soit lié à des difficultés de langage ou de parole.

3) Le mutisme sélectif est un trouble peu connu du monde paramédical et scolaire, de ce fait les parents sont parfois mal orientés et souvent démunis.

Afin de valider ou d'invalider ces hypothèses de travail, je développerai plusieurs chapitres théoriques et pratiques.

Les assises théoriques que je décrirai mettront en avant les caractéristiques du mutisme sélectif, c'est-à-dire tout ce qui concerne l'histoire du trouble, les définitions principales retenues à ce jour, les différents critères de classification existants, l'épidémiologie, les causes probables, les troubles pouvant être associés au

mutisme sélectif (qu'elles soient psychologiques et/ou langagières et communicationnelles), ainsi que le profil clinique de l'enfant.

Il s'agira également de faire connaître les moyens de dépistage et les outils d'évaluation disponibles pour effectuer le diagnostic du mutisme sélectif. Nous constaterons que l'enseignant, le parent, le psychologue ou le pédopsychiatre, et l'orthophoniste-logopède peuvent contribuer ensemble à une évaluation complète de l'enfant. De plus, afin d'éclairer les personnes ne côtoyant pas forcément le milieu paramédical ou médical, et afin d'éviter les présupposés sur le mutisme sélectif, je ferai en sorte d'expliquer en quoi ce dernier n'est pas un trouble envahissant du développement, en quoi ce n'est pas une déficience intellectuelle, ni une dysphasie (bien que certains de ces troubles puissent y être associés).

Pour terminer la partie théorique, j'exposerai une méthode de prévention ayant retenu mon attention au cours de mes recherches, puis je décrirai les différentes prises en charge et les interventions possibles pour aider l'enfant atteint de mutisme sélectif à « ouvrir sa voix » et à diminuer son anxiété à l'école.

Quant à la partie pratique, elle consistera à apporter quelques éclaircissements francophones sur l'enfant et son trouble. Cette étude, que je qualifierai de purement empirique, sera construite sur la base d'un recueil d'expériences, de points de vue et de vécus de quatre personnes intervenant autour de l'enfant : l'enseignant, les parents, le psychologue et/ou le pédopsychiatre, ainsi que l'orthophoniste-logopède.

Je décrirai tout d'abord la méthodologie que j'ai employée pour construire mon étude, en justifiant le choix de ma population et des intervenants que j'ai choisi d'interroger. Puis, j'expliquerai pourquoi et comment j'ai utilisé les questionnaires pour recueillir ces différents témoignages.

Le deuxième chapitre sera consacré aux différentes données récoltées auprès des quatre types d'intervenants. Il s'ensuivra aussi une analyse interprétative des informations.

Je conclurai cette étude sur une discussion, en répondant à mes hypothèses de travail initiales et en exposant les limites et perspectives de ma recherche.

Partie théorique

Introduction théorique

Cette partie théorique sera répartie en trois chapitres distincts :

Le premier chapitre comportera certains aspects historiques du trouble qui nous démontreront que le terme a quelque peu évolué de siècle en siècle. Puis, j'en donnerai les définitions actuelles, même si certains courants ne sont pas encore tout à fait d'accord. Je tenterai également de mettre en avant les diverses classifications du trouble existantes, car nous verrons que le mutisme sélectif (MS) peut se manifester sous différentes formes et à des degrés divers. Il sera aussi intéressant de faire connaître l'épidémiologie car nous savons que le trouble se développe chez des enfants, mais qu'en est-il de la tranche d'âge exacte, de la prédominance des sexes et de la prévalence ?

Par la suite, je décrirai les diverses théories étiologiques sous un aspect multidimensionnel du trouble, sans oublier tout ce qui a trait à la nosographie et aux comorbidités les plus fréquentes (notamment les difficultés scolaires, langagières et communicationnelles). De plus, afin de visualiser correctement le profil des enfants touchés par le MS, je décrirai les caractéristiques qu'ils ont en commun.

Dans un deuxième chapitre, dès lors que les concepts de base soient maîtrisés, j'exposerai quelques conseils pour dépister précocement le trouble lorsque l'enfant est en école maternelle et qu'il présente des signes de mutisme sélectif. Ensuite, je résumerai les démarches évaluatives que peuvent entreprendre les psychologues et/ou les pédopsychiatres, ainsi que les orthophonistes-logopèdes lorsqu'on leur confie un enfant touché par ce trouble. Je n'omettrai pas de décrire l'importance d'effectuer un diagnostic différentiel avec des troubles qui semblent s'apparenter au mutisme sélectif, et ce afin que le diagnostic de celui-ci soit correctement posé.

Au sein du troisième et dernier chapitre, je détaillerai une méthode de prévention qui pourrait bien éviter les prises en charge tardives des enfants, puis je

décrirai les thérapies et les méthodes utilisées par les psychologues et par les orthophonistes-logopèdes pour diminuer l'anxiété de l'enfant. Il sera question de décrire les méthodes utilisées en dehors du contexte scolaire, mais aussi celles qui sont applicables dans l'école où est scolarisé l'enfant. Le rôle des parents et des enseignants sera évidemment expliqué car nous verrons que ce sont aussi des intervenants très importants.

Chapitre 1 : caractéristiques du mutisme sélectif

1.1 Histoire du mutisme selectif : de « l'Aphasia Voluntaria » au « mutisme selectif »

La notion de « mutisme sélectif » est utilisée depuis seulement quelques années dans la littérature scientifique. Auparavant, le terme avait plusieurs appellations coïncidant avec les résultats des différentes recherches menées sur le sujet.

Au XIXème siècle, en 1877 exactement, un physicien allemand se nommant Adolphe Kussmaul fut le premier à mettre un nom sur cet étrange trouble qui se caractérise par le fait que certains enfants ne parlent pas dans certains contextes malgré le fait qu'il sachent parler dans d'autres contextes. Il a ainsi nommé ce trouble ***« aphasia voluntaria »,*** pensant qu'il s'agissait d'une réelle volonté de la part de l'enfant de ne pas utiliser la parole dans certains contextes (Aubry, 2002, p.11 ; Joubaud, 2008, p.64).

En 1927, la psychiatre et psychanalyste Sophie Morgenstern préfère le terme mutisme « psychogène », mais selon Aubry (2002, p.11) *« elle semblait penser que le mutisme sélectif était surtout l'expression d'une opposition et d'une provocation »*.

En 1934, c'est le psychiatre suisse Moritz Tramer qui introduit le terme de ***« mutisme électif »*** pour décrire des enfants ne s'exprimant pas en dehors du cercle familial et ayant probablement un grave trouble de la personnalité (Aubry, 2002, p.11).

En 1980 (un peu plus de trente ans après !), le terme de « mutisme électif » est inclus dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), étant décrit comme *« le refus de parler dans la plupart des situations »* (*Ouvrir La*

Voix [OLV], 2011). C'est à partir de ce moment-là que l'on commence à suspecter *« des facteurs prédisposants comme le retard mental, un traumatisme ou une surprotection maternelle » (OLV, 2011).*

En 1994, le DSM-IV remplace le mot « électif » par « sélectif », c'est ainsi que né le terme **« *mutisme sélectif* »**, encore utilisé de nos jours.

1.2 DEFINITIONS DU MUTISME SELECTIF

Le mutisme sélectif étant un trouble rare et peu connu, sa définition n'est pas encore très précise. C'est pourquoi je vais mettre en exergue les définitions que nous proposent certains professionnels de la santé mentale, et les professionnels du langage.

Le DSM-IV-TR (2003) nous donne une définition descriptive du trouble, ce qui nous permet d'ores et déjà de nous faire une première idée de ses causes éventuelles. Il décrit le mutisme sélectif comme faisant partie des *« troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence »*, et le définit selon les cinq critères suivants :

- *« Le refus persistant de parler dans un ou plusieurs contextes sociaux, l'école incluse. Incapacité constante à parler dans des situations sociales dans lesquelles il y a une attente d'échanges verbaux oraux (comme à l'école), en dépit d'une parole « normale » 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 due à un défaut de connaissances ou d'aisance vis-à-vis de la parole, la langue parlée étant acquise dans les situations où l'enfant parle.*
- *L'incapacité à parler n'est pas mieux expliquée par un trouble de la communication (comme le bégaiement) et ne survient pas exclusivement au*

cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie, ou d'autres troubles psychotiques ».

Pour rappel, le terme de « troubles envahissants du développement » regroupe l'autisme et les troubles autistiques, le syndrome de Rett, le syndrome d'Asperger, les troubles désintégratifs de l'enfance ainsi que les troubles d'hyperkinésie associés à la déficience intellectuelle et des mouvements stéréotypiques (tel le syndrome de l'X fragile) (Dictionnaire d'orthophonie, 2004, p.271).

Dans la *Classification Statistique Internationale des Maladies et Problèmes de Santé Connexes 10e révision* ([CIM-10], 2008), le mutisme sélectif est répertorié dans le chapitre portant sur les *« troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence* » (F90-F98) et dans la sous-partie des *« troubles du fonctionnement social apparaissant spécifiquement durant l'enfance et l'adolescence* » (F94.0). Remarquons que cette définition ajoute le terme de « trouble émotionnel », ce qui met donc en avant une éventuelle cause environnementale.

L'association *Ouvrir La Voix* ([OLV], 2011) définit le mutisme sélectif comme un *« échec persistant de parler dans des situations sociales spécifiques malgré la capacité de parler dans d'autres situations* ». Un synonyme souvent employé par les partisans de la psychologie transculturelle est le terme de mutisme « extrafamilial » (Joubaud, 2008, p.63).

Et enfin, selon le Dictionnaire d'orthophonie (2004, p.165), le mutisme est une *« impossibilité ou un refus de parler, lié à une cause psychologique (trouble névrotique ou psychotique), par extension en l'absence de lésion organique périphérique ».* La définition exacte du terme mutisme « sélectif » n'étant pas présente dans ce dictionnaire, je la résumerais de la manière suivante : refus de parole situationnel lié à un problème psychologique, toute lésion organique étant absente.

En somme, l'enfant doit *« être capable de parler dans certaines situations même si de légers problèmes d'articulation ou de retard de parole sont présents »* (Aubry, 2002, p.8).

1.3 CRITERES DE CLASSIFICATION

Depuis des années, le mutisme sélectif suscite de nombreux débats. En effet, selon le docteur Shipon-Blum (2003, citée par Marschall, 2009, p.8), certains auteurs y voient un *« banal trouble anxieux [là où d'autres y voient] une multiplicité de facteurs de nature névrotique* ».

De manière rétrospective, des chercheurs américains ont émis l'hypothèse que le mutisme sélectif était trop complexe pour le classer parmi les troubles anxieux, les phobies sociales ou les troubles d'opposition. Il ne serait qu'un symptôme de l'anxiété de l'enfant, qui, selon Aubry (2002, p.9) *« s'inscrit dans des tableaux cliniques très divers* » étant donné le groupe très hétérogène que représente les enfants atteints de mutisme sélectif.

Selon Joubaud (2008, p.64), psychologue à l'Éducation Nationale Française, *« peu d'auteurs se risquent à réfuter la thèse du « trouble anxieux », voire un nombre encore plus restreint défend une grande hétérogénéité des symptômes associés au trouble »*.

Par ailleurs, il existe d'autres classifications qui mettent en avant différentes formes de mutismes sélectifs. Il me paraît important de les préciser afin que ces notions soient comprises et intégrées, et pour qu'elles ne puissent pas faire l'objet de confusions :

1.3.1 LE MUTISME PRIMAIRE ET SECONDAIRE

Cette classification a émergé de l'étude d'Aubry (2001) ayant été faite sur trente cas de mutisme sélectif :

A) Le mutisme primaire (avant 6 ans)

« Trouble précoce et souvent insidieux, où l'enfant, tout en sachant parler, n'a jamais parlé à tous les membres de son entourage. Il empêche la communication avec autrui ainsi que sa socialisation ». Cette dernière inclus l'apprentissage de la propreté, qui s'effectue au même moment que le développement du langage. Le

mutisme primaire est souvent l'expression d'une angoisse de séparation importante entre la mère et l'enfant (Aubry, 2002).

B) Le mutisme secondaire (après 6 ans)

Ce sont des enfants ayant parlé normalement à leur entourage ainsi qu'à des inconnus pendant une longue période. Dans ce cas, le mutisme sélectif ne serait pas la manifestation d'une angoisse de séparation, mais serait plutôt l'expression d'un trouble réactionnel (causé par des facteurs environnementaux) ou d'une phobie sociale (Aubry, 2002).

1.3.2 LA CLASSIFICATION DE JOHNSON & WINTGENS (2001)

Cette classification scinde le mutisme sélectif en cinq catégories (citée par Marschall, 2010) :

1. Les enfants qui n'osent pas beaucoup parler et qui présentent des éléments de mutisme (on pourrait parler de « semi-mutisme sélectif »)
2. Le mutisme sélectif « pur »
3. Le mutisme sélectif accompagné d'un défaut d'élocution ou de langage dans un contexte où le français n'est pas la langue maternelle
4. Le mutisme sélectif « complexe », c'est-à-dire accompagné d'autres troubles ou de soucis majeurs (difficultés d'apprentissage, défaut de langage, situation familiale délicate etc.)
5. Le mutisme sélectif avec début tardif : cette catégorie concerne généralement des enfants souffrant d'anxiété et qui ont été victimes d'un excès de brimades de la part d'adultes ou de camarades.

1.3.3 LE MUTISME SELECTIF EXTRAFAMILIAL VERSUS INTRAFAMILIAL

1.3.3.1 Le mutisme intrafamilial

Il s'agit d'un mutisme sélectif se manifestant en présence de personnes très proches de l'enfant, notamment celles de son entourage familial, et plus particulièrement les adultes.

1.3.3.2 Le mutisme extrafamilial

Ce type de mutisme sélectif est identifié en dehors de l'environnement familial, comme à l'école, dans des lieux publics, ou en présence d'étrangers. Le mutisme extrafamilial retiendra toute mon attention tout au long de ce mémoire, car c'est exactement sur celui-ci que je me suis interrogée et pour lequel je pense que l'orthophoniste-logopède pourrait intervenir.

1.3.4 LE MUTISME TRANSITOIRE ET CHRONIQUE

A) Transitoire

Mutisme dont *« les symptômes se résolvent en un an »*.

B) Chronique

Mutisme dont *« les symptômes sont plus durables »*. (Hungerford, 2005).

Nous remarquons que la durée du symptôme, le lieu et les contextes dans lesquels il se manifeste est primordial pour pouvoir effectuer le diagnostic adéquat.

1.4 ÉPIDEMIOLOGIE

1.4.1 ÂGE D'APPARITION ET DIAGNOSTIC

Comme nous l'avons appris auparavant, le mutisme sélectif est considéré comme un trouble de la petite enfance. Certains auteurs situent l'**âge d'apparition** du symptôme **entre 2,7 ans et 4,1 ans** (Viana, Beidel & Rabian, 2009, p.59) tandis que d'autres le situent entre 3 et 6 ans (Wong, 2010, p.24). Cette période correspond tout à fait à l'acquisition du langage.

De plus, pour la plupart des cas décrits dans la littérature, le trouble **interpelle** les enseignants et/ou les professionnels seulement lorsque l'enfant est en école élémentaire, **entre 5 et 8 ans** (Wong, 2010, p.24).

Quant au diagnostic, il est **plutôt tardif : vers 6 ou 7 ans**, c'est-à-dire un an et demi après que les premiers signes de mutisme sélectif se manifestent, *« avec une tendance à consulter suite à des difficultés scolaires »* (Aubry, 2002).

1.4.2 SEXE RATIO

Selon plusieurs études, la prédominance porte sur les filles. Manassis (2009, citée par Bremard-Oury, n.d.) révèle qu'elles sont deux fois plus atteintes que les garçons et cela s'expliquerait par le fait que *« la réserve sociale est considérée comme plus acceptable chez les filles que chez les garçons »*. D'après Joubaud (2008), la raison se justifie par le fait que la relation de la *« dyade mère-fille »* est beaucoup plus fusionnelle qu'avec celle d'une mère et de son fils, « *et ce, dans un contexte non pathologique »*.

1.4.3 PREVALENCE

Des études ayant été faites en Europe Occidentale, aux Etats-Unis et en Israël ont recensé entre 0,47 % et 0,76 % d'enfants touchés par le mutisme sélectif (Wong, 2010).

La prévalence concerne aussi les enfants immigrants, bilingues, ou chez les communautés géographiquement isolées (Marschall, 2011). Il est d'ailleurs important de rajouter que le mutisme sélectif chez les migrants a un fort impact sur leurs acquisitions scolaires (Joubaud, 2008). Les difficultés linguistiques peuvent représenter un facteur de risque supplémentaire et important dans le développement du mutisme sélectif.

1.5 ÉTIOLOGIE

1.5.1 GENERALITES

L'étiologie est encore mal connue de nos jours car il n'y a pas une cause isolée expliquant le mutisme sélectif. Plusieurs auteurs sont d'accord pour dire que les enfants souffrant de mutisme sélectif et diagnostiqués comme tel « *représentent*

un groupe très hétérogène » (Anstendig, 1999, p.418). Les spécialistes pensent que ce trouble est causé par un ensemble de facteurs psychologiques, linguistiques, familiaux, culturels et génétiques. Les recherches avancent à tâtons, les facteurs causaux ne sont donc qu'indicatifs, et pas encore tout à fait affirmatifs. L'objectif principal n'est pas de rechercher UNE cause, mais plutôt d'en comprendre l'apparition.

1.5.2 LES DIFFERENTES THEORIES ETIOLOGIQUES

1.5.2.1 La théorie psychodynamique (psychanalytique)

Reposant sur *« l'interprétation de la signification inconsciente des conduites* » à travers la vie psychique d'une personne (Dictionnaire d'orthophonie, 2004, p.207), cette théorie soutient les causes suivantes :

- Conflit non résolu où l'enfant n'aurait pas dépassé le stade oral et/ou anal, (stade non verbaux de son développement) :

Ces stades se développent entre la naissance et 2,5 ans. Si l'on reprend le schéma du développement de l'appareil psychique, l'apparition du mutisme sélectif correspond à la première période de la résolution du complexe d'Œdipe *« qui s'étend de 2,5 ans jusqu'à environ 6 ans »* (Carlens, 2012). Donc en effet, soit l'enfant n'a pas dépassé le stade oral et/ou anal, soit des facteurs perturbants entravent sa résolution du complexe d'Œdipe.

- Lourd secret de famille que l'enfant aurait inconsciemment peur de divulguer oralement :

Selon Françoise Dolto, *« le mutisme extrafamilial correspondrait au respect d'un secret ou à un non-dit portant sur la mort d'un frère ou d'une sœur, ou encore d'avortements vécus par la mère »* (citée par Dumont, Dunezat, Le Dez-Alexandre & Prouff, 1995, p.57).

- Stress post-traumatique :

D'après Black & Uhde, le trouble du stress post-traumatique pourrait être à l'origine du mutisme sélectif. En effet, certains enfants souffrant de mutisme sélectif auraient été victimes de graves abus et d'importants traumatismes *« dans les trois premières années de leur vie »* (cités par Anstendig, 1999, p.418).

Ainsi, le fait de ne plus parler et de ne pas développer d'autres contacts sociaux serait pour l'enfant un mécanisme de protection, une manière de taire son traumatisme.

1.5.2.2 La théorie behavioriste (comportementaliste)

Partant du fait que chaque événement environnemental produit chez chaque sujet des réponses comportementales, « *le comportement humain est contrôlable et prédictible »* (Nicolaï, 2009). Étant donné que *« la communication verbale est une stratégie que l'on apprend pour manipuler l'environnement en réponse à des éléments sociaux déclencheurs »* (Wong, 2010), on peut comprendre que l'enfant n'ayant pas de feedbacks positifs lors de ses tentatives d'expressions verbales, se met inconsciemment à être mutique, en mettant en place un « mécanisme de défense ».

Dans ce contexte, cela signifierait que le mutisme chez l'enfant est, inconsciemment, la conséquence des renforcements négatifs de la part de son environnement. Il apparaît donc comme le symptôme de l'anxiété de l'enfant, et non comme un comportement délibéré pour manipuler son entourage.

1.5.2.3 La théorie de la phobie et de l'anxiété sociale

- Le mutisme sélectif : causé par une phobie sociale ?

Selon Turner, Beidel, Borden, Stanley & Jacob *«* [la phobie sociale] *se caractérise par une peur de critiques négatives et [une peur] de faire ou de dire quelque chose qui va entraîner gêne ou humiliation. »* (cités par Anstendig, 1999, p.426). Les enfants atteints de phobie sociale ont souvent une inhibition du comportement dans des situations anxiogènes pour eux. Selon Manassis (2009) *« ce trait de caractère est connu pour être associé à une augmentation de la tension des*

cordes vocales qui peut, dans certaines circonstances, affecter la parole » (citée par Bremard-Oury, n.d., p.4). Ces enfants peuvent être pris de crises de panique dans les situations sociales les plus gênantes pour eux. Pour éviter ces moments de panique, Crumley nous dit que certains enfants se mettent à vouloir contrôler leur peur en refusant de parler (cité par Anstendig, 1999), symptôme similaire à celui des enfants touchés par le mutisme sélectif. Ces derniers seraient donc atteints de phobie sociale.

Néanmoins, les chercheurs Black & Uhde suggèrent que le mutisme sélectif serait en fait une forme plus sévère de phobie sociale (cités par Cohan *et al*., 2008). Il est peu probable que la phobie explique le mutisme sélectif puisqu'en général, ce dernier apparaît entre 3 ans et 6 ans, alors que les phobies sociales se manifestent entre 11 ans et 13 ans. Les enfants âgés de 3 ans à 6 ans n'ont pas un niveau de développement cognitif assez élevé leur permettant d'être phobiques de situations sociales. Qui plus est, certains enfants atteints de mutisme sélectif dépassent leur trouble de manière spontanée, alors que des enfants ayant une phobie sociale ne peuvent pas passer outre sans une aide psychologique. De plus, d'après plusieurs chercheurs, il semblerait que certains enfants souffrant de mutisme sélectif aient un taux plus élevé de problèmes comportementaux et de langage/parole que les enfants atteints de phobie sociale (Cohan *et al*., 2008, p.771) .

- <u>Causé par un trouble anxieux</u> ?

Le trouble d'anxiété est un *« trouble de l'enfance qui se caractérise par une crainte extrême de la séparation des parents ou d'autres tuteurs »* (Bertrand Gély-Nargeot & Siksou, 2009, p.382). Une minorité d'enfants touchés par l'anxiété sociale sont atteints de mutisme sélectif. Elle ne peut donc pas à elle seule expliquer le mutisme sélectif.

1.5.2.4 <u>La théorie de la psychopathologie développementale</u>

Il s'agit de l'étude des troubles mentaux dans une dimension développementale, en lien à des facteurs divers et variés. Il semblerait que le mutisme sélectif provienne d'un cadre psychopathologique dépendant de certaines variables contextuelles, qui s'ajouterait à une prédisposition anxieuse chez l'enfant (Wong, 2010.). Par exemple,

l'enfant ayant des difficultés de langage ou une manière de parler assez rudimentaire entre à l'école et s'aperçoit que ses camarades le taquinent. L'attitude de ses pairs déclenche chez cet enfant déjà anxieux un comportement d'évitement et de mutisme. Manassis (2009) pense que *« des réactions inappropriées de l'entourage telles qu'une pression excessive pour parler, des taquineries, parler au nom de l'enfant, montrer son mécontentement devant l'enfant mutique ... »* (citée par Bremard-Oury, n.d.), un mauvais modèle de communication familial, ainsi qu'un isolement social de la famille peuvent grandement contribuer au développement du mutisme sélectif.

Cette approche considère donc le mutisme sélectif comme un comportement excessif d'évitement, et non comme un réel trouble.

1.5.2.5 La théorie systémique (familiale)

- La relation mère (et père) /enfant :

Des chercheurs ont observé que la plupart des mamans avaient un contrôle excessif sur leur enfant, ce qui accentuait la dépendance de celui-ci avec leur mère. D'après Subak, West & Carlin (1982), la mère crée cette dépendance excessive avec son enfant pour s'échapper d'une relation conjugale décevante (cités par Anstendig, 1999, p.419). Quant au père, Wergeland nous explique qu'il a plutôt un rôle passif et qu'il est souvent *« absent de la maison, ce qui expliquerait la tendance de la mère à établir un lien étroit avec l'enfant et à le surprotéger »* (cité par Drapeau, 2001, p.7). De ce fait, l'enfant se retrouve fort dépendant de ses parents, ne voulant rien dire ou faire sans avoir un acquiescement de leur part. Cette interdépendance, poussée à son comble, déclenche chez l'enfant une peur et une méfiance du monde extérieur et des étrangers, ainsi qu'une peur de dire ce qu'il pense, donc de parler. Dans ce cas, la mère et l'enfant développent une interdépendance caractérisée par l'anxiété de séparation. Cet excès de dépendance aux parents contribuerait donc au développement du mutisme sélectif.

1.5.2.6 Bilinguisme, immigration et facteurs socio-culturels, situation géographique

Selon une étude menée par Brown & Loyd, *« 41% des enfants qui présentaient un mutisme sélectif en commençant leur scolarité étaient issus de familles immigrées »* (cités par Joubaud, 2008).

Le mutisme sélectif serait donc considéré comme *« un trouble spécifique propre au phénomène de migration […] au moment où l'enfant se sépare de son milieu familial pour se rendre à l'école »* (Meyers, cité par Joubaud, 2008). Ceci s'expliquerait par le fait que les enfants de migrants atteints de mutisme sélectif présentent une anxiété sociale plus importante que les enfants non migrants également touchés par le trouble (Elizur & Perednik, cités par Manassis, 2009). Mais attention, précisons qu'il ne faut pas amalgamer le mutisme initial normal (se manifestant lors de l'apprentissage d'une seconde langue) et le mutisme sélectif pur.

La situation de bilinguisme génèrerait aussi une double contrainte linguistique et culturelle, qui se traduirait chez les enfants par un conflit silencieux (Deshays, cité par Joubaud, 2008). *« T.Nathan (1993), [nous informe que] le mutisme sélectif est une des plus vieilles indications de l'ethnopsychiatrie observée chez les enfants dont les parents sont originaires d'Afrique »* (cité par Joubaud, 2008).

Évidemment, plus la langue du pays où ils immigrent est différente de la leur, plus grandes seront les difficultés de langage. Par ailleurs, il est intéressant de noter que *« le mutisme extrafamilial est souvent centré sur les questions de langage »* (Dahoun, citée par Joubaud, 2008), mais qu'il ne peut pas provenir exclusivement d'un retard d'acquisition du langage ou d'une méconnaissance de la langue française (Myquel & Granon, cités par Joubaud, 2008).

Selon plusieurs chercheurs, le mutisme sélectif serait aussi *« fréquent chez les familles isolées socialement et/ou géographiquement »* (Drapeau, 2001, p.5).

1.5.2.7 La théorie génétique

Dans plusieurs revues de la littérature, il figure souvent qu'un (ou plusieurs) membre de la famille de l'enfant était également atteint d'anxiété sociale ou d'inhibition du comportement étant plus jeune Ainsi, il est probable que *« ces personnes pourraient partager avec l'enfant atteint de mutisme sélectif certains facteurs biologiques de vulnérabilité »*, telle une prédisposition génétique familiale (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d.).

1.5.2.8 La théorie neurodéveloppementale : troubles du langage et de la parole ?

Selon l'étude de Steinhausen *et al*. (2006) effectuée sur des enfants souffrant de mutisme sélectif, *« la prémorbidité des troubles du langage et de la parole sont présents dans 30,3% »* de l'échantillon, dont 28 % sont des troubles d'expression du langage et 20 % des troubles d'articulation (cités par Viana, Beidel & Rabian, 2009).

Dans ce contexte, les problèmes de langage sont perçus comme le symptôme d'un retard neurodéveloppemental initial, pouvant contribuer à l'apparition du mutisme sélectif.

En somme, les causes du mutisme sélectif peuvent être diverses. Les enfants ne sont donc pas tous égaux face au trouble : certains ont des difficultés langagières, d'autres sont sous-stimulés par l'entourage familial, d'autres encore connaissent une situation d'immigration rajoutant une dimension culturelle à la complexité du trouble, puis il y en a qui combinent plusieurs facteurs (Shipon-Blum, n.d., citée par Marschall, n.d.).

1.6 COMORBIDITES

1.6.1 LES COMPORTEMENTS D'OPPOSITION

Selon Yeganeh and collegues (2006, cités par Manassis, 2009), les enfants ayant un mutisme sélectif ET une phobie sociale développent beaucoup plus de troubles d'oppositions avec provocation que les enfants ayant seulement une phobie sociale. Cependant, d'après le témoignage des parents de ces deux groupes d'enfants, aucun trouble d'opposition n'est observé. D'autres chercheurs ont également constaté ces faits lors d'une autre étude comparative, à savoir que les parents et les enseignants ne percevaient aucune différence de comportement entre les enfants atteints de mutisme sélectif, les enfants anxieux, et les enfants du groupe contrôle. On se rend donc bien compte que l'évaluation objective et l'évaluation subjective ne donnent pas les mêmes résultats, d'où l'importance d'effectuer les deux en parallèle.

1.6.2 LES PROBLEMES PSYCHIATRIQUES

Ces problèmes associés peuvent être : la dépression, les troubles de panique, les troubles de l'identité et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC).

1.6.3 DES DIFFICULTES SCOLAIRES, LANGAGIERES ET COMMUNICATIONNELLES ASSOCIEES ?

1.6.3.1 Les compétences scolaires des enfants touchés par le mutisme sélectif

A) Lecture/Orthographe

Dans leur étude sur des enfants de 7 à 9 ans, Nowakowski *et al*. (2009) n'ont pas trouvé de différences significatives entre le groupe d'enfants anxieux, celui des enfants souffrant de mutisme sélectif, et le groupe contrôle quant aux compétences en orthographe et en lecture. Il ne semble donc pas y avoir de conséquences notoires sur les capacités de lecture et d'orthographe.

B) Mathématiques

Cette même étude a montré que le groupe d'enfants anxieux et celui des enfants touchés par le mutisme sélectif avaient des compétences mathématiques très inférieures à celles du groupe contrôle (le groupe « mutisme sélectif » étant encore plus bas que le groupe « anxieux »).

Subséquemment, malgré le fait que leur mutisme a tendance à les renfermer sur eux-mêmes dans le cadre scolaire, les enfants ont les capacités *« d'acquérir les connaissances nécessaires pour obtenir les performances académiques moyennes pour leur âge »* (Nowakowski *et al*., 2009).

1.6.3.2 Leurs compétences langagières

Aubry (2002) a effectué une étude comparative entre un groupe d'enfants souffrant de mutisme sélectif et un groupe contrôle, afin de mettre en évidence des troubles fréquemment associés au mutisme sélectif. En voici les résultats :

	Enfants souffrant de mutisme sélectif	Groupe contrôle
Troubles anxieux	75,1%	7,4%
Trouble/retard de développement	68,5%	13,3%
Trouble de la propreté	31,5%	9,3%

Ce tableau révèle des résultats assez significatifs. En effet, les enfants souffrant de mutisme sélectif ont majoritairement des troubles anxieux par rapport aux enfants du groupe contrôle, et ce au même titre (si ce n'est un peu moins) que le trouble/retard de développement. Par conséquent, l'intervention d'un psychologue ou d'un pédopsychiatre, d'une orthophoniste-logopède et/ou d'un psychomotricien serait appropriée pour une prise en charge complète de l'enfant.

A) Discrimination phonologique

D'après Sharp, Sherman & Gross (2006), les enfants atteints de mutisme sélectif ont un score significativement faible concernant les capacités de discrimination phonologique (cités par Nowakowski *et al*., 2009).

L'étude de Kristensen (2000), révèle que le défaut de langage le plus manifeste s'avère être celui d'ordre phonologique (cité par Wong, 2010).

B) Discours

De même que pour la discrimination phonologique, des auteurs s'accordent pour confirmer que les enfants touchés par le mutisme sélectif utilisent des récits plutôt courts, syntaxiquement moins matures et moins détaillés pour relater des histoires, et ce par rapport à des enfants plus ordinaires ou atteints de phobie sociale (McInnes *et al.*, 2004, cités par Nowakowski *et al.*, 2009).

C) Pragmatique

L'éventuelle atteinte des compétences pragmatiques fait l'objet de très peu de recherches scientifiques. Néanmoins, *«* [les enfants touchés par le mutisme sélectif] *perdent toute opportunité d'initier des échanges verbaux avec les autres, de programmer une conversation, et de faire part de leurs idées et de leurs expériences*» du fait qu'ils soient mutiques à l'école (Giddan, Ross, Sechler & Becker, 1997, p.129).

1.6.3.3 Leurs compétences communicationnelles

A) Compréhension

Lorsque le mutisme sélectif est sévère, c'est-à-dire lorsqu'il dure plusieurs années, l'absence de communication peut enrayer le développement du langage.

Kristensen (2000) a fait une étude sur des enfants Norvégiens avec et sans mutisme sélectif. Il en résulte que la moitié des enfants atteints de mutisme sélectif a

un trouble de la communication associé, contre à peine 11% chez des enfants dépourvus du trouble (cité par Nowakowski *et al.*, 2009).

Ces mêmes études ont démontré que le stock lexical passif des enfants souffrant de mutisme sélectif était moindre par rapport à celui des enfants anxieux et moins encore par rapport à ceux du groupe contrôle.

B) Expression

Ce versant est évidemment inhibé de par la grande anxiété sociale de l'enfant atteint par le trouble. Néanmoins, je n'ai lu aucune étude disant que le versant expressif était retardé ou inadéquat comme il peut l'être chez l'enfant autiste par exemple.

Pour information, il est important de savoir que le niveau cognitif (quotient intellectuel) des enfants touchés par le mutisme sélectif est tout à fait dans les normes.

1.6.4 DIFFICULTES DE SOCIALISATION ?

D'après Marschall (2011), les enfants souffrant de mutisme sélectif ont tendance à être très inhibés lors d'activités de groupes, de sports en équipe ou de jeux libres. Ils évitent donc les situations sociales, et refusent même de manger en présence d'autres personnes.

Latieule (2010) ajoute que *« l'enfant souffrant de mutisme sélectif 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 »*.

De toute évidence, les enfants touchés par le trouble présentent des difficultés de socialisation, de par leur grande anxiété selon le lieu dans lequel ils se trouvent, et selon les personnes qui les entourent.

1.6.5 LES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT

- Le syndrome d'Asperger

Selon Wong (2010), 7.4 % des enfants ayant développé un mutisme sélectif possèderaient des signes du syndrome d'Asperger. Mais l'étude à laquelle elle se réfère ayant pratiquement vingt ans, il serait plus judicieux d'approfondir la recherche pour prouver qu'il y a, en effet, une comorbidité entre le syndrome d'Asperger et le mutisme sélectif.

Selon Tony Attwood (2006), en comparant les filles et les garçons atteints du syndrome d'Asperger, on observe que les filles sont plus touchées. L'évitement de la parole est généralement dû à une forte anxiété dont les signes peuvent se manifester par une envie de fuir la situation anxiogène. Dans ce cas, l'enfant peut être agité et impatient, ou ne pas être capable de s'investir totalement dans une activité cognitive, et même de parler. *« Les enfants* [atteints par le syndrome] *d'Asperger qui développent un mutisme sélectif au cours des premières années de leur vie peuvent parler couramment lorsqu'ils sont détendus, comme […] à la maison, alors que lorsqu'ils sont à l'école, leur niveau d'anxiété est si élevé qu'ils se trouvent dans l'incapacité de parler, plutôt que dans le refus »* (cité par Schovanek, 2010, p.159, para. « d ».).

1.7 PROFIL CLINIQUE DE L'ENFANT ATTEINT DE MUTISME SELECTIF : LES SIGNES D'UNE GRANDE ANXIETE

D'un point de vue neurobiologique, les enfants touchés par le trouble réagissent tous plus ou moins de la même manière lorsqu'ils sont à l'école. Voici un tableau présentant les principales caractéristiques de ces enfants :

A l'école, lieu d'anxiété :	**A la maison, lieu d'aisance**
- Raideur du corps, main devant la bouche. - Aspect figé - Visage inexpressif - Air apeuré - Attitude de repli, introvertis - Évitement, regard fuyant - Sentiment d'impuissance générale - Mauvaise image/estime d'eux-mêmes - Timidité excessive - Lenteur cognitive due à l'anxiété (vitesse de traitement de l'information est donc plus lente). - Parfois tension des muscles glottiques lors de tentatives de parole. - Apathiques - N'osent pas aller aux toilettes	- A l'aise - Parlent à leurs parents, à leur(s) frère (s) et/ou sœur(s) - Rient - Plus extravertis - Joviaux - Remplis d'énergie

D'après Gallagher & Kurtz (2007), « [ces conditions d'anxiété à l'école] *peuvent avoir des effets extrêmement négatifs sur le fonctionnement social et scolaire* [du jeune enfant]» (cités par Bremard-Oury & Marschall, n.d.). La plupart des enfants atteints de mutisme sélectif ont peur que l'on se moque d'eux ou qu'on les critique s'ils se mettaient à parler. Néanmoins, la gravité du mutisme variant d'un enfant à l'autre, certains peuvent ne pas parler du tout en situation scolaire tandis que d'autres peuvent parler à certains de leurs camarades (Marschall, 2011).

En résumé : Le mutisme sélectif était au départ considéré comme une manifestation volontaire de la part de l'enfant. De nos jours, les chercheurs affirment que l'enfant subit le trouble et qu'il n'a aucune emprise dessus : il s'agit d'une réelle incapacité de parler selon les contextes. C'est aussi un trouble de la socialisation se développant durant l'enfance ou l'adolescence, et ce à des degrés divers et durant des périodes plus ou moins longues. Le trouble apparaît entre 2,7 ans et 4,1 ans, il interpelle l'enseignant quand l'enfant est âgé de 5 à 8 ans, et le diagnostic est posé vers 6 ou 7 ans. Les filles sont deux fois plus atteintes que les garçons, et il y a une prémorbidité chez les enfants de migrants et/ou bilingues. Néanmoins, leur quotient intellectuel est tout à fait dans les normes. Le mutisme sélectif est une forme sévère de phobie sociale, mais avec un taux de problèmes comportementaux et langagiers plus élevé. Du fait que seule une minorité d'enfants atteints de troubles anxieux développe un mutisme sélectif, on ne peut pas dire que le premier soit la cause du second. La théorie systémique semble être la plus probable (relation entre une mère et sa fille excessivement fusionnelle). Des troubles du langage et de la parole seraient présents dans 30% des cas, mais plusieurs difficultés ou problèmes peuvent être associés au mutisme sélectif (les plus fréquents étant les problèmes psychiatriques, quelques difficultés en mathématiques, une faible capacité de discrimination phonologique, un langage discursif souvent immature, et des compétences pragmatiques inhibées, voire stagnantes). Les enfants souffrant de mutisme sélectif se comportent de manière différente selon qu'ils se trouvent dans leur environnement familial (plutôt vifs, s'expriment oralement) ou à l'école (apeurés, mal à l'aise, mutiques etc.).

Chapitre 2 : du dépistage au diagnostic

Je vais commencer ce chapitre en évoquant les remarques assez parlantes d'une psychiatre ayant fait une étude sur trente dossiers d'enfants atteints de mutisme sélectif. Cette étude a été menée à Genève sur des enfants ayant été suivis pendant treize ans entre 1984 et 1997 (Aubry, 2002). Ces remarques sont les suivantes :

- Le mutisme sélectif s'installe souvent de manière insidieuse et progressive, *« pendant ou peu après le développement du langage »* (p.37).
- Plus l'enfant est petit, moins les parents consultent pour le mutisme en lui-même.
- Si le jardin d'enfants ne prête pas attention au mutisme de l'enfant car il ne présente pas d'autres symptômes inquiétants, le mutisme s'installera de plus en plus chaque année, retardant ainsi le diagnostic et donc la prise en charge de l'enfant.
- *« La plupart des enfants ayant développé un mutisme sélectif avaient moins de six ans, ce qui signifie que si l'on ne les dépiste pas rapidement (sauf évolution spontanée positive dans les cas les moins graves), ces enfants arriveront à l'âge scolaire avec le symptôme »* (p.37).

Nous constatons qu'il y a un lien entre les prémices du développement du langage et le déclenchement du mutisme sélectif. La prise en considération de certains signes précoces pourrait éviter un diagnostic tardif. Néanmoins, ayant abordé le sujet avec plusieurs professionnels, peu connaissaient le mutisme sélectif. Il est donc probable que le diagnostic tardif soit aussi dû à un manque de connaissances du trouble, et ce de la part des enseignants, des psychologues, ou des orthophonistes-logopèdes.

Paule Aimard (1988, p.127) prônait elle-même l'utilité et l'importance des interventions précoces chez l'enfant, *« jouant sur la plasticité des fonctions cérébrales, sur la mobilité et la réversibilité de nombreux problèmes relationnels […] »*.

2.1 CONSEILS POUR UN DEPISTAGE PRECOCE

Selon Joubaud (2008), *« le dépistage précoce revêt […] une importance dans l'évolution [du mutisme sélectif] qui pourrait donner lieu […] à* ***des complications****, notamment* ***dans l'apprentissage du langage*** *»*.

Dès les premiers signes d'alerte, les éducatrices de jardins d'enfants peuvent déjà avertir les parents du comportement mutique de leur enfant. *« Cela leur permettra de s'informer et de réagir plus rapidement si le trouble venait à se confirmer en maternelle »* (Marschall , n.d.).

Concernant les enfants immigrants, certains auteurs pensent que les enseignants de la première année d'école maternelle ne s'inquiètent pas outre mesure de leur silence. En effet, d'une part il s'agit d'une situation sociale où l'absence de langage est assez courante, d'autre part, ce mutisme est considéré comme un problème de langue et non de langage ou psychologique. *« Dans ce cas précis où la langue maternelle ne peut structurer correctement l'apprentissage d'une seconde langue, il y a fort à s'inquiéter pour les enfants de migrants qui ne parlent pas à l'école, car ils ne peuvent bénéficier d'aucun feed-back phonologique et sémantique que fournissent au quotidien les enseignants à leurs élèves »* (Joubaud, 2008, p.66). Si l'enfant n'utilise pas son langage pendant plusieurs mois, un impact négatif sur son niveau linguistique est évident. Ses processus de pensée et ses relations en seront également affectés.

Les parents ont, eux aussi, un rôle à jouer dans le dépistage. Il est important que ces derniers acceptent le mutisme sélectif de leur enfant, en comprenant bien qu'il peut avoir des répercussions sur le long terme. Mais cela n'est pas évident car ils n'ont pas la même image de leur enfant que celle que les enseignants perçoivent, étant donné qu'à leur domicile ils sont à l'aise pour parler, pour jouer, pour rire etc. (Joubaud, 2008).

2.2 METHODES D'EVALUATION UTILES AU DIAGNOSTIC

L'évaluation des enfants présentant un mutisme sélectif se base sur une approche clinique multidisciplinaire. Il faudra donc demander des informations aux parents, à l'enseignant, à des professionnels de la santé comme un psychologue, un pédopsychiatre, un ORL ou une orthophoniste-logopède. *« L'évaluation est nécessaire pour confirmer le diagnostic, [émettre un diagnostic différentiel], savoir s'il existe des comorbidités nécessitant un traitement, et ainsi proposer un plan d'intervention personnalisé »*. (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d.).

2.2.1 ROLE DES PARENTS

2.2.1.1 Entretien avec les parents

Avant d'entamer toute démarche de prise en charge, il est important que les parents aient admis le problème de leur enfant. Suite à cela, l'entretien (incluant l'anamnèse de l'enfant) s'axera sur des questions ayant trait au déroulement de la grossesse. On se souciera donc de savoir si l'enfant n'a pas de problèmes médicaux particuliers, s'il n'a pas de difficultés de langage ou de parole, s'il s'est développé normalement au niveau psychomoteur, etc.

2.2.1.2 Les grilles et échelles de communication

A) Selective Mutism Questionnaire (SMQ, 2001)

Il s'agit d'un Questionnaire du Mutisme Sélectif version parents (QMS) (Busse & Downey, 2011, p.58) que les parents doivent compléter.

Ce questionnaire comporte trente-six questions à choix multiples et la tranche d'âge pour laquelle il a été construit est de 3 à 11 ans (Sharkey, Mc Nicholas, Barry, Begley & Ahern, 2008, p.540).

Il **évalue la sévérité** de l'attitude verbale **selon le lieu** où se trouve l'enfant (école, domicile etc.), **et selon les personnes** qui sont en sa présence (étrangers, enseignants etc.) (Nowakowski *et al.*, 2009). De plus, il permet de déterminer plus largement les comportements généraux de l'enfant (tout comme le Questionnaire

simplifié sur le comportement de l'enfant (Child Behavioral Checklist- CBC), et il peut aussi servir d'outil pour évaluer l'évolution du comportement de l'enfant dès lors qu'une prise en charge aura été établie (Letamendi, Chavira, Hitchcock, Roesch, Shipon-Blum & Stein, 2008, p.1198).

Les résultats obtenus permettront d'ores et déjà de dégager le profil de l'enfant, à savoir s'il est plutôt mutique sélectif ou si ses symptômes rentrent davantage dans le profil des *« autres troubles anxieux* » (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d.). Ce questionnaire ne suffit donc pas à lui seul pour poser le diagnostic de mutisme sélectif.

B) Dépistage de l'anxiété de l'enfant liée aux désordres émotionnels (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders –SCARED)

Ce questionnaire permet de dépister les éventuels troubles anxieux concomitants au mutisme sélectif.

C) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)

Ce questionnaire est constitué de vingt-quatre items et il est prévu pour les enfants de 4 à 16 ans. Il peut être complété par les parents ET par les enseignants (Goodman, 1997, cité par Sharkey, Nicholas, Barry, Begley & Ahern, 2008, p.540).

Il a pour but de révéler les forces et les faiblesses de l'enfant.

D) The Child Anxiety Impact Scale (CAIS), version parent

Il s'agit d'une échelle permettant d'évaluer les problèmes psychosociaux de l'enfant, en mettant en avant l'impact de son anxiété dans diverses situations (Cohan *et al*., 2008, p.775).

E) The Children's Communication Checklist ([CCC], Bishop,2003)

Cette grille évalue les aspects communicationnels, linguistiques, et pragmatiques des enfants âgés de 4 à 17 ans. Elle comporte soixante-dix items que les parents ET les enseignants peuvent compléter.

2.2.2 ROLE DE L'ENSEIGNANT

Les enseignants sont aux premières loges pour nous transmettre des informations concernant les compétences de l'enfant. En effet, du fait que les parents ne perçoivent pas le comportement mutique de leur enfant au domicile familial, ils ne sont pas en mesure de nous fournir des descriptions de leur enfant lorsqu'il est mutique.

Ces derniers peuvent aussi apporter plus de précisions lorsque les parents ne maîtrisent pas la langue du pays d'accueil, ce qui est assez fréquent d'après le nombre d'enfants immigrants souffrant de mutisme sélectif répertoriés dans la littérature (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d.).

2.2.2.1 Le SMQ-Teachers

Il s'agit du même questionnaire que celui donné aux parents, mais version enseignants. Son objectif est donc similaire : évaluer l'attitude verbale de l'enfant au sein de l'école (en récréation, en classe, avec les autres enseignants etc.).

Si l'enseignant coche au moins deux situations dans lesquelles l'enfant ne parle jamais, le diagnostic de mutisme sélectif peut être envisagé (Nowakowski *et al*., 2000).

2.2.3 ROLE DE L'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE (ORL) OU DE L'AUDIOLOGISTE

Des tests audiométriques permettront de s'assurer que l'enfant n'a pas de déficits auditifs moyens ou sévères, car n'oublions pas qu'une perte auditive peut avoir des répercussions sur la communication et sur le langage.

2.2.4 ROLE DU PEDOPSYCHIATRE

Le pédopsychiatre aura comme rôle d'écarter tout symptôme psychiatrique, grâce au *Diagnostic Interview for Children and Adolescents, parent version (DICA)* (entre autres), comme la schizophrénie. Il évaluera aussi la tendance psychologique familiale, à savoir une prédisposition à la timidité, ou l'histoire familiale.

2.2.5 ROLE DU PSYCHOLOGUE OU DU PEDOPSYCHIATRE

2.2.5.1 Évaluer le quotient intellectuel de l'enfant

Les tests permettant d'évaluer le quotient intellectuel non verbal de l'enfant suspecté de mutisme sélectif ont toute leur importance. Dans le cadre d'un diagnostic différentiel, ils contribuent à écarter le diagnostic de déficience intellectuelle (retard intellectuel) ou d'autisme infantile.

2.2.5.2 Évaluer le degré d'aisance de l'enfant dans différents contextes

✓ L'échelle d'Évaluation Étape par Étape (L'EEEE)

Cette échelle, créée par le docteur Shipon-Blum, permet d'une part d'observer et de noter l'attitude verbale de l'enfant dans différents lieux, et d'autre part de mettre en exergue la progression de l'enfant allant du mutisme à la parole (Shipon-Blum, 2003, citée par Marschall, 2009, p.40), et ce au même titre que le *Selective Mutism Questionnaire*- version parents. L'EEEE se divise en trois paliers (cf. annexe I):

- 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

« Ces trois degrés doivent tenir compte des variations du comportement de l'enfant selon les lieux et les 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 » (Latieule, 2010, p.14). C'est pourquoi le thérapeute doit bien prendre note de ces variations au cours de son évaluation, il en déterminera ainsi le degré d'aisance verbale de l'enfant en question. Par la suite, grâce à une représentation assez claire du niveau de confort de l'enfant dans diverses situations, il saura l'aider à progresser palier par palier durant sa prise en charge (Latieule, 2010, p.14).

2.2.6 ROLE DE L'ORTHOPHONISTE-LOGOPEDE

Les recherches de Manassis *et al*. (2007, citée par Bremard-Oury, n.d.) ont révélé des déficits potentiellement importants dans la conscience phonologique et dans la compréhension du langage chez les enfants atteints de mutisme sélectif. Pour certains auteurs, ce dernier s'avère être « *un trouble de la communication pragmatique se trouvant donc dans le champ de la pratique orthophonique* » (Hungerford, 2005). C'est pour cela que la prise en charge orthophonique devrait se focaliser sur « *l'aspect pragmatique du trouble* [et] *sur le déficit de communication en tant que tel, plutôt que de se concentrer sur la production de parole.* » (Hungerford, 2005).

2.2.6.1 Anamnèse clinique

A l'instar du psychologue, l'orthophoniste-logopède doit réaliser une anamnèse pour mieux connaître le développement psychomoteur et langagier de l'enfant, ainsi que son appétence à la communication dans diverses situations sociales. Grâce à un entretien avec les parents, il s'intéresse aussi à la faculté de l'enfant à créer des relations avec ses pairs, à participer à des activités sociales (loisirs, jeux etc.) et à communiquer de manière non verbale (Wong, 2010).

2.2.6.2 Évaluation qualitative : corpus de langage

Étant donné que l'enfant atteint de mutisme sélectif n'est pas du tout à l'aise pour parler en dehors du cercle familial, il n'est pas possible d'évaluer ses capacités linguistiques en-dehors de chez lui. D'où l'importance de relever un corpus de langage et de comportements, chez lui, grâce à une caméra vidéo. On pourra ainsi juger de ses capacités vocales, de son articulation, de sa longueur moyenne en production verbale et de son expression langagière.

2.2.6.3 Évaluation quantitative en cabinet ou au domicile de l'enfant

A) La communication

- ✓ **Compréhension – Vocabulaire/Syntaxe/Narration** : nous sommes en mesure de l'évaluer en demandant à l'enfant de désigner des images correspondant aux mots ou phrases qu'on lui énonce à l'oral.

B) Le langage

- ✓ **Discrimination phonologique** : son évaluation est très utile pour avoir un aperçu des compétences inhérentes à la langue française que possède l'enfant.
- ✓ **Test de pragmatique** : la Children Communication Checklist de Bishop (CCC, grille à compléter) par exemple.

2.3 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

2.3.1 TROUBLES DE L'ANXIETE

Pour rappel, selon Sharp, Sherman & Gross (2007) et comparativement au groupe d'enfants anxieux, le groupe d'enfants touchés par le mutisme sélectif présente une bonne compréhension de la langue et de bonnes aptitudes cognitives, mais un niveau discursif plus faible.

Les enfants souffrant de mutisme sélectif sont significativement moins performants dans les tests mesurant le vocabulaire dans le versant réceptif que les enfants atteints d'anxiété verbale ou que ceux du groupe contrôle.

Ces facteurs semblent être importants à prendre en compte pour effectuer un premier diagnostic différentiel entre l'anxiété sociale et le mutisme sélectif (Nowakowski *et al.*, 2009).

D'après McInnes, Fung, Manassis, Fiksenbaum & Tannock (2004) le mutisme sélectif est une forme plus sévère de la phobie sociale et il se développe plus tôt dans l'enfance (cités par Nowakowski *et al.*, 2009).

2.3.2 DEFICIENCE INTELLECTUELLE

Il est possible de faire évaluer les capacités intellectuelles de l'enfant par un psychologue pour constater ou pas une déficience intellectuelle associée au mutisme. Notons que l'enfant ayant une déficience intellectuelle manque beaucoup d'autonomie, il a donc besoin qu'on l'aide et qu'on lui apprenne à la développer. Ces aides consistent notamment à développer ses aptitudes sociales, ses responsabilités individuelles, ainsi qu'à acquérir un minimum de compétences scolaires (Gabriel, 2010).

2.3.3 TROUBLES ENVAHISSANTS DU DEVELOPPEMENT (TED)

2.3.3.1 L'autisme

Selon le DSM IV-TR (2003, p.86), le diagnostic différentiel du mutisme sélectif avec l'autisme est utile dans la mesure où l'enfant suspecté de mutisme sélectif dispose de capacités de communications dans certaines situations et où *« il ne présente pas d'altération sévère des interactions sociales ni de modes restreints de comportements caractéristiques du trouble autistique »*.

D'un point de vue orthophonique-logopédique, et tout d'abord social, l'enfant autiste est indifférent aux autres, il ne peut pas développer de relations interpersonnelles et il n'utilise pas le regard pour attirer l'attention. De plus, il ne joue pas avec les autres enfants et il refuse souvent la discipline et les règles sociales.

Concernant ses capacités communicationnelles, il présente des troubles de l'expression : écholalies, tendance au soliloque, l'humour ne lui est pas accessible, sa syntaxe est correcte mais immature, et il est incapable d'entrer dans un échange pour dialoguer. Sa communication non verbale est limitée (il dit très rarement « au revoir » de manière spontanée, il ne désigne pas du doigt et il ne sait pas s'identifier). Ses expressions faciales sont pauvres, et le sourire reste rare.

L'enfant autiste présente également des troubles du comportement. Ce dernier est souvent stéréotypé, ses intérêts sont restreints et ses activités sont pauvres et répétitives. Il ne joue pas à des jeux symboliques ou imaginatifs (poupées,

personnages), il ne tolère pas les changements (de lieux, de personnes, d'emploi du temps etc.). Et enfin, il semble être indifférent au monde sonore.

Quant à ses compétences pragmatiques, elles sont très altérées étant donné la participation limitée de l'enfant dans les interactions. Il ne prend donc pas en compte les règles sociales, les conventions de la conversation (interrompt le locuteur, pose des questions sans rapport avec le sujet, répète souvent la même question) et le point de vue de l'auditeur. L'enfant utilise souvent le langage pour obtenir un objet désiré mais rarement pour attirer ou partager l'attention.

Un retard intellectuel est souvent associé à l'autisme, et ce dans 70 à 80% des cas (Gabriel, 2012).

2.3.3.2 Le syndrome d'Asperger

Selon le DSM IV-TR (2003, p.97), l'enfant suspecté de mutisme sélectif présente *« des compétences appropriées pour la communication dans certains contextes et n'a pas de perturbation aussi grave de ses interactions sociales ni de restrictions de ses comportements comme dans le trouble d'Asperger »*.

D'un point de vue orthophonique-logopédique, il est intéressant de savoir que l'enfant atteint du syndrome d'Asperger est souvent isolé, et comprend très peu (voire pas du tout) les émotions de l'autre ainsi que ses intentions. Il en résulte un manque certain (voire une absence) d'empathie. Il présente un intérêt démesuré pour un domaine précis et il a les capacités d'accumuler des informations livresques sur un sujet particulier qui l'absorbe complètement.

Il accède facilement au langage oral et écrit, mais au niveau de la pragmatique, on remarque souvent des échanges à sens unique, c'est-à-dire dans le sens de ses préoccupations personnelles. Il arrive également que son discours soit inapproprié au contexte.

Le retard intellectuel est peu fréquent car 80% des enfants atteints du syndrome d'Asperger ont une intelligence normale ou vive (Gabriel, 2012).

2.3.4 DYSPHASIE

Selon le DSM IV-TR (2003, p.70), *« le mutisme sélectif comporte une limitation de l'expression qui peut mimer un trouble du langage de type expressif ou de type mixte réceptif-expressif. Une anamnèse et une observation soigneuse sont nécessaires pour déterminer la présence d'un langage normal dans certaines situations ».*

D'un point de vue orthophonique-logopédique, l'enfant dysphasique peut être limité dans ses interactions sociales du fait de son trouble. Ses difficultés se retrouvent dans le domaine de la communication (où l'expression et la compréhension peuvent être très altérées, voire déviantes) et du langage (les compétences phonologiques et lexicales sont altérées, ainsi que la morphosyntaxe, le discours et la pragmatique) (Adam, 2010).

En résumé : Le dépistage du mutisme sélectif peut s'effectuer dès le jardin d'enfants, et il pourrait contribuer à éviter des complications lors de l'apprentissage du langage. Les parents devraient être avertis des premiers signes pouvant manifester un mutisme sélectif, et ce dès le jardin d'enfants ou l'école maternelle. Une attention particulière doit être portée aux enfants de migrants entrant à l'école maternelle du fait de la difficulté linguistique à laquelle ils sont confrontés. Plusieurs personnes peuvent contribuer à l'évaluation de l'enfant suspecté de mutisme sélectif : les parents et l'enseignant peuvent remplir des grilles d'évaluation afin de situer les capacités de l'enfant ainsi que les moments, les lieux et les personnes qui induisent le mutisme. Les thérapeutes tels que les pédopsychiatres ou les psychologues sont importants pour évaluer le quotient intellectuel de l'enfant afin de poser le diagnostic adéquat. Quant à l'orthophoniste-logopède, il est important qu'elle effectue un corpus de langage pour juger des capacités langagières, d'articulation et de communication de l'enfant. Ces évaluations permettront éventuellement de prévoir un projet thérapeutique après la démutisation de l'enfant. Néanmoins, seule la compréhension est en mesure d'être évaluée quantitativement du fait du mutisme de l'enfant. Il est également important d'effectuer un diagnostic différentiel avec les

troubles de l'anxiété, la déficience intellectuelle, l'autisme infantile, le syndrome d'Asperger et la dysphasie. Nous retrouvons des similitudes entre chacun des enfants touchés par les différents troubles cités ci-dessus et les enfants touchés par le mutisme sélectif, mais de par la description du comportement et de l'attitude de chaque enfant atteint par ces troubles, la différence peut d'ores et déjà être établie si l'on visualise chaque enfant. Il est cependant important de rappeler que ces troubles peuvent être associés au mutisme sélectif.

Chapitre 3 : prévention et interventions/prises en charge

3.1 PROPOSITION D'UNE METHODE DE PREVENTION

Avant de détailler les différentes thérapies qui sont proposées pour pallier le mutisme sélectif chez l'enfant, je vais décrire une **méthode de prévention créée par les psychologues Busse et Downey** (2011, pp. 54-58). Au cours du premier chapitre de ce travail, nous avons appris que la plupart des enfants souffrant de mutisme sélectif n'étaient pas identifiés avant leur entrée à l'école, où les enseignants sont les premiers à alerter les parents/tuteurs ou les autres membres de l'école. Les auteurs proposent une « *Approche à trois niveaux »* pour réduire l'incidence et la sévérité du mutisme sélectif, ainsi que le nombre de cas de cette symptomatologie.

- **Niveau I (premier acte de prévention)**

Il serait intéressant de sensibiliser les enseignants au mutisme sélectif. Pour cela, nous pourrions mettre en place une formation en leur faveur, en leur conseillant d'appliquer des stratégies de communication en classe, afin d'atténuer l'anxiété de l'enfant liée à l'entrée dans le milieu scolaire. Par exemple, il s'agirait d'*« interroger les enfants plutôt que d'attendre une participation volontaire de leur part, en leur laissant un "temps d'attente" de cinq secondes »*. La formation pourrait aussi leur permettre de dépister les premiers signes d'alerte, et ce dès la maternelle.

- **Niveau II (second acte de prévention)**

Ce niveau consiste à aider et à accompagner davantage les enfants qui sont plus à-risque de développer un mutisme sélectif. L'objectif est de modérer les traitements thérapeutiques individuels et de *« résoudre les problèmes avant qu'ils ne deviennent plus sérieux »*. Les enseignants pourraient par exemple regrouper les enfants présentant des signes avant-coureurs du mutisme sélectif afin de mettre en place des

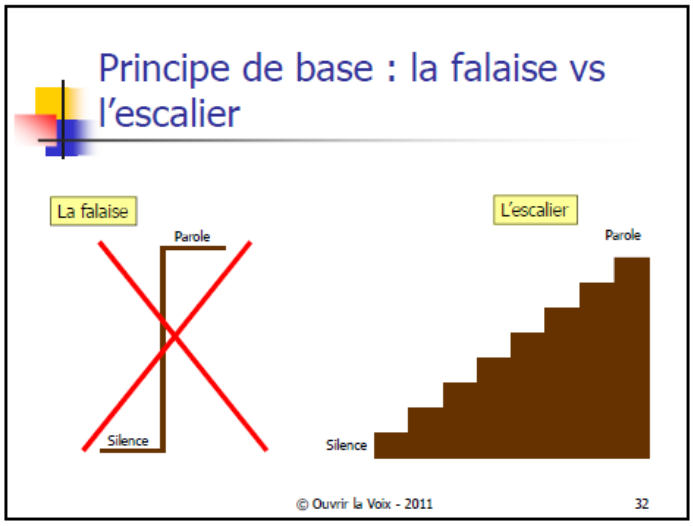
activités spécifiques en leur faveur. Ce genre d'adaptation pourrait aussi s'appliquer dès le jardin d'enfants, pour une prévention encore plus précoce.

- **Niveau III (actes de prises en charge)**

À ce niveau, le mutisme sélectif est considéré comme installé. Il s'agit donc de faire entrer en jeu des professionnels de la santé tels que le médecin, le psychologue, le pédopsychiatre, l'orthophoniste-logopède, le psychomotricien ou d'autres. Il est important de spécifier que la **prise en charge** devrait être mise en œuvre à la fois **dans et en-dehors de la classe**.

Busse et Downey sont persuadés que les interventions au niveau I et II peuvent jouer un rôle capital dans la prévention et peuvent grandement contribuer à minimiser l'impact du mutisme sélectif sur le développement de l'enfant.

3.2 INTERVENTION/PRISE EN CHARGE



Ouvrir La Voix (OLV), 2011

Avant de commencer cette partie, il est important de savoir que les traitements qui ont été élaborés pour diminuer le mutisme sélectif dépendent de la nature du trouble. Il ne faut donc pas oublier d'adapter chaque traitement selon l'enfant que l'on a en face de soi car un cas n'est pas obligatoirement similaire à un autre. En

effet, plusieurs facteurs causaux peuvent varier, tout comme l'histoire familiale de l'enfant.

Pour information, cette partie théorique est majoritairement basée sur des recherches scientifiques dont la plupart ne sont pas randomisées, compte tenu de la rareté du trouble. Il faut donc bien prendre en compte le fait que *« les décisions cliniques sont souvent basées sur une expérience limitée »* (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d.).

3.2.1 QUELQUES CONSEILS GENERAUX A APPLIQUER

Ces conseils sont à appliquer par toute personne côtoyant l'enfant, que ce soit l'instituteur, les parents, les thérapeutes ou l'entourage familial.

- Eviter les contacts visuels avec l'enfant en se plaçant à côté de lui et non pas face à lui
- Avoir une attitude bienveillante
- Ne pas l'obliger à parler, donc respecter son silence
- Ne pas attendre de manière oppressante une réponse verbale ou non verbale de sa part
- Diminuer l'anxiété de l'enfant en lui expliquant à l'avance les activités qui vont se dérouler durant sa journée
- S'armer de patience pour ne pas oppresser l'enfant
- Lui laisser au moins cinq secondes pour communiquer une réponse à une question au lieu de répondre directement à sa place
- Poser des questions fermées
- Privilégier le jeu, les activités physiques et/ou sociales
- Encourager la communication même si elle se manifeste de manière non verbale

3.2.2 PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT EN DEHORS DE L'ECOLE

3.2.2.1 Par le pédopsychiatre ou par le psychologue

A) THERAPIES PSYCHODYNAMIQUES (PSYCHANALYTIQUES)

Selon Busse & Downey (2011, p.59), l'approche psychanalytique (psychodynamique) se focalise sur des *« événements passés qui ont pu contribuer au mutisme sélectif de l'enfant, et aussi sur la recherche d'un conflit entre l'enfant et l'un des membres de la famille »*.

Ce type de thérapie vise à explorer et à comprendre le mieux possible l'histoire de l'enfant afin de faire émerger un conflit sous-jacent intrapsychique.

A.1) La thérapie par le jeu

Selon Erikson (1982), *« jouer un conflit est la façon la plus naturelle pour un enfant de s'en dégager »* (cité par Drapeau, p.57, 2001). En effet, nous remarquons souvent que les enfants éprouvent le besoin de répéter leur propre vécu par le jeu, car cela leur permet de l'assimiler et de donner un sens à toutes leurs expériences.

Selon Klein (1985), le processus symbolique du jeu est le suivant :
« Ce n'est pas seulement un moyen d'explorer et de maîtriser le monde extérieur mais c'est aussi, par l'expression et l'élaboration de fantasmes, un moyen d'explorer et de maîtriser les angoisses. Par le jeu, l'enfant met en scènes ses fantasmes, et ce faisant il élabore et intègre ses conflits » (cité par Drapeau, 2001, p.58).

A.2) L'Art-Thérapie

Le but de l'art-thérapie est de laisser l'enfant exprimer symboliquement ses conflits psychiques afin de les résoudre. De par la création picturale, il est possible d'accéder à la source d'angoisse de l'enfant (Drapeau, 2001, p.58).

Le déroulement d'une séance d'art-thérapie peut s'effectuer de la manière suivante : au début, il faut faire comprendre à l'enfant qu'il n'est pas obligé de parler. Les séances se déroulent dans une salle consacrée à l'art-thérapie, où l'enfant est libre de prendre le matériel qu'il veut pour s'exprimer : pinceaux, papier, crayons, peintures etc. En même temps que l'enfant dessine ou peint, le thérapeute interagit

avec lui sur ce qu'il est en train de faire, il le questionne. Ainsi l'enfant est libre de chuchoter ou de parler à voix haute pour faire part des actions qu'il représente, de ses ressentis (expliquer ses dessins, ses personnages, l'action, les relations entre les personnages). Au fur et à mesure, l'enfant se révèle, *« l'alliance thérapeutique se solidifie »* (Drapeau, 2001, p.32).

Les expériences picturales que l'enfant utilise lui permettent de se libérer de ses conflits. Il est aussi important **d'accompagner l'enfant dans son silence**, et non de le forcer à parler, c'est lui le metteur en scène. Au fur et à mesure des séances et des dessins, l'enfant *« révèle ce qu'il ressent véritablement et affirme ainsi davantage son individualité »* (Drapeau, 2001, p.64).

Les interprétations du thérapeute sur les dessins de l'enfant portent sur : les couleurs utilisées (le rouge représenterait le feu, le danger) ; les espaces utilisés et les vides laissés ; les formes des dessins ; les verbalisations de l'enfant autour de son œuvre et la puissance qu'il y met ; les liens existant entre les différents personnages et objets représentés, ainsi que leurs sentiments ; les lieux que les images représentent (dans l'espace ou sur terre par exemple) ; les thèmes exprimés.

Au fur et à mesure des séances, le simple fait que l'enfant commence à parler révèle d'ores et déjà qu'il affirme son identité, qu'il se différencie peu à peu de l'autre et qu'il développe sa propre personnalité en tant qu'individu singulier.

A.3) Thérapies behavioristes (comportementalistes)

Cette thérapie tient davantage compte du symptôme, et ce dans tous les contextes auxquels l'enfant fait face dans sa vie de tous les jours. Elle se focalise sur les effets que le symptôme a sur l'enfant, et non pas sur son histoire depuis sa naissance.

C'est une thérapie dont l'efficacité a été approuvée par beaucoup de chercheurs (Busse & Downey, 2011).

Parmi les recherches que j'ai effectuées sur le mutisme sélectif, j'ai relevé plusieurs techniques correspondant à l'approche cognitivo-comportementaliste (behavioriste) :

A.3.1) Le Self-modeling (l'auto-modelage) et les jeux de rôle

Selon Busse et Downey (2011), le but de l'auto-modelage est que l'enfant se rende compte de ses capacités verbales lors de diverses mises en situation. C'est alors que commence le travail de la gestion de l'anxiété, en mettant l'enfant face aux situations qui lui sont anxiogènes et qui le rendent mutique.

Lang, Regester, Mulloy, Rispoli & Botout (2011) ont utilisé cette méthode pour une jeune fille de 9 ans ayant un mutisme sélectif. Voici donc une brève explication des différentes démarches effectuées. Toutes ces situations ont été filmées, et sont de courte durée.

L'intervenant qui prend en charge l'enfant l'emmène dans un lieu public (un restaurant) afin qu'elle fasse part de sa demande (de sa commande) au serveur. La mère de la jeune fille se trouve dans la même pièce qu'elle et l'intervenant, mais à une table voisine. Puis, au fur et à mesure des séances, la mère s'éloigne de plus en plus de sa fille jusqu'à se retrouver dans une pièce voisine. Au fil des séances, l'intervenant aussi installe de plus en plus de distances entre la jeune fille et lui (au restaurant entre autres). La contrainte était donc que la mère s'éloigne de plus en plus de sa fille, pour qu'elle apprenne à être à l'aise et autonome sans sa présence.

Par la suite, une autre contrainte a été ajoutée : celle de faire participer progressivement des adultes non familiers et des camarades de classe de la jeune fille dans des activités ludiques se déroulant entre l'intervenant et la jeune fille. Il s'agissait donc d'habituer la jeune fille à des contacts avec des adultes et ses camarades, afin de diminuer son anxiété en leur présence dans la vie de tous les jours.

L'intervenant projette après chaque séance la situation mise en scène avec la jeune fille, et ils la commentent ensemble de manière constructive.

Cette approche a l'avantage de familiariser l'enfant à diverses situations de parole, par le biais d'un feed-back auditif et visuel. Cette procédure d'auto-modélisation aide rapidement l'enfant à changer son attitude mutique et à s'ouvrir davantage aux échanges sociaux. Il est important de noter que ce type d'intervention cible davantage les enfants âgés de six ans et plus.

A.3.2) Représentation mentale de diverses situations (Guided imagery)

Dans cette technique, le thérapeute guide l'enfant à travers la simulation d'une situation anxiogène en utilisant l'imagination de l'enfant. L'enfant et le thérapeute parlent ensemble de la situation dans laquelle il pourrait se retrouver afin qu'il sache comment l'appréhender si elle venait à se présenter. Cette technique contribue à diminuer le niveau d'anxiété de l'enfant *« en le préparant aux diverses situations travaillées en thérapie »* (Ponzurick, 2011, p.3).

A.3.3) Façonnage (Shaping)

Dans cette technique, l'objectif est davantage **axé sur l'émergence du langage oral** que sur le travail de la proximité avec différentes personnes. Tout d'abord, il est demandé à l'enfant d'initier ses demandes ou ses remarques **en pointant** l'image ou l'objet qui y correspondent. Puis, de manière graduelle et progressive, l'enfant est amené à se diriger vers la communication verbale en augmentant ses **efforts d'articulation**. Pour cela, il est conseillé de partir de la base : travailler avec des jeux de souffle, puis avec des sons non verbaux, ensuite avec des bruits et des sons buccaux, après avec des mots isolés et des phrases, et enfin jouer avec sa voix (en faisant varier l'intensité par exemple) et l'entraîner à utiliser son contact visuel (Johnson, n.d., citée par Marschall, 2010).

Il est préconisé de combiner cette technique avec la méthode du conditionnement opérant, celle consistant à récompenser l'enfant pour chaque tentative de communication, qu'elle soit verbale ou non verbale.

Les thérapeutes partent du fait que les enfants souffrant de mutisme sélectif n'étant pas à l'aise avec la communication verbale, il est préférable d'encourager la communication non verbale au préalable afin de diminuer leur anxiété, puis de les diriger peu à peu vers la parole (Busse & Downey, 2011).

A.3.4) La désensibilisation et la relaxation (ou thérapie cognitivo-comportementale [TCC]) (desensitization) :

La thérapie cognitivo-comportementale est très souvent proposée pour des enfants à partir de huit ans car leur prise de conscience, donc leur niveau cognitif, est plus développé (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d.).

Selon Busse et Downey (2011), cette approche est efficace pour **augmenter la fréquence de parole** des enfants atteints de mutisme sélectif. Il est préférable que cette technique soit associée au conditionnement opérant et à l'introduction progressive.

- **La désensibilisation** consiste à confronter l'enfant à diverses situations de parole, de manière graduelle, c'est-à-dire de la moins anxiogène à la plus anxiogène dans le but d'élargir son cercle social (Ponzurick, 2011). Ainsi, le niveau d'anxiété et de stress de l'enfant diminue peu à peu. Nous insistons sur l'aspect hiérarchique des niveaux de situations de parole, c'est-à-dire commencer par des chuchotements, puis parler au sein d'un petit groupe de personnes, et enfin parler devant un plus grand nombre de personnes comme devant une classe.

Nous parlons de «désensibilisation » ET de « relaxation » car cette dernière permet de gérer les symptômes de l'anxiété déclenchés par les mises en situations. Ainsi, les résultats s'améliorent davantage.

- **La relaxation** consiste à demander à l'enfant à quel moment de la situation travaillée il a été le plus anxieux, afin que le thérapeute et lui se centrent sur une détente musculaire progressive accompagnée d'un travail respiratoire, de manière à mieux appréhender cette situation par la suite (Busse & Downey, 2011). Grâce à cette intervention, l'enfant sera de plus en plus capable de gérer ses symptômes en appliquant des exercices de relaxation.

A.3.5) L'entraînement aux compétences sociales (Social skills training)

Cette technique peut s'avérer utile chez les enfants n'ayant pas pu développer d'aptitudes sociales suffisantes ou les ayant sous-entraînés à cause du mutisme (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d.).

A.3.7) La réalité virtuelle

Cette méthode est considérée comme une méthode d'immersion aux situations anxiogènes. L'enfant est muni d'un casque de réalité virtuelle (RV) qui est relié à un programme informatique. Plusieurs situations anxiogènes lui sont proposées et il lui est demandé de maîtriser son anxiété face à ces diverses situations. Ce travail peut donc être centré sur l'image de la classe et non sur la classe directement. Selon Pélissolo (praticien hospitalier à la Clinique d'investigation des comportements et des cognitions (CLIC), au sein de l'hôpital de la Pitié-Salpétrière à Paris), « e*n créant un environnement visuel, tactile, sonore, on peut étudier les liens entre les phénomènes psychologiques et la perception* » (cité par Durand, 2002).

Pour illustrer certaines techniques décrites ci-dessus, je vais exposer très succinctement le cas d'un enfant qui a été pris en charge pour son mutisme sélectif à l'âge de treize ans alors qu'il n'avait jamais parlé à l'école depuis son entrée au jardin d'enfants. Jusqu'alors, aucune prise en charge n'avait été demandée ni recommandée. C'est ainsi qu'à l'âge de treize ans, un programme de désensibilisation et d'entraînement aux habitudes sociales, accompagnés par un renforcement positif (appris aux enseignants) ont été mis en place. Au bout d'un an et demi, l'adolescent est parvenu à parler avec ses enseignants, ses condisciples et à toute personne étrangère présente dans n'importe quel lieu (Rye & Ullman, 1999).

B) THERAPIE FAMILIALE (SYSTEMIQUE)

Cette thérapie est utilisée plus spécifiquement lorsque la dynamique familiale est fragile et qu'elle contribue au développement et à la continuité du mutisme sélectif de l'enfant. Selon Anstendig (1999), le fait d'intégrer la famille dans le processus thérapeutique peut accélérer la démutisation de l'enfant dans le sens où la relation

parentale-familiale agit sur l'anxiété de l'enfant. Il existe deux types de prises en charge : soit l'enfant seul puis les parents seuls, soit tous en même temps. Ces méthodes permettent de *« restructurer les interactions familiales »* (Anstendig, 1999, p.427)

L'objectif principal est de faire prendre conscience aux parents de leurs habitudes relationnelles inadaptées (renforcements négatifs par exemple), vis-à-vis de leur enfant, et/ou de l'aspect déséquilibré de la dynamique familiale. Après cette prise de conscience, le thérapeute leur apprendra à utiliser le renforcement positif afin qu'ils l'appliquent avec leur enfant. Ce travail permettra petit à petit d'éliminer le mutisme sélectif de leur enfant, lié à ces quelques inadéquations relationnelles.

3.2.2.2 Prise en charge orthophonique- logopédique

D'après Hungerford (2005), *« la parole est bien plus qu'un mouvement moteur. Elle est le résultat d'une interaction complexe entre la motivation, la compétence linguistique, l'origine sociale, les exigences cognitives/émotionnelles, les compétences pragmatiques, les besoins communicatifs, la pression communicative etc. ».*

Selon Aimard (1988), les « symptômes-langage » peuvent se révéler de manière diverse et variée (retard simple versus sévère, bégaiement, mutisme etc.). Mais la question à se poser est la suivante : pourquoi est-ce le langage qui est affecté ? Le mutisme sélectif, manifestation inconsciente d'une anxiété de par le langage et la communication, est à prendre en considération par un spécialiste du langage et de la communication qu'est l'orthophoniste-logopède. « *Il a donc les compétences et les connaissances pour traiter des troubles de la communication» (*ASHA, 2011). Mais est-ce bien notre rôle ? Sommes-nous en mesure de prendre en charge l'enfant et son symptôme ? Pour répondre à ces questions, je vais mettre en exergue quelques moyens thérapeutiques que l'on est en mesure d'appliquer dans le cadre du mutisme sélectif. La pratique orthophonique variant d'un pays à l'autre, j'évoquerai quelques informations concernant les modes d'exercices de ce thérapeute selon trois pays : la France, la Belgique et les Etats-Unis.

A) LES CAPACITES D'INTERVENTION DU LOGOPEDE-ORTHOPHONISTE

Selon le Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes / Logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL), *« l'intervention dans le cadre des troubles de la communication humaine, peut prendre la forme d'une thérapie directe et/ou indirecte. Elle est constituée d'**actes** de rééducation, **d'adaptation** ou de réadaptation **à la vie sociale** ou professionnelle, **d'éducation précoce et de guidance**. Ces actes comportent des aspects à la fois techniques, relationnels et sociaux ».*

L'intervention orthophonique-logopédique auprès d'un enfant touché par le mutisme sélectif permettrait de le mener peu à peu (selon ses possibilités) à un meilleur niveau de fonctionnement et de communication. Cette thérapie lui permettrait d'être davantage en adéquation avec son environnement, social et/ou scolaire, et ainsi de développer une autonomie jusqu'alors inhibée et non explorée.

Notre intervention est également préconisée lorsque la prise en charge de l'enfant implique plusieurs professionnels de la santé. C'est ainsi que nous pouvons avoir un rôle primordial dans l'élaboration de programmes de rééducation, en travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Nous pouvons jouer le rôle d'intermédiaire (voire de coordinateur) entre les familles, les enseignants et les autres professionnels de la santé (ASHA, 2011).

Néanmoins, il est important de spécifier que le travail du psychologue est irremplaçable dans la mesure où le mutisme sélectif est une forme d'anxiété sociale, et que sa prise en charge consiste à une réduction **généralisée** de l'anxiété (ASHA, 2011). De ce fait, l'orthophoniste-logopède interviendra davantage sur l'aspect communicationnel, de manière conjointe au psychologue, en mettant en place diverses méthodes.

Enfin, pour confirmer que nous avons bien un rôle à jouer dans la prise en charge du mutisme sélectif, je ferai référence aux déclarations du pédopsychiatre Marcel Rufo (AllôRufo, 2012) relatées ci-après. Ce dernier intervient dans une émission de télévision quotidienne pour répondre aux questions de certains parents concernant leurs enfants et leurs adolescents. Lors de l'une de ses émissions, une

maman demande à Marcel Rufo comment aider son petit garçon de 4 ans et demi ne disant aucun mot à l'école depuis un an. Voici le témoignage détaillé de la maman :

« Mon fils Clovis de 4 ans ½ est en moyenne section de maternelle. Il est ***très timide et n'a dit aucun mot à l'école depuis son entrée en petite section****. Il semblait comme* ***dénué d'expression et d'émotion****. Il n'a pourtant* ***aucun trouble du langage****. C'est un enfant qui s'épanouit avec ses frères à la maison. Il a des préférences pour les activités calmes et fait certaines fixations sur les chiffres et le calendrier. Il apprend aussi à lire tout seul. Les* ***intervenants*** *de l'école* ***ont très vite remarqué ses capacités****. On m'a parlé de probable précocité. Mais je trouve que c'est un terme très à la mode de nos jours. Les* ***interlocuteurs*** *que j'ai pu avoir semblent* ***démunis face à ce mutisme*** *qui s'est installé. Estimant qu'on lui avait mis beaucoup trop de pression, j'ai profité de l'arrivée d'une nouvelle maîtresse cette année pour revoir ensemble la façon de faire en le valorisant et en lui laissant le temps ! Par ailleurs,* ***je suis tout à fait consciente du problème****, j'ai donc* ***contacté une orthophoniste*** *qui l'accompagne depuis 3 mois et* ***qui l'aide peu à peu à s'ouvrir aux autres****. Est-ce que cela peut suffire à l'aider ? ».*

La réponse du pédopsychiatre est la suivante :

« Vous avez parfaitement posé l'indication pour votre enfant. Le terme de précocité est une menace. L'école risque de le faire changer de classe et il ne s'adaptera pas. Il faut que vous le mainteniez dans sa classe, dans sa tranche d'âge.

Comme il ne parle pas, on ne va pas pouvoir lui faire subir des tests psychométriques, donc vous êtes tranquille.

*Il faut que l'****orthophoniste*** *réussisse à lui parler en* ***faisant une médiation extra-familiale****.* ***Il parle*** *parfaitement* ***chez vous****, avec ses frères.* ***Il parlera à l'orthophoniste puis*** *il parlera* ***à l'enseignante*** *et son avenir scolaire sera assuré. Il fait partie* ***des enfants*** *qui sont parfaitement* ***à l'aise chez eux, plutôt rêveurs, intériorisés, qui n'aiment pas les cours de récréation*** *ou le football par exemple. Par contre, ils sont tout à fait capables d'être rassurés si l'on ne les attaque pas****. Il faut qu'il parle à un petit garçon ou à une petite fille dans la cour puis à un petit groupe, puis à l'enseignante****. L'orthophoniste doit aider la maîtresse à comprendre qu'elle doit enseigner à un enfant qui ne lui répond pas ».*

Pour conclure sur nos capacités en tant qu'orthophonistes-logopèdes, je reprendrai le point de vue de Paule Aimard (1988, p.121) qui disait que nous prenons en charge les moyens de communication précédant le langage, *« les comportements de communication, et que* [nous avons les capacités] *de favoriser la créativité nécessaire à la mise en place de la langue ».*

B) LES DIFFERENTS LIEUX ET MODES D'EXERCICES DE L'ORTHOPHONISTE-LOGOPEDE

B.1) En France :

L'orthophoniste peut exercer son métier en libéral, en salarié ou en mode mixte. Lorsqu'il est salarié, il peut travailler en secteur public ou privé (hôpital, CMP, Instituts etc.). Les modes d'exercice en France *« excluent l'intervention de l'orthophoniste dans l'enceinte d'une école (hors accompagnements spécifiques dans le cadre de pathologies bien définies : surdité…). »* (Orthophonie, 2012).

B.2) En Belgique :

Le logopède peut exercer : en cabinet, au domicile du patient et/ou à l'école. Concernant l'école justement, le CPLOL (2012) mentionne que le logopède peut intervenir dans l'enseignement :

- Pré-scolaire : consultation de nourrissons et crèches.
- Scolaire : maternelle, primaire et secondaire en enseignement ordinaire et en enseignement spécialisé. Spécifions que la circulaire n°102 stipule que *«* [**les prestations et traitements logopédiques]** ***sont facultatifs*** *tant au niveau de leur organisation par l'école qu'au niveau de leur suivi par les élèves à l'école »* (Traitement logopédique, 2012).

B.3) Aux États-Unis :

Selon l'American Speech-Language-Hearing Association ([ASHA], 2012), l'orthophoniste peut intervenir dans les écoles publiques et privées (entre autres). Les orthophonistes travaillant dans les écoles publiques sont les professionnels consultés en première intention lorsqu'un enfant ne s'exprime pas oralement à l'école, car de prime abord, il s'agit d'un trouble de la communication.

Cependant, plusieurs études révèlent que le mutisme sélectif est en fait un problème psychologique envahissant, secondé par l'histoire de l'enfant, de sa famille et de son environnement (Giddan, Ross, Sechler & Becker, 1997). Outre l'aspect communicationnel du trouble, il est donc préférable que l'orthophoniste de

l'école fasse appel à un soutien professionnel supplémentaire, comme un psychologue par exemple.

Les enseignants de l'école maternelle savent qu'il n'est pas courant d'observer des enfants anxieux, craintifs ou n'acceptant pas de se séparer de leurs parents, pendant les huit premières semaines de l'année scolaire. Cet aspect se remarque davantage par les enseignants travaillant dans les quartiers à population majoritairement issue de l'immigration (Giddan, Ross, Sechler & Becker, 1997). En effet, comme nous avons pu le constater dans la partie étiologique de ce travail, le mutisme sélectif se révèle d'autant plus lorsqu'il y a des différences culturelles et linguistiques entre le domicile de l'enfant et son école.

En résumé, aux Etats-Unis, l'orthophoniste peut faire partie de l'équipe scolaire. Elle a donc une mission à remplir concernant la prévention, le dépistage et la prise en charge des enfants. Elle peut agir directement à l'école. Cependant, en France ou en Belgique, ce n'est pas le cas. Les orthophonistes-logopèdes n'ont pas leur place au sein des écoles, à moins que ces dernières soient spécialisées. Il me paraît donc important de mettre en valeur le rôle des stagiaires logopèdes qui sont affectées dans des écoles ordinaires, car ils peuvent contribuer à une grande part de dépistage précoce de troubles ou de retards de langage oral, ou de difficultés de communication.

C) QUELQUES PISTES DE THERAPIES LOGOPEDIQUES-ORTHOPHONIQUES EN CABINET

Avant toute prise en charge, il est important de recueillir les centres d'intérêts de l'enfant auprès des parents et/ou de l'enseignant. Il est aussi intéressant de se renseigner sur ses activités extrascolaires et sur ses loisirs.

Comme pour toute prise en charge logopédique-orthophonique, nous devons appliquer un certain savoir-faire et savoir-être pour favoriser la communication avec l'enfant : l'accepter sans le juger, utiliser le sourire pour le mettre en confiance,

répondre à ses besoins d'attention (mise en avant de l'attention conjointe), utiliser la communication non verbale, etc.

Nous pouvons nous permettre de donner libre cours à notre imagination pour faire émerger la parole et le langage à un enfant souffrant de mutisme sélectif, le principal étant d'utiliser le jeu dans toutes ses formes. Etant donné que l'enfant est mutique, il serait maladroit de commencer les séances en le forçant à oraliser. Le pédagogue Chassagny nous conseille de privilégier l'écoute et la relation thérapeutique au lieu de se focaliser sur des méthodes de rééducation préexistantes plus techniques. Il préconise d'accepter le symptôme sans qu'il ne devienne *« l'objet central de la rencontre »* (Latieule, 2010, p.27).

Il est donc préférable de prévoir des **objectifs** très **progressifs**. En voici quelques exemples :

1) Faire exprimer le corps de l'enfant : imitation de gestes et de postures, créer un code de réponses corporelles avec lui. Par exemple, lui autoriser à dire « oui » ou « non » de la tête.

2) Jouer avec le souffle à l'aide d'objets légers (plume, ouate, jouer au « foot » etc.)

3) Effectuer des jeux de rôle

4) Inclure la détente (péri-laryngée) et/ou la relaxation plus globale

5) En complément, si l'enfant veut s'exprimer sans la parole, nous pouvons le lui en donner l'opportunité **en créant des pictogrammes fonctionnels** afin qu'il puisse pointer ce qu'il veut exprimer. Ainsi, la relation sociale est quand même maintenue entre le thérapeute et lui.

6) Utiliser la technique du façonnage (Shaping) faisant partie du programme d'introduction progressive de la parole : les orthophonistes anglo-saxonnes Johnson et Wintgens ont développé cette technique permettant de faire émerger la parole chez l'enfant atteint de mutisme sélectif. Elle consiste à développer la parole par des approximations successives, et ce de manière progressive. Dans un premier temps, nous insistons sur l'aspect non verbal de la communication avec l'enfant, puis nous stimulons le mouvement de ses lèvres et de sa langue. Dans un deuxième temps, on introduit la parole en

exerçant l'intensité vocale ainsi que la longueur des productions verbales : *« onomatopées, phonèmes, syllabes, petits mots, mots-phrases, phrases et discours »* (Latieule, 2010, p.20).

7) La Thérapie du Langage et de la Communication (TLC) : cette approche thérapeutique a été créée par Lindenfeld (psychanalyste) et Dubois (phoniatre) en 1981. Dans cette technique, *« le trouble du langage ou de la communication n'est plus considéré sous le seul angle du handicap, mais comme un symptôme porteur d'un double sens : il porte sur la communication, et il a valeur de communication en ce sens qu'il représente une manifestation de l'inconscient »* (Dictionnaire d'orthophonie, 2004, p.262). En tant qu'orthophoniste-logopède, nous pouvons appliquer cette approche car il ne s'agit pas d'une psychothérapie, et il ne s'agit pas non plus d'interpréter le symptôme. C'est la dynamique relationnelle qui est travaillée, en même temps que l'application d'autres techniques logopédiques faisant émerger la parole et le langage.

Il arrive souvent que les mots sortent de la bouche de l'enfant de manière impromptue, tel un miracle. La réaction à ne pas avoir est de s'extasier devant ces sons tant attendus, car cela pourrait rendre l'enfant mal à l'aise. Il nous est donc conseillé de faire comme si nous l'avions toujours entendu parler, sans avoir l'air étonné ou surpris. Nous nous rendrons compte que l'enfant est acteur de sa parole, et que c'est lui qui prendra l'initiative de briser son silence, lorsqu'il s'en sentira prêt.

Après avoir mis en place tous ces moyens (pris comme exemple rappelons-le), l'enfant commence à « ouvrir sa voix », à parler avec le thérapeute. Si au bout de quelques semaines de parole nous remarquons des difficultés linguistiques, nous pourrons peu à peu commencer à évaluer ses compétences linguistiques, mais sans précipitation. Les questions fermées (oui/non) sont de rigueur afin de ne pas brusquer l'enfant en le forçant à parler.

En cherchant des logopèdes pour construire la partie pratique de ce travail de fin d'études, N. Caldeira (2011), une logopède également formatrice, m'a gentiment transmis un cas pratique qu'avait rencontré une de ses étudiantes en stage. Ayant

trouvé ce travail fort intéressant pour notre métier, j'ai décidé de le faire partager dans ce mémoire. La description étape par étape en est la suivante :

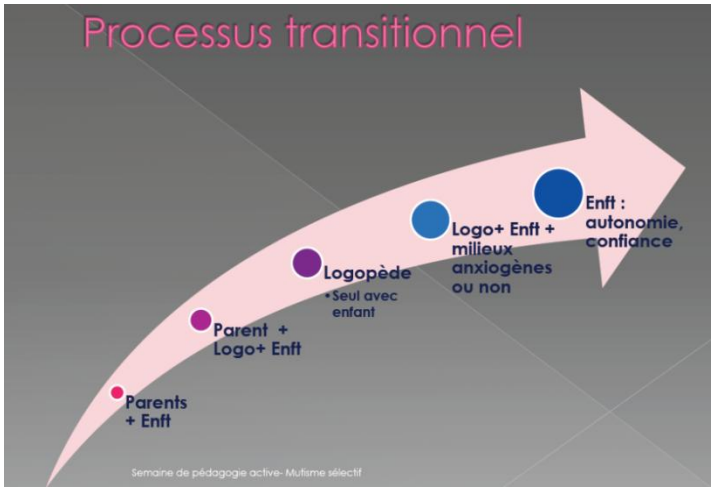
1. Première étape : faire une anamnèse du développement de l'enfant et de la situation familiale.
2. Deuxième étape : faire une **synthèse des compétences** (par exemple : désir de communication, communication non verbale préservée, bonnes compétences pragmatiques) **et des faiblesses de l'enfant** (par exemple : facteurs environnementaux peu favorables, bilinguisme soustractif, mutisme, modèles linguistiques familiaux plutôt pauvres, pauvreté des compétences lexicales).
3. Troisième étape : exclure des symptômes (Troubles Envahissants du Développement, aphasie et autres).
4. Quatrième étape : établir des hypothèses diagnostiques (dysphasie ? mutisme sélectif simple ou associé à un retard de langage ? etc.).
5. Cinquième étape : établir des objectifs généraux:

➔ A court terme : libérer la parole

➔ A long terme : développer le langage oral en impliquant l'enfant et les parents, en créant un environnement favorable (c'est-à-dire favoriser la dynamique relationnelle entre la logopède et l'enfant, travailler de manière progressive, n'imposer aucune contrainte, renforcer l'effort de communication plutôt que la communication en elle-même), **en impliquant l'école**.

Ne pas oublier de valoriser l'enfant et sa culture, de respecter le rythme de l'enfant dans sa progression (penser aux marches d'un escalier), de développer l'appétence au langage de l'enfant en favorisant l'imaginaire et la curiosité.

Utiliser la technique de l'introduction de la parole (Sliding-in) :



Le mutisme sélectif, Institut Libre Marie-Haps, 2011, diapositive n°28.

6. Sixième étape : mettre en place un plan thérapeutique :
   a) *Briser le silence* : bruits, instruments de musique, bruits avec le corps puis progressivement avec la bouche (souffles, sons d'animaux, objets).
   b) *Communication non verbale* : dessins collectifs, travailler les émotions avec des cartes, images → volonté de terminer la séance sur un sentiment de valorisation.
   c) *Communication verbale* : marionnettes (= rituel, objet transitionnel), jeux symboliques, jeux avec des petits mots (jeu du chaud/froid, valorisation et responsabilité de l'enfant).

Un second cas pratique a également attiré mon attention. Il s'agit de la description de la mise en place d'une thérapie logopédique en faveur d'une enfant touchée par le mutisme sélectif. Latieule (2010) a construit cette thérapie au sein d'un stage en école, et ce dans le cadre de son mémoire de fin d'études. Il m'a semblé également intéressant de l'intégrer dans ce travail, en voici donc la description :

Tout d'abord, Latieule a commencé par mettre en place un contrat thérapeutique avec l'enfant qu'elle prenait en charge dans l'école, afin que la petite fille soit consciente de la fonction de la logopède. Pour cela, elle a créé deux figurines : l'une

représentant la logopède (elle-même) et l'autre représentant la petite fille. Différents lieux ont été également représentés : l'école (le groupe et la maîtresse) et le lieu des séances de logopédie. Ainsi, en manipulant la figurine qui représentait la thérapeute, cette dernière lui expliquait qu'elle venait à l'école pour elle, pour l'aider.

Lors de ses séances, Latieule s'est beaucoup inspirée de la Pédagogie Relationnelle du Langage (PRL) de Chassagny pour créer et favoriser une relation de confiance avec l'enfant. Pour résumer cette approche très succinctement, il s'agit de cibler les prises en charge non pas sur le symptôme (ici le mutisme sélectif) mais sur la « relation » qui s'établit entre la logopède et l'enfant. De plus, il s'agit de laisser le libre arbitre à l'enfant afin qu'il se révèle et qu'il puisse partager ses choix. Le thérapeute doit avoir un sens de l'écoute et de l'empathie assez développé pour effectuer ce genre de thérapie logopédique. La PRL nous conseille de laisser à la disposition de l'enfant du matériel (pâte à modeler, feuilles, ardoises, livres, cubes avec chiffres et lettres, des dés, figurines, pochette souffle (bulles, plumes, sifflets), des instruments de musique etc.) afin qu'il puisse diriger lui-même les activités. Ainsi, on lui permet de s'approprier des supports, de devenir réellement acteur de ses décisions, et de nous inclure à ses jeux au fur et à mesure des séances. La relation entre le logopède et l'enfant évoluera donc selon le propre rythme de ce dernier, de manière spontanée. En ce sens, la relation de confiance s'installera petit à petit.

L'étudiante a également choisi de **travailler sur les émotions de l'enfant** en créant un tableau avec différents velcros d'humeur, que l'enfant accroche à son arrivée en séance. Elle a également **travaillé sur l'anxiété de l'enfant** en ayant créé « l'ascenseur des peurs » (cf. annexe II). Cet « ascenseur » progresse à travers cinq niveaux : 0 = confiant, 1 = fragile, 2 = inquiet, 3 = apeuré, 4 = très angoissé.

Au cours de sa thérapie, Latieule a aussi utilisé les livres comme support : *«la littérature enfantine permet de mener un dialogue sur les émotions de l'enfant »*. Comme pour les jeux, il est important que l'enfant choisisse le livre qui attire son attention : *«ce qui est important, c'est qu'il soit désireux de le lire et de partager cette expérience avec son thérapeute »* (p.39).

Latieule nous conseille également *« d'accompagner l'enfant et d'encourager ses succès, sans avoir l'air d'attendre un résultat à tout prix »*.

Shipon-Blum (n.d., citée par Marschall, 2009, p.43) propose pour cela de créer des tableaux d'objectifs afin que l'enfant visualise ceux qu'il atteint par séance. Il observera en même temps sa progression vers la communication verbale. Nous pouvons coller une gommette en face d'un objectif symbolisé qui sera réussi, et pour les plus grands enfants on peut leur dire qu'au bout de cinq à dix autocollants ils recevront un privilège (bonbons, billet ou médaille factices, etc.).

3.2.3 METHODES ET TECHNIQUES D'INTERVENTION AU SEIN DE L'ECOLE

3.2.3.1 Le programme d'introduction progressive de la parole (Stimulus Fading) : rôle de l'orthophoniste-logopède

Ce programme, provenant d'une méthode de thérapie behavioriste, part du fait que la parole doit être transférée à l'école, lieu où l'anxiété de l'enfant est à son comble. C'est pour cela qu'**en tant qu'orthophoniste- logopède ou en tant que psychologue**, nous pourrions accepter de nous rendre à l'école de l'enfant pour **jouer le rôle d'intermédiaire verbal** que propose le programme. Ce rôle peut aussi être joué par les parents de l'enfant (selon leurs disponibilités) en plus de celui du thérapeute.

Selon Shipon-Blum (2009), pour que l'enfant passe d'une communication non verbale à une communication verbale, il est préférable de faire appel à une personne avec qui l'enfant est à l'aise (un copain, les parents, un thérapeute) et avec qui il parle. **L'intermédiaire verbal** peut aussi être un objet personnifié (un animal en peluche, des marionnettes pour doigts, pour mains). On habitue l'enfant à ce qu'il s'adresse à la marionnette sur différents lieux sociaux lorsqu'on lui pose des questions, puis cette marionnette est amenée en classe (Latieule, 2010, p.16). Cette démarche peut s'avérer quelque peu infantilisante pour les enfants de plus de 6 ans, mais peut être très bien acceptée chez les plus petits.

La présence de l'intermédiaire verbal sur un lieu perçu comme anxiogène par l'enfant produit chez lui une diminution des sentiments d'anxiété et la parole commence à se libérer.

Le programme consiste à appliquer trois temps d'intervention, de manière progressive (Gallagher & Kurtz, 2007, cités par Bremard-Oury & Marschall, n.d.). En voici l'explication :

1) Premier temps : **Aide basée sur le thérapeute** (psychologue ou orthophoniste-logopède) :

Au début, l'orthophoniste ou le psychologue travaillent avec l'enfant ET la famille afin de libérer la parole de l'enfant. L'enfant est donc parvenu à parler à son thérapeute, mais dans son milieu, dans son cabinet. Cette étape étant franchie, la parole doit être transférée dans un autre environnement : à l'école. C'est pourquoi le thérapeute, en tant qu'intermédiaire verbal, doit s'y rendre pour poursuivre le travail entrepris avec l'enfant. Cette fois-ci, **le thérapeute travaille avec l'enfant ET le personnel scolaire.** Le travail de la communication verbale avec l'enfant se déroule dans une salle de l'école, dans laquelle nous introduisons graduellement le personnel scolaire et quelques camarades de classe. Tout ce travail s'effectue avec l'accord de l'enfant, car n'oublions pas qu'il est acteur de sa thérapie. Chaque adulte (de plus en plus nombreux par la suite) commence à faire acte de présence mais derrière la porte fermée de la salle où se déroulent les séances. Ensuite, quelques semaines plus tard, le déroulement est identique, mais avec la porte ouverte. L'enfant a donc conscience qu'un adulte le regarde parler. Puis progressivement, l'adulte entre dans la salle, jusqu'à participer aux activités ludiques de la séance. Les séances individuelles se transforment donc peu à peu en séances de groupe, l'anxiété de l'enfant diminue progressivement.

2) Deuxième temps : **Aide basée sur la famille**

Dès lors que l'orthophoniste ou le psychologue aient effectué une guidance et une collaboration parentale efficace au cours des séances individuelles avec l'enfant, les parents ou d'autres membres de la famille peuvent être « intermédiaires verbaux » à leur tour, tout comme le thérapeute au cours du premier temps.

Dans la salle de classe où se déroulent ces temps de communication ludiques, l'enfant s'exprime avec ses parents et joue avec eux alors qu'il n'y a encore personne d'autre autour d'eux. Cette interaction se déroule deux à trois fois par semaine.

Graduellement, et par petites étapes, on demande à l'enseignant (ou à d'autres membres de l'équipe scolaire) d'écouter puis d'observer et enfin d'interagir avec les parents et l'enfant (toujours avec l'accord de ce dernier). Il est important que l'enfant visualise ses progrès au moment où il réussit une étape, en lui donnant un renforcement positif. Par exemple, il peut mettre un autocollant ou une croix à côté de l'étape (réussie) illustrée sur un tableau.

Il est important de spécifier que lorsqu'aucun thérapeute n'est sollicité pour effectuer le premier temps du programme (et le cas est fréquent), l'intervention débute au deuxième temps, c'est-à-dire avec le parent comme intermédiaire verbal. Dans ce cas de figure, une fois que l'enfant a réussi à avoir des échanges sociaux avec les diverses personnes entrant dans la classe, le stimulus confortable (le parent) doit mettre de la distance entre lui et son enfant, jusqu'à disparaître totalement de la situation conversationnelle (Busse & Downey, 2011). Pour Johnson (n.d.) « l*e procédé est complet lorsque le parent se retire de la pièce, laissant l'enfant seul avec la nouvelle personne »* (citée par Marschall, 2010).

3) Troisième temps : **Aide basée sur le personnel scolaire**

La procédure est exactement la même que celle du premier et du deuxième temps. Elle ne peut être appliquée seulement si l'enfant parle avec un des membres de l'équipe scolaire, de manière initiale ou suite au deuxième temps décrit ci-dessus.

Cette technique est très souvent associée (car très proche) au conditionnement opérant car *« l'amoindrissement du stimulus est le processus de réduction de la commande d'un stimulus sur un certain comportement »* (Busse & Downey, 2011, p.60). Ce qui signifie que plus la personne rassurante s'éloigne du champ de l'enfant, et moins l'enfant aura besoin de sa présence lorsqu'il sera anxieux. En effet, il se sera habitué à réussir à parler avec d'autres personnes et dans d'autres lieux, sans elle. Il s'ensuivra une diminution progressive de l'anxiété de l'enfant.

L'objectif final est que l'enfant généralise son aisance verbale dans des environnements quotidiens.

L'introduction progressive est une technique qui s'est avérée très efficace pour traiter le mutisme sélectif chez l'enfant.

3.2.3.2 Créer un système de communication alternative pour l'enfant en classe :

Avant que l'enfant soit démutisé, son mutisme peut lui poser des difficultés en classe, surtout pour participer. En effet, il n'est pas possible pour lui de demander d'aller aux toilettes, il est dans l'incapacité d'initier quelque demande que ce soit à son institutrice, et il ne peut donc pas intervenir oralement pour répondre à une question. Certains procédés alternatifs peuvent être mis en place afin que l'enfant puisse participer de manière active :

1. Utiliser des images ou des pictogrammes symbolisant certaines actions, objets, personnes (bonjour, au revoir, manger, aller aux toilettes, maitresse, madame), mis à la disposition de l'enfant.
2. Personnaliser un mini cahier de communication que l'enfant gardera à portée de mains. Les diverses images pourront lui permettre de désigner ce qu'il veut communiquer à l'enseignant. Pour un enfant plus âgé, on utilisera plutôt des mots écrits.
3. Nous pouvons aussi mettre à la disposition de l'enfant une ardoise sur laquelle il peut dessiner ou écrire ce qu'il souhaite exprimer (Latieule, 2010, p.11).

3.2.3.3 Montage d'une conversation factice avec l'enfant

Selon Gallagher & Kurtz (2007, cités par Bremard-Oury et Marschall, n.d.), cette méthode est une mise en scène de situations de conversation. L'enregistrement s'établit en deux parties :

Première partie : l'enfant est filmé en train de communiquer oralement avec une personne avec qui il est à l'aise. Cette personne lui pose des questions, et la caméra filme l'enfant (et uniquement lui) en train de répondre.

Deuxième partie : sur un autre enregistrement, l'enseignant ou un autre membre de l'équipe scolaire est filmé en train de poser les mêmes questions que la première personne avec qui l'enfant échangeait, l'enfant étant absent.

Par la suite, les deux enregistrements sont entremêlés (ou mixés) de telle sorte que l'on ait l'impression que l'enfant répond aux questions de l'enseignant et non à la personne à qui il répondait réellement.

Cette méthode a permis à plusieurs enfants d'oraliser rapidement et de manière moins anxieuse aux membres de l'équipe pédagogique car le fait que l'enfant se voit parler dans des circonstances où il ne le ferait pas habituellement lui redonne confiance (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d.).

Néanmoins, le point faible de cette technique est qu'elle requiert un équipement de base (caméra, dictaphone, logiciel de montage vidéo) et un temps certain pour les professionnels quand ils doivent enregistrer les vidéos, les monter, puis les utiliser.

3.2.3.4 Conditionnement opérant ou apprentissage instrumental (Contingency management)

Selon Skinner (qui a élaboré la technique du conditionnement opérant) (Nicolaï, 2009), un comportement produit au départ par hasard devient au bout d'un certain temps systématique, à deux conditions :

1. Le comportement doit effectivement être produit
2. Le comportement produit doit être renforcé

Pour adapter cette perspective au mutisme sélectif, nous pouvons dire que l'enfant se mettant à verbaliser en classe, réitérera cette action verbale si :

1. Il doit le reproduire (et la réponse est oui car il doit s'exprimer en classe)
2. L'intervenant renforce cette verbalisation grâce à un système de récompense

But : identifier et récompenser les moments verbaux de l'enfant sans encourager son comportement mutique.

Procédure : à chaque verbalisation de l'enfant, un intervenant lui donne une récompense, un renforcement positif. Lorsque l'enfant comprend qu'il a une récompense quand il parle, il devrait se mettre à verbaliser plus souvent, attendant quelque chose en retour.

Néanmoins, il est utile de ne pas faire de confusions entre le renforcement et la punition : *« le renforcement […] augmente toujours la probabilité d'apparition d'un comportement [attendu] alors que la punition vise à faire disparaître un comportement jugé indésirable »* (Nicolaï, 2009).

3.2.4 THERAPIE DE GROUPE PROPOSEE AUX ENFANTS

Elle peut être dirigée autant par un psychologue que par un orthophoniste-logopède selon des techniques spécifiques à leur profession. Nous pouvons effectuer des exercices de relaxation globale, des activités faisant intervenir la pragmatique, les émotions, l'approche progressive avec l'autre etc. Ici encore, laissons libre cours à notre imagination.

3.2.5 PRISE EN CHARGE MULTIMODALE ET MULTIDISCIPLINAIRE

Les traitements multimodal et multidisciplinaire sont la combinaison de plusieurs approches et de plusieurs collaborations pouvant être très efficaces pour démutiser l'enfant (Busse & Downey, 2011, p.61). Il s'agit d'impliquer l'enfant mais aussi sa famille, l'école et les thérapeutes. Les interventions peuvent donc être systémiques et scolaires en association à une thérapie comportementale (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d. p.10).

Une étroite collaboration entre les parents, l'enseignant et les thérapeutes ne peut être que bénéfique pour l'enfant, et aussi rassurante pour chacune de ces personnes.

Toutefois, il n'existe pas un traitement du mutisme sélectif de référence et les chercheurs n'ont pas encore assez de recul pour déterminer quelle(s) thérapie(s) incluses dans l'intervention multimodale est (sont) plus efficace(s) que les autres (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d. p.14).

3.2.6 L'ÉCHELLE D'ÉVALUATION ÉTAPE PAR ÉTAPE (EEEE) : SES OUTILS ET TECHNIQUES DE REMEDIATION

Cette échelle (dont j'ai parlé dans la partie consacrée à la prise en charge psychothérapeutique de l'enfant) permet à la fois d'évaluer le degré d'aisance de l'enfant dans différents contextes et d'appliquer les outils et techniques de remédiation qu'elle propose. Voici la description qu'en fait Shipon-Blum (n.d., citée par Marschall, pp. 42-44) :

1. La désensibilisation : pour rappel, il s'agit de confronter l'enfant à diverses situations de parole, de manière graduelle, c'est-à-dire de la moins anxiogène à la plus anxiogène dans le but d'élargir son cercle social (Ponzurick, 2011).
2. La distraction : le jeu est un moyen qui permet à l'enfant de se détourner de son anxiété et de ses craintes du moment. Shipon-Blum conseille d'utiliser un matériel ludique et des activités correspondant aux centres d'intérêts de l'enfant. L'humour est également un moyen de le détendre et de le mettre en confiance.
3. Les objectifs non-dits et objectifs dirigés par l'enfant : pour des enfants jusqu'à 6 ans, beaucoup d'**objectifs** sont **« non-dits »** pour ne pas que l'enfant comprenne que l'on attend quelque chose de lui, pour ne pas qu'il ressente de pression lors des activités que nous réalisons avec lui. En revanche, nous discutons de ces objectifs avec les parents et l'enseignant. **Les objectifs dirigés par l'enfant** sont ceux fixés par l'enfant et son thérapeute. L'enfant devient donc « maître » de sa thérapie, il choisit les objectifs qu'il pense être capable de réussir.
4. Les tableaux d'objectifs et de jeux : afin que l'enfant ait conscience de ses progrès lors et au fur et à mesure des séances de prise en charge (en cabinet ou à l'école), il est important qu'il visualise et/ou conscientise les objectifs qu'il doit atteindre (et ceux déjà atteints) et ce dès le début de chaque séance (par exemple réussir un jeu, un exercice). C'est le renforcement positif qui est utilisé avec ces tableaux. Pour chaque objectif réussi, un autocollant ou une gommette sont collés en face de l'image représentant l'activité. Le parent aussi peut mettre en place ce genre de tableau à la maison, par exemple

lorsque l'enfant a réussi à demander du pain au boulanger. Les récompenses peuvent être représentées sous une autre forme : inviter un copain à la maison, se coucher quinze minutes plus tard, un cadeau etc. (Latieule, 2010, p.16).

3.2.7 GUIDANCE PARENTALE ET GROUPES DE SOUTIEN POUR LES PARENTS

Dans le cas des enfants touchés par le mutisme sélectif, la psychopathologie familiale est souvent un frein à l'évolution de l'enfant. Cette entrave est davantage frappante dans les familles où les parents sont fortement touchés par l'anxiété. *« Il est donc plus difficile pour ces parents de donner l'exemple de comportements sociaux appropriés, d'intervenir avec assurance au nom de leur enfant, et de renforcer la confiance de celui-ci »* ((Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d., p.15).

Pour ces parents, il est un peu difficile de participer aux divers programmes proposés pour leur enfant, car cela demande des échanges verbaux avec l'équipe multidisciplinaire, dont le corps enseignant. C'est pourquoi les thérapeutes peuvent aussi servir de médiateurs, pour favoriser la communication entre l'école et les parents.

Le groupe de soutien : les parents (en plus de leur collaboration avec l'équipe multidisciplinaire) ont besoin de quelques conseils pour aider leur enfant à sortir du mutisme sélectif. Grâce à l'implication de professionnels, *« les groupes de soutien aux parents peuvent s'avérer extrêmement efficaces et aptes à faciliter le changement »* (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d., p.15). D'après Sharkey, Mc Nicholas, Barry, Begley & Ahern (2008, pp.540-541), le thérapeute apprend aux parents à :

- Gérer le mutisme sélectif de leur enfant au quotidien lorsqu'il se rend à l'école
- Réagir d'une manière adéquate face aux commentaires négatifs de certaines personnes
- Adopter la bonne attitude lorsque leur enfant commence à parler à l'école

- Changer leurs propres comportements avec l'enfant afin qu'il prenne de l'assurance lorsqu'il s'exprime oralement
- Réduire leur propre anxiété et leur réticence à la communication afin qu'ils deviennent plus sociables.

La guidance parentale : elle consiste à aider les parents à « désapprendre » leur attitude de surprotection sociale vis-à-vis de leur enfant (Shipon-Blum, n.d., citée par Marschall, n.d) . Ainsi, l'enfant se sent plus en confiance et il peut laisser place à l'autonomie. La guidance parentale permet aussi aux parents d'adopter la bonne attitude lorsqu'ils s'adressent à leur enfant (par exemple éviter de parler à sa place, lui donner un temps de réponse, être attentif à ce qu'il veut exprimer). Lorsque le parent incarne aussi l'intermédiaire verbal à l'école, il lui est conseillé de ne pas forcer l'enfant à parler en présence de l'adulte de l'équipe scolaire et de lui poser des questions fermées dont les seules réponses sont « oui/non » (surtout au début du programme d'intervention).

3.2.8 PHARMACOTHERAPIE : LES ANTIDEPRESSEURS

Le but de ce traitement est d'éliminer rapidement les symptômes d'anxiété de l'enfant souffrant de mutisme sélectif. La plupart du temps, ce traitement est combiné avec une thérapie behavioriste et familiale.

Les antidépresseurs de type fluoxétine ont pour effet de diminuer l'apragmatisme et le retrait social.

Etant donné que le mutisme sélectif survient très tôt chez l'enfant (entre 2,7 ans et 6 ans), les familles et le corps médical sont souvent circonspects quant au traitement pharmacologique (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d.). La pharmacothérapie est surtout préconisée chez les enfants ayant un mutisme sélectif sévère ou persistant (chez qui la psychothérapie a échoué), pour les enfants qui sont extrêmement dépressifs ou qui sont touchés par d'autres troubles de l'anxiété (Busse & Downey, 2011).

La prescription d'antidépresseurs chez les enfants touchés par le mutisme sélectif peut s'avérer fréquente dans la mesure où il a un lien étroit avec l'anxiété

sociale. Cela peut paraître contradictoire mais on ne prescrit des anxiolytiques qu'en deuxième intention, lorsque certaines comorbidités sont observées chez l'enfant (Wong, 2010, p.27).

Une étude pharmacologique a été menée sur vingt et un cas d'enfants atteints par le mutisme sélectif : tous les enfants avaient des troubles anxieux associés, ils étaient suivis en psychothérapie une fois par semaine, et avaient en supplément un traitement médicamenteux (Manassis, 2009, citée par Bremard-Oury, n.d.,). Suite à ces traitements, un questionnaire a été remis aux parents et aux médecins afin de constater une éventuelle amélioration du comportement des enfants. En effet, il y a bien eu une amélioration significative, c'est-à-dire une diminution de l'anxiété et une meilleure aisance de communication verbale en public.

A l'heure actuelle, il est difficile de juger sur l'efficacité de la pharmacothérapie car aucun essai à grande échelle n'a encore été réalisé (Wong, 2010).

En résumé : La prévention du mutisme sélectif peut s'effectuer dès le jardin d'enfants ou dès la maternelle par l'enseignant. La mise en place d'un programme de sensibilisation pour les enseignants ne pourrait être que bénéfique pour l'enfant. Lorsque le mutisme sélectif est installé, il existe plusieurs manières de prendre en charge l'enfant : soit en dehors de l'école (par les psychologues, les pédopsychiatres et/ou par les orthophonistes-logopèdes indépendants appliquant chacun des méthodes et techniques propres à leur savoir-faire), soit au sein-même de l'école (en impliquant un parent et/ou un thérapeute pour jouer le rôle d'intermédiaire verbal). Notons que la prise en charge multidisciplinaire est favorable pour l'enfant, car toutes les personnes côtoyant l'enfant (enseignant, parents et thérapeutes) sont chacune sollicitée d'une manière bien spécifique pour aider l'enfant à ouvrir sa voix. En supplément, un soutien ou une guidance parentale est nécessaire pour les aider à diminuer l'anxiété de leur enfant et pour amoindrir le sentiment de culpabilité que certains parents peuvent ressentir. Les antidépresseurs semblent réduire l'inhibition et l'anxiété de l'enfant atteint de mutisme sélectif, mais il est évident que selon l'âge de l'enfant et les troubles associés au mutisme sélectif, la prescription peut ne pas être recommandée.

Conclusion théorique

Cette partie théorique consacrée aux caractéristiques du mutisme sélectif, à son dépistage, à la pose du diagnostic, et enfin à la manière d'intervenir auprès des enfants, nous a permis de comprendre que ce dernier était le symptôme d'une grande anxiété se manifestant chez l'enfant ou l'adolescent. Quelle que soit la forme de mutisme sélectif, il est clair qu'il ne fasse pas acte de quelque volonté que ce soit de la part de l'enfant. Ce mutisme, dit « sélectif », se manifeste selon les personnes entourant l'enfant, selon certains contextes et selon les lieux pouvant être anxiogènes (ici, l'école). Nous avons appris que les enseignants étaient les premières personnes à pouvoir mettre en place des activités à but préventif auprès des enfants du jardin d'enfants et de l'école maternelle, en apportant une attention particulière aux enfants de migrants et aux enfants bilingues.

Il a été mis en avant que les causes du trouble pouvaient être variées du fait de l'hétérogénéité des enfants l'ayant développé. Néanmoins, il est sûr que c'est un trouble de la communication en plus d'être un trouble lié à l'anxiété.

Nous nous sommes également rendu compte que l'enseignant, les parents et les thérapeutes de la santé mentale et du langage avaient tous un rôle bien défini dans le déroulement de la prise en charge de l'enfant. Les thérapeutes utilisent des méthodes et techniques propres à leurs compétences respectives, et ils aident les parents et l'enseignant à mettre en place des stratégies pour diminuer l'importante anxiété de l'enfant lorsqu'il est à l'école. D'ailleurs, chacun d'eux peut contribuer à l'évaluation de l'enfant, de par des grilles d'évaluation ou des tests quantitatifs et/ou qualitatifs. Les résultats observés permettent également d'effectuer un diagnostic différentiel avec les troubles apparentés au mutisme sélectif (troubles de l'anxiété, déficience intellectuelle, autisme infantile, syndrome d'Asperger et dysphasie), et pas seulement à émettre le diagnostic de mutisme sélectif.

Partie pratique

Introduction de la partie pratique

Après m'être imprégnée de toutes les informations décrites dans la partie théorique de ce travail, et ayant acquis des connaissances supplémentaires sur le mutisme sélectif, il est désormais temps de décrire ma recherche. Pour construire celle-ci, je suis partie du constat que la majorité des recherches sur le mutisme sélectif ont été effectuées aux États-Unis ou dans des pays non francophones. Mon intérêt pour ce trouble ne pouvait donc pas se limiter aux informations émergeant des pays américains et anglophones, bien qu'elles soient déjà fort complètes et intéressantes. Me basant tout de même sur celles-ci, je souhaite apporter des précisions sur le trouble, mais d'un point de vue francophone, et dans un but professionnalisant. C'est pourquoi je me suis lancée dans cette grande aventure qu'est l'enquête par questionnaires.

Ces points de vue que je recherchais et que je qualifierais de purement empirique (s'appuyant uniquement sur l'expérience), me permettraient de récolter des informations issues du terrain-même, grâce à un recueil de diverses expériences vécues par les personnes intervenant autour de l'enfant : l'enseignant, les parents, les psychologues et les pédopsychiatres, ainsi que les orthophonistes-logopèdes. De surcroît, j'allais enfin découvrir comment se construisait ce travail de collaboration autour de l'enfant.

J'exposerai donc ma méthode de travail en justifiant le choix de ma population-cible (les enfants) ainsi que celui des personnes « actrices » (les intervenants), le choix de mon support pour récolter les informations, et enfin les réponses recueillies. Par la suite, j'essaierai d'analyser les données récoltées d'une manière synthétique, en les décrivant et en les interprétant. Pour terminer, j'apporterai des réponses à mes hypothèses initiales et j'exposerai les limites et perspectives de mon travail.

Chapitre 1 : présentation de la méthodologie

1.1 POPULATIONS CHOISIES

1.1.1 POPULATION FAISANT « L'OBJET » DE L'ENQUETE

Avant de créer mes quatre questionnaires, je savais déjà que mon but serait de recueillir des informations supplémentaires concernant les enfants touchés par le mutisme sélectif et les personnes intervenant dans leur prise en charge.

Dans la littérature, il est stipulé que les adolescents peuvent aussi être touchés par le mutisme sélectif, mais ce n'est pas l'objet de mon étude. Cette dernière cible seulement les enfants.

Au sein de ma partie théorique, j'ai mentionné les critères de classification du mutisme sélectif. Pour rappel, il s'agissait du mutisme primaire et secondaire, les cinq catégories de mutisme sélectif (le « semi-mutisme sélectif », le mutisme sélectif pur, celui accompagné d'un défaut d'élocution ou de langage en lien avec le bilinguisme, le mutisme sélectif complexe et le mutisme sélectif avec début tardif), le mutisme transitoire et chronique, et le mutisme sélectif extrafamilial vs intrafamilial.

Dans ma recherche, je tenais à ce que les enfants aient développé un mutisme sélectif extrafamilial à l'école (car il aurait pu s'agir d'un mutisme sélectif extrafamilial développé uniquement avec des adultes étrangers), que ce dernier soit primaire ou secondaire (mais avant l'âge de l'adolescence, c'est-à-dire avant l'âge de treize ans).

Après avoir lu et parcouru un certain nombre d'articles scientifiques et de monographies, je me suis rendu compte qu'il me serait impossible de trouver assez d'enfants ayant développé un mutisme sélectif extrafamilial pour que mon étude soit un minimum représentative du groupe. La rareté du trouble en est bien évidemment la cause.

C'est pourquoi j'ai décidé d'élargir mes recherches en prenant en compte d'une part les enfants ayant été diagnostiqués comme « souffrant de MS », et d'autre part tout enfant étant suspecté de mutisme sélectif et pour lesquels le diagnostic n'a pas été posé. De ce fait, lorsque je mentionnerai les termes « enfants » dans les parties et chapitres suivants, je ferai référence aux enfants diagnostiqués ET suspectés de mutisme sélectif. Dans mon étude, ces deux groupes (qui pourraient être distincts par ailleurs) ne feront qu'un, car mon objectif n'est pas de faire des statistiques comparatives entre eux.

La recherche d'informations qui m'intéressent concerne aussi la tranche d'âge des enfants ainsi que leur sexe, afin d'effectuer des corrélations avec mes assises théoriques.

1.1.2 LES INTERVENANTS INTERROGES (LES POPULATIONS-MERES DE L'ENQUETE)

Grâce aux diverses sources scientifiques m'ayant permis de construire ma partie théorique, quatre types de personnes importantes intervenant fréquemment autour de l'enfant ont retenu mon attention. Ces personnes sont les suivantes : l'enseignant, les parents, le psychologue et/ou le pédopsychiatre (« psy »), et l'orthophoniste-logopède.

Par ailleurs, les enseignants que je cherchais devaient avoir eu un cas d'enfant touché par le mutisme sélectif au cours de leur carrière, j'ai également recherché des parents dont l'enfant était ou est atteint de mutisme sélectif, les « psy » ayant déjà pris en charge un enfant pour son mutisme sélectif, et il en était de même pour les orthophonistes-logopèdes. Toutes ces personnes devaient donc avoir un vécu et/ou une expérience avec l'enfant.

1.2 OUTIL UTILISE : LE QUESTIONNAIRE

1.2.1 POURQUOI CET OUTIL ?

Afin d'apporter des réponses à mes divers questionnements, je me suis dit que le seul moyen serait de mener une enquête approfondie sur les enfants souffrant de mutisme sélectif grâce à quatre intervenants principaux, afin d'être au plus près de leur vécu, de leur expérience, et donc de la réalité du terrain. La création de quatre questionnaires me permettrait de regrouper des réponses qui, elles-mêmes, dégageraient des données qui pourraient compléter les études scientifiques réalisées jusqu'à présent.

1.2.2 TYPE(S) DE QUESTIONNAIRE(S) UTILISE(S) ?

Selon Javeau (1971, pp.2-3), il existe deux types de questionnaires :

1) Les questionnaires d'administration directe (ou d'auto-administration) que l'interrogé complète lui-même.
2) Les questionnaires d'administration indirecte que l'enquêteur remplit grâce aux réponses que lui fournit l'interrogé.

Pour ma part, j'ai commencé à utiliser le premier questionnaire (par administration indirecte). À ce moment-là, je n'étais pas encore consciente des difficultés auxquelles j'allais être confrontée. J'ai donc continué à appeler les « psy » pour leur demander s'ils avaient déjà eu à prendre en charge un enfant atteint de mutisme sélectif, et s'ils accepteraient que l'on s'entretienne sur la base de mon questionnaire. Les réponses négatives s'accumulaient, la majorité d'entre eux n'avait pas eu à prendre en charge des enfants ayant ce trouble. C'est à ce moment-là que je me suis rendu compte qu'il me serait impossible de rencontrer le nombre d'intervenants que j'envisageais. Et pourtant, pour que mon enquête soit un minimum valide, il fallait que je contacte plusieurs intervenants. C'est pourquoi j'ai modifié ma manière d'enquêter, en utilisant le questionnaire d'administration directe.

Comme le dit très justement Javeau (1971, p.3), le questionnaire par administration directe est à utiliser en première intention si *« le nombre de personnes*

à interroger est très élevé, […], et si le questionnaire est susceptible de susciter l'intérêt des enquêtés ». Malheureusement, je ne m'étais pas rendu compte assez tôt du nombre de personnes que j'allais devoir interroger, sinon je n'aurais pas utilisé le questionnaire par administration indirecte.

1.2.3 CONSTRUCTION DES QUATRE QUESTIONNAIRES

1.2.3.1 Mise en forme des questionnaires

A) L'en-tête

Afin que les intervenants ne se retrouvent pas face à un questionnaire dont ils ne se souviennent plus du destinateur (et du destinataire en l'occurrence), j'ai choisi d'y insérer mon nom, mon adresse électronique ainsi que le sujet de mon mémoire. J'étais bien consciente que le questionnaire était loin d'être leur seule préoccupation durant ces derniers mois. C'est pourquoi j'ai préféré prendre des précautions au cas où ce questionnaire se soit retrouvé dans un dossier de l'ordinateur, parmi d'autres.

Juste après avoir fait figurer mon nom, mon adresse électronique et le sujet de mon mémoire, j'ai notifié l'indication technique suivante : *« Pour une question de pratique, pourriez-vous répondre aux questions en rouge s'il vous plait ? »*. En effet, il était plus facile pour moi de discerner les questions des réponses afin de ne pas relire à chaque fois les mêmes lignes, ou même de chercher les réponses parmi les questions. Cette notification était donc importante à mes yeux, au regard de la présentation de mon questionnaire.

B) Le nombre de questions posées

D'après Javeau (1971, p.91), un questionnaire ne doit pas dépasser les trente questions, le nombre idéal se situant en dessous de vingt. Je suis donc partie de cette limite avant même d'élaborer mes questions. Puis, après réflexion, je me suis dit que même vingt était un nombre de questions trop important à imposer aux interrogés.

De plus, il fallait que je prenne en compte le fait que les intervenants interrogés pourraient refuser de répondre à mon questionnaire si ce dernier s'avérait trop

« chronophage ». Je me suis donc imposée une limite de quinze ou seize questions maximum par questionnaire.

C) Trois types de questions posées

Pour construire mes quatre questionnaires, j'ai utilisé trois types de questions *« correspondant à des besoins spécifiques dans l'enquête »* (Javeau, 1971, p.45) :

1. Les questions fermées → les interrogés doivent répondre soit par « oui » soit par « non », sans ajouter d'informations ou de remarques.
Ces questions permettent d'effectuer un recueil de caractéristiques objectives, de renseignements factuels (âge, sexe, niveau scolaire etc.).
Ces données me permettront de faire une analyse statistique, afin d'effectuer des corrélations ou d'en dégager des valeurs représentatives.

2. Les questions ouvertes → les personnes interrogées sont libres de répondre de par un point de vue qui leur est propre, sans aucune contrainte.
Grâce aux données ou réponses récoltées, je pourrai analyser le contenu qui me permettra d'établir des regroupements d'informations.

3. Les questions semi-fermées (ou semi-ouvertes) → il s'agit de faire un choix de réponses préétablies proposée dans la question. Néanmoins, un espace est prévu pour que les enquêtés puissent aussi noter une réponse qui ne figure pas dans celles qui sont proposées. Ils sont libres de répondre avec plus ou moins de détails. Ce type de questions figure en majorité dans les questionnaires que j'ai créés car il était important pour moi de recueillir des informations supplémentaires et plus descriptives que des réponses scindées comme « oui » ou « non ».

1.2.3.2 Questionnaire en faveur des enseignants (cf. Annexe III)

- **Pourquoi les enseignants ? :** ce sont les premières personnes à remarquer le comportement mutique de l'enfant. Eux seuls peuvent alerter les personnes adéquates de ce comportement, afin qu'un dispositif soit mis en route pour aider l'enfant. Mais qu'en est-il des réelles démarches qu'ils effectuent et de

l'importance de leur investissement lors de la prise en charge globale de l'enfant ?

- **Renseignements recherchés à travers les questions posées :** les questions figurant dans ce questionnaire ne sont pas le fruit du hasard. Les données que je cherchais à récolter me permettraient d'avoir un avis sur la connaissance qu'ils ont du trouble (afin d'envisager ou non la création d'un programme de sensibilisation au trouble à l'équipe scolaire), sur la moyenne d'âge des enfants décrits (afin de corroborer les informations avec la théorie américaine), d'avoir davantage de détails sur le profil-type de l'enfant atteint de mutisme sélectif (pour affirmer ou non l'hétérogénéité du trouble), de révéler ou non des comorbidités avec les compétences langagières, communicationnelles et scolaires de l'enfant, de connaître l'orientation thérapeutique qu'ils proposent aux parents, et surtout de savoir s'ils sont toujours en collaboration avec eux pour la prise en charge de l'enfant.

  Par la suite, je confronterai les informations de cet échantillon francophone avec des éléments de la théorie américaine pour savoir si elles corroborent.

1.2.3.3 Questionnaire en faveur des parents (cf. Annexe IV)

- **Pourquoi les parents ?** : j'ai voulu mener ma propre enquête pour avoir le témoignage des parents qui avaient un enfant touché par ce trouble (suspecté ou diagnostiqué). Ces témoignages me paraissaient importants car j'émettais l'hypothèse qu'ils devaient se retrouver démunis face au mutisme sélectif de leur enfant, et qu'ils manquaient de soutien de la part des professionnels et/ou de l'enseignant.
- **Renseignements recherchés à travers les questions posées :** là aussi, chaque question posée n'est pas anodine. Les réponses recueillies me permettront de connaître la moyenne d'âge des enfants de mon échantillon ainsi que l'identité de la personne qui les prévient du mutisme de leur enfant à l'école, et de savoir si les parents sont pour la plupart conscients ou inconscients du trouble de leur enfant. Les autres renseignements m'aiguilleront sur la prise en charge de l'enfant par le psychologue et/ou par

l'orthophoniste-logopède, et notamment sur leur éventuelle étroite collaboration avec les parents. Je leur ai également posé une question concernant les compétences langagières, communicationnelles et scolaires de leur enfant car le point de vue des parents est souvent plus subjectif que celui des thérapeutes. A titre comparatif, il est donc intéressant de confirmer ce fait.

1.2.3.4 Questionnaire en faveur des psychologues, des pédopsychiatres (cf. Annexe V)

- **Pourquoi les professionnels de la santé mentale ?** : d'après mes assises théoriques, le psychologue est le premier spécialiste vers qui l'on envoie l'enfant. Cette démarche semble cohérente dans la mesure où le mutisme sélectif est considéré comme un trouble anxieux à part entière et qu'il est généré par des problèmes affectifs sous-jacents. Il me paraissait donc primordial de recueillir leurs expériences, afin de les mettre en relation avec les informations non-francophones que j'ai relevées au cours de mes lectures. De plus, le point de vue psychologique d'un trouble, est, me semble-t-il, toujours intéressant à prendre en compte car il apporte une autre dimension à la prise en charge logopédique-orthophonique.
- **Renseignements recherchés à travers les questions posées :** la description de l'expérience professionnelle vécue par les psychologues, les pédopsychiatres et les psychanalystes avec les enfants atteints du trouble me permettront tout d'abord de connaître l'âge des enfants qu'ils ont pris en charge. Ne sachant pas si tous les enfants de mes quatre questionnaires sont diagnostiqués « mutiques sélectifs », je suis sûre que les thérapeutes de la santé mentale auront pris en charge des enfants diagnostiqués comme tels. Les autres questions posées mettront en exergue des informations concernant le diagnostic, la cause et les comorbidités du trouble, ainsi que les moyens thérapeutiques qu'ils utilisent avec l'enfant. Pour finir, je voulais avoir des informations sur la fréquence de leur collaboration avec l'orthophoniste-logopède pour éventuellement envisager des actes de sensibilisation à cette collaboration auprès de divers professionnels de la santé.

1.2.3.5 Questionnaire en faveur des orthophonistes-logopèdes (cf. Annexe VI)

- **Pourquoi les orthophonistes-logopèdes ?** : en tant que future logopède-orthophoniste, et grâce à la formation que j'ai reçue tout au long de mes années d'études, mon point de vue sur les difficultés au niveau du langage, de la langue et de la communication diverge quelque peu de celui d'autres professionnels. Cependant, tous ces points de vue ne s'opposent pas forcément, au contraire, je pense qu'ils se complètent la plupart du temps.

  L'un de mes questionnements initiaux était de savoir si le mutisme sélectif n'était pas la conséquence d'une difficulté de langage, de parole ou de communication (tel que le bégaiement). Au début de mes recherches, j'ai d'ailleurs beaucoup pensé à des liens éventuels avec le bégaiement. Ce trouble pourrait-il être la conséquence d'un bégaiement tellement installé que l'enfant, pour éviter de bégayer et par peur que l'on se moque de lui, développerait ce mutisme sélectif ? Si tel est le cas, je supposai que le bégaiement devait être présent dans le cercle familial. Le questionnaire que j'ai créé pour les parents aborde évidemment la question, de manière indirecte. Ce raisonnement peut paraître naïf, mais il fallait que je lève cette incertitude.

  La question du rôle de l'orthophoniste-logopède dans la prise en charge de l'enfant touché par le mutisme sélectif est un élément essentiel qui a grandement développé mon intérêt pour ce sujet. Je me suis rendu compte que le mutisme sélectif n'était pas seulement un trouble anxieux, mais aussi un important trouble de la communication qui se manifestait dans un lieu où les relations sociales s'apprennent, se tissent, et se développent. D'où la problématique du trouble pour l'enfant en plein développement.

  Mais la raison pour laquelle on dirige l'enfant chez un orthophoniste-logopède est-elle toujours liée à une difficulté touchant le langage et/ou la langue ? Ou alors est-ce uniquement pour aider l'enfant à sortir de son mutisme et ainsi stimuler son potentiel communicationnel ?
- **Renseignements recherchés à travers les questions posées :** tous ces questionnements omniprésents concernant notre rôle de logopède-orthophoniste dans cette prise en charge si particulière m'ont fortement

encouragée à me renseigner auprès de ces professionnels. Par le biais de mon questionnaire, l'un de nos confrères et plusieurs de nos consoeurs m'y ont aidée, entre autres en me décrivant leur expérience clinique.

Les réponses qu'ils m'apporteront me permettront de connaître la moyenne d'âge des enfants de l'échantillon afin que je la compare aux études théoriques. Par la suite, il s'agira de connaître les moyens logopédiques mis en place par chaque professionnel, afin d'apporter quelques pistes de prise en charge aux thérapeutes du langage pouvant rencontrer des enfants atteints de ce trouble. La description de leur expérience clinique m'aidera à cibler le moment où la prise en charge logopédique est la plus propice (avant, pendant ou en même temps que la prise en charge psychothérapeutique), et elle donnera des informations sur les partenariats essentiels mis en place pour aider l'enfant de manière efficace.

A travers le contenu des quatre questionnaires dont je viens de faire la description, il apparaît que les renseignements recherchés dans chacun d'eux se rejoignent fortement. Cela s'explique par le fait que chaque interrogé a, me semble-t-il, un point de vue qui lui est propre, selon la position qu'il occupe autour de l'enfant. J'espère que ces questionnaires me permettront d'avoir plus de recul sur le rôle des enseignants, des parents, des psychologues, des pédopsychiatres et des orthophonistes-logopèdes, et ce depuis l'annonce du mutisme de l'enfant jusqu'à sa prise en charge.

1.2.4 ADMINISTRATION DES QUESTIONNAIRES : COMMENT ?

D'après Javeau (1971, p.3), il existe trois manières différentes d'administrer un questionnaire : par correspondance, par entretien et par téléphone.

En tout premier lieu, j'ai administré mes questionnaires par entretien, en ayant préalablement pris rendez-vous avec les professionnels qui m'intéressaient. Mais comme je l'ai expliqué précédemment, je ne savais pas qu'aussi peu de professionnels allaient répondre favorablement à ma requête. Quant aux autres professionnels, ce n'est pas qu'ils n'étaient pas d'accord pour me rencontrer, c'est qu'ils n'avaient pas encore d'expérience professionnelle avec les enfants touchés par le mutisme sélectif pour me donner des réponses, quelle qu'elles soient.

Je me suis donc tournée vers un autre moyen pour administrer mes questionnaires : la correspondance par internet. De ce fait, j'ai envoyé la grande majorité de mes questionnaires par courrier électronique et ils m'ont tous été retournés par le même biais (à l'exception d'un questionnaire qui m'a été renvoyé par voie postale).

Néanmoins, j'ai préféré ne pas m'aventurer dans les enquêtes téléphoniques (à une exception près) pour deux raisons :

1) Je sais que certains professionnels répondent au téléphone lorsqu'ils sont en séance et je voulais avoir toute leur attention pour leur parler de mon sujet et de mon questionnaire. Aussi, par respect pour leur patient, je ne voulais pas prendre de leur temps dans ces conditions.
2) Il était impensable pour moi d'appeler une cinquantaine de personnes pour compléter mes questionnaires sachant que la durée estimée pour chaque entretien était de vingt à vingt-cinq minutes (voire trente). Mon budget téléphonique n'était pas assez important pour que je m'en serve à ces fins et d'autre part, mes recherches n'étaient pas limitées à la Belgique.

1.3 PROCEDURES DE RECHERCHE DES QUATRE TYPES D'INTERVENANTS

1.3.1 TAILLE DES ECHANTILLONS SOUHAITEE

D'après Javeau (1971, p.27), *« aucun échantillon ne devrait comporter moins de trente individus »*. Néanmoins, aux prémices de mon enquête, j'avais pour ambition de récolter une vingtaine de questionnaires par type d'intervenants. Cependant, après avoir en vain auditionné ce nombre de personnes pour chacun de mes quatre questionnaires, j'ai revu mes objectifs à la baisse tout en tenant à ce que mes échantillons soient un minimum représentatifs du groupe auquel ils appartenaient.

J'ai donc choisi de récolter **un minimum de dix intervenants par questionnaire**, et **un maximum de vingt**. Aller au-delà de cette limite aurait été un risque encouru au regard de la rareté du mutisme sélectif à l'école, du temps et des

moyens qui s'offraient à moi pour mener à bien cette enquête. En effet, mes démarches d'enquête ont commencé à la fin du mois de juillet 2012 et devaient se terminer au plus tard mi-novembre 2012 (c'est-à-dire quatre mois et demi plus tard) pour laisser place à l'analyse et à la synthèse de toutes les réponses reçues.

1.3.2 ÉTENDUE DU TERRITOIRE D'ENQUETE

J'ai compris que la seule manière d'avoir des réponses à mes questionnements serait de contacter un maximum de professionnels. Cette stratégie me permettrait d'avoir plus de chance de trouver des professionnels connaissant le mutisme sélectif et ayant déjà pris en charge un enfant l'ayant développé.

Pour cela, j'avais en tête de contacter des professionnels de Belgique et de France, mais autrement que par téléphone. Le but de mon étude étant (entre autres) de recueillir des informations purement francophones, j'ai choisi ces deux pays car ils m'étaient familiers.

1.3.3 ENQUETE MENEE PAR LE BIAIS D'INTERNET

Au début de mes recherches, je tenais à soumettre mon questionnaire directement aux interrogés. Pensant que les pédopsychiatres étaient les premiers professionnels à diagnostiquer le mutisme sélectif chez les enfants, j'ai commencé par contacter tous ceux de ma région (en France), via l'annuaire téléphonique, un par un, en leur faisant part de mon étude et de mon questionnaire. Mais la période à laquelle j'ai appelé n'était pas la plus favorable pour espérer avoir un rendez-vous avant le mois de septembre.

En dehors de mes difficultés de contacts liées aux congés d'été, il s'avérait que la majorité des pédopsychiatres que j'ai contactés n'avait jamais pris en charge des enfants atteints de ce trouble. Néanmoins, l'un d'eux a quand même voulu m'aiguiller dans ma recherche en m'accordant trois quart d'heure de son temps pour m'expliquer certains aspects théoriques du trouble. J'ai accepté volontiers sa proposition car cela ne pouvait être qu'enrichissant pour moi. Je n'ai par ailleurs pas regretté mon choix, car ce praticien a su m'expliquer les origines du trouble d'un point de vue psychanalytique, et ce fut un échange très intéressant et fort instructif.

A partir de ce moment-là, j'ai commencé à repenser ma recherche d'une manière plus adaptée, grâce à un moyen très moderne et accessible : **internet**. Je vais donc décrire les démarches que j'ai entreprises auprès des intervenants sélectionnés pour mon enquête par questionnaires :

1.3.3.1 Les parents d'enfants touchés par le mutisme sélectif

Afin de trouver des parents d'enfants ayant développé ce trouble, j'ai contacté la représentante de l'association *« Ouvrir La Voix »* (OLV), Valérie MARSCHALL, pour lui demander si elle voulait bien m'aider dans ma recherche de parents. Elle a accepté très rapidement, c'est pourquoi je lui ai envoyé le courriel qu'elle devait communiquer à tous les parents membres de son association. J'y ai également joint le questionnaire « parents » que j'avais créé. La plupart des parents ont été très réactifs et ils m'ont retourné le questionnaire rempli très rapidement. J'ai donc pu rassembler seize témoignages.

1.3.3.2 Les enseignants ayant déjà eu un enfant atteint de ce trouble dans leur classe

Pour cette population, j'ai dû effectuer plusieurs démarches car je ne trouvais pas de nombre suffisant d'enseignants pour construire mon échantillon.

1) D'une part, j'ai fait part de ma requête à toutes les étudiantes et les étudiants de mon école de logopédie étant en stage, avec la collaboration de Maryse LESUISSE, une des secrétaires de l'école. Dans ce courriel, je demandais aux étudiant(e)s le nom de leur maître de stage, sa profession, son adresse électronique ainsi que le lieu du stage en question. Auparavant, j'avais bien spécifié aux étudiants que seuls les stages en école maternelle, primaire, libre, et à discrimination positive (D+) m'intéressaient. Grâce à leur coopération, j'ai pu contacter soit les enseignants directement, soit les directeurs des écoles à qui j'ai demandé de faire suivre ma requête à leurs enseignants.

2) Par la suite, n'ayant toujours pas assez de recueils d'expériences, je me suis inscrite sur deux forums d'enseignants : l'un dédié à l'école maternelle, et

l'autre à l'école primaire. Ces forums furent une mine d'or pour mon étude car la majorité de mon échantillon d'enseignants provient de ces forums. Ces échanges, fort enrichissants, m'ont permis de prendre conscience de l'importance de la collaboration qu'un orthophoniste-logopède pouvait entretenir avec l'enseignant à propos de ses patients. Chacun d'eux apportent une dimension bien spécifique au regard porté sur l'enfant et sur son trouble.

3) Et enfin, je suis passée par les parents qui avaient répondu à mon questionnaire pour pouvoir contacter l'enseignant de leur enfant. Pour cela, je leur ai demandé **s'ils étaient d'accord** pour me donner le nom de l'enseignant de leur enfant ainsi que le nom de l'école. Ces informations m'ont permis de chercher le nom de l'école sur internet, d'écrire un mail explicatif à la directrice dont le mail figurait sur le site, afin que le message soit communiqué à l'enseignant en question. Certains parents n'ont pas souhaité me fournir cette information, ce qui était tout à fait compréhensible. Ainsi s'est achevée ma recherche d'enseignants, avec un total de seize questionnaires.

1.3.3.3 Les psychologues et les pédopsychiatres ayant déjà pris en charge un enfant touché par le mutisme sélectif

Afin de trouver un nombre suffisant de thérapeutes (au moins dix), j'ai utilisé plusieurs moyens :

1) Dans un premier temps, j'ai fait part de mon étude et de ma requête à une ancienne amie orthophoniste devenue psychanalyste, afin de lui demander si elle pouvait en faire part à ses éventuels collègues psychologues. Suite à cela, une psychanalyste m'a contactée.

2) Ensuite, je me suis dit qu'il serait intéressant de consulter les « pages d'or » (Belgique) et les « pages jaunes » (France) en ligne, et de relever un maximum d'adresse mail de psychologues et de pédopsychiatres libéraux, même ceux travaillant en centre Psycho-Médico-Social (PMS). J'étais

consciente que ce travail allait me prendre énormément de temps mais je m'y suis quand même attelée. J'ai donc étendu ma recherche dans quelques villes wallonnes de Belgique (Namur, Liège, Bruxelles, Mons, Charleroi, Tournai, Verviers), ainsi que dans certaines villes de France (Île-de-France, Marseille, Lyon, Lille, Nice et Nantes). Je tiens à préciser que pour optimiser les réponses favorables, je demandais aux psychologues auxquels j'écrivais de bien vouloir solliciter leurs réseaux de psychologues pour communiquer ma requête à leurs collègues.

3) Ensuite, j'ai de nouveau fait appel à Valérie MARSCHALL pour qu'elle communique mon étude à ses contacts psychologues, car il m'en manquait encore un certain nombre pour arriver à dix.

4) Et pour terminer, c'est une institutrice qui a rempli mon questionnaire qui m'a spontanément et gentiment donné les coordonnées de la psychologue qui avait pris en charge l'enfant en question, au cas où cela m'intéresserait. En effet, cette opportunité est tombée à point nommé.

1.3.3.4 Les orthophonistes-logopèdes ayant déjà pris en charge un enfant souffrant de mutisme sélectif

Pour cette quête d'orthophonistes-logopèdes, j'ai œuvré de la même manière que pour les recherches précédentes, sans devoir ajouter quelque stratégie que ce soit, les ayant quasi toutes épuisées.

1) Démarches effectuées en France : étant donné que le mutisme sélectif est un trouble de la petite enfance apparaissant dès l'entrée à l'école, et que les enfants l'ayant développé sont souvent suivis par des psychologues, je me suis dit que les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et les Centres Médico-Psychologiques (CMP) pourraient être des lieux stratégiques pour trouver des orthophonistes. J'ai donc appelé tous les CMPP et CMP de ma région afin de pouvoir les rencontrer.

Je me suis retrouvée confrontée au même problème que pour les pédopsychiatres : les congés d'été. La plupart de ces établissements étaient fermés durant tout le mois d'août, ce qui n'était pas en ma faveur. Ces tentatives de contacts m'ont néanmoins permis d'avoir connaissance de l'indisponibilité de ces établissements durant cette période. De plus, sur les dix CMP que j'ai contactés, cinq m'ont répondu qu'il n'y avait pas d'orthophoniste au sein de leur équipe.

2) Démarches effectuées en Belgique :

a) Autour de moi, je connaissais trois logopèdes qui avaient eu à prendre en charge un enfant atteint du trouble. Elles ont accepté volontiers de me faire part de leur expérience, ce qui était déjà un bon début.

b) Ensuite, j'ai consulté l'annuaire professionnel des logopèdes rédigé par l'Union Professionnelle des Logopèdes Francophones (UPLF). Cet annuaire m'a permis de sélectionner les logopèdes dont les domaines de spécialisation et le mode d'exercice correspondaient à ma recherche d'expériences. Il s'agissait de logopèdes travaillant avec les enfants dans le domaine du langage oral et/ou des mathématiques, en libéral et/ou en école à discrimination positive. J'ai donc relevé l'adresse mail des logopèdes de plusieurs régions et villes wallonnes afin de leur envoyer un courriel explicatif. La moitié des retours de questionnaires proviennentt de cette recherche.

c) Puis, j'ai de nouveau utilisé les « pages d'or » et les « pages jaunes » pour trouver l'adresse mail d'autres logopèdes, et ce dans les mêmes grandes villes de France et de Belgique que celles décrites dans ma recherche de psychologues. Cela n'a pas été concluant étant donné que je n'ai eu qu'un seul retour de questionnaire.

d) Enfin, n'ayant pas atteint le minimum de dix recueils d'expérience, j'ai repris l'adresse mail des parents dont l'enfant avait été suivi par une orthophoniste, et je leur ai demandé s'ils acceptaient de me transmettre les coordonnées de celle-ci. Les enfants dans ce cas étaient peu nombreux, c'est pourquoi je n'ai pu contacter qu'une seule orthophoniste supplémentaire qui a bien voulu répondre à mes questions.

Au terme de toutes ces descriptions dans lesquelles j'ai exposé mes stratégies de recherches pour chaque type d'intervenant, il est à préciser qu'en réalité elles ont toutes été menées en parallèle, et non pas les unes à la suite des autres. Ces recherches furent un réel plaisir dans la mesure où j'ai été en contact avec des personnes très intéressantes, mais souvent déçues par l'ignorance du trouble de la part des professionnels de la santé. C'est pourquoi nous avons encore beaucoup de démarches à effectuer pour faire connaître le mutisme sélectif, ne serait-ce qu'en France et en Belgique.

1.3.4 DELAI DE REPONSES SOUHAITE

Les enquêtes ont réellement été lancées au début du mois de septembre 2012, et je m'étais donné comme limite la fin du mois de novembre 2012 pour atteindre mes objectifs, c'est-à-dire un peu plus de trois mois. Donc peu importe le jour ou le mois durant lesquels j'envoyais les questionnaires, l'important pour moi était de recevoir tous les retours avant le 26 novembre 2012. Parfois, n'ayant pas reçu le questionnaire des personnes voulant bien le compléter, je leur renvoyais un courriel de rappel quelques jours, voire quelques semaines plus tard car il était compréhensible pour moi que chaque personne avait un travail qui occupait la majorité de son temps, une vie personnelle, des indisponibilités et des préoccupations. De ce fait, je concevais très bien que les raisons justifiant cet oubli de réponse pouvaient être diverses et variées, comme tout un chacun.

Chapitre 2 : présentation et analyse interprétative des réponses recueillies

Après avoir clôturé mes quatre enquêtes, j'avais un total de cinquante-deux questionnaires à analyser et à interpréter. La plupart des réponses aux questions ouvertes et semi-ouvertes que j'ai posées sont très développées et comportent des informations détaillées relatant la réalité du vécu et de l'expérience de chaque intervenant. Bien que tous ces témoignages me donnent des informations précieuses aussi intéressantes les unes que les autres, je ne peux pas en retranscrire l'intégralité dans le cadre de mon étude. Il me paraît donc important de signaler que j'ai trié, comparé, rassemblé, organisé et synthétisé toutes les réponses ouvertes et semi-ouvertes de chaque intervenant afin de pouvoir interpréter les résultats et en faire part dans ce travail de fin d'études.

Avant d'analyser et d'interpréter les données de chaque questionnaire, je les présenterai sous forme de tableaux. Ceux-ci seront organisés comme suit : les questions posées dans le questionnaire initial seront regroupées par « thème », c'est-à-dire par type d'informations qu'elles me permettront d'analyser. Le numéro des questions correspondra à celui figurant dans le questionnaire envoyé à chaque intervenant, mais dans un ordre différent puisque je les ai regroupés selon les « thèmes ». Puis s'ensuivra une analyse interprétative des réponses correspondant à chacun de ces « thèmes ».

Les informations récoltées ne seront pas représentatives de tous les enfants touchés par le mutisme sélectif au regard de mes groupes plutôt restreints, j'espère néanmoins qu'elles contribueront à donner un autre regard sur l'enfant et sur la manière dont les prises en charge se tissent autour de lui.

2.1 QUESTIONNAIRE N°1 : LES ENSEIGNANTS

2.1.1 PRESENTATION DES DONNEES

Questions posées et organisées selon les informations qu'elles nous révèlent	Réponse qualitative	Nombre de « oui »	Nombre de « non »	Nombre de « parfois»	Nombre de « ne sais pas »
I) <u>Connaissance du trouble par les enseignants :</u>					
1) Lorsqu'un enfant vous paraît trop longuement mutique au fur et à mesure des semaines, vous vous dites :					
a) Qu'il ne s'agit que d'une timidité faisant partie intégrante de la personnalité de l'enfant.		**5/16**	**11/16**		
b) Que le manque de participation aux activités de groupe en classe et à la récréation passera avec le temps.		**8/16**	**6/16**		**2/16**
c) Qu'il peut s'agir d'un problème de langage oral ou de parole.		**13/16**	**3/16**		
d) Qu'il y a peut-être un événement ou un souci dans l'environnement familial qui l'inquiète, qui le préoccupe.		**15/16**	**1/16**		
II) <u>Moyenne d'âge des enfants décrits :</u>					
2) Quel âge avait/a l'enfant touché par le mutisme sélectif que vous avez (eu) en classe ?	**X**				

	Réponse qualitative	Nombre de « oui »	Nombre de « non »	Nombre de « parfois»	Nombre de « ne sais pas »
III) <u>Profils-types des enfants atteints du trouble (attitude, comportement) :</u>					
7) De manière journalière, comment décririez-vous l'attitude de l'enfant en classe et en récréation ? Son comportement ?	**X**				
4) Parle-t-il avec vous lorsque vous êtes seul(e) ?		**3/16**	**13/16**		
3) Parle-t-il aux autres enfants ?		**4/16**	**11/16**	**1/16**	
5) Parle-t-il à ses parents quand ils sont au sein de l'école ?		**9/16**	**6/16**		**1/16**
13) L'enfant est-il en situation de bilinguisme ?		**7/16**	**9/16**		
IV) <u>Comorbidités du trouble avec les compétences langagières, communicationnelles et scolaires des enfants :</u>					
6) Si vous avez déjà entendu parler l'enfant, remarquiez-vous :					
a) Un défaut d'articulation ?		**2/16**	**11/16**		**3/16**
b) Un manque de vocabulaire ?		**2/16**	**11/16**		**3/16**
c) Des bredouillements ou un certain bégaiement ?		**0/16**	**13/16**		**3/16**
d) Une bonne intelligibilité ?		**9/16**	**4/16**		**3/16**
e) Une bonne compréhension de la langue française ?		**11/16**	**3/16**		**2/16**
f) Une certaine lenteur à la compréhension d'énoncés ou lorsqu'il faut effectuer une tâche ?		**6/16**	**7/16**		**2/16**

	Réponse qualitative	Nombre de « oui »	Nombre de « non »	Nombre de « parfois»	Nombre de « ne sais pas »
12) Lorsque vous parlez avec les parents, évoquent-ils un quelconque trouble du langage oral, de parole, de vocabulaire ou de compréhension chez leur enfant à la maison ?	X	0/16	16/16		
V) Rôle de l'enseignant :					
10) Est-ce votre rôle de convoquer les parents et de les avertir du mutisme de leur enfant au sein de l'établissement scolaire ?	X	16/16	0/16		
VI) Orientation thérapeutique de l'enfant par l'enseignant :					
8) Quelle est (sont) la (les) première(s) personne(s) que vous avertissez lorsque vous constatez que l'enfant est mutique depuis une trop longue période ?	X				
VII) Réaction des parents à l'annonce de l'attitude de leur enfant à l'école :					
11) Quelle est la réaction des parents à l'annonce du comportement mutique de leur enfant à l'école ? Paraissent-ils surpris ? Étonnés ? Se sentent-ils coupables ?	X				
VIII) Suivi de la prise en charge de l'enfant par l'enseignant :					
9) Avez-vous connaissance du suivi de l'enfant à partir du moment où les parents sont alertés du mutisme de leur enfant à l'école ?	X	14/16	2/16		
18) Savez-vous quels professionnels prennent en main l'enfant ?	X	8/16	8/16		

2.1.2 ANALYSE INTERPRETATIVE DE CHAQUE « THEME »

2.1.2.1 Connaissance du trouble par les enseignants

En majorité, les enseignants se sont inquiétés de la durée du mutisme de l'enfant au fur et à mesure des semaines qui passaient. Ils étaient presque tous conscients qu'à ce stade il ne s'agissait plus d'une timidité, mais ils ne savaient pas de quoi il résultait exactement. Néanmoins, à répartition à peu près égale, les uns ont pensé que l'enfant réussirait à s'intégrer et à participer aux activités de groupe alors que les autres, pensant que le problème était foncièrement installé, étaient persuadés que l'enfant demeurerait ainsi tant que l'on ne rechercherait pas les causes de son mutisme. C'est pourquoi la majorité d'entre eux ont présumé que ce « mutisme » bien présent pouvait être sous-jacent à un souci de langage oral ou de parole, à un événement ou à un problème dans l'environnement familial qui aurait vraiment atteint l'enfant psychologiquement parlant. Etant donné que la majorité d'entre eux n'ont pas pensé qu'il pouvait s'agir de « mutisme sélectif », j'en conclus que ce terme ne leur était pas familier à ce moment-là et qu'ils n'avaient pas connaissance de l'existence d'un tel trouble.

2.1.2.2 Moyenne d'âge des enfants décrits

Ici, une petite majorité des enseignants ont pris conscience du trouble (ou ont pris en main l'enfant) dès lors que les enfants étaient âgés de 3 ans à 5 ans, alors que la théorie américaine situe cette prise de conscience à partir de 5 ans en moyenne. Néanmoins, l'autre moitié des enseignants (à deux enfants près) ont pris conscience du trouble de l'enfant lorsque ce dernier avait entre 6 et 10 ans, ce qui correspond à la moyenne américaine. En revanche, la prise en main de l'enfant paraît plus tardive dans cette tranche d'âge que dans la première car elle se poursuit jusque 10 ans, alors que la moyenne américaine la situe jusque 8 ans. Je constate donc que les enseignants prennent conscience du trouble (ou prennent en main l'enfant) deux ans plus tôt que la moyenne relevée par les études américaines, mais qu'elle est aussi plus tardive (deux ans plus tard). Je peux donc en conclure que soit l'enseignant effectue les premières démarches pour l'enfant assez tôt, soit il les effectue tardivement (divers facteurs pouvant expliquer cela).

2.1.2.3 Profils-types des enfants touchés par le mutisme sélectif (attitude, comportement)

Le profil de l'enfant semble bel et bien hétérogène, comme il est dit dans la littérature scientifique. D'une part, il apparaît que l'enfant (à deux cas près) inhibe sa parole autant en présence des enseignants que de ses camarades de classe. D'autre part, on se rend compte que dès que les parents sont présents à l'école-même, la moitié des enfants en question parviennent à parler (en voix conversationnelle ou en chuchotant). Cependant, un peu moins de l'autre moitié de l'échantillon ne s'exprime pas même si leurs parents sont présents. Il semblerait donc que pour les uns l'anxiété diminue fortement en présence de leurs parents, et pour les autres l'anxiété est telle que cette présence familière ne les aide pas. Il est aussi important de préciser qu'une minorité d'enfants (trois ou quatre) parviennent à échanger des paroles avec leurs camarades ou avec leur enseignant, même si cet échange se fait par murmures. En somme, ce trouble de la communication spécifique s'installe au sein de l'école, et la présence des parents peut jouer favorablement pour la moitié des enfants touchés par le mutisme sélectif.

Concernant la description du comportement et de l'attitude de ces enfants en récréation, je ne ferai cas que des deux profils qui se démarquent le plus des autres, étant donné que leur fréquence est plus élevée. Il apparaît qu'il y a des enfants **extravertis**, et des enfants **introvertis.**

En classe, trois types de profils se distinguent. Les enfants représentant ces trois profils ont tous en commun le fait d'avoir de bonnes compétences scolaires. Il y a là aussi les **enfants extravertis** d'un côté et les **enfants introvertis** de l'autre. Le troisième profil (minoritaire) correspond à des enfants dont l'anxiété est tellement importante qu'ils ne parviennent pas à s'ouvrir à des activités de groupe ou à manifester leur envie de participer. Leur **angoisse** est vraiment **marquée** par des pleurs et par un malaise constant.

Pour finir, nous pouvons remarquer que quasiment la moitié des enfants sont en situation de bilinguisme, ce qui permettrait de confirmer la prévalence du trouble chez les enfants bilingues.

2.1.2.4 Comorbidités du trouble avec les compétences langagières, communicationnelles et scolaires des enfants

La majorité des enfants dont il est question dans cet échantillon ne présentent pas de troubles articulatoires, leur stock orthographique actif semble suffisant, ils ne présentent aucun signe de bredouillement ou de bégaiement et ils n'éprouvent pas de difficultés à comprendre la langue française. Selon les enseignants, tous les parents qualifient le langage et l'articulation de leur enfant de « normaux ». Néanmoins, le fait qu'un quart des enfants soient moins intelligibles que les autres est peut-être dû à la faible intensité de leur voix lorsqu'ils parviennent à s'exprimer. En ce qui concerne leur vitesse de traitement, deux profils se dessinent : un peu moins de la moitié des enfants sont lents à effectuer une tâche tandis que l'autre petite moitié n'a pas de difficultés à ce niveau-là. Comme il est relaté dans la théorie, il est probable que la vitesse de traitement des enfants touchés par le mutisme sélectif soit ralentie à cause de leur forte anxiété et non pas uniquement à cause d'un autre déficit.

2.1.2.5 Rôle de l'enseignant

La démarche d'alerter les parents fait entièrement partie du rôle de l'enseignant, et elle n'appartient pas uniquement au directeur de l'école, contrairement à ce que je l'imaginais. Cette première démarche invitant les parents à connaître l'attitude de leur enfant à l'école afin d'en prendre conscience est une étape primordiale.

2.1.2.6 Orientation thérapeutique de l'enfant par l'enseignant

En prenant en compte la majorité des cas, les enseignants préviennent les parents **en premier lieu**. Cette convocation semble être importante pour leur faire part du mutisme de leur enfant et pour leur poser des questions quant à son attitude à la maison. Les parents peuvent donc déjà donner quelques informations importantes à l'enseignant. **Ensuite**, c'est soit la directrice de l'école (dans la majorité des cas) qui est tenue au courant (car le trouble persiste au fur et à mesure des semaines), soit le psychologue scolaire. Enfin, **la troisième personne** que les enseignants avertissent est souvent le psychologue scolaire, car de toute évidence le trouble persiste et un premier avis professionnel s'impose. Nullement l'orthophoniste-logopède de l'école

est alertée, puisqu'elle n'intervient pas en ces lieux, et ce dans aucune école où travaillent les enseignants que j'ai interrogés. Il arrive aussi que l'enseignant et/ou les parents s'adressent directement à un RASED ou au PMS de l'école car des professionnels de la santé y travaillent en équipe, ils sont donc susceptibles de les aider. Les enseignants utilisent donc des choix d'orientation divers, mais toujours en accord avec les parents.

2.1.2.7 Réaction des parents à l'annonce de l'attitude de leur enfant à l'école

Plusieurs réactions de parents sont possibles au moment où l'enseignant leur annonce le comportement mutique de leur enfant à l'école. Le type de réaction le plus fréquent décrit des parents très surpris du fait que leur enfant ne parle pas à l'école, car dans l'environnement familial ils sont plutôt loquaces. A un cas près, ce type de réaction correspond à la moitié des parents qu'évoquent les enseignants. En fait, au moment de l'annonce, ils se demandent bien ce qui se passe et surtout pourquoi leur enfant demeure mutique. Il s'ensuit une remise en question de leur part, et ils commencent à chercher à quoi peut bien correspondre ce symptôme. C'est alors qu'une guidance parentale pourrait entrer en jeu, d'une part pour donner des informations sur le trouble aux parents, et d'autre part pour les rassurer, puis pour les aider.

Le deuxième type de réaction le plus fréquent correspond aux parents qui ne sont pas surpris du fait qu'ils savent déjà que leur enfant ne parle pas à l'école. Cela révèle avant tout des parents encore fort démunis car ils ne parviennent pas à trouver des solutions efficaces pour aider leur enfant. De plus, la plupart d'entre eux ont précisé que le manque de soutien de la part des professionnels ne jouait pas en leur faveur.

Le dernier type de réaction correspondent à des parents n'ayant pas encore pris conscience de l'importance du trouble de leur enfant, bien qu'ils en aient été informés. Ils ne l'acceptent donc pas encore et ne sont pas prêts à engager des démarches thérapeutiques, même si le terme de mutisme sélectif n'a pas encore été évoqué pour justifier le comportement mutique de leur enfant. Ce type de réaction reste très minoritaire au sein de mon échantillon.

2.1.2.8 Suivi de la prise en charge de l'enfant par l'enseignant

La grande majorité des enseignants ont connaissance du suivi de l'enfant grâce aux parents qui les tiennent informés, et grâce aux contacts réguliers qu'ils entretiennent avec les thérapeutes prenant en charge l'enfant. Les parents et les enseignants demeurent donc en étroite collaboration et se consultent mutuellement pour parler de l'évolution de l'enfant. Néanmoins, pour que ce travail de collaboration se mette en place, il est indispensable que les parents aient pris conscience du trouble et l'aient accepté en tant que tel. En effet, pour certains parents, le pas n'a pas encore été franchi et ils n'ont pas encore mis en place d'aide particulière pour commencer la démutisation de l'enfant. L'acceptation du mutisme sélectif par les parents peut demander du temps et de la patience, mais cela fait partie du processus.

Les réponses de chaque enseignant révèlent que la moitié des enfants sont pris en charge par un psychologue et par une orthophoniste en parallèle. Il est probable que cette prise en charge soit une solution pour traiter le mutisme sélectif étant donné qu'il s'agit en même temps d'un trouble anxieux relevant des compétences du psychologue, et d'un trouble de la communication pouvant être diminué grâce à des séances d'orthophonie-logopédie. Il est aussi possible de contacter les CMP et/ou les RASED car ce type de structure pluridisciplinaire est plus à-même d'évaluer l'enfant afin de l'orienter vers les thérapeutes adéquats.

2.1.2.9 Répartition des sexes :

Ayant omis de demander le sexe des enfants dans tous les questionnaires, je peux quand même en donner la répartition grâce aux pronoms personnels « il/elle » employés par les intervenants pour désigner l'enfant dont ils parlent.

Ici, les **filles** (9/16) sont **un peu plus touchées que les garçons** (7/16), mais pas deux fois plus comme il est stipulé dans la partie théorique « Sexe Ratio ». Cela pourrait peut-être se justifier par le fait que les enfants dont les enseignants font la description ne sont pas tous diagnostiqués mais juste suspectés de mutisme sélectif. Le petit nombre d'enseignants de mon échantillon peut également en être la cause.

2.2 QUESTIONNAIRE N°2 : LES PARENTS

2.2.1 PRESENTATION DES DONNEES

Questions posées et organisées selon les informations qu'elles nous révèlent	Réponse qualitative	Nombre de « oui »	Nombre de « non »	Nombre d'absences de réponse
I) <u>Moyenne d'âge et classe des enfants décrits :</u>				
1) Quel âge avait votre enfant lorsqu'il a développé son mutisme sélectif ?	X			
2) Quelle classe fréquentait-il durant cette période ?	X			
II) <u>Profession de la personne qui a pour rôle de prévenir les parents du comportement mutique de leur enfant :</u>				
3) Quelle personne vous a averti que votre enfant était mutique à l'école ?	**X**			
III) <u>Réaction des parents à l'annonce de l'attitude de leur enfant à l'école :</u>				
4) Quelle a été votre réaction à l'annonce du comportement mutique de votre enfant à l'école ? Étiez-vous surpris ? Démunis ? Vous sentiez-vous coupables ?	**X**			
IV) <u>Profession de la personne-ressource qui conseille et oriente les parents et l'enfant juste après l'alerte :</u>				
6) Quelle est la première personne qui vous a guidé pour la prise en charge de votre enfant ?	**X**			

	Réponse qualitative	Nombre de « oui »	Nombre de « non »	Nombre d'absences de réponse
V) Prise en charge de l'enfant :				
7) A-t-il fallu consulter un psychologue en première intention ?		**11/16**	**5/16**	
8) Avez-vous dû consulter une orthophoniste pour faire un bilan ?		**8/16**	**8/16**	
10) Votre enfant est-il (a-t-il été) finalement pris en charge par un psychologue ?		**14/16**	**2/16**	
10) Votre enfant est-il (a-t-il été) finalement pris en charge par une orthophoniste ?		**8/16**	**8/16**	
11) S'il a été pris en charge par une orthophoniste, l'a-t-il été (ou l'est-il) pour son mutisme sélectif-même ?		**8/8**	**0/8**	
13) Avez-vous participé activement à la démutisation de votre enfant ? De quelle manière ?	**X**	**14/16**	**2/16**	
9) Qui a organisé cette prise en charge multidisciplinaire, ce travail de collaboration ?	**X**			
VI) Profession de la personne qui lie « mutisme sélectif » à « prise en charge orthophonique-logopédique » :				
12) Qui vous a conseillé de vous diriger vers l'orthophoniste ?	**X**			
VII) Moyens et conseils proposés aux parents pour aider l'enfant :				
8) Quels ont été les moyens que l'on vous a proposés pour aider votre enfant à l'école ?	**X**			

	Réponse qualitative	Nombre de « oui »	Nombre de « non »	Nombre d'absences de réponse
VIII) <u>Comorbidités du trouble avec les compétences langagières, communicationnelles et scolaires des enfants :</u> **5)** A la maison, votre enfant a (avait)-t- il :				
a) Des difficultés d'articulation ?		**3/16**	**13/16**	
b) Des difficultés de vocabulaire ?		**2/16**	**14/16**	
c) Un certain bégaiement ?		**2/16**	**14/16**	
d) Des difficultés scolaires dans une matière en particulier (si enfant en primaire) ?		**2/16**	**7/16**	7/16
e) Etait (est)-il compréhensible?		**16/16**	**0/16**	
f) <u>Autres</u> :	**X**			

2.2.2 ANALYSE INTERPRETATIVE DE CHAQUE « THEME »

2.2.2.1 Moyenne d'âge et classe des enfants décrits

Dans cet échantillon d'enfants, le mutisme sélectif **s'est développé** en majorité entre 2 ans et 5 ans, et plus précisément entre 2 ans et 3 ans. Pour situer le contexte, cette tranche d'âge correspond à l'entrée en maternelle, lieu où les relations sociales se tissent et où le langage s'apprend, se développe (entre autres). Cette tranche d'âge est en adéquation avec celle qui est recensée par l'une des études scientifiques (reprise dans la partie « épidémiologie » de ce travail), qui se situe entre 2,7 et 4,1 ans. Nous pouvons donc penser que ces enfants entrent bel et bien dans le profil du mutisme sélectif.

2.2.2.2 Profession de la personne qui a pour rôle de prévenir les parents du comportement mutique de leur enfant

D'après les parents, l'enseignant est la première personne qui les a prévenus du mutisme de leur enfant à l'école, et elle s'est énormément investie pour les aider. Nous pouvons donc postuler que la collaboration en question commence à partir de l'annonce du mutisme de l'enfant aux parents.

En revanche, étant donné que le mutisme apparaît dans un milieu où la plupart des enfants peuvent être timides au point de ne pas oser parler, certains enseignants ne s'inquiètent pas outre mesure de ce mutisme de longue durée. Certains parents décident donc de faire des recherches de leur propre chef (dont une mère qui s'est orientée vers un centre de Protection Maternelle et Infantile [PMI]) du fait que l'équipe pédagogique ne s'investissait pas assez.

2.2.2.3 Réaction des parents à l'annonce de l'attitude de leur enfant à l'école

En lisant toutes les réponses des parents, j'ai pu regrouper deux réactions récurrentes :

1. Les parents n'étaient **ni surpris ni démunis** car ils pensaient que ce mutisme était le reflet d'une timidité faisant partie intégrante de la personnalité de l'enfant. Près de la moitié des parents en ont témoigné.

2. L'autre moitié des parents se sont tous senti **démunis** mais deux raisons différentes ont été évoquées :

a) Ils avaient bien conscience du problème mais ils étaient **frustrés et révoltés** qu'aucune solution ne s'offrent à eux, et ils ne savaient pas comment aider leur enfant. Six parents sur les seize ont eu ce sentiment.

b) Ils se sont senti démunis mais aussi **coupables** car ils se demandaient bien quel élément avait pu déclencher ce mutisme, quelle en était la cause exacte. Six parents également ont fait part de cette réaction.

Il semblerait que l'attitude de retrait de leur enfant en classe et en récréation n'ait pas été assimilée à un mutisme sélectif, et la méconnaissance du trouble pourrait bien en être la cause. Il est important d'en conclure qu'une guidance parentale serait souhaitable, et ce dès que l'enseignant les alerte du comportement mutique de leur enfant à l'école. En effet, les parents se posent beaucoup de questions quant à la cause et aux moyens de remédier à ce mutisme si installé, et je pense qu'un réel soutien leur éviterait de chercher seuls des explications et des solutions à ce comportement. Il me semble que ces démarches devraient provenir de l'enseignant ou de thérapeutes afin qu'ils orientent et qu'ils guident les parents**.** D'où l'importance de la (re)connaissance du trouble.

2.2.2.4 Profession de la personne-ressource qui conseille et oriente les parents et l'enfant

Ce sont en majorité les parents eux-mêmes qui ont dû s'orienter, d'une part en cherchant à quelle pathologie pouvait bien correspondre le symptôme de leur enfant (et la plupart ont reconnu leur enfant dans la description du mutisme sélectif que donne l'association OLV sur son site), d'autre part en allant consulter un psychologue ou un centre PMI. Le psychologue est le premier thérapeute vers lequel il est préférable de se diriger dès lors que l'enfant présente des signes de mutisme sélectif. D'ailleurs, on constate que c'est en effet le réflexe de quatre enseignants sur cinq, mais aussi celui du psychologue scolaire. Néanmoins, le psychologue et le médecin scolaire ne semblent pas être les personnes guidant le plus les parents.

En somme, ce sont les parents eux-mêmes et les enseignants qui entrent en jeu pour comprendre le trouble et aider l'enfant à sortir de son mutisme. **L'association OLV** et **les psychologues** sont les plus sollicités lorsque des parents sont informés que leur enfant est mutique à l'école. En définitive, ce serait donc vers eux qu'il faudrait se diriger en première intention, car ce sont les premiers à pouvoir donner des informations sur le trouble et sur la manière de l'endiguer.

2.2.2.5 Prise en charge de l'enfant

Avant la prise en charge de l'enfant, plus de la moitié des parents ont consulté un psychologue ou un pédopsychiatre en première intention, et à peu près un quart d'entre eux n'ont pas fait cette première démarche. De plus, la moitié des parents sont allés consulter une orthophoniste pour faire évaluer l'enfant, dont trois pour lui demander si elle était en mesure de prendre en charge leur enfant pour son mutisme.

Par la suite, la grande majorité des enfants ont été pris en charge par un psychologue, mais la plupart de ces derniers n'ont pas évoqué le terme de « mutisme sélectif » pour définir le symptôme de l'enfant aux parents. La moitié d'entre eux ont également été pris en charge par une orthophoniste, et ce uniquement pour leur mutisme. Un quelconque autre déficit n'en était pas le motif. Ces résultats révèlent que le psychologue et l'orthophoniste sont les thérapeutes pouvant favorablement aider l'enfant à trouver la porte de la parole et de la communication. Il est intéressant de constater que les deux peuvent se compléter. Néanmoins, l'orthophoniste est beaucoup moins sollicité que les psychologues, en ce sens que le mutisme sélectif est encore fortement assimilé à un souci relevant de la psychologie. Il me semble donc que l'impact communicationnel et pragmatique du mutisme sélectif n'est pas encore assez reconnu pour que les parents s'orientent aussi plus fréquemment vers une orthophoniste.

La majorité des parents ont participé activement à la démutisation de leur enfant en appliquant les méthodes que fournit l'association OLV (**appliquer le programme d'introduction progressive de la parole en milieu scolaire ; appliquer des conseils au quotidien etc.).** En effet, étant donné que le mutisme sélectif est encore relativement méconnu, nous constatons que seule l'association OLV est en mesure de fournir une aide, des solutions et des conseils aux parents soupçonnant leur enfant

d'avoir développé un mutisme sélectif. Il est aussi important que la collaboration du parent avec l'enseignant perdure jusqu'à ce que l'enfant soit démutisé, et même au-delà.

Quasiment la moitié des parents ont construit eux-mêmes l'équipe pluridisciplinaire en allant solliciter des professionnels ayant les compétences pour les aider. Cela prouve à nouveau que le trouble est mal ou peu connu des professionnels de la santé, et que les parents peinent à trouver des moyens de prises en charge efficaces pour démutiser leur enfant à long terme. Néanmoins, à partir du moment où le travail de collaboration entre les parents, l'enseignant et chaque professionnel se met en marche, il demeure solide et très important.

En très petite minorité, les parents doivent ce travail de collaboration au psychologue ou à «personne», à répartition égale (2/16 pour chaque réponse). D'autres personnes ont fait partie de l'équipe pluridisciplinaire mais elles sont décrites au cas par cas : le psychologue scolaire ; le Centre de Santé Mentale Infantile (CSMI) ; la «psychologue-orthophoniste » ; le psychologue scolaire ; le kinésiologue + le médecin scolaire. Ces intervenants peuvent donc faire partie de cette équipe, en plus de l'orthophoniste, du psychologue, des parents et de l'enseignant.

2.2.2.6 Profession de la personne qui lie « mutisme sélectif » à « prise en charge orthophonique-logopédique »

Parmi les huit parents qui ont consulté une orthophoniste, deux y sont allés de leur propre initiative, deux ont été dirigés par l'enseignant de l'enfant, deux par un pédopsychiatre (Marcel Rufo par le biais de l'émission « Allô Rufo »), un seul parent y a été orienté par le Réseau d'Aide Spécialisé aux Élèves en Difficultés (RASED), et un autre parent par le psychologue scolaire.

En somme, il n'y a pas une personne en particulier qui lie le trouble à une prise en charge orthophonique-logopédique. Néanmoins, parmi ces personnes, nous retrouvons de nouveau les parents et les enseignants. Le pédopsychiatre est également dans ce cas, il serait donc intéressant de diriger plus fréquemment les parents vers ce professionnel car il a peut-être les compétences nécessaires pour donner aux parents un aspect plus global du trouble.

2.2.2.7 Moyens et conseils proposés aux parents pour aider l'enfant :

D'après les parents, les moyens qu'on leur a proposés pour aider leur enfant ne sont venus d'aucun professionnel de la santé. C'est le programme d'introduction progressive de la parole en milieu scolaire, les conseils et les stratégies figurant dans le livre traduit par l'association OLV, ou figurant sur son site, qui ont été d'une grande aide pour la majorité des parents. Ce constat reflète dans une certaine mesure la méconnaissance du trouble de la part des professionnels de la santé, quels qu'ils soient.

2.2.2.8 Comorbidités du trouble avec les compétences langagières, communicationnelles et scolaires des enfants :

La majorité des enfants de cet échantillon n'ont pas de difficultés d'articulation et ont une bonne compréhension de la langue. Il me paraît important de faire remarquer que quasiment tous les parents parlent d'un développement langagier plutôt précoce et d'un vocabulaire assez riche concernant leur enfant respectif. Il s'agirait peut-être d'éléments importants à prendre en compte pour effectuer le diagnostic du mutisme sélectif. J'ai aussi relevé la présence d'enfants multilingues (3/16), mais cela ne semble pas confirmer la prévalence initiale décrite dans la théorie.

Dans cet échantillon figurent quelques enfants ayant un trouble articulatoire et/ou un retard de langage et/ou des difficultés dans les apprentissages scolaires. Je ne suis malheureusement pas en mesure de savoir si ces troubles auraient pu déclencher le symptôme du mutisme ou s'ils y sont associés. Les parents m'ayant décrit ces troubles « associés » sont néanmoins persuadés qu'ils sont fortement liés au développement du mutisme sélectif. Bien que les deux ne soient pas antinomiques, il serait intéressant de creuser de ce côté-là lors de futures recherches, même si quelques études (décrites dans la partie théorique de ce travail) ont déjà été réalisées à ce sujet.

2.2.2.9 Répartition des sexes :

Dans ce petit échantillon, les filles (12/16) ne sont pas touchées deux fois plus (cf. théorie), mais trois fois plus que les garçons (4/16). Malgré le fait que l'échantillon soit restreint (seize parents, donc seize enfants), je propose deux hypothèses : soit cet écart est dû au fait que les enfants en question n'ont pas été diagnostiqués comme étant atteints de mutisme sélectif, soit cela signifie qu'en France, moins de garçons (ou plus de filles) développent ce trouble.

2.3QUESTIONNAIRE N°3 : LES PSYCHOLOGUES ET LES PEDOPSYCHIATRES

2.3.1 PRESENTATION DES DONNEES

Questions posées et organisées selon les informations qu'elles nous révèlent	Réponse qualitative	Nombre de « oui »	Nombre de « non »	Nombre d'absence de réponses
I) <u>Moyenne d'âge des enfants pris en charge :</u>				
1) Quel âge avait l'enfant que vous avez reçu dans votre cabinet ?	**X**			
II) <u>Causes du mutisme sélectif :</u>				
4) L'origine du trouble est-elle souvent :				
a) Psychologique ?		**8/10**	**2/10**	
b) En lien avec une dynamique familiale déséquilibrée ?		**6/10**	**4/10**	
c) En lien à des difficultés scolaires ?		**1/10**	**9/10**	
d) Liée à des difficultés de langage oral, d'expression orale ?				**10/10**
e) Liée au bilinguisme ?		**3/10**	**7/10**	
9) Si les difficultés langagières, et/ou de communication, et/ou d'acquisitions scolaires de l'enfant étaient la cause de son mutisme sélectif, pensez-vous qu'il serait plus prudent d'effectuer une thérapie psychologique en parallèle à la thérapie orthophonique-logopédique?	**X**	**7/10**	**3/10**	

	Réponse qualitative	Nombre de « oui »	Nombre de « non »	Nombre d'absence de réponses
III) Professionnel faisant le diagnostic du mutisme sélectif :				
3) Quel professionnel fait le diagnostic du mutisme sélectif ?	**X**			
IV) Profession de la personne qui lie « mutisme sélectif » à « prise en charge « psy » » :				
2) Quelle personne a dirigé les parents vers vous ?	**X**			
V) Les thérapies « psy » appliquées :				
5) Quels genres de thérapies mettez-vous en place lorsque vous prenez en charge un enfant atteint de mutisme sélectif?	**X**			
VI) Partenariats mis en place pour prendre en charge l'enfant :				
6) Y-a-t-il fréquemment un partenariat avec les parents et le psychologue scolaire ?	**X**	**5/10**	**5/10**	
7) Lorsque vous soupçonnez des difficultés d'ordre langagier, que faites-vous ?	**X**			
8) Y-a-t-il eu une collaboration entre vous et l'orthophoniste dans le cadre de la prise en charge de l'enfant ?	**X**	**1/10**	**9/10**	

2.3.2 ANALYSE INTERPRETATIVE DE CHAQUE « THEME »

Afin d'aller au plus simple, j'utiliserai le terme « psy » pour faire référence aux psychologues, aux pédopsychiatres et aux psychanalystes qui ont répondu à mon questionnaire.

2.3.2.1 Moyenne d'âge des enfants pris en charge

La majorité des « psy » (excepté un cas) ont pris en charge des enfants âgés de 4 ans à 6 ans. Cet intervalle se situe **entre** la moyenne d'âge où le trouble apparaît et la moyenne d'âge où le trouble interpelle le plus les professionnels et les enseignants. En conclusion, toutes ces prises en charge semblent avoir été plus précoces que celles décrites dans la théorie, ce qui est plutôt favorable pour le développement de l'enfant.

2.3.2.2 Causes du mutisme sélectif

Dans la majorité des cas, la cause du mutisme sélectif serait d'ordre psychologique mais aussi (pour la moitié des cas) liée à une dynamique familiale déséquilibrée. Il y aurait aussi un léger lien avec la situation de bilinguisme de l'enfant, mais je ne préfère pas prendre le risque d'en faire une généralité car elle ne concerne que trois enfants sur les dix.

Etant donné que le mutisme sélectif découle d'un souci psychologique, il paraît primordial pour les « psy » de diriger les parents et l'enfant vers un psychologue. La situation de bilinguisme est évidemment un élément important à prendre en compte dans la prise en charge. Pour ces thérapeutes, les capacités langagières et les compétences scolaires ne sont pas (ou très peu) susceptibles d'être la cause du mutisme sélectif. Si une prise en charge orthophonique-logopédique était à envisager, elle n'aurait donc rien à voir avec une thérapie rééducative dite «classique». Même en partant du postulat que les difficultés langagières, communicationnelles ou scolaires soient la cause du développement du mutisme sélectif, il est évident pour les « psy » qu'il faut un soutien psychologique pour l'enfant car il s'agit d'un trouble anxieux. Cependant, d'autres pensent que si cette supposition était avérée, l'orthophoniste serait assez compétente pour s'apercevoir de

la composante psychologique du trouble. Elle conseillerait donc aux parents d'aller consulter un psychologue en parallèle à la thérapie orthophonique.

2.3.2.3 Professionnel faisant le diagnostic du mutisme sélectif

Selon la moitié des « psy » interrogés, c'est le pédopsychiatre qui pose le diagnostic du mutisme sélectif (néanmoins, la prise en charge ne leur revient pas forcément) mais le psychologue peut également l'assumer. Deux psychologues pensent que le diagnostic de mutisme sélectif proprement dit n'est pas un élément important à prendre en compte. Ces réponses me permettent de conclure que les parents pourraient plus souvent s'orienter vers un pédopsychiatre pour connaître le nom de la symptomatologie de leur enfant et pour être guidés car, comme nous l'avons constaté dans le questionnaire pour les parents, le fait de ne pas connaître le nom de ce symptôme les préoccupe beaucoup.

2.3.2.4 Profession de la personne qui lie « mutisme sélectif » à « prise en charge « psy »

La moitié des personnes qui dirigent les parents vers un « psy » sont les enseignants, et les deuxièmes personnes à faire cette démarche sont les parents eux-mêmes (2/10 cas). Il arrive moins fréquemment que ce soient le médecin scolaire (1/10 cas) ou le pédopsychiatre (1/10 cas) qui effectuent cette démarche. Ces résultats démontrent de nouveau que ce sont les enseignants ou les parents eux-mêmes qui prennent la décision d'orienter l'enfant mutique vers un « psy ». Ce dernier apparaît donc comme le professionnel sur qui l'on compte pour aider l'enfant, et qui est aussi le plus susceptible d'établir le bon diagnostic.

2.3.2.5 Les thérapies « psy » appliquées

Au regard des résultats, on constate que c'est la thérapie à tendance psychanalytique qui est utilisée par la grande majorité des « psy » interrogés, la thérapie behavioriste étant de loin la moins employée. Pourtant, les auteurs anglophones conseillent fortement d'utiliser cette dernière au regard de sa grande efficacité avec les enfants touchés par le mutisme sélectif. Néanmoins, je ne peux pas

juger de cette tendance à employer la thérapie psychanalytique car je n'ai pas eu connaissance de son efficacité auprès des enfants dont il est question dans l'échantillon des « psy ».

2.3.2.6 Partenariats mis en place pour prendre en charge l'enfant

Le partenariat avec les parents s'installe très souvent de manière spontanée. Néanmoins, celui avec le psychologue scolaire n'a pas beaucoup lieu d'être, excepté lorsque la prise en charge de l'enfant implique toute une équipe éducative et lorsque l'enfant présente des difficultés liées aux apprentissages scolaires.

Un peu plus de la moitié des « psy » pensent qu'il n'y a pas lieu de supposer des difficultés d'ordre langagier lorsque l'enfant vient en thérapie car celles-ci n'ont pas de rapport avec le mutisme sélectif. Cependant, deux d'entre eux pensent qu'ils se renseigneraient auprès de l'école et de la famille pour en comprendre les tenants et les aboutissants. Un des psychologues testerait rapidement la compréhension de l'enfant qu'il reçoit, et un autre orienterait l'enfant vers un pédopsychiatre ou vers un neuropsychologue pour effectuer un diagnostic différentiel. Le mutisme sélectif n'aurait donc rien à voir avec des difficultés langagières. Toutefois, celles-ci pourraient très bien être associées au mutisme sélectif, et une orientation vers une orthophoniste-logopède serait intéressante à proposer aux parents.

Par ailleurs, il figure sur les réponses aux questionnaires (excepté pour un cas) qu'aucun « psy » n'a collaboré avec une orthophoniste-logopède lors de la prise en charge de l'enfant. Le cas faisant exception faisait partie de l'équipe pluridisciplinaire prenant en charge l'enfant.

Il est donc évident que la collaboration entre « psy » et orthophoniste-logopède n'est pas fréquemment mise en place. En effet, aucun des « psy » ne dirige l'enfant souffrant de mutisme sélectif vers une thérapeute du langage et de la communication s'il a des difficultés langagières, et il y a eu seulement une collaboration entre un « psy » et une orthophoniste (dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire de l'enfant). Cela signifie-t-il que l'enfant pris en charge pour son mutisme sélectif (qui rappelons-le, est un trouble de l'anxiété **et** un trouble de la communication) ne l'est qu'en partie du fait qu'il n'y ait que le « psy » qui le suive en thérapie ? Qu'en est-il de la stimulation des compétences pragmatiques et communicationnelles ?

2.3.2.7 Répartition des sexes :

L'échantillon de « psy » fait cas de sept filles, d'un garçon et de deux enfants dont j'ignore le sexe. Dans tous les cas de figure, les filles sont au minimum deux fois plus nombreuses que les garçons et au maximum neuf fois plus nombreuses. Le sexe ratio issu de la recherche scientifique correspond tout à fait à la répartition des sexes de l'échantillon présent, si l'on suppose qu'il y ait sept filles pour trois garçons. Je présume donc que si la théorie et mon échantillon ont des données aussi proches, c'est peut-être parce que les « psy » ont posé le diagnostic de mutisme sélectif, même s'ils ne l'ont pas évoqué de manière objective aux parents.

2.4 QUESTIONNAIRE N°4 : LES ORTHOPHONISTES-LOGOPEDES

2.4.1 PRESENTATION DES DONNEES

Questions posées et organisées selon les informations qu'elles nous révèlent	Réponse qualitative	Nombre de « oui »	Nombre de « non »	Nombre d'absence de réponses
I) <u>Moyenne d'âge et classe des enfants pris en charge:</u>				
3) Quel âge a (avait) l'enfant lorsque vous l'avez pris en charge ?	**X**			
4) En quelle classe est (était) -il?	**X**			
II) <u>Comorbidités du trouble :</u>				
1) Pour quelles difficultés avez-vous pris en charge l'enfant ?				
a) Des difficultés de langage oral ?		**5/10**	**4/10**	**1/10**
b) Des difficultés d'articulation ?		**2/10**	**7/10**	**1/10**
c) Des difficultés liées à la pauvreté du vocabulaire ?		**4/10**	**5/10**	**1/10**
d) Des difficultés de parole (bredouillement, bégaiement) ?		**1/10**	**9/10**	
e) Des difficultés de compréhension ?		**2/10**	**8/10**	
f) Des difficultés liées à la langue (bilinguisme) ?		**3/10**	**7/10**	
g) <u>Autres</u> :	**X**			

	Réponse qualitative	Nombre de « oui »	Nombre de « non »	Nombre d'absence de réponses
III) Profil de l'enfant : ses compétences non verbales				
2) Qu'en est-il de sa communication non verbale ?	**X**			
IV) Profession de la personne qui lie « mutisme-sélectif » à « prise en charge orthophonique-logopédique » :				
5) Qui a envoyé l'enfant vers vous ?	**X**			
V) Moyens thérapeutiques utilisés avec l'enfant :				
10) Vos moyens et objectifs thérapeutiques utilisés pour l'enfant que vous avez pris en charge étaient :				
a) Des jeux de rôle ?		**8/10**	**2/10**	
b) Des bains de langage ?		**6/10**	**4/10**	
c) Une stimulation de vocabulaire ?		**6/10**	**4/10**	
d) Un travail sur le souffle ?		**2/10**	**8/10**	
e) Un travail par le chant ? Les comptines ?		**6/10**	**4/10**	
f) De la relaxation ?		**1/10**	**9/10**	

	Réponse qualitative	Nombre de « oui »	Nombre de « non »	Nombre d'absence de réponses
g) Centrés sur des approches de thérapies du bégaiement ?		3/10	7/10	
h) Autres :	X			
VI) Moment où la thérapie orthophonique-logopédique est la plus propice pour l'enfant :				
14) L'enfant que vous avez pris en charge est-il venu :				
a) **Avant** une psychothérapie ?		4/10	6/10	
b) En parallèle à une thérapie psychologique ?		3/10	7/10	
c) A la suite d'une psychothérapie ?		1/10	9/10	
11) Avec le recul, diriez-vous que la thérapie orthophonique/logopédique serait plus utile **pendant ou après** la démutisation ?	**Pend. : 1** **Après : 0** **Les deux: 7**			**2/10**
VII) Partenariats mis en place autour de l'enfant :				
9) La guidance parentale est-elle primordiale?	X	10/10	0/10	
8) Avez-vous fait un grand travail de collaboration avec l'enseignant ?	X	6/10	4/10	

	Réponse qualitative	Nombre de « oui »	Nombre de « non »	Nombre d'absence de réponses
12) Une collaboration avec le pédopsychiatre et/ou avec le psychologue scolaire a-t-elle était mise en place ?	**X**	**2/10**	**8/10**	
13) Avec qui avez-vous été le plus en collaboration lors de la thérapie avec l'enfant ?	**X**			
VIII) <u>Rôle de l'orthophoniste par rapport aux « psy » :</u> **6)** De manière rétrospective, vous pouvez dire que votre rôle avec l'enfant était : a) Purement orthophonique-logopédique ?		**2/10**	**8/10**	
b) Psycho-logopédique/psycho-orthophonique ?		**7/10**	**3/10**	
7) Pensez-vous que le logopède-orthophoniste est plus à même de traiter le mutisme sélectif d'un enfant qu'un pédopsychiatre/psychologue ?		**4/10**	**6/10**	
30) Est-il important que les deux soient complémentaires ?		**9/10**	**1/10**	

2.4.2 ANALYSE INTERPRETATIVE DE CHAQUE « THEME »

2.4.2.1 Moyenne d'âge et classe des enfants pris en charge

La majorité des enfants sont âgés de 4 ans à 6 ans, avec une moyenne se situant aux alentours des 5 ans. Seul un enfant parmi les dix a 8 ans.

Plus de la moitié des enfants sont en maternelle, majoritairement en grande section. Les autres sont soit en moyenne section, soit en CP/1ère primaire, soit en CE1/2ème primaire. Ces résultats démontrent que les orthophonistes-logopèdes prennent en charge les enfants à la même période où le trouble apparaît et interpelle le plus les professionnels et les enseignants, c'est-à-dire entre 4 ans et 6 ans. Cette prise en charge semble donc avoir été effectuée assez tôt pour la plupart des enfants dont il est question dans cet échantillon.

2.4.2.2 Comorbidités du trouble

En se fiant à la majorité des résultats, un enfant touché par le mutisme sélectif pur n'aurait pas de difficultés d'articulation (ou seulement en minorité), il ne serait pas atteint de bégaiement (sauf exception), il possèderait une fois sur deux un niveau de vocabulaire assez pauvre, et il ne présenterait pas de troubles de la compréhension (sauf dans la minorité des cas). Ces difficultés peuvent néanmoins être associées au mutisme sélectif. Nous retrouvons toujours cette petite minorité d'enfants bilingues (3/10), également présente dans deux des quatre questionnaires. Il est intéressant de relever que les enfants atteints par le trouble sont pris en charge par une orthophoniste-logopède pour leur mutisme-même (et pour des difficultés en mathématiques pour deux enfants), et pas obligatoirement pour un trouble du langage.

2.4.2.3 Profil de l'enfant : ses compétences non verbales

La communication non verbale est majoritairement préservée et plutôt vive, mais elle est aussi inhibée pour quatre enfants sur dix. Pour les enfants chez qui elle est peu présente, il serait préférable de travailler la communication en commençant par des mouvements corporels.

2.4.2.4 Profession de la personne qui lie « mutisme sélectif » à « prise en charge orthophonique-logopédique »

Selon les résultats de ma recherche, ce sont d'abord les enseignants (dans six cas sur dix) qui font la démarche d'orienter l'enfant et ses parents vers une orthophoniste-logopède pour démutiser l'enfant, puis les parents selon leur propre volonté (dans trois cas sur dix). L'orientation orthophonique ne provient d'aucun psychologue, or, un travail en partenariat avec d'autres thérapeutes ne peut être que bénéfique pour l'enfant.

2.4.2.5 Moyens thérapeutiques utilisés avec l'enfant

L'aspect ludique des séances est un élément essentiel à mettre en avant avec de jeunes enfants. C'est pourquoi la grande majorité des orthophonistes-logopèdes de cet échantillon utilisent des jeux de rôle pour favoriser l'interactivité avec l'enfant, tout en effectuant des bains de langage (stimulant donc son vocabulaire). Le travail par le chant et par les comptines est également utilisé par un peu plus de la moitié de ces orthophonistes-logopèdes, mais les exercices de relaxation ne le sont quasiment pas. Ce sont davantage des exercices psychomoteurs faisant parler le corps, et parfois des approches de thérapies du bégaiement qui semblent être les plus appropriés.

Au regard de tous les moyens décrits ci-dessus, il paraît évident que l'orthophoniste-logopède a toutes les cartes en main pour aider l'enfant à s'ouvrir aux échanges verbaux. Cette liste n'est pas exhaustive, chaque orthophoniste-logopède peut donc laisser libre cours à son imagination.

2.4.2.6 Moment où la thérapie orthophonique-logopédique est le plus propice pour l'enfant

Selon les résultats, une majorité de « non, il n'y a pas eu beaucoup de suivi psychothérapeutique avant, pendant, et après », signifie que cette dernière n'a pas eu lieu du tout pour la plupart des enfants. Seule la thérapie orthophonique-logopédique a été engagée. Néanmoins, pour les enfants qui ont suivi une psychothérapie, elle a été effectuée « après » la prise en charge orthophonique-logopédique pour quatre enfants sur dix, et « en parallèle » pour trois autres enfants.

Ces résultats nous montrent que la moitié des enfants ayant été pris en charge par un thérapeute du langage ont dû consulter un « psy » « par la suite » (du fait que l'anxiété n'ait pas été diminuée en parallèle ?), mais que les trois autres enfants ont effectué ces deux types de thérapies « en parallèle » (ce qui est plus bénéfique pour l'enfant du fait que l'approche du trouble soit bidimensionnelle, donc plus complète).

De plus, la majorité des orthophonistes-logopèdes sont d'accord pour dire que leur thérapie serait **plus utile pendant et après la démutisation**. Voici un recueil de quelques explications apportées par ces professionnels :

« *pour être sûre que l'enfant soit bien à l'aise avec la parole une fois démutisé ; d'abord on travaille sur les différents modes de communication avec l'enfant, et après la démutisation on peut revenir sur une prise en charge plus classique si l'enfant a d'autres difficultés ; d'abord on permet à l'enfant d'apprivoiser la parole à son rythme en séance individuelle, puis une fois démutisé, on fait le tremplin vers l'école en accompagnant l'enfant dans ce processus* (ici, l'orthophoniste fait référence au rôle d'intermédiaire verbal que propose l'association OLV) ; *l'orthophonie est utile pour aider à la démutisation et par la suite pour développer les capacités langagières ou les habiletés de communication* ».

2.4.2.7 Partenariats mis en place autour de l'enfant

Toutes les orthophonistes-logopèdes interrogées sont d'accord pour dire que la guidance parentale est primordiale. En effet, on intervient non seulement aux côtés de l'enfant mais aussi auprès des parents car ces derniers se posent souvent beaucoup de questions sur le trouble, et notamment sur la cause. Il est donc indispensable de dialoguer avec le parent pour qu'il comprenne le trouble et pour qu'il sache qu'il est un acteur important dans la démutisation de l'enfant. En revanche, « guidance parentale » ne signifie pas se mettre dans la peau d'un « psy », car d'une part nous n'en avons pas les compétences ni la formation, et d'autre part notre rôle est davantage d'écouter, de rassurer et d'expliquer, que d'analyser quoi que ce soit. Ce travail est tout à fait possible dès lors que l'on n'empiète pas sur un domaine que l'on ne maîtrise pas, ou peu.

Concernant la collaboration entre l'orthophoniste-logopède et l'enseignant, elle est développée dans six cas sur dix. Ce n'est certes pas une moyenne très importante, mais elle est positive. Nous savons que l'enseignant est la deuxième personne avec qui nous devrions rester en contact pour suivre l'évolution de l'enfant

de manière régulière. Sans ce partenariat, nous ne pourrions pas savoir quelles stratégies conseillées fonctionnent ou ne fonctionnent pas en classe, celles qui sont à éviter ou au contraire à développer selon les réactions de l'enfant, etc.

Quant au travail de collaboration avec le psychologue scolaire, il ne s'effectue qu'au sein d'un équipe pluridisciplinaire ou lorsque l'enfant présente de grandes difficultés d'apprentissages scolaires. C'est pourquoi il est rarement en collaboration avec nous lorsque l'on prend en charge un enfant atteint de mutisme sélectif.

Pour conclure sur les collaborations possibles entre professionnels, il ressort que **l'orthophoniste-logopède est le plus en collaboration avec les parents seuls, ou avec les parents et les enseignants en même temps**. Il est arrivé qu'elles travaillent en partenariat avec le psychologue en plus des parents et de l'enseignant, ce qui est tout à fait honorable. Néanmoins, lorsque l'enfant est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire, la thérapeute du langage en fait rarement partie. Notre profession n'est malheureusement pas encore assez considérée dans la prise en charge du mutisme sélectif, contrairement à nos consoeurs et confrères les « speech language therapists » américain(e)s et anglophones.

2.4.2.8 Rôle de l'orthophoniste-logopède par rapport aux « psy »

Pour la majorité des orthophonistes-logopèdes interrogées, la prise en charge d'un enfant souffrant de mutisme sélectif est loin d'être une rééducation orthophonique « classique ». En effet, elles ont dû mettre à contribution une dimension relationnelle beaucoup plus importante qu'habituellement. La part « psycho »-logopédique se justifie par le fait qu'il faut savoir et pouvoir être à l'écoute des parents du fait qu'ils soient inquiets et démunis, et les chemins à emprunter pour réussir à démutiser l'enfant doivent être subtils et efficaces pour justement endiguer ce mutisme.

Plus de la moitié des orthophonistes-logopèdes interrogées ne pensent pas être plus à même de démutiser l'enfant que les « psy » car elles sont conscientes et prennent en compte la part psychologique du trouble. Néanmoins, elles peuvent grandement y contribuer grâce à leurs compétences. Quatre orthophonistes-logopèdes sur les dix pensent que nous sommes plus à même de l'être si *« on n'est*

pas enfermée dans des diktats de réussite », et parce que *« l'on maîtrise tous les fondements du développement et l'on connait toute sorte de médias pour développer la communication, nous sommes des spécialistes du langage et de la communication au sens large ».*

La totalité des orthophonistes-logopèdes (excepté l'une d'entre elles) de cet échantillon sont d'accord sur le fait que les thérapies psychologique et logopédique-orthophonique devraient être complémentaires, donc menées en parallèle. Voici un recueil de quelques explications données par certaines d'entre elles :

« Le psychologue établit un travail de fond nécessaire au déblocage et la logopède est une personne intermédiaire, un tremplin qui va réconcilier l'enfant avec le monde des mots et va lui susciter un plaisir à communiquer ; car tous deux prennent l'enfant de manière individuelle ce qui favorise la relation de confiance et la complicité ; car c'est un partenariat très constructif ; car les deux approches se regroupent et se complètent».

En effet, si ce partenariat était davantage développé, nous pourrions apporter à l'enfant une prise en charge plus complète et plus efficace.

2.4.2.9 Répartition des sexes :

Dans cet échantillon, je recense six filles et quatre garçons. Il y a donc une majorité de cas féminins, mais l'écart avec les garçons est plutôt minime. Je ne peux donc rejoindre que partiellement la théorie scientifique, car il y a certes une majorité de petites filles ayant été prises en charge pour leur mutisme sélectif, toutefois elles ne sont pas deux fois plus touchées que les garçons. Tout comme pour l'échantillon des parents et des enseignants, nous pourrions penser que ce résultat diffère de la théorie américaine du fait que tous les enfants en question n'aient pas été diagnostiqués « mutiques sélectifs » stricto sensu.

Conclusion de la partie pratique

La présentation de la méthodologie a permis de rendre compte de mes choix concernant les populations choisies, ainsi que de comprendre la manière dont j'ai procédé pour construire mes questionnaires. Chacun de ces derniers comporte des questions bien précises selon l'intervenant ciblé, mais y figurent aussi des questions plus globales, plus factuelles.

Quant à la présentation et à l'analyse de chaque réponse, et ce pour les quatre questionnaires, elles ont mis en évidence le point de vue et l'expérience de l'enseignant, du parent, des « psy » et des « orthophonistes-logopèdes ». Aussi, l'importance de chacun de ces quatre intervenants a été prouvée. Des informations sur les causes et les comorbidités du mutisme sélectif ont également été apportées. De plus, chaque questionnaire révèle des informations importantes permettant de comprendre l'enfant et son trouble, ainsi que tout ce qui a trait à sa prise en charge. Plus d'un moyen de remédiation est applicable, mais l'orientation des parents et de l'enfant doit être adéquate.

Chapitre 3 : discussion

3.1 REPONSES AUX HYPOTHESES DE TRAVAIL

La problématique de départ est la suivante : **comment diagnostiquer le mutisme sélectif et quels professionnels de la santé peuvent contribuer à la démutisation de l'enfant ?**

Voici les réponses aux trois hypothèses émises suite à cette problématique :

1) La prise en charge de l'enfant peut s'avérer efficace uniquement lorsqu'elle est effectuée au sein de l'école

D'après la théorie, le programme d'introduction de la parole en milieu scolaire apporte des résultats très positifs sur l'enfant. Grâce au fait que les parents soient impliqués dans cette intervention, l'enfant se sent en confiance pour entrer dans le programme et accepte de jouer le jeu avec ses parents, son enseignant et ses camarades. L'enfant est donc démutisé progressivement en reprenant confiance en lui et en acceptant l'autre.

Néanmoins, la prise en charge de l'enfant par des professionnels de la santé mentale et par un thérapeute du langage peut aussi être efficace. A travers la recherche théorique et les réponses aux questionnaires, je me suis rendu compte que l'enfant était capable d'apprivoiser la parole à travers le jeu, les gestes, les dessins etc. La relation de confiance que l'on construit avec l'enfant peut être transférée et appliquée dans des contextes en-dehors du cabinet thérapeutique.

Mon hypothèse est donc invalidée, mais je pense à présent que la prise en charge de l'enfant dans l'école et en-dehors de l'école devraient être menées en parallèle.

2) Les logopèdes-orthophonistes peuvent contribuer à la démutisation de l'enfant autant que les psychologues, au regard de leurs compétences dans le domaine de la communication et du langage. Il est aussi fort probable que le mutisme sélectif soit lié à des difficultés de langage ou de parole.

D'après les réponses que j'ai obtenues de la part des orthophonistes-logopèdes dans les questionnaires, nous pouvons grandement contribuer à la démutisation de l'enfant grâce à nos compétences dans le domaine du langage et de la communication. Néanmoins, elles sont toutes d'accord pour dire que nous ne sommes pas à même de démutiser l'enfant étant donné la part psychologique du trouble pour laquelle on ne peut intervenir. Cette partie de l'hypothèse est donc validée.

Toutefois, les réponses que j'ai posées à l'enseignant, aux parents, au « psy » et aux orthophonistes-logopèdes m'ont permis d'affirmer que le mutisme sélectif n'était pas lié à des difficultés de langage ou de parole. Seule une minorité d'enfants présentent des troubles du langage et de la parole associés. Ces résultats nous démontrent que les orthophonistes-logopèdes ont pris en charge les enfants pour travailler sur leurs capacités de communication, et non pour un trouble associé relevant du langage ou de la parole. Cette deuxième partie de l'hypothèse est donc invalidée.

3) Le mutisme sélectif est un trouble peu connu du monde paramédical et scolaire, de ce fait les parents sont parfois mal orientés et souvent démunis

D'après le témoignage des parents et des enseignants dans les questionnaires, dès que l'enfant présente un mutisme à l'école, plusieurs troubles sont suspectés (surtout l'autisme et la déficience intellectuelle) excepté le mutisme sélectif. La méconnaissance du trouble engendre donc des suppositions possibles, certes, mais erronées. A partir du moment où les parents et l'enseignant abordent le sujet, des interrogations subsistent sur le nom de la pathologie se cachant derrière ce comportement mutique. La moitié des parents ont témoigné du fait qu'ils s'étaient sentis démunis jusqu'à ce que l'on trouve une prise en charge efficace pour leur enfant.

Du côté des professionnels de la santé, il semble aussi que le trouble ne soit pas assez connu (ou reconnu). L'enfant est pris en charge pour cause de mutisme, donc tous les moyens sont mis en œuvre pour essayer de libérer sa parole. Le terme de « mutisme sélectif » n'est cependant jamais évoqué, et cela autant par les orthophonistes-logopèdes que par les psychologues. Le trouble est bien réel, mais il semble ne pas être assez reconnu pour être réellement diagnostiqué. Lors de l'analyse interprétative de la question portant sur la réaction des parents (dans le questionnaire pour les parents et pour les enseignants), il est mis en avant que le manque de soutien de la part des professionnels ne joue pas en leur faveur, d'où le fait qu'ils soient démunis.
Cette hypothèse est donc validée.

3.2 LIMITES ET PERSPECTIVES DE LA RECHERCHE

3.2.1 LES LIMITES

- Les interprétations personnelles que j'ai apportées aux diverses réponses recueillies par les quatre intervenants concernent des échantillons restreints (même si en définitive une quarantaine de cas d'enfants touchés par le mutisme sélectif sont décrits). De ce fait, il n'est pas prudent de généraliser ces interprétations à tous les pays francophones.

- La majorité des enfants dont il est question dans les questionnaires ne sont pas diagnostiqués comme « enfant atteint de mutisme sélectif ». De ce fait, les données recueillies dans les questionnaires ne sont en aucun cas valides, elles ne sont donc pas foncièrement représentatives de tous les enfants touchés par le mutisme sélectif.

- La création de quatre questionnaires m'a porté préjudice concernant la description des réponses que j'ai obtenues. En effet, étant donné que j'avais une grande quantité d'informations à traiter, que les réponses semi-ouvertes et ouvertes étaient souvent détaillées, et que le nombre de pages était à la base

limité, je n'ai pas pu apporter l'entièreté des réponses exactes que j'ai reçues de la part des quatre types d'intervenants. Pourtant, il aurait été intéressant de les faire partager au regard des idées et des remarques très intéressantes qui auraient permis aux lecteurs de comprendre davantage chaque situation décrite. En ce sens, je pense avoir construit un travail trop conséquent pour le nombre de pages auxquelles il était destiné à la base. Il aurait peut-être fallu que je crée un seul questionnaire (en faveur des orthophonistes-logopèdes), mais le fait de ne pas connaître l'expérience des autres intervenants m'aurait laissé penser que je ne connaissais pas tous les tenants et les aboutissants du trouble.

3.2.2 LES PERSPECTIVES

- Il serait vraiment intéressant de concrétiser un programme de sensibilisation au mutisme sélectif en faveur des enseignants afin qu'ils puissent agir en prévention, et ce dès la maternelle. Les prises en charge tardives pourraient ainsi être réduites.

- La création d'un fascicule informatif concernant l'enfant touché par le mutisme sélectif pourrait être envisagée en faveur des orthophonistes-logopèdes. Ce fascicule leur permettrait d'une part de connaître l'enfant et son trouble, et d'autre part de se rendre compte que différents moyens et techniques existent pour démutiser l'enfant.

Conclusion générale

Le terme de « mutisme sélectif » m'a été succinctement expliqué par une amie ayant eu le cas d'une petite fille atteinte de ce trouble lors d'un stage. Avant cet échange instructif, je ne connaissais même pas l'existence d'un tel trouble. J'ai donc mis ma casquette de logopède et je me suis lancée dans une enquête bien précise pour approfondir mes connaissances sur le sujet.

Au terme de cette enquête, et en tant que future logopède-orthophoniste, je peux affirmer que l'on a en notre possession un nombre de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être assez conséquent pour prendre en charge les enfants souffrant de mutisme sélectif. Même si ce type de prise en charge est peu fréquent et qu'il diffère des rééducations dites « classiques », notre pratique logopédique-orthophonique nous permet de mettre en place un projet thérapeutique personnalisé pour ces enfants.

La partie théorique de ce mémoire m'a permis de concevoir le trouble de manière complète. Il s'agit en même temps d'un trouble anxieux de la petite enfance et d'un trouble de la communication. C'est pourquoi les psychologues, les pédopsychiatres, et les thérapeutes du langage et de la communication peuvent accompagner l'enfant dans sa démutisation.

La création de quatre questionnaires a contribué à relater la réalité du vécu des enseignants, des parents, et de l'expérience des psychologues et des orthophonistes-logopèdes ayant pris en charge des enfants touchés par le mutisme sélectif. La recherche de ces différents vécus et expériences s'est effectuée par le biais d'internet à travers la France et la Belgique. Ainsi, j'ai pu recueillir des informations francophones afin de compléter les recherches américaines et anglaises. Il a été mis en avant que le travail en équipe pluridisciplinaire était favorable à l'enfant, et que les parents avaient eux aussi besoin d'être aidés, soutenus et accompagnés dans les démarches contribuant à démutiser leur enfant. Une médiation entre l'école et les thérapeutes extérieurs est également requise pour que l'enfant soit

suivi correctement et pour que chaque intervenant soit tenu au courant de leurs objectifs respectifs.

J'espère que ce travail de fin d'études saura éveiller la curiosité des étudiants logopèdes se posant des questions sur le mutisme sélectif. Ils pourront y trouver des pistes intéressantes au cas où ils auraient à prendre en charge un enfant touché par ce trouble en stage.

J'espère aussi qu'il permettra à des logopèdes d'avoir davantage de recul sur le trouble, et qu'ils seront en mesure d'élargir la conception qu'ils ont de celui-ci.

Bibliographie

Articles de périodiques électroniques

Anstendig, K.D. (1999). Is selective mutism an anxiety disorder ? Rethinking its DSM-IV Classification. *Journal of Anxiety Disorders, 13 (4)*, 417-434. doi: 10.1016/S0887-6185(99)00012-2

Busse, R.T. & Downey, J. (2011). Selective mutism : a three-tiered approach to prevention and intervention. *Contemporary School Psychology, 15*, 53-63. En ligne http://www.casponline.org/pdfs/pdfs/2011_journal_all_001-144-b.pdf

Cohan, S.L. *et al.* (2008). Refining the classification of children with selective mutism : a latent profile analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37 (4)*, 770-784. doi : 10.1080/15374410802359759

Giddan, J.J., Ross, G.L., Sechler, L.L. & Becker B.R. (1997). Selective mutism in Elementary School : Multidisciplinary Interventions. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 28, 127-133. En ligne http://www.selectivemutism.org/resources/library/School%20Issues/SM%20in%20Elementary%20School.pdf

Lang, R., Regester, A., Mulloy, A., Rispoli, M. & Botout, A. (2011). Behavioral Intervention to threat Selective Mutism across Multiple Social Situations and Community Settings. *Journal of Applied Behavior Analysis, 44*, 623-628. doi : 10.1901/jaba.2011.44-623

Letamendi, A.M., Chavira, D.A., Hitchcock, C.A., Roesch, S.C., Shipon-Blum, E. & Stein, M.B. (2008). Selective Mutism Questionnaire : Measurement Structure and Validity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47* (10), 1197-1204. doi : 10.1097/CHI.0b013e3181825a7b

Nowakowski, M.E. *et al.* (2009). Language and Academic Abilities in Children with Selective Mutism. *Infant and Child Development, 18*, 271-290. doi : 10.1002/icd

Ponzurick, J.M. (2011). Selective Mutism : A Team Approach to Assessment and Treatment in the School Setting. *The Journal of School Nursing*, 1-7. doi : 10.1177/1059840511422534

Rye, M.S., Ullman, D. (1999). The successful treatment of long-term selective mutism : a case study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30*, 313-323. doi : 10.1016/S0005-7916(99)00030-0

Sharkey, L., Mc Nicholas, F., Barry, E., Begley, M. & Ahern, S. (2008). Group therapy for selective mutism – A parent's and children's treatment group. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 528-545. doi : 10.1016/j.jbtep.2007.12.002

Sharp, W.G, Sherman, C. & Gross, A.M. (2007). Selective mutism and anxiety : a review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 21*, 568-579. doi : 10.1016/j.janxdis.2006.07.002

Viana, A.G., Beidel, D.C. & Rabian, B. (2009). Selective mutism : A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review, 29*, 57-67. doi : 10.1016/j.cpr.2008.09.009

Wong, P. (2010). Selective mutism : a review of etiology, comorbidities, and treatment. *Psychiatry, 7 (3),* 23-31. En ligne http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861522/

Traductions d'articles de périodiques électroniques

Gallagher, R. & Kurtz, S. (2007). Aider les enfants atteints d'anxiété sociale et de mutisme sélectif : conseils pour les enseignants et le personnel scolaire. *Child Study Center of New York, 12* (1). (C.Bremard-Oury & V. Marschall, Trad.). France. (Article original publié en 2006).

Manassis, K. (n.d.). Souffrance silencieuse : comprendre et traiter les enfants atteints de mutisme sélectif. *Expert Reviews Neurother, 9 (2),* 235-243. (C. Bremard-Oury, Trad.). France. (Article original publié en 2009).

Article de périodique papier

Joubaud, C. (2008). Mutisme sélectif chez les enfants de migrants : l'impact de l'isolement maternel. *Le Journal des Psychologues, (255),* 63- 67.

Monographies papier

Aimard, P. (1988). *Les troubles du langage chez l'enfant* (2ème éd.). Paris : Presses Universitaires de France.

American Psychiatric Association. ([APA], 2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte Révisé* ([DSM-IV-TR], 4ème éd.). Paris : Masson.

Brin, F., Courrier, C., Lederlé, E. & Masy V. (2004). *Dictionnaire d'orthophonie* (2ème éd.). Isbergues, France : Ortho Edition.

Javeau, C. (1971). *L'enquête par questionnaire : manuel à l'usage du praticien.* Bruxelles : Éditions de l'Institut de Sociologie de l'Université Libre de Bruxelles.

Monographies électroniques

Dumont, J.P., Dunezat, P., Le Dez-Alexandre, M. & Prouff, J. (1995). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Tome 2). Paris : Heures de France. En ligne http://books.google.be, consulté le 15 septembre 2012.

Nevid, J.S., Rathus, S.A. & Green, B.A. (2009). *Psychopathologie* (7ème éd.) (M. Bertrand, M.C. Gély-Nargeot & M. Siksou, Trad.). Paris : Pearson Education France. (Œuvre originale publiée en 2008). En ligne http://books.google.be, consulté le 18 septembre 2012.

Organisation Mondiale de la Santé ([OMS], (2008). *Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexe Dixième révision* ([CIM-10], Vol. 2). France : Organisation Mondiale de la Santé. En ligne, http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr#/F94, consulté le 09 septembre 2012.

Traductions de monographies

Attwood, T. (2010). *Le syndrome d'Asperger* (3ème édition) (Schovanek, Trad.). Bruxelles : De Boeck. (Oeuvre originale publiée en 2006).

Shipon-Blum, E. (n.d.). *Stimuler les interactions sociales : premiers pas vers la communication sociale !* (V. Marschall, Trad.). France. (Publication de l'œuvre originale n.d.).

Shipon-Blum (2009). *Comprendre le mutisme sélectif : Guide à l'usage des parents, enseignants et thérapeutes* (V. Marschall, Trad.) Lyon : Chronique Sociale. (Œuvre originale publiée en 2003).

Actes de colloque ou de congrès

Hungerford, S. (2005, mars). *Selective Mutism : Summary of Issues, Websites, & Bibliography*. Communication Disorders and Sciences Plattsburgh State University of New York. New York. En ligne http://docs.google.com, consulté le 08 septembre 2012.

Joubaud, C. (2012, septembre). *Le mutisme sélectif : étude comparée entre les enfants de migrants et les non-migrants*. Communication présentée à Ouvrir La Voix (OLV), Paris.

Marschall, V. (2010, octobre). *Présentation sur le mutisme sélectif*. Communication présentée à l'Association d'Orthopédagogues et de Psychopédagogues Spécialisés dans la rééducation des Enfants Dyslexiques (ADOPSED), Alsace.

Mémoires et thèses de doctorat

Aubry C. (2002). *Le mutisme sélectif : étude de trente cas.* Thèse de doctorat en médecine psychiatrique non publiée, Université de Genève.

Drapeau, M.C. (2001). *Motus et bouche cousue : étude clinique d'un cas de mutisme sélectif suivi en art-thérapie.* Mémoire de master en thérapie par les arts non publié, Université Concordia de Montréal, Montréal.

Latieule, C. (2010). *Elikya, gardienne de son silence : proposition d'une approche thérapeutique pour le mutisme sélectif à travers l'étude d'un cas*. Travail de Fin d'Études de baccalauréat en logopédie non publié, Institut Libre Marie-Haps, Bruxelles.

Documents non publiés ou à diffusion limitée

Adam, C. (2010). *Troubles du langage oral et de la communication*. Syllabus de 2ème année de logopédie, Haute Ecole de la Ville de Liège, Liège.

Caldeira, N. (2011). *Semaine de pédagogie active : description d'un cas de mutisme sélectif*. PowerPoint, Institut Libre Marie-Haps, Bruxelles.

Carlens, M. (2012). *Psychopathologie et psychiatrie.* Syllabus de 3ème année de logopédie, Haute École de la Ville de Liège, Liège.

Gabriel, F. (2012). *Troubles sensorimoteurs, psychomoteurs et cognitif*. Syllabus de 3ème année de logopédie, Haute École de la Ville de Liège, Liège.

Gabriel, F. (2010). *Troubles sensorimoteurs, psychomoteurs et cognitif.* Syllabus de 2ème année de logopédie, Haute École de la Ville de Liège, Liège.

Nicolaï, L. (2009). *Psychologie générale, génétique et cognitive*. Syllabus de 1ère année de logopédie, Haute École de la Ville de Liège, Liège.

Pages web

AllôRufo. (2012). *Mon fils est timide et ne montre pas ses émotions. Comment réagir ?* En ligne http://www.france5.fr/emissions/allo-rufo/diffusions/09-11-2012_8887, consulté le 16/11/2012.

American Speech-Language-Hearing Association ([ASHA], 2007). *Scope of practice in speech-language pathology.* doi : 10.1044/policy.SP2007-00283

Durand, M. (2002). *La réalité virtuelle contre les phobies*. En ligne sur le site de TF1 http://lci.tf1.fr/high-tech/2002-09/realite-virtuelle-contre-phobies-4892322.html, consulté le 02/11/ 2012.

Nollet, J.M. (2002). *Circulaire n°102 : Traitement logopédique à l'école*. En ligne http://www.enseignement.be/hosting/circulaires/upload/docs/205_20020614_082125.pdf, consulté le 10/10/2012.

Orthophonie. (n.d.). *Qu'est-ce qu'un orthophoniste ?* En ligne http://www.orthophonie.fr/historique.php, consulté le 10/10/2012.

Union Professionnelle des Logopèdes Francophones ([UPLF], n.d.). *Orthophonie en Belgique Francophone*. En ligne sur le site du Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopèdes de l'Union Européenne (CPLOL) http://www.cplol.eu/eng/Ortho_Belgique.htm, consulté le 10/10/2012.

Annexes

Annexe I - L'échelle d'évaluation étape par étape (EEEE) (Shipon-Blum , 2003, citée par MARSCHALL, 2009, p.39) :

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

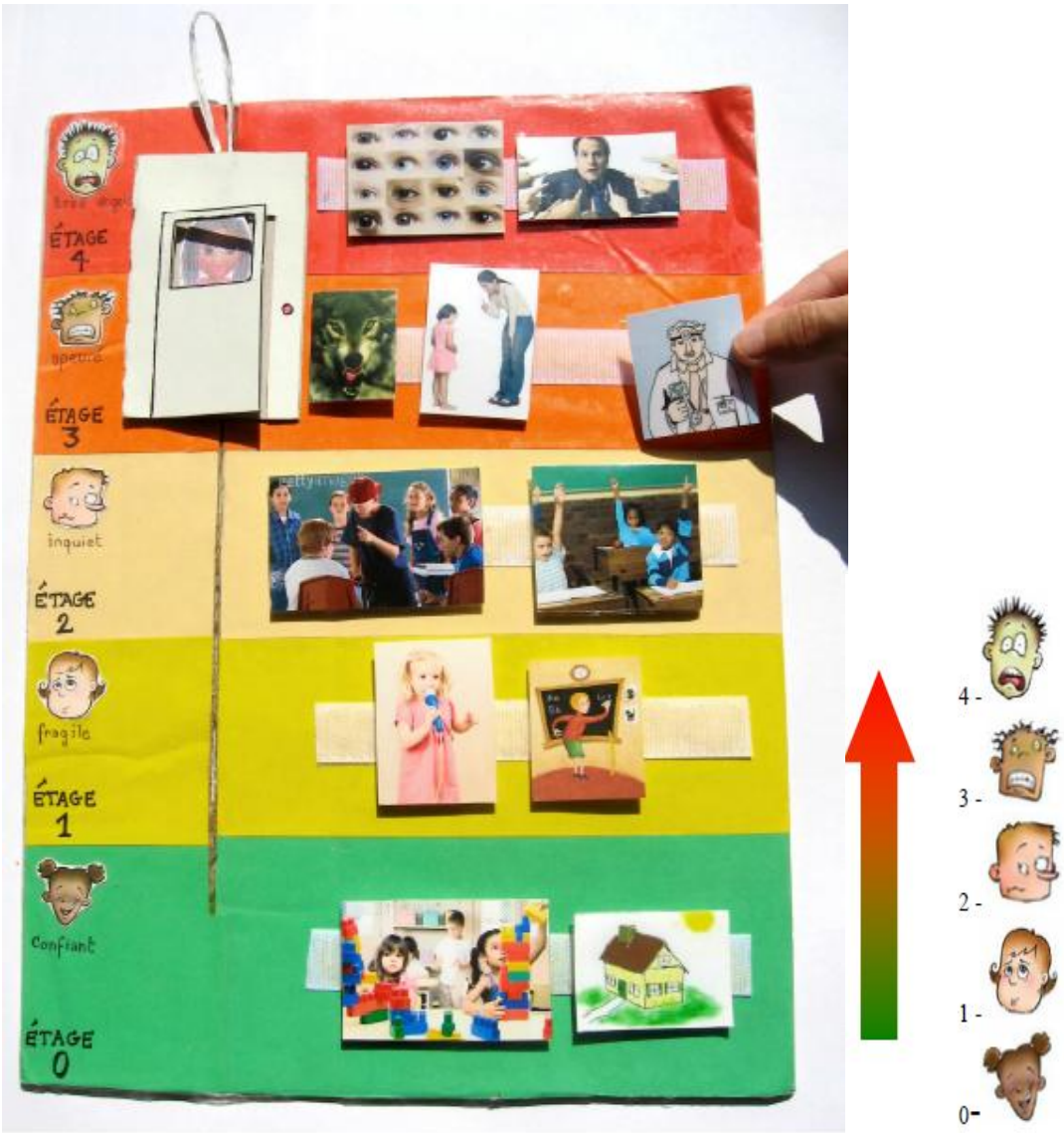
- réagit en produisant des sons tels que grognements, langage bébé, bruits d'animaux, gémissements, chuchotements, parole;

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 seon les circonstances ou le lieu.

<u>Annexe II- *L'ascenseur des peurs*</u> (Latieule, 2010, p.74) :



Annexe III - Questionnaire créé en faveur des enseignants

1) Lorsqu'un enfant vous paraît trop longuement mutique au fur et à mesure des semaines, vous vous dites :

- Qu'il ne s'agit que d'une timidité faisant partie intégrante de la personnalité de l'enfant. (oui/non)
- Que le manque de participation aux activités de groupe en classe et à la récréation passera avec le temps. (oui/non)
- Qu'il peut s'agir d'un problème de langage oral ou de parole ? (oui/non)
- Qu'il y a peut-être un événement ou un souci dans l'environnement familial qui l'inquiète, qui le préoccupe. (oui/non)

2) Quel âge avait/ont l'enfant que vous avez (eu) en classe ?

3) Parle-t-il aux autres enfants ? (oui/non)

4) Parle-t-il avec vous lorsque vous êtes seul(e) ? (oui/non)

5) Parle-t-il à ses parents quand il est au sein de l'école ? (oui/non)

6) Si vous l'entendez parler, remarquez-vous :

- Un défaut d'articulation ? (oui/non)
- Un manque de vocabulaire ? (oui/non)
- Des bredouillements ou un certain bégaiement ? (oui/non)
- Une bonne intelligibilité ? (oui/non)
- Une bonne compréhension de la langue française ? oui/non
- Une certaine lenteur à la compréhension d'énoncés ou lorsqu'il faut effectuer une tâche ? (oui/non)

7) De manière journalière, comment décririez-vous l'attitude de l'enfant en classe et en récréation ? Son comportement ?

8) Quelle est (sont) la (les) première(s) personne(s) que vous avertissez lorsque vous constatez que l'enfant est mutique depuis une trop longue période ?

- Les parents ?
- La directrice de l'école ?
- Le psychologue de l'école ?
- La logopède/orthophoniste de l'école (s'il y en a une) ?

9) Avez-vous connaissance du suivi de l'enfant à partir du moment où les parents sont alertés du mutisme de leur enfant à l'école ?

10) Savez-vous quels professionnels prennent en main l'enfant (dans un ordre éventuel) ?

11) Est-ce votre rôle de convoquer les parents et de les avertir du mutisme de leur enfant au sein de l'établissement scolaire ? (oui/non)

- Sinon, qui s'occupe de cela ?

12) Quelle est la réaction des parents à l'annonce du comportement mutique de leur enfant à l'école ? Paraissent-ils surpris ? Étonnés ? Se sentent-ils coupables ?

13) Lorsque vous parlez avec les parents, évoquent-ils un quelconque trouble du langage oral, de parole, de vocabulaire ou de compréhension chez leur enfant à la maison ? Le trouvent-ils intelligible ?

14) L'enfant en question est-il en situation de bilinguisme ? (oui/non)

15) Informations supplémentaires, remarques importantes à vos yeux :

Annexe IV - Questionnaire créé en faveur des parents

1) Quel âge avait votre enfant lorsqu'il a développé son mutisme sélectif ?

2) Quelle classe fréquentait-il durant cette période ?

3) Quelle personne vous a averti que votre enfant était mutique à l'école ?

4) Quelle a été votre réaction à l'annonce du comportement mutique de votre enfant à l'école ? Étiez-vous surpris ? Démunis ? Vous sentiez-vous coupables ?

5) A la maison, votre enfant a (avait)-t- il :

- des difficultés d'articulation ? (oui/non)
- des difficultés de vocabulaire ? (oui/non)
- un certain bégaiement ? (oui/non)
- des difficultés scolaires dans une matière en particulier (si enfant en primaire) ? (oui/non) Si oui, laquelle ?
- était-il compréhensible? (oui/non/pas vraiment)
- Autres :

6) Quelle est la première personne qui vous a guidé pour la prise en charge de votre enfant ?

- Vers qui vous a-t-elle dirigé ?

7) A-t-il fallu consulter un psychologue en première intention ? (oui/non)

8) Avez-vous dû consulter une orthophoniste pour faire un bilan ? (oui/non)

- Qui vous a conseillé de vous diriger vers une orthophoniste ?

9) Avez-vous participé activement à la démutisation de votre enfant ? (oui/non)

- De quelle manière ?

10) Votre enfant est-il (a-t-il été) finalement pris en charge :

- par un psychologue ? (oui/non)
- par une orthophoniste ? (oui/non)

11) A-t-il été pris en charge par une orthophoniste :

- Pour son mutisme sélectif ? (oui/non)
- Pour une autre difficulté ? (oui (laquelle ?) /non)

12) Quels ont été les moyens que l'on vous a proposés pour aider votre enfant à l'école ?

13) Qui a organisé cette prise en charge multidisciplinaire, ce travail de collaboration ?

14) Informations supplémentaires, remarques importantes à vos yeux :

Annexe V - Questionnaire créé en faveur des psychologues et des pédopsychiatres

1) Quel âge avait l'enfant que vous avez reçu dans votre cabinet ?

2) Quelle personne a dirigé les parents vers vous ?

3) Quel professionnel fait le diagnostic du mutisme sélectif ?

4) L'origine du trouble est-elle souvent :
- psychologique et/ou en lien avec la dynamique familiale ? (oui/non)

Si oui, quel est le souci sous-jacent ?

- en lien à des difficultés scolaires ? (oui/non)
- liée à des difficultés de langage oral, d'expression orale ? (oui/non)
- liée au bilinguisme ? (oui/non)

5) Quels genres de thérapies mettez-vous en place lorsque vous prenez en charge un enfant atteint de mutisme sélectif?

6) Y-a-t-il fréquemment un partenariat avec les parents et le psychologue scolaire ? (oui/non)
- Si oui, comment se déroule-t-il ?

7) Lorsque vous soupçonnez des difficultés d'ordre langagier, que faites-vous ?

8) Y-a-t-il souvent une collaboration entre vous et l'orthophoniste dans le cadre de la prise en charge de l'enfant ? (oui/non)

9) Si les difficultés langagières, et/ou de communication, et/ou d'acquisitions scolaires de l'enfant étaient la cause de son mutisme sélectif, pensez-vous qu'il serait plus prudent d'effectuer une thérapie psychologique en parallèle à la thérapie orthophonique/logopédique? (oui/non)
- Pourquoi ?

10) Informations à rajouter, remarques importantes à prendre en compte, selon votre expérience :

Annexe VI - Questionnaire créé en faveur des orthophonistes- logopèdes :

1) Pour quelles difficultés avez-vous pris en charge l'enfant ?

- Des difficultés de langage oral ? (oui/non)
- Des difficultés d'articulation ? (oui/non)
- Des difficultés liées à la pauvreté du vocabulaire ? (oui/non)
- Des difficultés de parole (bredouillement, bégaiement) ? (oui/non)
- Des difficultés de compréhension ? (oui/non)
- Des difficultés liées à la langue (bilinguisme) ? (oui/non)
- Autres :

2) Qu'en est-il de sa communication non verbale (pour formuler des demandes par exemple) ? Est-elle présente ou plutôt absente ?

3) Quel âge a (avait) l'enfant lorsque vous l'avez pris en charge ?

4) En quelle classe est (était) -il?

5) Qui a envoyé l'enfant vers vous ?

6) De manière rétrospective, vous pouvez dire que votre rôle avec l'enfant est :

- Purement orthophonique/logopédique ? (oui/non)
- Psycho-logopédique/psycho-orthophonique ? (oui/non)

7) Pensez-vous que le logopède/orthophoniste est plus à même de traiter le mutisme sélectif d'un enfant qu'un pédopsychiatre/psychologue ? (oui/non)

- Pourquoi ?
- Est-il important que les deux soient complémentaires ? (oui/non)
- Pourquoi ?

8) Avez-vous fait un grand travail de collaboration avec l'enseignant ? (oui/non)

- Comment ?

9) La guidance parentale est-elle primordiale? (oui/non)

- Si oui, en quoi consiste-t-elle ?

10) Vos moyens et objectifs thérapeutiques pour l'enfant que vous avez pris en charge étaient :

- Des jeux de rôle ? (oui/non)
- Des bains de langage ? (oui/non)
- Une stimulation de vocabulaire ? (oui/non)
- Un travail sur le souffle ? (oui/non)
- Un travail par le chant ? Les comptines ? (oui/non)
- De la relaxation ? (oui/non)
- Centrés sur des approches de thérapies du bégaiement ? (oui/non)
- Autres :

11) Avec le recul, diriez-vous que la thérapie orthophonique-logopédique est plus utile **pendant ou après** la démutisation (si toutefois la cause est en partie d'ordre langagier) ?

- Pourquoi ?

12) Une collaboration avec le pédopsychiatre et/ou avec le psychologue scolaire a-t-elle été mise en place ? (oui/non)

- Pourquoi ?

13) Avec qui avez-vous été le plus en collaboration lors de la thérapie avec l'enfant ?

14) L'enfant que vous avez pris en charge est-il venu :

- **En parallèle** à une thérapie psychologique ? (oui/non)
- **A la suite** d'une psychothérapie ? (oui/non)
- **Avant** une psychothérapie ? (oui/non)

15) Informations supplémentaires, remarques importantes à prendre en compte selon vous :