



Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales
Département : Sciences sociales
OPTION : Orthophonie

MEMOIRE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention diplôme MASTER

Spécialité :

Pathologie du langage et de la communication

Thème :

**L'impact d'un programme multimodal
sur la prise en charge de l'enfant
mutique et sélectif**

**Cas de deux (2) élevés du primaire Mohamed
Hakmi**

Réalisé par :

M^{elle} BE

M^{elle} BE

Encadré(e) :

Mme : HADBI Mouloud

**Année Universitaire
2018/2019**



Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales
Département : Sciences sociales
OPTION : Orthophonie

MEMOIRE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention diplôme MASTER

Spécialité :

Pathologie du langage et de la communication

Thème :

**L'impact d'un programme multimodal
sur la prise en charge de l'enfant
mutique et sélectif**

**Cas de deux (2) élèves du primaire Mohamed
Hakmi**

Réalisé par :

M^{elle} Benhaddad Taous

M^{elle} Benlakehal Yasmina

Encadré(e) :

Mme : HADBI Mouloud

Année Universitaire

2018/2019

Remerciements

Nous tenant à remercier en premier lieu notre promoteur « HADBI MOULOUD », pour son soutien durant la période de réalisation de la recherche.

Merci également, profondément à Mr « BICHATA MOUNIR » pour ses précieux conseils, son écoute et sa disponibilité et pour l'intérêt qu'il a porté à notre travail, les échanges documentaires et le partage de ces expériences sur le terrain.

Un grand merci à l'école des frères « MOHAMMED HAKMI » pour son accueil et aux institutrices pour leur collaboration et leur ouverture pédagogique.

Nous témoignons aussi toute notre gratitude à nos sujets d'étude et à leurs familles, sans qui ce travail n'aurait pu se réaliser. Ils nous ont beaucoup apporté.

Nous remercions bien affectueusement nos famille et nos amis qui, de près ou de loin, nous ont soutenues dans ce travail et nous ont encouragées tout au long de notre parcours jusqu'à l'élaboration de ce travail de fin d'études.

Dédicace

A ma familles, mes parents pour leur soutien matériel et psychologique durant ces cinq années et particulièrement lors de la réalisation de ce mémoire.

A yasmina pour sa présence, son soutien, son aide, sa compréhension à toute épreuve et pour avoir rendu cette année inoubliable.

A tous ceux qui ont contribué à ce mémoire de près ou de loin ou qui nous ont soutenues durant ces années.

Je dédie particulièrement ce travail à ma mère et mes sœurs pour m'avoir soutenue, et encouragé

BENHADDAD TAOUS

Dédicace

A ma famille, mes parents pour leur soutien matériel et psychologique durant ces cinq années et particulièrement lors de la réalisation de ce mémoire (merci super imprimeur et super chauffeur !).

A celui qui se produit une seule fois dans la vie to my moon and back « MOHA » pour sa présence, son soutien, ses encouragements et sa confiance en moi.

A Wissam et à Katia, Sarah, Wafa pour avoir répondu présentes à mon appel.

A chaque personne qui a pu contribuer de près ou du loin à rendre cette année inoubliable, pleine de souvenirs et de bons moments.

BENLAKEHAL YASMINA

Table des matières

Introduction.....	1
--------------------------	----------

Définitions des concepts clés	3
--------------------------------------------	----------

Partie théorique

Chapitre I : Caractéristiques du mutisme sélectif

Préambule.....	7
-----------------------	----------

1. Historique du mutisme sélectif.....	7
----------------------------------------	---

2. Définition du mutisme sélectif.....	10
----------------------------------------	----

2.1. Définition de logopédie	10
------------------------------------	----

2.2. Définition de DSM-IV.....	10
--------------------------------	----

2.3. Définition de CIM-10.....	11
--------------------------------	----

2.4. Définition d'OVL....	11
---------------------------	----

2.5. Définition de l'orthophonie.....	11
---------------------------------------	----

3. Classification et formes cliniques.....	11
--------------------------------------------	----

3.1. Classification Aubry et Placio-Espasa.....	12
-------------------------------------------------	----

3.2. Le mutisme extrafamilial versus intrafamilial.....	12
---------------------------------------------------------	----

3.3. Mutisme sélectif transitoire versus persistant.....	12
----------------------------------------------------------	----

3.4. Mutisme extrafamilial total versus extrafamilial partiel.....	12
--------------------------------------------------------------------	----

3.5. Classification de Hyden.....	12
-----------------------------------	----

3.6. Classification de Johson et Wintgens.....	14
------------------------------------------------	----

4. Les caractéristiques tempéramentales et comportementales.....	15
------------------------------------------------------------------	----

5. Hypothèses étiologiques.....	16
---------------------------------	----

5.1. Théories psychodynamique.....	16
------------------------------------	----

5.2. Théorie behavioriste.....	18
--------------------------------	----

Table des matières

5.3. Théorie biologique et génétique.....	19
5.4. Théorie Systémique familiale.....	19
5.5. Emigration et situation géographique.....	20
6. Le profil type d'un enfant mutique sélectif.....	21
7. Méthodes d'évaluations et outils de diagnostique.....	21
7.1. Rôle des parents.....	22
7.2. Rôle de l'enseignant.....	23
7.3. Rôle de l'ORL.....	23
7.4. Rôle de pédopsychiatre.....	23
Synthèse du chapitre.....	25
Chapitre II : Prise en charge du MS	
1. Prise en charge de l'enfant en dehors de l'école.....	28
1.1. Par le pédopsychiatre ou par le psychologue.....	29
A. La thérapie psychodynamique.....	29
B. Les thérapies cognitivo-comportementales.....	34
C. La thérapie familiale systémique.....	36
2. Les traitements médicamenteux.....	37
3. La prise en charge orthophonique.....	37
4. La prise en charge de l'enfant au sein de l'école	
4.1. Programme d'introduction massive de la parole à l'école.....	40
4.2. Introduction progressive en Pictogramme.....	42
Synthèse du chapitre.....	46
Problématique et hypothèses	48

Table des matières

Partie pratique

Chapitre III : le cadre méthodologique de la recherche :

Préambule	53
1. Pré enquête	53
2. L'enquête.....	53
3. Présentation de lieu d'étude	53
4. La méthode utilisée :.....	54
4.1. Méthode descriptive : technique d'étude de cas.....	55
5. Le groupe d'étude :	56
6. Les outils utilisés :	57
6.1. L'entretien.....	57
6.2. L'observation.....	59
6.3. Le questionnaire de mutisme sélectif.....	60
7. Le déroulement de la recherche.....	61
8. Le programme de prise en charge proposé :.....	62
8.1. Constellation familiale.....	62
8.2. Guidance familiale.....	63
8.3. Introduction progressive du thérapeute.....	63
8.4. Représentation mentale des diverses situations.....	63
8.5. L'enregistrement et le self modeling	64
8.6. Introduction progressive de l'enseignant.....	64
8.7. Introduction progressive des camarades de classe.....	65
8.8. Ouvrir la voix de l'enfant.....	65
Synthèse de chapitre	66

Chapitre IV: Présentation, interprétation, et discussion des résultats

Préambule	68
1. Présentation de cas 1.....	68
1.1. Orientation.....	68
1.2. Interprétation des réponses des entretiens.....	69
1.3. Interprétation des réponses des questionnaires.....	69

Table des matières

1.4. Déroulement de la prise en charge.....	70
A. Etapes de collecte de données.....	70
B. Application du programme de prise en charge.....	70
1.5. Synthèse de déroulement de la prise en charge.....	75
2. Présentation de cas 2.....	75
2.1. Déroulement de la prise en charge.....	76
A. Etapes de collecte d'informations.....	76
B. Etapes de diagnostique et d'intervention.....	76
2.2. Présentations des séances thérapeutique réalisé avec cas 2.....	76
2.3. Présentation et interprétations des résultats des séances.....	72
3. Synthèse générale des résultats obtenus.....	82
Discussion des hypothèses.....	82

Liste bibliographique

Annexes

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Introduction

Introduction

Souvent considéré comme un trouble lié à l'anxiété, le mutisme sélectif se définit par l'incapacité que certains enfants éprouvent à parler dans certaines situations alors qu'ils sont capab. Environ 2% des enfants en sont affectés. Les signes précurseurs apparaissant en général avant l'âge de 5 ans, mais il arrive fréquemment que cette difficulté ne soit détectée que lors de la première rentrée scolaire. Bien que le comportement de chaque enfant soit unique, la plupart des enfants souffrant de mutisme sélectif son à l'aise pour s'exprimer à la maison alors qu'ils sont incapable de le faire, par exemple à l'école ou en collectivité avec d'autres enfants. Lorsqu'un enfant atteint de mutisme sélectif est incité à parler dans une situation qui lui procure de l'anxiété, il baissera souvent la tête, rougira ou évitera d'une façon ou d'une autre d'interagir avec les personnes présentes.

Le présent travail de recherche à comme rôle d'apporter un plus aux recherches publier, par la tentative de création d'un programme multidisciplinaire touchant les aspects trans-nosographique du trouble en s'appuyant sur l'hétérogénéité et les classifications et les différentes étiologies existantes à l'heur actuel. La documentation théorique que nous décririons mettront en avant les caractéristiques du mutisme sélectif il comportera les différentes définitions actuelles, et les divers modifications apportés à son appellation au fils des siècles coïncidant avec les résultats des recherches réalisé sur les sujet mutiques sélectifs, nous tenterions également de mettre en avant les diverses classifications existantes qui démontre, selon recherches menés sur ce champs d'étude, que le MS peut se manifester sous différentes formes et a des degrés différent (selon la situation anxieuse où le sujet est confronté et son degré d'anxiété).

Pour terminer la partie théorique, nous décririons les différentes prises en charge existantes et les interventions possibles pour aider l'enfant atteint de mutisme sélectif à « ouvrir sa voix » et à diminuer son anxiété en dehors et au sein de l'école selon la spétialité de l'intervenant.

Quant à la partie pratique, elle consistera à apporter quelques éclaircissements sur l'enfant et son trouble (comment il vit son trouble et la réaction de son entourage envers son handicapé momentanée). Cette étude, sera construite sur l'évaluation de programme de prise en charge que nous avons tenté de créer afin d'aider cette catégorie d'enfant, souvent marginalisé, a surmonter leur trouble.

Introduction

Nous décrivons tout d'abord la méthodologie que nous avons employée pour construire notre étude, en justifiant le choix de notre groupe d'étude et les intervenants que nous avons choisi d'interroger et d'introduire dans le cercle de confiance de nos cas en utilisant le programme créer. Puis, nous expliquerions le choix qui nous ont limités à ces outils décrit dans le cadre méthodologique pour recueillir assez d'information qui nous permettront de recueillir des données fiables sur le terrain.

La deuxième partie s'axera, quant à elle, sur la présentation et l'interprétation des résultats en s'appuyant sur la pratique orthophonique du programme de rééducation utilisée. À travers les cas clinique de deux enfants atteints de MS, nous mettrons en avant l'efficacité d'un programme de rééducation multimodal dans la prise en charge du mutisme sélectif. Nous conclurons cette étude sur une discussion, en répondant à nos hypothèses de travail initiales en interprétant les résultats obtenus avec le suivi thérapeutique de nos deux cas.

Concepts clés

Définition des concepts clés :

Mutisme sélectif :

Le terme "mutisme", bien connu dans la profession d'orthophoniste, est à dissocier du "mutisme sélectif". D'après le dictionnaire de logopédie, le mutisme est une « absence d'expression verbale malgré une intégrité des fonctions sensorielles et motrices nécessaires à l'élaboration du langage ». Le mutisme sélectif correspond, quant à lui, à un trouble de la communication se manifestant chez le jeune enfant. Il se définit par une impossibilité de parler dans des situations trop anxiogènes alors que l'enfant a acquis les divers principes du langage et de la parole. Certaines situations ne permettent donc pas à l'enfant de s'exprimer, celles-ci concernent principalement les contextes extrafamiliaux (particulièrement l'école). Cependant, l'enfant communique sans aucune difficulté dans certaines conditions sociales telles qu'à la maison ou en famille. (C.Campolini et col, 1997, p. 97)

Anxiété :

L'anxiété est une émotion souvent ressentie comme désagréable qui correspond à l'attente plus ou moins consciente d'un danger ou d'un problème à venir. L'anxiété est un phénomène normal, présent chez tous les individus. Elle peut cependant prendre un caractère excessif et pathologique dans différentes situations : on parlera alors de troubles anxieux.

Les sujets souffrant de troubles anxieux sont envahis par ce sentiment d'inconfort ou de peur secondaire à une anticipation excessive d'éventuelles difficultés avant même que les problèmes ne soient survenus, ou avant même que le sujet ait repéré précisément ce qu'il redoute. Les psychiatres parlent parfois de « peur sans objet ».

Troubles anxieux :

Le terme «trouble anxieux» fait référence à des troubles psychiatriques spécifiques impliquant une peur ou une angoisse extrême, et comprend le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique et les attaques de panique, l'agoraphobie, le trouble anxiété sociale, le mutisme sélectif, l'anxiété de séparation et des phobies spécifiques.

Socialisation

La socialisation est un processus par lequel sont transmises des valeurs et des normes dans le but de construire une identité sociale et d'intégrer l'individu à la société. Elle fait d'un individu un être social, et elle est aussi créatrice de lien social. Elle assure donc l'intégration de

Concepts clés

l'individu (fonction micro-sociologique : "moi+société"), ainsi que la cohésion sociale (macro-sociologique : "moi+eux+société"). En quelque sorte, pour fonctionner, la société produit des valeurs et des normes qui ont besoin de ton corps : la socialisation est un processus par lequel valeurs et normes sont extériorisées par la société pour être intériorisées par les individus.

Nosographie : classification analytique des différentes maladies en fonction de leur genre, espèce ou encore de leurs caractéristiques.

Chapitre I

Caractéristique de mutisme sélectif

Préambule :

Dans cette partie de chapitre nous exposerions les aspects historiques du trouble qui démontre que le terme avait plusieurs appellations coïncidant avec les résultats des différentes recherches menées sur le sujet. Nous expliquerions ensuite que le MS se manifeste sous différentes formes selon les caractéristiques des diverses classifications rapportées aux aspects de ce trouble au fil du temps.

Puis nous décririons en quoi ce trouble peut avoir une conception trans-nosographique à fin de visualiser correctement le profil type des enfants mutiques sélectifs. Dès lors que les concepts de base soient maîtrisés nous révélerions, en résumé, les démarches évaluatives et les moyens de dépistage disponibles pour poser le diagnostic du MS dans le but d'éviter les présupposés sur ce trouble.

1. Historique du concept du mutisme sélectif : de « L'Aphasia Voluntaria » au « mutisme sélectif » :

Malgré le fait que le terme « mutisme sélectif » n'ait été adopté que récemment dans la littérature scientifique, cela fait plus d'un siècle que les chercheurs et les professionnels de la santé mentale se sont penchés sur le cas de ces enfants qui ne parlent que dans certaines situations. Le mutisme sélectif n'est pas un trouble fréquent et il reste encore actuellement un trouble intrigant entouré par un certain mystère. « Jusqu'à récemment, la plupart de la littérature médicale s'est occupée de cas isolés et c'est seulement dans ces dernières années que de plus grandes études ont été élaborées ». (C. Aubry, 2002, p.6)

Plusieurs hypothèses ont été évoquées quant à l'origine et la signification du mutisme coïncidant avec les résultats des différentes recherches menées sur le sujet :

Le MS a été décrit pour la première fois en 1877 par Adolphe Kussmaul (un physicien allemand) à propos de trois cas cliniques. Il a nommé ce trouble où les enfants savent parler mais choisissent d'être silencieux (souvent en réaction à une situation traumatique) « aphasia voluntaria ». (E.Gellman-Garçon, 2007, P. 263). Pensant qu'il s'agissait d'une réelle volonté de la part de l'enfant de ne pas utiliser la parole dans certains contextes tout en étant capables de parler.

En 1927, Sophie Morgenstern préféra l'expression « mutisme psychogène ». Comme beaucoup d'auteurs de l'époque, elle pensait que le mutisme était surtout l'expression d'une opposition et d'une provocation. (C. Aubry, 2002, p.11). « Chez les hystériques, le mutisme représenterait l'expression physique d'un conflit psychologique (contrairement au mutisme des schizophrènes qui serait plutôt une manifestation du négativisme). (E.Gellman-Garçon, 2007, P. 263)

En 1934, Moritz Tramer, pionnier de la psychiatrie suisse, estampilla ce trouble du terme « elektiver mutismus », « pour décrire un syndrome témoignant d'une perturbation grave de la personnalité. Il a identifié plusieurs facteurs associés, dont la fragilité particulière du langage, l'isolement de la famille par rapport à l'environnement extérieur ». L'utilisation du terme « électif » illustre la croyance dominante de l'époque, à savoir que ces enfants choisissaient de ne pas parler. (E.Gellman-Garçon, 2007, P. 263)

Dans les années cinquante, A. Weber a noté que les enfants souffrant de ce trouble avaient souvent une relation trop proche avec leurs mères, alors que d'autres ont remarqué l'importance des expériences traumatiques comme facteur déclenchant. (C. Aubry, 2002, p. 11)

Les années 1960 ont témoigné d'un plus grand effort pour essayer de comprendre les aspects psychodynamiques de ce trouble. En 1962, George Spencer de Vault et Éric Schopler « essaient de donner le tableau de la constellation familiale qui serait, selon eux, relativement spécifique » : dépendance excessive à la mère, importance des fixations orales, tendances dépressives, importance de l'ambivalence et du rejet maternel, caractère passif des pères qui seraient souvent alcooliques. Dans cette perspective, le mutisme servirait à contrôler les pulsions sadiques orales considérées comme intolérables. (E.Gellman-Garçon, 2007, P. 263-264)

Depuis les années 1980, l'intérêt porté à ce trouble s'est propagé, avec la création d'une Fondation pour le mutisme sélectif aux États-Unis, ainsi que des demandes par des associations de parents pour un changement de nom dans le DSM. « La reconnaissance croissante du rôle sous-jacent de l'anxiété dans cette pathologie et sa nature situationnelle conduisirent à changer le terme mutisme électif en mutisme sélectif » lors de la publication en 1994 aux États-Unis de la 4^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Désordres Mentaux. Depuis ce temps-là, les spécialistes de la question en sont venus à réaliser que le mutisme de l'enfant n'est pas un choix ou le fait de sa volonté. Le terme actuel reflète de

façon plus exacte cette condition, dans laquelle l'enfant se sent à l'aise pour parler dans une sélection de situations particulières. (V. Roe, 2011, p. 3)

C'est ainsi que le mutisme « électif », apparu en 1980 dans le DSM III dans la rubrique « Autres troubles de la première et de la deuxième enfance ou de l'adolescence », est devenu progressivement le mutisme « sélectif » dans le DSM IV, pour mieux souligner son aspect involontaire et dépendant du contexte social. (E.Gellman-Garçon, 2007, P. 264)

Dans les années 1990, le nombre de publications concernant ce trouble a augmenté de manière importante, dans les journaux anglophones plus spécifiquement. Non seulement des études à plus grande échelle ont été publiées, mais également des articles sur les différentes modalités de traitement. La plus part des études publiées décrivent des cas individuels de traitement suivis par des enfants mutiques. « Il est important de noter néanmoins que c'est au cours de cette dernière décennie que s'est amorcé un tournant majeur dans les conceptions étiologiques de ce trouble (dans les pays anglo-saxons essentiellement) : les aspects psychodynamiques ont en effet laissé place à des hypothèses biologiques et génétiques du trouble, suivant le courant général de la psychiatrie ». (E.Gellman-Garçon, 2007, P. 264)

Plusieurs hypothèses ont été évoquées quant à l'origine et la signification du mutisme : traumatisme psychique ou physique, hérédité familiale, symptôme exprimant une difficulté de séparation, un conflit de loyauté vis à vis des parents ou le pays d'origine et plus récemment, symptôme faisant partie d'autres troubles tel que l'anxiété ou la phobie sociale. « Selon où l'accent est mis, les aspects psychodynamiques du trouble ou les aspects plus biologiques sont mis au premier plan. Les traitements préconisés ont aussi été nombreux et variés : traitements psychothérapeutiques divers, traitements orientés vers les familles, traitements comportementaux et plus récemment la pharmacothérapie ». (C. Aubry, 2002, p. 6)

« C'est ainsi qu'aux États-Unis, il est de plus en plus admis à l'heure actuelle que le mutisme sélectif n'est pas un trouble isolé, mais l'équivalent dans l'enfance de la phobie sociale à l'âge adulte ». Repensé comme faisant partie du spectre des troubles anxieux, ce trouble fait même l'objet de propositions par certains auteurs non seulement d'une reclassification dans le DSM IV mais aussi un changement de traduction en arabe car le terme possède toujours cette particularité d'être désigné comme un choix volontaire de l'enfant et non pas un symptôme subi par ce dernier. (E.Gellman-Garçon, 2007, P. 264-265).

2. Définition du mutisme sélectif :

De nombreux experts estiment que le mutisme sélectif est une forme de phobie spécifique, une peur excessive qui se limite à la présence ou l'anticipation d'une certaines situations ou d'un fait. Le MS étant un trouble rare et peu connu, sa définition n'est pas encore très précise. C'est pourquoi nous allons mettre en exergue les définitions que nous proposent certains professionnels de la santé mentale, et les professionnels du langage :

2.1. Définition de logopédie

Correspond à un trouble de la communication se manifestant chez le jeune enfant. Il se définit par une impossibilité de parler dans des situations trop anxiogènes alors que l'enfant a acquis les divers principes du langage et de la parole. Certaines situations ne permettent donc pas à l'enfant de s'exprimer, celles-ci concernent principalement les contextes extrafamiliaux (particulièrement l'école). Cependant, l'enfant communique sans aucune difficulté dans certaines conditions sociales telles qu'à la maison ou en famille. (C. Latiéule, 2009, p. 7)

2.2. Définition de DSM-IV-TR (2003) :

Le DSM-IV, qui donne une définition descriptive du trouble, 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 ». (DSM-IV, 1996, p. 137)

2.3. Définition du CIM-10 :

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). (F.Canion, 2011, p. 15)

2.4. Définition de l'OVL :

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 ». (F. Canion, 2011, p. 15)

2.5. Définition de l'orthophonie :

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 ».

3. Classification et formes clinique du trouble :

Le but de toute classification étant de regrouper des constellations de symptômes, certains auteurs pensent que le mutisme sélectif devrait actuellement faire partie des phobies sociales (Black et Uhde 1992 et 1995, Crumley 1990 et 1993) ou des troubles anxieux (Dummit et al 1997), alors que d'autres trouvent des similarités avec les troubles d'opposition (Krohn et al 1992 et 1993). « D'autres encore, pensent que le mutisme sélectif mérite toujours sa classification distincte étant donné qu'il s'agit d'un groupe très hétérogène (Cunningham et al 1983). Pour ceux qui ont une orientation plutôt psychodynamique, les conflits intrapsychiques doivent être adressés (Valner & Nemiroff 1995 et Yanof 1996) ». (C. Aubry, 2002, p : 9).

Par ailleurs, il existe des différentes classifications qui mettent en avant différentes formes de mutismes sélectifs, qui, paraissent important de les préciser afin que ces notions soient comprises et intégrées, et pour qu'elles ne puissent pas faire l'objet de confusions notons que ces formes sont des résultats de recherches empiriques et longitudinales portés sur

des enfants mutiques sélectif d'âges, sexes, classes sociales et des psychopathologies structurelles différentes :

3.1. Aubry et Palacio-Espasa proposent deux types de mutisme sélectif :

3.1.1. 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. (C. Aubry, 2002, p. 38). Ce type de mutisme représente un symptôme important car il est très souvent associé à un trouble de la personnalité de la petite enfance. En effet, il signale un échec de la socialisation que l'on pourrait définir comme étant la préparation à la vie de groupe. Selon les auteurs, il ne peut pas être considéré comme un trouble névrotique de type anxieux ou phobique, même si l'angoisse est toujours présente sous une forme ou une autre chez ces enfants. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 277)

3.1.2. Le mutisme secondaire (après 6 ans) :

Les enfants ayant parlé normalement et pendant une longue période à tout leur entourage ainsi qu'aux étrangers. Trouble faisant son apparition plus tardivement, où l'enfant développe un mutisme sélectif seulement après une période où il a parlé normalement en toute situation. (C. Aubry, 2002, p. 38)

Cette forme de mutisme ne serait pas nécessairement l'expression d'un échec de la séparation, mais pourrait être vue plutôt comme un trouble réactionnel ou l'expression d'une phobie sociale.

Faire la distinction entre ces deux formes de mutisme semble être une démarche très importante afin de poser les bonnes indications de traitement et de se prononcer par rapport au pronostic. « La durée du symptôme informe sur la ténacité de celui-ci, cependant, même si la durée n'est pas très longue, la signification du symptôme reste importante pour le tout petit enfant chez qui le mutisme s'installe insidieusement, avec, pour corollaire, un trouble sous-jacent de la personnalité qui doit être recherché ». Une évaluation approfondie de la structure psychopathologique de l'enfant est donc indiquée. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 277)

3.2. Le mutisme extra-familial versus intrafamilial

Le mutisme extra-familial est identifié en dehors de l'environnement proche de l'enfant, comme à l'école, dans des lieux publics, ou en présence d'étrangers. Quant au 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. (F.Canion, 2011, p. 17)

3.3.Mutisme sélectif transitoire versus persistant :

Le mutisme sélectif transitoire ou permanent n'est pas rare et concerne des enfants de 5 à 7 ans au moment de l'entrée à l'école. Selon plusieurs auteurs, c'est probablement une réaction d'adaptation (ou un signe d'anxiété de séparation) qui disparaît spontanément au cours de la première année chez 90 % des enfants concernés. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 277)

Il se manifeste durant l'entrée à l'école et se résorbe spontanément durant la première année. Une prévalence existe chez les enfants immigrants mais qui comprennent toutefois la langue du pays d'accueil. La cause serait due à une trop grande anxiété en lien avec le changement et la séparation. Le MS transitoire apparaît de manière adaptative durant une courte période. (F.Canion, 2011, p. 18)

Le mutisme sélectif persistant ou chronique est plus rare et ses conséquences sont plus sévères. Mais même une courte période de mutisme peut avoir un impact négatif sur le fonctionnement de l'enfant, dans le sens où, des symptômes d'anxiété pouvant persister même après la normalisation de la communication verbale. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 277)

Dans ce type de mutisme, la durée du symptôme, le lieu et les contextes dans lesquels il se manifeste est primordial pour pouvoir effectuer le diagnostic adéquat.

3.4.Mutisme extra-familial total versus mutisme extra-familial partiel :

Mutisme extra-familial total (où la fragilité particulière du langage se retrouve aussi dans le milieu familial : les enfants parlent mal et s'expriment peu par le langage verbal) versus mutisme extra-familial partiel (où la situation en famille est diamétralement opposée, l'enfant parlant beaucoup et utilisant souvent des « gros mots », ce qui montre l'importance de la dimension sadique anale, ces enfants sont aussi quelquefois ceux que les parents décrivent comme tyranniques à la maison, et trop sages à l'école). (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 275)

3.5.Classification de Hayden : dans son étude de 1980 portant sur 68 enfants, a distingué quatre types différents de mutisme sélectif :

- **Le mutisme symbiotique :** Le mutisme semble ici utilisé comme manipulation par l'enfant au sein d'une relation fusionnelle qu'il a établie avec un des membres de la famille (très souvent la mère). (C. Latieule, 2000, p. 15)

C'est un mutisme semblant servir à des fins de manipulation : le mutisme n'est pas un instrument de retrait, mais plutôt à l'opposé une tentative de contrôle sur son environnement. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 275)

- **Le mutisme avec phobie de la parole** : Caractérisé par une peur active pour l'enfant mutique d'entendre sa propre voix, la présence de comportements ritualisés (mouvements utilisés comme des « formules magiques », dans le but de s'obliger à parler ou de se protéger, lui et ses proches, des effets de sa parole), une large variété de troubles obsessionnels compulsifs non reliés directement à la parole, et une motivation en général importante de ces enfants à retrouver la parole, avec une participation active en thérapie. Cette forme de mutisme est très rare. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 275)
- **Le mutisme réactionnel ou traumatique** : lié à un ou une série d'événements traumatiques durant la petite enfance (parfois passés inaperçus auprès de l'entourage) précipitent la survenue du mutisme. Des manifestations de retrait important, et même des symptômes de dépression modérée à sévère peuvent être présents. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 275-276)

Ça s'explique du fait que l'enfant a vécu un événement de vie traumatisant. Cette blessure engendre un retrait important de l'enfant et les signes cliniques s'apparentent à un profil dépressif. Ainsi, les interactions sociales s'établissent plus difficilement et le mutisme peut survenir.

- **Le mutisme passif-agressif** : où l'enfant exprime clairement (même si silencieusement) son hostilité par un refus défiant de parler, a des comportements antisociaux fréquents et parfois d'une violence surprenante, un manque d'expressions faciales et un contrôle des affects important. D'un point de vue dynamique, il est apparu que les enfants souffrant de ce type de mutisme étaient élevés dans un environnement souvent extrêmement pathogène, où ils étaient devenus les boucs émissaires de la famille, l'utilisation du mutisme pour ces derniers apparaît comme un moyen choisi pour contrôler et manipuler un monde moins contrôlable autour d'eux. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 275-276)

3.6. La classification de Johnson & Wintgens (2001) :

Cette classification scinde le mutisme sélectif en cinq catégories :

- Les enfants qui n'osent pas beaucoup parler et qui présentent des éléments de mutisme (on pourrait parler de « semi-mutisme sélectif »)
- Le mutisme sélectif « pur »
- Le mutisme sélectif accompagné d'un défaut d'élocution ou de langage dans un contexte où la langue utilisée avec eux n'est pas leur langue maternelle
- 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.)
- 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. (F. Canion, 2012, p. 17)

4. Les caractéristiques tempéramentales et comportementales :

De nombreuses caractéristiques tempéramentales, parfois même contradictoires, ont été associées aux enfants mutiques sélectifs. Lorsque ces enfants se trouvent dans des situations anxiogènes, divers signes comportementaux peuvent se manifester de manière significative. Ces derniers ont été décrits selon les auteurs comme des enfants :

- Excessivement timides, inhibés, soumis, anxieux en dehors de la maison et en milieu scolaire, ce sont des enfants "trop calmes" et en retrait. Lors des récréations, il leur est difficile de s'intégrer aux groupes de jeux. Ils se mettent plutôt en position d'observateurs et peuvent même rester quasi immobiles durant tout le temps de la récréation alors que les autres enfants rient et jouent autour d'eux. Mais souvent obstinés, opiniâtres, dominants à la maison.
- Susceptibles, sensibles aux moqueries et à l'ironie isolés sur le plan social, avec des difficultés de séparation d'avec leur mère ils sont aussi peu motivés sur le plan scolaire, manquant de confiance en eux et ayant parfois une attitude négativiste, opposante, de contrôle ou manipulatrice, voire agressive et sauvage prêtant néanmoins attention à leur entourage et aux événements autour d'eux.

L'image donnée de l'enfant mutique sélectif varie en suivant les descriptions cliniques des différents chercheurs qui se sont penchés sur ce sujet et incluent presque toutes les caractéristiques possible de personnalité et de comportement.

Certain de ces auteurs se sont attachés à les classer en deux catégories (en fonction de leurs comportements opposés). Il distingue en effet les caractéristiques internalisées (timidité,

anxiété, dépression, dépendance, cramponnement, sensibilité...) des caractéristiques externalisées (entêtement, désobéissance, domination, négativisme, opposition, agressivité...).

Le groupe « internalisé », beaucoup plus fréquent, il est supposé retenir le langage (être mutique sélectif) à cause d'une anxiété importante face à la demande (être confronté à une conversation). Le groupe « externalisé » en revanche, resterait mutique dans le but de manipuler son environnement.

5. Hypothèses étiologiques :

Plusieurs hypothèses ont été avancées dans la littérature depuis les premières descriptions cliniques quant à l'origine et à la signification du mutisme. Selon les points de vue, les aspects psychodynamiques du trouble ou les aspects plus biologiques sont mis au premier plan. Il paraît, justifié, de considérer qu'il n'existe pas une seule étiologie au mutisme sélectif, mais que ce trouble a probablement une origine multifactorielle. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 282)

5.1. Théorie psychodynamique :

Elle fait notamment appel au concept d'inconscient (que rejette la recherche fondamentale en psychologie). Les difficultés présentes sont conçues comme ayant leur origine dans les conflits irrésolus de l'enfance. La méthode analytique classique consiste à interpréter le discours (où la libre association est importante) pour prendre conscience de l'influence des conflits inconscients sur les fonctionnements actuels afin de s'en dégager.

Il s'agit rationnellement d'une longue démarche. Des approches à plus court terme, dont la thérapie de soutien qui vise à renforcer les mécanismes d'adaptation actuels, sont aussi développées. (Le journal de la psychologie, consulté le 17.08.19)

Cette théorie soutient les causes suivantes :

➤ Étiologie « relationnelle » et langage synpraxique :

Pour la mère, l'apprentissage du langage par l'enfant peut être une source de satisfaction si elle est capable d'amour objectal envers ce dernier, sans que les projections de sa propre culpabilité oedipienne ne viennent la troubler. Mais il peut se faire qu'elle ne supporte pas l'autonomie que l'apprentissage du langage confère à l'enfant, s'il est investi narcissiquement. Elle devient alors complice d'une organisation particulière de la relation verbale qui correspond à ce que Luria et Youdovitch ont décrit sous le nom de « langage synpraxique » (par opposition aux langages planificateur et informateur), un langage qui se différencie du

langage réel par le fait qu'il ne se dégage pas de la réalité et de l'action : il est confondu dans l'activité immédiate, il n'est qu'une façon de souligner le geste, la mimique ou l'action. Les mots n'ont pas de valeur sémantique universelle et ne prennent leur sens que dans un contexte concret précis. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 284)

Le langage synpraxique permet une relation étroite quasi fusionnelle avec la mère. Beaucoup de mères ne s'inquiètent pas du retard dans l'évolution du langage que ce type de communication implique. Elles sont en effet trop satisfaites de la dépendance totale de l'enfant qui, pouvant exprimer tous ses besoins, n'est lui-même gêné en rien. Il est certain cependant que les enfants qui se comportent ainsi s'adaptent très mal au passage du milieu familial au milieu scolaire. Beaucoup de mutismes électifs à l'école maternelle ou en première année d'école primaire sont, d'après les auteurs, vraisemblablement sous-tendus par la prévalence d'un langage familial synpraxique. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 284)

Pour mieux appréhender ce fait, la perte de l'investissement et du plaisir de s'énoncer par la parole se retrouve dans l'appréhension de l'abandon par la mère. Celle-ci, dans certaines circonstances, participe pour une part à l'installation et à la persistance du mutisme chez son enfant. C'est le cas lorsque le parent ne conçoit pas son autonomie, le langage signant le désir de se différencier, de se distancer. L'enfant mutique entretient les velléités d'un lien fusionnel, établissant quelquefois avec le parent un langage spécifique que des auteurs ont nommé « synpraxique ». (E. de Becker, 2012, p.243)

Ce langage particulier maintient l'enfant dans une dépendance affective au parent dans laquelle il est partie prenante. Les conséquences à moyen et long terme sont loin d'être négligeables sur le plan de la construction identitaire de l'enfant. (E. de Becker, 2012, p.243)

➤ **Etiologie des représentations liées a la mort :**

Comme Freud l'a souligné, l'angoisse de l'enfant mutique peut correspondre aux représentations liées à la mort. Dans son appréhension du concept de la mort, l'enfant traverse plusieurs périodes développementales. Ainsi, par exemple, entre six et dix ans, il connaît une phase concrète, celle d'un réalisme infantile et de la personnification. Elle se traduit par une maîtrise de la permanence de l'objet ainsi que par des représentations concrètes et exprimées (squelette, cadavre,...). Pour l'enfant, l'individu meurt tout en demeurant représentable dans le temps et l'espace ; il dit : « Le mort ne peut pas bouger, pas respirer, pas parler ».

L'association entre le mutisme et la mort dépasse parfois l'aspect de l'intégration du concept de l'absence définitive. Ainsi, à l'anamnèse ou au cours des séances thérapeutiques,

nous apprenons un décès dans la famille qui a précédé l'apparition du symptôme. Pour peu que le traumatisme lié à la mort de l'être cher soit indicible, l'enfant en question lui fait écho par le mutisme. Le mutisme semble aussi traduire chez certains enfants une faille du principe de réalité. Se priver du langage tout en entrant en relation avec l'autre dénote à tout le moins une perturbation du Moi qui n'accède pas pleinement au processus d'autonomisation. Le mutisme est alors à comprendre comme un mécanisme régressif maintenant le jeune sujet dans un état de dépendance à haute valeur symbolique. (E. de Becker, 2012, p.243)

➤ **Etiologie traumatique et secret familial :**

Les secrets familiaux, sous-tendus par un interdit de divulgation, peuvent être une cause de silence en dehors de la famille. Bouche fermée, lèvres closes comme un trait, « motus et bouche cousue », c'est aussi l'attitude de celui qui veut conserver un secret. Secret qui, comme le rappelle Rosolato dans son article sur le « non-dit », touche à la sexualité ou à ce qui fait souffrir : la douleur, la mort, la folie, les origines et la filiation. (Cela peut concerner des secrets de criminalité, d'alcoolisme, de maladie mentale, de relation extraconjugale, voire de relations parentales conflictuelles). (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 285)

Ces secrets jouent parfois un rôle très important dans les fantasmes de la famille et de l'enfant mutique. Les thérapeutes ont eux-mêmes souvent le fantasme que ce secret existe lorsqu'ils sont en face d'enfants mutiques tant ce trouble apparaît mystérieux, et ce même lorsque aucun secret n'est révélé par la famille. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 285)

Le mutisme ici traduit un mécanisme défensif et d'adaptation par rapport au fonctionnement familial. Les lois de silence contraignent l'enfant à se taire. Loyal à son entourage, il perçoit et comprend que le « silence est d'or » et « dehors » dans le sens où il ne peut divulguer à l'extérieur les aspects de l'intimité familiale. Le symptôme s'inscrit dans un fonctionnement de repli de la famille sur elle-même, peu ouverte sur le monde extérieur, vivant celui-ci comme potentiellement menaçant. L'enfant se retrouve souvent dans des nœuds contradictoires où d'un côté les parents s'interrogent sur le mutisme, s'inquiètent et disent souhaiter sa levée et, de l'autre, les mêmes adultes, par leurs comportements et manières d'être, font comprendre que la règle première consiste dans le silence. (E. de Becker, 2012, p.244)

5.2.La théorie béhavioriste :

Partant du fait que chaque événement environnemental produit chez chaque sujet des réponses comportementales, le comportement humain est contrôlable et prédictible. Étant

donné que la communication verbale est une stratégie que l'on apprend pour manipuler l'environnement en réponse à des éléments sociaux déclencheurs, 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. (F. Canion, 2012, p. 21)

5.3. La théorie biologique et génétique :

Plusieurs auteurs ont suggéré un rôle important de composants anxieux et tempéramentaux, biologiquement médiés, dans la survenue du trouble. Le mutisme sélectif connaît donc un regain d'intérêt dans les revues américaines, avec de plus en plus de publications d'études à grande échelle. 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. . (F. Canion, 2012, p. 25)

Les enfants mutiques sélectifs exprimeraient en effet la peur d'être jugés dans des situations sociales (comme à l'école) et manifesteraient des symptômes physiques d'anxiété.

5.4. 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. Dans le sens où la mère crée cette dépendance excessive avec son enfant pour s'échapper d'une relation conjugale décevante. « 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 ». (F. Canion, 2012, p. 23)

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. . (F. Canion, 2012, p. 23)

5.5. Immigration et situation géographique :

Avec les données ethno-psychiatriques et ethno-psychanalytiques, il est désormais admis que les familles immigrantes sont sujettes à un stress considérable au moment de leur arrivée dans le pays d'accueil. La perte des repères familiaux engendre un véritable « choc culturel », caractérisé par une anxiété, une dépression et une hostilité envers les habitants. Les femmes et les enfants, parce qu'ils sont la plupart du temps des immigrants involontaires, sont plus touchés par cette attitude négative à l'égard du pays d'accueil. (E. Gellman-Garçon, 2007, P. 286)

Selon une étude menée par Brown & Loyd, 41% des enfants qui présentaient un mutisme sélectif en commençant leur scolarité étaient issus de familles immigrées. 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. 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.

En somme, Le mutisme sélectif ne serait pas donc un syndrome (un ensemble de symptômes), mais plutôt un symptôme qui s'inscrit dans des tableaux cliniques très divers avec des causes qui peuvent être diverses où combiner. Les enfants ne sont donc pas tous égaux face au trouble car chaque enfant est une entité psychique indépendante possédant des points forts et des points faibles. Il importe alors de savoir quels types de structures psychopathologiques sous-jacentes à ce trouble qui sont présentes chez ces enfants et admettre le fait qui pousse l'enfant d'être mutique face à une situation peu combiner plusieurs facteurs. C'est dans cette optique que beaucoup d'auteurs ont tenté de mettre en exergue à la fois l'uniformité du symptôme (celles qu'on trouve actuellement comme critères de classification dans la DSM IV) et la diversité de la structure et de la psychogenèse (qui peut être sous forme de mutisme intra ou extra familiale). Il faut donc d'essayer de comprendre ce qui peut amener l'enfant à refuser de parler, surtout en dehors de la maison et en présence d'étrangers.

6. Le profil type d'un enfant mutique sélectif :**Tableau 1 : profil-type de l'enfant MS**

A l'école : lieu d'anxiété	A la maison lieu : d'aisance
<ul style="list-style-type: none"> - Raideur du corps, main devant la bouche. -Excessivement timides, inhibés, soumis -anxieux - Aspect figé -visage inexpressif - Air apeuré - Attitude de repli, introvertis - Évitement, regard fuyant - Sentiment d'impuissance générale - Mauvaise image/estime d'eux mêmes - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - A l'aise - Parlent à leurs parents, à leur(s) frère (s) et/ou sœur(s) - Rien - Plus extravertis - Joviaux - Remplis d'énergie -obstinés -opiniâtres -dominants à la maison.

7. Méthode d'évaluation et outils de diagnostique :

L'évaluation et diagnostique des enfants présentant un mutisme sélectif se base sur une approche clinique multidisciplinaire et multifactorielle. Il faudra donc demander des informations aux parents (qui nous donnera une vue subjective de leur enfant vu que son ils sont les seuls avec qui il parle), à l'enseignant (qui est généralement la première personne à constater le mutisme de l'enfant), à des professionnels de la santé comme un psychologue, un pédopsychiatre, un ORL ou un orthophoniste. 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 dont le MS n'échappe pas à ce principe. (F. CANION, 2012, p. 35)

7.1.Rôle des parents :

➤ 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, ce qui prouve qu'ils ont acceptés le fait que leur enfant à besoin d'être aider par des spécialistes qui comprennent en mieux les aspects multifactoriels de ce trouble. Suite à cela, l'entretien (incluant l'anamnèse) s'axera sur des questions visant à avoir une vision du développement général de l'enfant, des questions ayant trait au déroulement de la grossesse, à l'accouchement et au développement psychomoteur de ce dernier. 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, son attachement, ses désirs ses loisirs...etc.

➤ Les grilles et échelles de communication :

A. Selective mutisme questionnaire (SMQ, 2001) :

Il s'agit d'un questionnaire du mutisme sélectif que les parents doivent compléter, il comporte trente-six questions dont la tranche d'âge pour laquelle il a été construit est de 3 à 11 ans.

Ce questionnaire évalue la sévérité de l'attitude verbale, selon le lieu où se trouve l'enfant (l'école, domicile etc) et selon les personnes qui sont en sa présence (étrangers, enseignants). De plus il permet de déterminer plus largement les comportements généraux de l'enfant dont les résultats obtenus permettront de dégager le profil de l'enfant, à savoir s'il est plutôt mutique sélectif ou si symptômes rentrent d'avantage dans le profil des autres troubles anxieux. Ce questionnaire ne suffit donc pas à lui seul pour poser le diagnostic de mutisme sélectif. (F. CANION, 2012, p. 35)

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

Un questionnaire qui permet de dépister les éventuels trouble anxieux concomitant au mutisme sélectif. Il a été développé par Boris Birmaher, Suneeta khetarpal, Marlane Cully, David Brent et Sandra Mackenzie en 1997. Le SCARED est un instrument d'auto-évaluation destiné aux enfants, aux adolescents compléter par les parents dans 10 minutes. (psychiatry.edu consulté le 19.08.19)

C. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) :

Est un bref questionnaire de dépistage émotionnel et comportemental destiné aux enfants et aux jeunes. L'outil peut capturer leurs points de vue ainsi que celui des parents et des enseignants. 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. Il a pour but de révéler les forces et les faiblesses de l'enfant. Le SDQ peut être utilisé à divers fins, notamment l'évaluation clinique, l'évaluation des résultats, la recherche et le dépistage.

7.2. Rôle de l'enseignant :

Les enseignants sont d'une part les premières personnes à remarquer le comportement mutique de l'enfant, d'une autre part ils sont aux premières loges pour nous transmettre des informations concernant les caractères mutiques de l'enfant.

En effet, du fait que les parents ne perçoivent pas le comportement mutique de leur enfant au domicile familial car l'enfant ne se trouve pas dans des situations anxiogènes qui l'oblige à le devenir, ils ne sont pas en mesure de nous fournir des descriptions de leur enfant lorsqu'il est mutique.

➤ 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).

7.3. Rôle de l'oto-rhino-laryngologiste (orl) :

Des tests audiométriques permettront de s'assurer que l'enfant n'a pas de déficits auditifs moyens ou sévères, car une perte auditive peut avoir des répercussions sur la communication et sur le langage de l'enfant et c'est contraire aux critères de diagnostic désignés par le DSM-IV

7.4. rôle du pédopsychiatre :

Le pédopsychiatre aura comme rôle d'écartier 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. (F. CANION, 2012, p. 37)

➤ **Evaluer le QI 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.

➤ **Évaluer le degré d'aisance de l'enfant dans différents contextes :**

• **Echelle d'évaluation, étape par étape :**

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 :

- 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 ». 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. (C. Latieule, 2010, p. 14).

Conclusion du chapitre :

Souvent considéré comme un trouble lié à l'anxiété, le mutisme sélectif était au départ considéré comme une manifestation volontaire de la part de l'enfant dans le sens où les chercheurs au premier temps pensaient que l'enfant choisit le fait d'être silencieux face au monde extérieur. De nos jours, ils affirment que l'enfant subit le trouble et qu'il n'a aucune emprise dessus dans le sens où il s'agit, vraiment, et après plusieurs recherches menées sur le sujet, d'une réelle incapacité de parler selon les contextes où le mutisme sélectif se trouve dans une situation anxiogène. Le MS se définit par l'incapacité que certains enfants éprouvent à parler dans certaines situations. Il est considéré comme un trouble de socialisation se développant durant l'enfance ou l'adolescence, et ce à des degrés divers et durant des périodes plus ou moins longues.

Bien que le comportement de chaque enfant soit unique, les enfants souffrant de mutisme sélectif se comportent, par rapport à leur comportement dans un lieu familial, d'une manière totalement différente quand il se trouve face aux gens qu'ils ne connaissent pas,

Plusieurs personnes peuvent contribuer à l'évaluation de l'enfant suspecté de mutisme sélectif : les parents jouent un rôle important dans l'analyse profonde de cette tendance qu'ont leurs enfants à ne pas parler dans certaines situations. Ils sont considérés comme des historiens et des observateurs principaux de l'évolution de la parole et du langage de l'enfant, de son niveau d'audition, d'apprentissage et de sa santé mentale générale. Leurs rôles consistent aussi à noter des renseignements sur les personnes avec lesquelles l'enfant parle, les lieux et les activités qui le mettent plus à l'aise pour parler, car toutes ces observations peuvent être très utiles dans l'évaluation de son niveau et enfin dans l'élaboration d'un programme d'intervention approprié.

Les enseignants 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 et permet au spécialiste d'avoir une vue d'ensemble sur l'entité psychique de l'enfant. 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 et d'éviter les comorbidités que ce trouble peut avoir. Quant à l'orthophoniste, il est important qu'elle effectue un corpus de langage pour juger des capacités langagières, d'articulation et de communication de l'enfant car le MS est considéré comme un trouble psychiatrique qui se manifeste dans les champs du langage.

L'ensemble de ces évaluations permettront éventuellement de prévoir un projet thérapeutique visant à la démutisation de l'enfant et à ouvrir sa voix, l'apporté a pouvoir surmonter son handicap et enfin de pouvoir y remédier.

Chapitre II

Prise en charge du mutisme sélectif

Préambule :

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

Dans ce chapitre nous décrivons 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 et les accompagnements thérapeutiques proposés aux familles des enfants atteints du mutisme sélectif.

1. Prise en charge de l'enfant en dehors de l'école :

Dans le passé, soigner le mutisme sélectif était considéré comme un énorme défi. Certains professionnels dans le domaine pensaient, en fait, que ce trouble était possible à traiter. L'objectif principal de la plupart des traitements est d'aider les enfants souffrant de mutisme sélectif à parler avec des personnes avec qui ils ne parlaient pas auparavant, et à parler dans des situations où ils ne parlaient pas auparavant non plus.

De nombreuses approches différentes ont été développées, comprenant les stratégies comportementales, la thérapie individuelle sous diverses formes, la thérapie familiale et les traitements médicamenteux. Les programmes de soins sont variés, partiellement dus aux points de vue différents sur les causes sous-jacentes à l'origine du mutisme sélectif.

L'efficacité de la plupart des approches n'est pas connue, puisque elles ne sont pas encore validées par des études de haute qualité. La plupart des études publiées décrivent des cas individuels de traitement suivis par des enfants mutiques sélectifs. Dans plusieurs cas, les thérapeutes ont utilisé un certain nombre de stratégies de traitements dont le résultat était l'impossibilité de déterminer pourquoi l'enfant s'est amélioré face à son mutisme. « L'inconvénient de ces études est que les résultats ont été signalés sans comparer les sujets avec d'autres enfants mutiques qui n'ont pas été aidés de la même façon » qui veut dire que malheureusement il est difficile de déterminer si d'autres enfants concernés par ce trouble pourraient profiter de la même approche. « Il est également difficile de savoir si d'autres facteurs (à part le traitement) tels que l'étendue et l'intensité du mutisme auraient pu avoir une incidence sur les résultats ». (A. Mcholm et col, 2011, p. 56-57)

Les traitements qui ont été élaborés pour diminuer le mutisme sélectif et pouvoir y remédier dépendent de la nature du trouble c'est-à-dire que chaque traitement doit être adapté au profil type de l'enfant que l'on a en face car un cas n'est pas obligatoirement similaire à un autre, la cause qui mène un enfant au mutisme sélectif n'est pas la même cause d'un autre. Du fait que, plusieurs facteurs causaux peuvent varier, tout comme l'histoire familiale de l'enfant, son milieu social, voir même des facteurs génétiques, sociaux-culturelle, déménagement, immigration, la peur de parler, ou l'humiliation que l'enfant pense sentir à cause de son bégaiement ou de ton de sa voix.

1.1.Par le pédopsychiatre ou par le psychologue :

A. La thérapie psychodynamique (psychanalytique) :

L'approche psychodynamique fait partie des quatre principales approches théorique dans le domaine de la psychothérapie. C'est une approche d'introspection visant à résoudre les conflits intra-psychiques inconscients du sujet, elle tire son origine de la psychanalyse développée en grande partie par FREUD. On y postule également que les problèmes psychologiques du patient tirent leur origine dans des conflits et non résolus de l'enfance. (COGICOR, psychological services, consulté le 14.06.19)

Les objectifs des traitements psychanalytiques (incluant aussi les parents, avec un autre membre de l'équipe que le thérapeute de l'enfant) « consistent à identifier les conflits intrapsychiques et l'économie psychique sous-jacents au trouble, la psychopathologie de l'interaction du couple mère/enfant (en réfléchissant sur l'existence d'une dépendance mutuelle excessive et en interprétant des fantasmes agressifs) et des interactions familiales, et à mettre en évidence un éventuel traumatisme psychique déclenchant ». (E. Gellman-Garçon, 2007, p. 296).

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. Les thérapeutes préconisent les types de traitements psychothérapeutiques selon l'organisation psychopathologique sous-jacente au trouble de l'enfant :

a. La thérapie par le jeu :

Si le jeu constitue un endroit légitime de l'enfance, c'est qu'il représente un aspect crucial du développement physique intellectuel et social de l'enfant. « La thérapie par le jeu repose sur le pouvoir thérapeutique éprouvé du jeu, où thérapeutes professionnels servent de

catalyseurs et aident les enfants à régler leur problème en jouant ». La thérapie n'est pas uniquement utile sur le plan clinique, mais également pour les parents et les établissements préscolaires. (Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Consulté 14.06.19)

Selon Dorothee Walter (ancienne psychologue au centre de consultation psychologique et éducationnelle « CCPE ») lors d'une présentation de la thérapie par le jeu avec le journal Webmester : La psychothérapie par le jeu est une approche thérapeutique en profondeur adaptée aux enfants de 4 à 12 ans aux prises avec des difficultés de comportement et de gestion des émotions (TDA/H, anxiété, colère, agressivité, dépression).

La psychothérapie par le jeu est un moyen de communication entre le psychothérapeute et l'enfant qui permet de mettre à jour la dynamique affective de l'enfant à travers son jeu symbolique. Cette approche cherche à comprendre et à intervenir sur les causes profondes qui ont entraîné l'apparition de comportements dysfonctionnels chez l'enfant. Ces comportements comme l'agressivité, les crises de colère, les difficultés sociales ou scolaires sont très souvent causées par un déficit ou un blocage au niveau du développement affectif de l'enfant.

Le psychothérapeute crée un style de relation qui favorise l'expression ludique spontanée de l'enfant en étant neutre, non-directif, en accompagnant l'enfant dans son jeu. Le jeu et le dessin sont des modalités d'expression naturelles pour les enfants. C'est le mode de communication privilégié par les enfants. Contrairement aux adultes, les enfants ont davantage de difficulté à accéder à leurs pensées, leurs émotions et à les exprimer par le langage.

En thérapie, l'enfant utilise ce moyen de communication en choisissant des jouets dans une variété de jeux promouvant l'imagination et la créativité (ex : crayons, papiers, pâte à modeler, figurines, maison, voitures, poupées, marionnettes...). À travers son jeu, l'enfant va raconter des histoires ou produire des dessins qui vont exprimer tout ce qui s'agite en lui (ses émotions, ses désirs, ses peurs, ses joies ou ses peines). L'enfant livre ainsi le sens de ses difficultés au psychothérapeute qui va les traduire et les expliquer à l'enfant (et à ses parents). Le psychothérapeute va rattacher le contenu des jeux et des dessins de l'enfant à son mode de fonctionnement affectif (sa manière d'être avec les autres et avec lui-même).

Les parents sont impliqués dans la thérapie et favorisent la bonne résolution des difficultés en collaborant pleinement avec le psychothérapeute. Ce type d'intervention permet

la levée durable de la problématique comportementale. Ce processus permet à l'enfant de récupérer le retard développemental caractéristique de son profil psychoaffectif ou encore de relever le défi qui est propre à son mode de fonctionnement, si celui-ci correspond à celui des enfants bien portants de son âge. Les changements qui s'effectuent en cours de thérapie amènent l'enfant à retrouver le cours normal de son développement affectif. (Webmester, 20 Avril 2016, consulté le 16.06.19)

b. L'art thérapie :

L'art thérapie utilise le processus de création et d'expression artistique en tant que modalité. Elle s'appuie sur les théories psychodynamique et différentes approches humanistes de même que sur les aspects de la philosophie phénoménologique propose une expérience créatrice permettant une expression de soi non verbale sous différentes formes métaphorique, symbolique, sensoriel. La production est alors le vecteur principal de la communication. Le travail en art thérapie repose sur la création d'une production et la réalisation de celle-ci. C'est l'œuvre en train de se faire qui est prise en compte (modus operandi : manière de faire les choses) avant le résultat final.

La relation, le processus créatif et la production artistique sont les moyens thérapeutiques spécifiques de l'art thérapie. Plusieurs approches (ou médiation) sont possible en art thérapie : le théâtre, la danse, la musique, les arts plastiques et visuels, et il existe également une approche qui emprunte à ces différentes domaines, l'art thérapie intermodale. (APSAT, consulté 14.06.19).

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. (F. Canion, 2012, p. 48)

Le déroulement d'une séance d'art thérapie avec un enfant mutique sélectif peut se dérouler de la manière suivante :

Dans une salle spécialisée, nous devrions créer une atmosphère de confiance avec l'enfant, le mettre à l'aise où il se sent libre de choisir l'instrument qu'il veut pour s'exprimer (pinceaux, crayon, papier...etc) on lui explique qu'il n'est pas dans l'obligation de parler (le laisser se présenter tels qu'il est et accepter son MOI).

« 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 ». (F. Canion, 2012, p. 48-49)

Selon René Baldy (professeur de psychologie), les enfants dessinent pour deux grandes sortes de raisons : des raisons externes et sociales d'abord c'est quand ils découvrent des livres et des belles images colorées et évocatrices, les enfants imitent en se saisissant à leur tour d'un papier et d'un crayon, puis pour des raisons externes et psychologiques dans le sens où le dessin est considéré comme une activité qui sollicite les aspects figuratifs de la pensée, et qui correspond à la forme de la pensée concrète des jeunes enfants. De plus, les tout-petits ne sachent pas écrire, disposent d'un seul et unique moyen d'expression : le dessin.

c. Thérapie behavioriste :

Les premiers déterminants de cette approche sont les stimuli présents dans l'environnement. Il y a deux conditionnements possibles : le conditionnement répondant et le conditionnement opérant. Cette perspective travaille avec ce qui est observable. L'approche behavioriste veut changer les comportements par apprentissage dans l'environnement. Un apprentissage est un changement de comportement qui survient lorsqu'il y a une association de deux stimuli. (La psychologie weebly, consulté le 14.06.19)

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. (F. Canion, 2012, p. 49)

Parmi les recherches effectuées sur le mutisme sélectif, F. CANION et C. LATIEULE ont relevées plusieurs techniques correspondant à l'approche cognitivo-comportementaliste (behavioriste) où chacune d'elles les ont définies de manière un peu différente de l'autre :

- **Le self modeling :**

F. CANION prend sens à sa définition dans les recherches de Busse et Downey (2011), elle explique l'auto-modélage comme technique, où le but initial est que l'enfant se rende compte de ses capacités verbales dans des diverses mises en situations communicationnelles

ou interactive. C'est alors que le travail de gestion d'anxiété commence, en mettant l'enfant face aux situations anxiogènes qui sont, selon les chercheurs, l'origine de son mutisme sélectif.

Application de la technique en séance de thérapie :

L'intervenant, qui prend en charge l'enfant, est mené à le conduire en lieu public où ce dernier est obligé à faire part de sa demande ou de sa commande à une personne qu'il ne connaît pas et qu'il ne lui est pas familière en l'accompagnement d'un de ses parents (avec qui l'enfant se trouve à l'aise et se sent en sécurité).

En premier lieu l'intervenant (qui peut être son enseignant ou psychologue ou orthophoniste) se met dans une table voisine, au fur et mesure des séances le parent s'éloigne et le thérapeute s'approche jusqu'à ce que l'enfant se trouve en phase de communication avec des adultes non familiers.

Il s'agit donc de faire participer progressivement des adultes non familiers et des camarades de classe de l'enfant dans des activités ludiques se déroulant entre l'intervenant et lui et de l'habituer 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 l'enfant, et ils la commentent ensemble de manière constructive.

C.LATIEULE définit la technique comme outils de thérapie où les enregistrements vidéo ou audio peuvent être employés et qui se réalisent lorsque l'enfant est enclin à la communication avec un interlocuteur (habituellement un des parents). Pour elle le self modeling est un procédé dans lequel l'enfant s'observe en train de parler avec aisance. Ces visionnages lui permettent de se rendre compte qu'il est capable de s'exprimer sans difficulté. Ils lui renvoient une image positive et augmentent son estime personnelle et permettent à l'enfant de s'ouvrir à l'intervenant pour parler de son anxiété et de son mutisme sélectif.

Ces enregistrements peuvent être aussi apportés à l'école. L'objectif est de préparer le terrain lorsque l'on souhaite transférer la parole de l'enfant du lieu clinique au lieu scolaire. L'utilisation des enregistrements peut ainsi démontrer aux élèves et à l'instituteur les capacités d'expression de l'enfant. Ces médias permettent de dissiper les réactions d'étonnement et regards insistants des personnes sur l'enfant. (C. Latieule, 2011, p. 32)

En somme, Cette approche est importante en prise en charge du MS car elle a l'avantage de familiariser l'enfant à diverses situations de parole (des situations conversationnelles ou interactive qui fait que l'enfant se trouve dans une situation anxiogène ou le seul refuge qu'il peut trouver est le silence) 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 ». (F. Canion, 2012)

- **Représentation mentale de diverses situations (guided imagery) :**

Une technique qui se base sur l'imagination, le thérapeute met l'enfant dans des situations anxiogènes imaginaires pour pouvoir apprendre à l'enfant comment appréhender ces situations et comment faire face par des stratégies qui sert à diminuer son anxiété, si ainsi jour une d'elles venait à se présenter. Une approche qui se combine avec le conditionnement opérant dans le cas où on utilise le renforcement positif pour installer de mieux en mieux le confort chez notre sujet.

- **Façonnage (shaping) :**

L'objectif de cette technique est davantage axé sur l'émergence du langage oral (sur le fait que l'enfant a pu parler) que sur le travail de la proximité (le cercle familiale de l'enfant) avec différentes personnes. L'enfant est mener à pointer de doigt l'image ou l'objet qui y correspondent (en utilisant des pictogrammes), graduellement l'enfant se trouve en situations d'échanges et augmente ses efforts d'articulation. Pour cela, F. CANION nous conseil 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.

B. Les thérapies cognitivo-comportementales

Une TCC est une thérapie brève, validée scientifiquement qui porte sur les interactions entre pensées, émotions et comportements. Ces thérapies se concentrent sur les problèmes actuels de la personne, tout en prenant en compte leurs causes historiques. Elles aident à progressivement dépasser les symptômes invalidants et visent à renforcer les comportements adaptés. La thérapie cognitivo-comportementale s'appuie sur différentes techniques qui aident les patients à identifier les mécanismes à l'origine de ces difficultés, à expérimenter de

nouveaux comportements et à sortir ainsi progressivement de cercles vicieux qui perpétuent et aggravent la souffrance psychique.

Elle aide la personne à mieux comprendre les schémas de pensées négatives à l'origine de comportements inadaptés (ex : phobie) qui peuvent être source de détresse psychique. Au cours de la thérapie, et avec l'aide de thérapeute, la personne va tenter d'identifier, de comprendre les schémas cognitifs et de renforcer ses comportements adaptés. « La TCC vise à, progressivement, dépasser les symptômes invalidant tels les rituels, les vérifications, le stress, les évitements, les inhibitions, les réactions agressives, les cognitions erronées... par ailleurs une TCC vise à accompagner la personne dans l'acquisition de compétences utiles pour faire face à de nouvelles difficultés ». (Psycom.org. consulté le 16.06.19)

Le lien entre l'anxiété et le mutisme sélectif étant de plus en plus reconnu, les parents pourraient rencontrer des professionnels qui conseillent des méthodes qui ont été jugées efficaces pour traiter l'anxiété chez les enfants. « Inspirée par l'approche comportementale la TCC est de plus en plus reconnue comme traitement efficace pour les adultes et, plus récemment, pour les enfants » (A. Mchholm et Col, 2011, p. 58)

En générale cette approche intègre les stratégies comportementales qui mettent l'accent sur les pensées anxieuses de la personne concernée. Toute une gamme de techniques a ainsi été mise au point pour réduire l'anxiété de l'individu en changeant ses modes et ses façons de penser. Ces techniques peuvent constituer, entre autres, à apprendre à la personne à remettre en questions ses pensées irréalistes, à résoudre des problèmes de façon logique et à s'encourager en se motivant par la parole.

Une recherche fiable sur l'efficacité de la TCC pour les enfants atteints du MS n'est pas encore disponible. « Bien que l'évolution cognitive varie d'un enfant à un autre, notre expérience dit que l'âge auquel il vaut mieux traiter le MS est plus bas que l'âge auquel les stratégies TCC s'avèrent utiles ». (A. Mchholm et Col, 2011, p. 58)

« 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. 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 ». (F. Cnaion, 2012, p. 52)

C. La thérapie familiale systémique :

La thérapie familiale systémique est une technique spécifique de psychothérapie, qui a pour but de favoriser les échanges entre les membres d'une famille. Elle leur permet d'évoluer ensemble vers un fonctionnement plus souple, de dépasser une situation de crise, d'autoriser l'évolution individuelle de chacun des membres et de trouver de nouveau équilibre.

La famille est considéré comme un « système », dans les processus d'interaction et de communication peuvent dysfonctionner. Aider le patient qui va mal dans la famille, l'amener à changer, c'est aussi aider les autres membres de la famille à accepter de redéfinir leur rôle et leur fonction. Ces évolutions de chacun sont nécessaires si la famille (« le système familiale ») veut dépasser l'état de crise qu'elle traverse et aller vers un équilibre plus satisfaisant. (Psycom.org. consulté le 16.06.19).

- **Constellation familiale :**

Permet de réinscrire les choses d'une manière beaucoup plus fluide dont on remet chacun à sa place pour que une personne puisse vraiment vivre sa vie et non pas celle de sa mère ou d'un de ces ancêtres. « Les constellations familiales, telles que développées par Bert Hellinger, permettent de révéler simplement la façon dont nous sommes liés à nos ascendants et proposent de nous en libérer sans nous en détacher. Cette approche systémique, qui travaille sur la généalogie, permet d'enfin vivre son propre « script de vie pour pleinement se réaliser » on reste en lien mais on porte plus les histoires qui ne sont pas les autres. (G. Husaruk, bavotasan.com consulté le 31.08.19)

Application de thérapie :

L'approche des constellations systémique permet d'initier un processus de changement grâce a une modification de vision sur les souffrances paralysante ayant été causées par des évènements comme la mort précoce d'un enfant ou d'un parent la mise en scène d'une partie de notre arbre généalogique, à l'aide des participants (représentants) met en lumière les fidélités et dettes causées par des dynamiques caché et transmises par l'hérédité transgénérationnelle familiale.

L'utilisation de ce type de thérapie pour prendre en charges les enfants mutiques sélectifs permet à l'enfant d'agir dans l'espace psychoaffectif ou espace symbolique qui s'avère largement aussi réel que l'espace physique classique. « C'est un travail sur les liens,

spatiaux et temporels. Elle est centrée sur la toile mystérieuse tissée par les relations affectives avec les autres et avec l'univers plutôt que sur la personne isolée du contexte ». (Eric Laudière, thérapeute et formateur en constellations familiales)

Le but est de positiver l'atmosphère par la reconnaissance des fautes et des attitudes de pardon. La mise en scène de cette thérapie que Eric Laudière considère comme un « je collectif » permet de savoir où le problème s'est installé pour pouvoir y remédier dans le cas où, si la cause du mutisme sélectif se trouve dans le secret familiale, quand on n'arrête pas de demander à un enfant de ne pas divulguer un secret on fait naître en lui un caractère mutique face au monde extérieur (ce type de thérapie est utiliser quand l'étiologie du MS est systémique relationnelle déjà expliquer dans le 1^{er} chapitre, voir page 15).

« 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 ». (F.CANION, 2012, p. 54)

2. Le traitement médicamenteux :

Certains médecins ont suggéré aux parents qu'un recours aux médicaments pourrait être une façon efficace pour traiter le mutisme sélectif. Alors que l'intérêt pour cette approche de traitement a augmenté ces dernières années, à cause des études réalisées dans les années 1990 à la suite des hypothèses concernant une étiologie biologique du mutisme sélectif qui ont inclus des essais thérapeutiques avec les antidépresseurs. « Une classe de médicaments particuliers qui s'appellent les capteurs inhibiteurs de la sérotonine (ISRS : Inhibiteur Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine) » utilisés dans les cas de phobie sociale et d'autres troubles anxieux, semble être utile dans le traitement du mutisme sélectif. « Sachez cependant que les risques ainsi que les bénéfices ne sont pas encore bien étudiés ». (A. Mcholm et Col, 2011, p. 58)

3. La prise en charge orthophonique :

Vu que le « MS n'est pas trouble du langage à proprement parlé mais plutôt un trouble psychiatrique qui se manifeste dans le champ du langage ». Nous allons exposer les prises en charges orthophoniques présentés par F. Canion dans son Travail de Fin d'Études présenté en vue d'obtenir le grade de bachelier en logopédie et d'après elle la vraie question à poser

quand on est orthophoniste et que l'on a en face un enfant mutique sélectif est : 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. Il a donc les compétences et les connaissances pour traiter des troubles de la communication. Mais est-ce bien notre rôle ? Sommes-nous en mesure de prendre en charge l'enfant et son symptôme ?

Pour pouvoir répondre à ses questions nous allons mettre en exergue quelques moyens thérapeutiques que l'on est en mesure d'appliquer quand nous sommes orthophoniste dans le cadre du mutisme sélectif, des moyens qu'elle-même à expliquer dans son étude :

Prendre en charge un enfant mutique consiste de le mener peu à peu (selon ses capacités et sans brusquement) à un meilleur niveau de fonctionnement pour pouvoir, enfin, ouvrir sa voix. En premier principe il faut savoir que quand une attente est placée pour que l'enfant parle, cela augmente son anxiété. Alors le fait d'éviter ces situation (peut-être en évitant le contacte visuel ou en restant silencieux) réduit temporairement son anxiété. « 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 ». (F. Canion, 2011, p. 55)

Selon F. Canion l'orthophoniste peut jouer le rôle primordial dans l'élaboration des programmes d'interventions comme il peut être un coordinateur et un intermédiaire entre les différents spécialistes de santé et les parents quand la prise en charge s'avère pluridisciplinaire.

Pour conclure F. Canion reprend le point de vue de Paule Aimard 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 » c'est de ce fait, que l'orthophoniste interviendra davantage sur l'aspect communicationnel dans la prise en charge du mutisme sélectif.

Les thérapies proposées aux familles dans des cabinets orthophoniques :

Avant toutes prises en charge il est important de savoir et de cerner les loisirs de l'enfant et ces centres d'intérêt, car nos techniques dépendront de comment pouvoir capter l'attention de l'enfant et de lui faire comprendre qu'avec nous il peut être ce qu'il est réellement.

Comme pour toute prise en charge orthophonique, nous devons comme étant des orthophonistes appliquer un certain savoir-faire et savoir-être pour favoriser la communication avec l'enfant comme le fait de l'accepter sans le juger (dans sa propre réalité, sa peur de faire entendre sa voix, utiliser le sourire pour le mettre en confiance, ne pas fermer la porte de la salle où la séance se déroule, jouer avec des jeux qu'il aime où il ne se sent pas obligé à parler, utiliser la communication non verbale pour le mettre en sécurité, ne pas le brusquer ou lui faire des remarques. En générale et essentiellement c'est de le pousser à croire que avec nous il est ce qu'il est et qu'on attend rien de lui.

F. Canion a préféré de prévoir les objectifs très progressifs en présentant quelques exemples de ce qu'elle jugeait intéressant :

- Faire exprimer le corps de l'enfant : c'est le principe de ce que l'on n'exprime pas en mots, le corps le traduit en mots, et tout ce qui ne s'exprime pas s'imprime qui veut dire créer un code de réponses corporelles avec l'enfant. Par exemple des hochements de tête pour dire « oui » ou « non ».
- Jouer avec le souffle : un pré-requis du langage : faire prendre conscience à l'enfant de l'air qui passe son nez et sa bouche. Faire devant lui de grande inspirations qui font de grandes tâches de buée, d'abord bouche fermée puis bouche ouverte et attendre qu'il imite nos gestes.
- Effectuer des jeux de rôle : qui consiste à mettre l'enfant dans une situation fictive et lui demander d'agir comme si cette situation était réelle.
- Inclure la détente ou la relaxation : englobe l'ensemble des techniques qui permettent d'obtenir une réponse de relaxation qui est un état marqué par une diminution du niveau d'alerte, de la fréquence cardiaque et respiratoire de la tension artérielle et il en résulte une sensation de détente et de bien-être.
- Créer des pictogrammes fonctionnels : utiliser les images pour exprimer ses sensations, ses ressentis...etc.
- Utiliser la technique du façonnage : « 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 ». (F. Canion, 2012, p. 59-60)

F. Canion nous conseille que quand l'enfant interagit pour la première fois avec nous, 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. Donc on doit faire comme si nous l'avions toujours entendu parler.

4. La prise en charge de l'enfant au sein de l'école :

4.1. Le programme d'introduction massive de la parole à l'école :

F. Canion présente le programme comme faisant partie de la théorie comportementale, un programme visant à ouvrir la voix de l'enfant au sein de l'école, « un lieu où son anxiété est à son comble ». Chaque mot que l'enfant arrive à prononcer à l'école présente un pas vers la résolution et la remédiation de son mutisme. Chaque fois que l'enfant parle il développe sa compétence à parler avec aisance en milieu scolaire, c'est pour cela et en tant que orthophoniste et thérapeute, nous devons accepter le fait de se rendre à l'école de notre patient dans le but de l'aider à transmettre sa voix. Donc nous allons jouer le rôle d'intermédiaire verbal et d'un transmetteur de parole car « 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 » (F. Canion, 2012, p. 65)

L'enfant devra passer par différents paliers dans la communication de façon à gagner en autonomie et en confiance dans ses capacités à interagir avec les autres et progresser vers une verbalisation aisée. Puisque le mutisme se produit généralement à l'école, il est judicieux de commencer à travailler dans ce lieu. « Le programme consiste à appliquer trois temps d'intervention, de manière progressive ». (F. Canion, 2012, p. 65)

- **Premier temps : aide basée sur le thérapeute :**

Objectif : entraîner l'enfant à parler à l'école grâce à un intermédiaire verbale avec qui l'enfant communique sans difficulté.

Dès que le thérapeute (psychologue / orthophoniste) réussit à rentrer dans le cercle de confiance de l'enfant grâce aux parents (le cercle familial, ceux avec qui l'enfant communique sans difficultés). « L'enfant est donc parvenu à parler à son thérapeute, mais dans son milieu, dans son cabinet la parole doit être transférée dans un autre environnement :

à l'école ». Ce dernier va avoir comme rôle de transmettre sa parole à l'école. Un plan d'accompagnement personnalisé sera mis en place pour établir les modalités de la mise en œuvre du programme d'aide (autorisation d'utiliser la salle de classe, étapes du programme, rythme des séances à l'école dans laquelle nous introduisons graduellement le personnel scolaire et quelques camarades de classe). (F. Canion, 2012, p. 65)

F. Canion met l'accent sur l'importance de l'accord de l'enfant car c'est lui l'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 ». (F. Canion, 2012, p. 65)

Pour mieux comprendre l'aspect de cette technique d'introduction progressive d'un adulte appelé aussi technique de Sliding-in (un terme anglais qui veut dire se glisser dans) nous allons utiliser le pictogramme présenté par V. Marschall directrice de l'association ouvrir la voix. Dans ce pictogramme les personnes impliquées sont ceux avec qui l'enfant communique aisément ça peut être les parents ou le thérapeute responsable de la prise en charge :

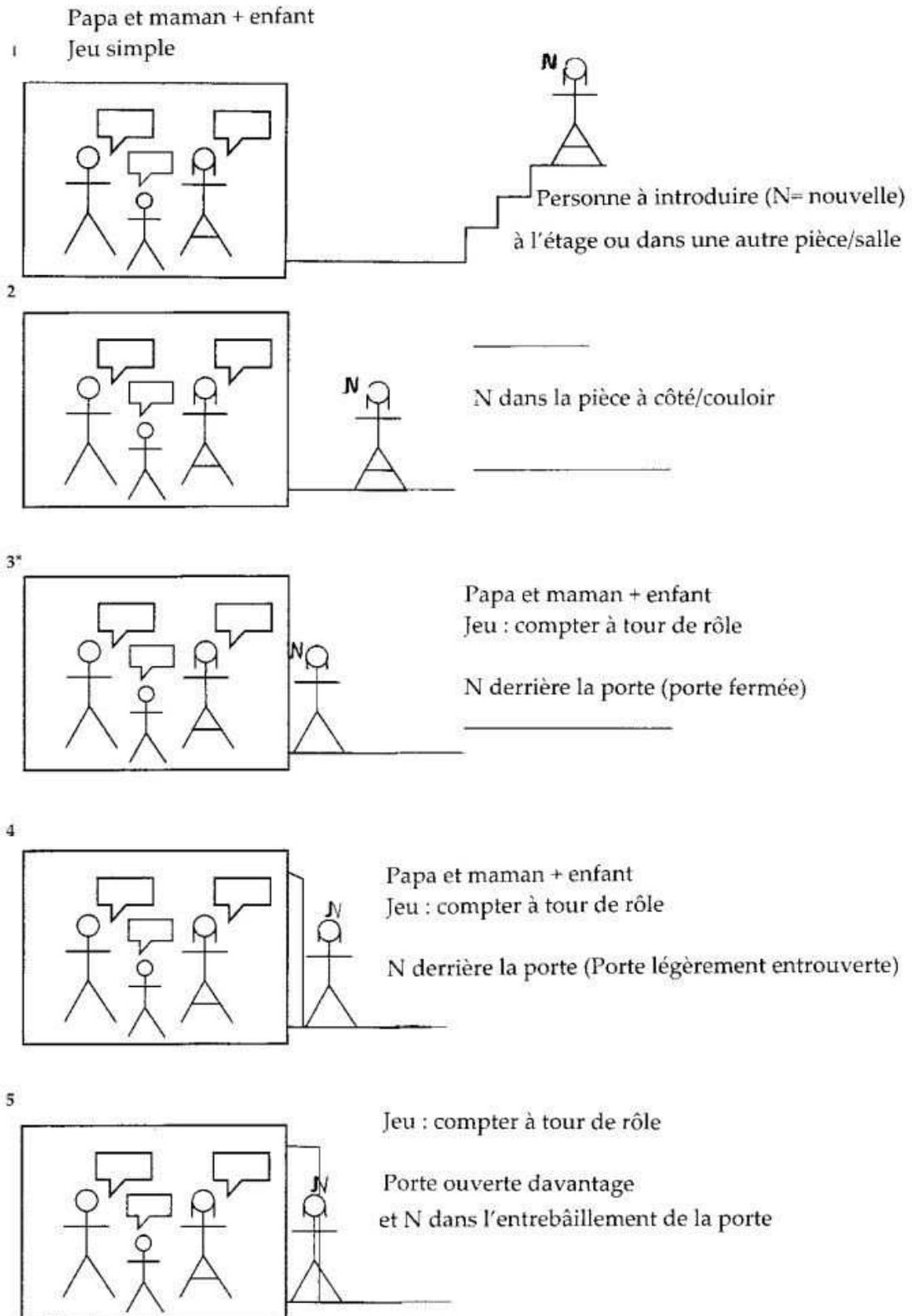
Introduction progressive en pictogrammes
(Technique du *Sliding-in*)

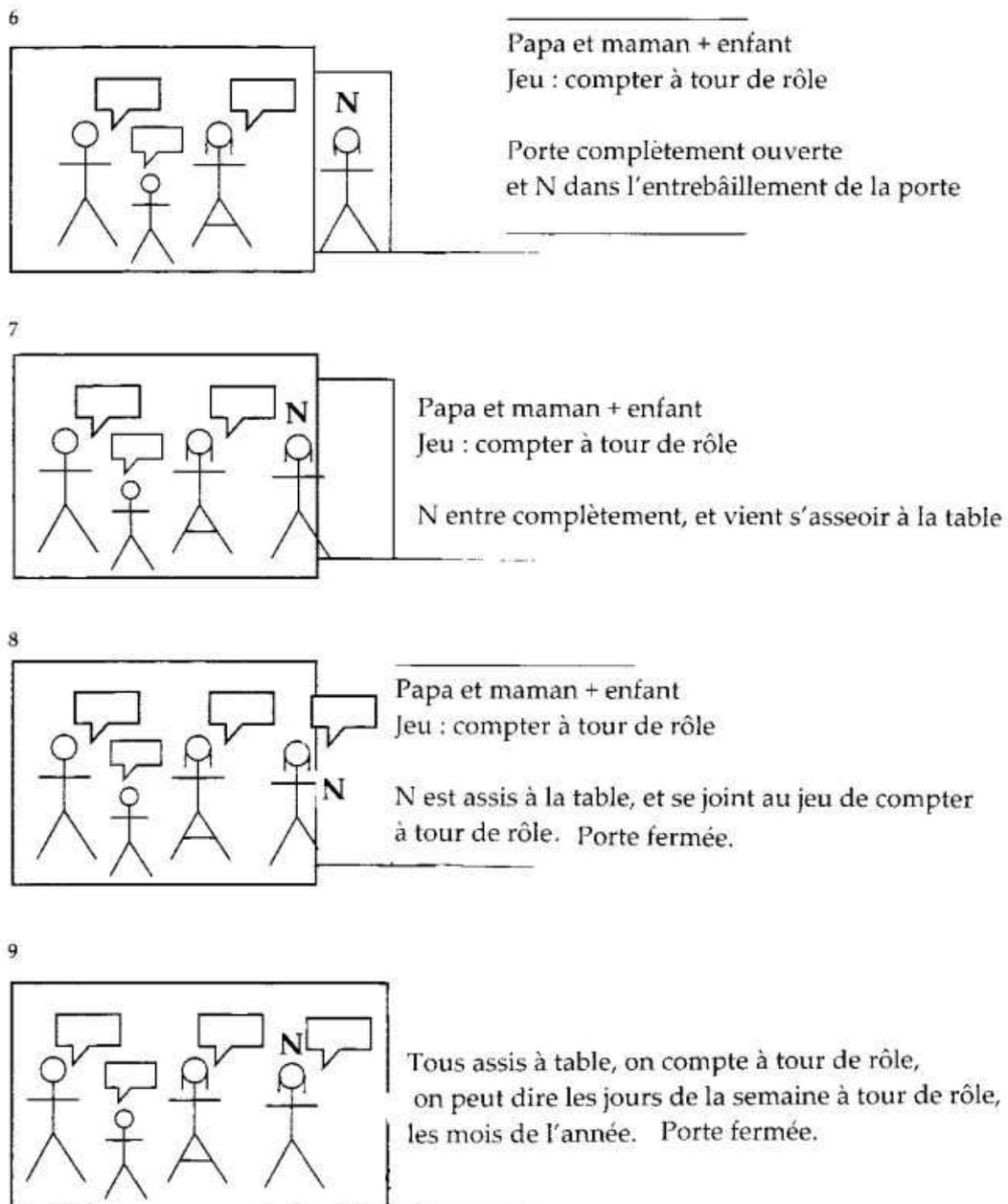
Valérie Marschall - Adapté du SM Resource Manual, Maggie Johnson et Alison Wintgens, Speechmark, p 280-282 – Pour Ouvrir La Voix 2012

Personnes impliquées :

- * Papa/maman ou les deux
- * Enfant
- * Personne à introduire (maîtresse, membre de la famille, camarade...)

Matériel : un jeu d'images d'objet en double exemplaire





Étapes suivantes :

10. Répondre à tour de rôle à une question OUI/NON, lue par N

11. A tour de rôle, nommer une image pour que la personne suivante trouve l'image correspondante

12. A tour de rôle, lire des questions de type OUI/NON

13. A tour de rôle, dire à quoi sert un objet sur une image, pour que la personne suivante puisse trouver l'image correspondante

- **Deuxième temps : parler par petites étapes permet d'écartier la peur**

Pour garantir que l'enfant surmonte sa peur de parler et après avoir ouvert sa voix au sein de l'école, le thérapeute commence à introduire encore plus de personne au cercle de confiance de l'enfant en utilisant les activités qui sont susceptibles de l'encourager à parler assez librement par de toutes petites étapes. « 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 ». (F. Canion, 2012, p. 65-66)

« 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 ». (F. Canion, 2012, p. 65-66)

Graduellement, le niveau de confort avec la prise de parole sera transféré d'une situation de réussite vers une situation nouvelle, en amenant des modifications au niveau des personnes et au niveau des lieux dans le but de transférer cette capacité à parler avec confiance vers de nouvelles situations communicationnelles qui peut comporter des changements de comportements.

- **Troisième temps : surveiller les progrès de l'enfant :**

Une fois que les stratégies d'intervention seront mises en place, il sera utile de continuer à suivre la prise de parole de l'enfant et son aisance dans des situations différentes afin de bien surveiller ses progrès. « L'objectif final est que l'enfant généralise son aisance verbale dans des environnements quotidiens ». (F. Canion, 2012, p. 66)

Synthèse du chapitre :

Lorsque le mutisme sélectif est installé, il existe plusieurs théories de prise en charge de ce trouble, plutôt le programme d'intervention d'un enfant mutique sélectif est mis en place, le mieux c'est. La documentation montre que le traitement pour le MS est plus efficace s'il débute rapidement après l'émergence des symptômes. Ces prises en charges sont multiples et peuvent être combinées : soit en dehors de l'école (par les psychologues, les pédopsychiatres et/ou par les orthophonistes 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). Quand une combinaison des aspects théoriques des prises en charges disponibles on note que la rééducation multidisciplinaire est favorable pour l'enfant, car toutes les personnes le côtoyant (enseignant, parents et thérapeutes) sont chacune sollicitées d'une manière bien spécifique, bien précise et à une fin bien déterminée pour aider l'enfant à ouvrir sa voix.

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses.

Le mutisme sélectif est perçu comme un symptôme clinique, « pourquoi un enfant ne parle-t-il pas dans certaines situations sociales alors que dans d'autres il s'exprime aisément par la parole, lorsque cette incapacité de parler n'est due ni à un défaut de connaissance de la langue parlée ni à un autre trouble défini dans le DSM4 » (È. Gellman-Garçon, 2007, p. 259). Difficile à évaluer, les recherches récentes estiment la prévalence à au moins sept enfants sur mille selon les statistiques réalisées par « OUVRIR LA VOIX » une Association Agréée par le Ministère de l'Éducation Nationale. « L'enfant atteint de MS démontre souvent des signes d'anxiété élevée dès la petite enfance : anxiété de séparation, crises de colère, difficultés d'endormissement, comportements opposants voire tyranniques, avec un retentissement déjà important ». (V. MARSCHALL, 2009, p. 2)

Le risque d'un mutisme persistant à l'école (en dehors des problèmes purement académiques) est donc que l'enfant se retrouve dans une véritable « bulle d'isolement », « rejeté par les enseignants et par ses pairs, ce qui augmente d'autant plus son isolement social. Les interventions dans le milieu scolaire et la coopération des enseignants à la prise en charge des patients n'en paraissent que plus importantes ». (V. MARSCHALL, 2009, p. 2)

Confrontés à une multiplicité de symptômes et une hétérogénéité des formes cliniques, les chercheurs ont essayé de rendre compte d'une étiologie commune afin de mettre en place la thérapie la plus adaptée pour que ces enfants sortent de leur silence. Depuis plus de vingt ans, les hypothèses avancées ont été nombreuses sans qu'aucun modèle théorique n'ait pu être adopté par la communauté scientifique. Soit le mutisme est compris comme un trouble anxieux, soit il apparaît plutôt un symptôme de nature névrotique.

En Algérie, le diagnostic du mutisme sélectif est rarement évoqué dans les cabinets des cliniciens et sa thérapie est quasiment inconnue. Quant aux chercheurs anglo-saxons, ils ont choisi d'aborder cette souffrance muette en mettant en place un Programme d'Introduction Progressive de la Parole à l'école qui débute par l'installation d'une communication non verbale. Depuis 2008, avec le soutien des psychologues, pédopsychiatres, des parents convaincus par cette méthode, tentent de faire connaître leurs expériences pour transmettre la démarche qui a permis à leurs enfants de modifier leurs interactions sociales voire de faire disparaître leur mutisme, ainsi de faire accepter l'enfant avec sa particularité ou sa différence momentanée, de faire reconnaître le caractère « handicapant » du MS, afin de permettre d'éviter les mauvaises interprétations qui peuvent conduire à de mauvaises orientations et d'assurer le bien-être de l'enfant en milieu scolaire, sa réussite sociale, et son orientation

Problématique et hypothèses.

professionnelle ce qui met en évidence l'utilité d'un programme et d'un protocole de démutisation psycho-orthophonique complexe, une technique qui va permettre d'ouvrir de nouvelles perspectives en termes de guidance, et d'accompagnement, et d'introduction progressive de la parole à l'école.

Les études qui se sont attachées à explorer les actes de langage, la prise de tour de parole et l'autonomie des échanges conversationnelles entre l'enfant MS et l'adulte familial rapportent toutes que, d'une part, ces enfants ne se distinguent pas des profils habituellement obtenus chez les enfants normaux et d'autre part, l'impact d'un traitement « multimodal », associant une thérapie (psychanalytique ou cognitivo-comportementale), une prise en charge familiale (entretiens familiaux ou thérapie familiale), une intervention dans le milieu scolaire de l'enfant, voire éventuellement un traitement pharmacologique par inhibiteurs spécifiques paraît plus que indispensable pour passer du mutisme (anxiété de communication sévère) à la parole (anxiété de communication grandement réduite). (C. Chevie Muller, J. Narbona, 2007, p : 563)

Si ces études mettent toutes en évidence les bénéfices que peuvent tirer les enfants MS d'un programme multimodal dans la résolution de leur souffrance muette, un protocole qui relie entre des disciplines diverses ou chacune possède un champs d'étude différent de l'autre telle que la psychologie (un suivi psychothérapeutique, des guidances familiale, accompagnement personnalisé) et l'orthophonie (démutisation, travailler les différentes modes de communication) dans un mutisme sélectif qui n'est pas un trouble de langage mais plutôt un trouble psychiatrique qui se manifeste dans le champs du langage. (C. Chevie Muller, J. Narbona, 2007, p : 564)

Il apparaît cependant nécessaire de mettre en évidence ce qui permet a ces enfants qui ne possédaient pas la même capacité que les enfants normaux pour pouvoir s'exprimer aisément par la parole qui « n'est pas seulement le fait d'associer des signes ou des mots a des objets mais c'est aussi et surtout établir une relation avec un univers abstrait, détaché de la situation, dans le quel les mots viennent structurer une réalité singulière, fabriquer de l'imaginaire de l'humour, évoquer des évènements réels, imaginaires, passé ou future » (A. Van der Straten, 1991, Centurion) dans le cadre d'anxiété qui demeure avant tout la cause sous-jacente du mutisme. Un tempérament anxieux, associé à un sentiment de gêne lors de la prise de parole, qui entraîne une anxiété massive et mène au mutisme.

Problématique et hypothèses.

Ce qui nous laisse demander :

Est-ce que la démutisation d'un enfant MS est purement orthophonique ?

Est-ce que la prise en charge multimodale de mutisme sélectif s'avère efficace en utilisant le programme d'introduction massive de la parole à l'école ?

Hypothèses

L'hypothèse générale :

Nous pouvons, en démutisation, utiliser efficacement, bien que ponctuellement, ce programme d'introduction progressive de la parole que nous avons révisé à partir d'une séquence d'exercices où chaque-une vise à faire adapter l'enfant MS à l'école et à améliorer ses capacités cognitive et communicative. Grâce à ces exercices des enfants MS devraient d'avantage progresser dans des épreuves communicatives, dans la nécessité d'une implication importante de construction de relation étendue et le fait de pouvoir entrer dans le cercle de confiance de ces enfants suggère que ses processus, ressources brisent sa bulle d'isolement et l'inclut dans le pouvoir de communiquer aisément par la parole.

Les hypothèses partielles :

- La prise en charge de l'enfant MS en utilisant le programme d'introduction massive de la parole peut s'avérer efficace lorsqu'elle est effectuée au sein de l'établissement scolaire et en dehors de l'école avec la collaboration des parents.

-Les 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 dans le sens où le MS est considéré comme un trouble psychiatrique qui se manifeste dans le champ du langage.

En testant ces hypothèses au moyen de ce protocole de rééducation, nous espérons recueillir des arguments favorables à notre hypothèse théorique.

L'importance de la recherche

Nous avons adopté un thème de recherche sur une difficulté que j'ai déjà vécu quand j'étais enfant mais qui a rester inconnue pour moi et pour mes parents qui l'ont considéré comme une timidité sévère, jusqu'au moment où je cherchais à savoir comment les enfants peuvent faire leur deuil c'est là que je tombe sur un article qui porte le nom de mutisme sélectif qui a bien sur capté toute mon attention car ça m'a aidé un maître un nom sur une phase que j'ai déjà vécu dans mon enfance. C'est là que je me suis promis de porter mon aide pour cette catégorie d'enfants, cette dernière s'inscrit dans le cadre d'un travail humain, qui

Problématique et hypothèses.

se centre sur le soutien et l'aide matérielle et morale espéré et attendue par eux et par leurs parents qui reflète leur envie de vouloir aider leur enfants, une partie d'eux, et de leur espérer une vie harmonieuse ; tout simplement leur objectif est que leur enfant puisse acquérir une place dans la société.

L'intérêt de cette recherche est donc de porter attention sur la rareté du trouble et sur les aides qui peuvent être à la portée des enfants MS dans le but de compenser leur handicap, et porter un soutien et un éclairage sur les méthodes de rééducation en utilisant le Programme d'Introduction Progressive de la Parole à l'école que nous espérons y pouvoir aboutir par nos recherches.

Les objectifs de la recherche :

Notre objectif dans cette recherche est de déterminer l'impacte de ce Programme d'Introduction Progressive de la Parole sur cette souffrance muette, qui reste avant tout un handicap de communication, et l'influence de ses techniques et matériaux de rééducation sur le fait de faire sortir les enfants MS de leur « bulle d'isolement » et comment un orthophoniste peut contribuer à leur prise en charge.

Chapitre III

Méthodologie de recherche

Préambule

La poursuite d'une méthodologie est indispensable pour un chercheur afin de bien conduire son étude qui reste avant tout, en ce qui nous concerne, un pas vers la recherche. Dans ce chapitre nous exposerions les principes de base de notre cadre méthodologique que nous avons poursuivis ainsi que les choix de chaque outil utilisé dans le but de récolter des données sur terrain qui ont été des techniques qualitatives parce que, à l'heure actuelle, il n'existe pas encore des tests et des outils de mesure pour ce trouble.

1. La pré-enquête :

Une phase de terrain assez précoce qui contribue à la définition des liens entre cadre conceptuel encore relativement lâche et des faits observable dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui seront valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. Elle permet également de recueillir des données dont l'analyse autorisera un affinement de ce cadre conceptuel que de sélectionner les indicateurs pertinents qui seront nécessaires à la construction de l'objet scientifique visé que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses

Dans le but d'avoir l'autorisation d'accéder à notre groupe d'étude, nous avons effectué une pré-enquête au niveau des écoles primaires situés au alentour de la cité SAID BELLIL ce qui nous a permet de déterminer les critères sur lesquelles se fait la sélection du sujet de la recherche et le déroulement générale de cette dernière au sein de ces établissements.

Nous avons rencontré le personnel de ces écoles et même des spécialistes en pédopsychiatrie et en orthophonie qui nous ont expliqués comment est le mode de vie des enfants mutiques sélectifs dans cette école, est ce qu'il existe chez eux des troubles associer qui peuvent entraver leurs acquisitions et leur développement ou qui augmente leur anxiété.

Nous avons achevé notre pré-enquête au bout de 3 séances faites sur une durée d'une semaine.

2. L'enquête :

Nous avons réalisé notre enquête au sein de l'établissement primaire « MOHAMED HAKMI », Bejaia, sur une période de 7 mois d'une moyenne de deux jours par semaine, pour un totale de 48 séances.

3. La présentation du lieu d'étude :

Une école primaire qui se situe a cité said bellil plus exactement à Lacifa Béjaia. Cet établissement est préfabriqué en 1958 en suite elle a été reformée en 1988, sous la direction de Ait Brahem.

En 2019 nous comptons 214 d'élèves, qui est constituée de 6 classes de la préscolaire jusqu'à cinquième année (ordinaire) et une classe spécialisée des enfants en difficultés scolaires. Au sein de cet établissement il y'a aussi une bibliothèque et une comptine.

L'équipe pédagogique comprend :

- Un directeur
- 8 enseignants.
- Une orthophoniste.
- Une psychologue.
- cinq éducatrices.
- Deux agents d'entretiens.
- Deux agents de garde.

4. La méthode utilisée :

Être dans la recherche scientifique ne se fait que si le chercheur choisit la méthode dont il aborde ça recherche donc la méthode utilisée dans une recherche scientifique est une procédure que le chercheur poursuit pour aboutir enfin à une réponse à ce qu'intrigue son esprit. Le choix de cette dernière dépend de la nature de la recherche et de la réalité à étudier.

Durant notre recherche nous avons optés pour la méthode descriptive qui nous a permis de bien décrire les deux cas de notre groupe de recherche ainsi de récolter le maximum d'informations sur le profil type de l'enfant mutique sélectif et rapporter son impacte sur la vie sociale de ce dernier.

4.1.La méthode descriptive :

Cette méthode peut prendre plusieurs formes et usages. Néanmoins, une chose est sûre, elle n'est pas une simple suite d'observations sans lien ni signification. Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière.

L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet, comme si le cas dans la démarche expérimentale, mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation

donnée et, parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes. (H. Bénony, KH. Chahraoui, 2003, p.125).

La technique utilisée dans cette méthode est l'étude de cas :

4.1.1. L'étude de cas :

L'étude de cas permet une compréhension et une analyse en profondeur des phénomènes, des processus, des comportements et des personnes dans leur contexte. Le recours à cette méthode qualitative est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus appartenant à divers phénomènes individuels ou collectifs, la description répond aux questions Qui ? Quoi ? Quand ? Et comment ? L'explication vise à éclairer le pourquoi, la prédiction, elle, recherche à établir un court à long terme quels seront les états psychologiques les comportements ou les événements. Une méthode qui doit néanmoins obéir à des normes scientifiques et être empreinte d'une rigueur au moins équivalente à celle des méthodes quantitatives de recherche. Une démarche intégrée où la fiabilité et la validité des données sont démontrées.

C'est au moyen d'une étude de cas que le praticien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances ces survenues actuelles et passées (histoire de sujet, relation avec autrui, trouble associé). Pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet ou ses proches, bilans médicaux, témoignage des soignants.

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente aussi de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événement présent et passé. (H. Bénony, KH. Chahraoui, 2003, p. 126)

Dans notre étude le choix de la technique d'étude de cas dépend de la rareté du trouble où il reste, jusqu'à aujourd'hui, un trouble mystérieux qui intrigue beaucoup de chercheurs scientifiques.

5. Le groupe d'étude :

2 enfants âgés entre 6 et 8 ans atteints d'un mutisme sélectif. Ces enfants sont diagnostiqués par un pédopsychiatre désigné par le DASS ils sont inscrits dans un protocole de prise en charge qui se déroule au sein de ce dernier qui comprend leur suivi orthophonique et psychologique.

Le groupe est composé d'un garçon et d'une fille. Aucun trouble associé n'est présent. Ce groupe a été suivi en mois d'octobre à raison de 2 rencontres par semaine.

Le tableau suivant rend compte des caractéristiques des participants :

Tableau 2 : Caractéristiques des participants de l'étude

Ca s	sexe	Age	Type de mutisme	Etiologie	Date de diagnostique	Date de suivi orthophonique	Année scolaire
1	G	8 ans	Extra- familial	Inconnu	6 ans	9.10.2018	2 ^{ème} année
2	F	6 ans	Intra/extra familial	Inconnu	5 ans	12.10.2017	1 ^{ère} année

Le groupe d'étude répond à des critères pertinents et d'autres critères non pertinents qui sont comme suite :

On a choisis notre groupe de recherche selon les critères d'inclusions suivants :

- Des enfants mutiques sélectifs qui n'ont pas de trouble associés.
- Des enfants qui sont entre 6 et 8 ans.
- Ils habitent à Béjaia.
- Sont inscrit dans un protocole de démutisation au sein de le DASS
- Ils présentent pas des troubles associés pouvant être une cause de leur mutisme sélectif

On a choisis notre groupe de recherche selon les critères d'exclusions suivants :

- Il s'agit des enfants de différents sexes.
- Le type de MS n'a pas été un critère important pour la sélection de notre groupe d'étude
- La situation matrimoniale, n'a pas été un critère auquel devait répondre le groupe de notre étude

6. Les outils utilisés

Le chercheur dans le domaine de l'orthophonie, utilise divers instruments de mesure dans le but de comprendre, évaluer et diagnostiquer... Ces instruments sont nombreux et varient selon la nature des comportements a étudié. Et comme le choix de la méthode et de la technique utilisée dépend de la nature de sujet traité nous avons fait recours à l'entretien, à l'observation, questionnaire de mutisme sélectif et à l'échelle d'évaluation étape par étape (l'échelle des 4 E l'EEEE).

Nos choix d'outils dépendent du fait que jusqu'à présent il n'existe pas d'outils de mesure (test) qui évalue le mutisme sélectif chez un enfant, mais que des entretiens, des questionnaires et des échelles d'évaluations qui reste à réviser.

6.1.1. L'entretien

L'entretien de recherche est employé comme méthode de production des données de la recherche dans un grand nombre de disciplines. Dans le champ des sciences humaines et sociales, elle représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives de l'individu : évènements vécus, représentation, croyance, émotions, histoire personnelle, souvenirs, rêves.

Ce qui fonde la spécialité de l'entretien de recherche, c'est le terme clinique qui renvoie à :

- Un champ pratique et d'interventions du praticien qui intéressent généralement le domaine des soins.
- Une attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillante, respect) qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude éthique dans l'abord de sujet en souffrance. (H. Bénony, KH. Chahraoui, 2003, p. 125)

Il existe trois types de l'entretien (directif semi directif et ouvert) nous avons utilisés l'entretien semi directif.

6.1.1.1. Entretien semi-directif

Est une technique qualitative de recueil d'information, permettant de cerner le discours des personnes interrogées autour du thème défini initialement et consigné dans un guide de l'entretien. Il porte sur un certain nombre de thèmes qui sont identifiés dans un guide d'entretien préparé par l'enquêteur.

L'interviewer pose des questions selon un protocole prévu à l'avance parce qu'il cherche des informations précises, s'efforce de faciliter l'expression propre de l'individu, et cherche à éviter que l'interviewé ne se sente bloqué dans les questions auxquelles il est soumis, il « se laisse diriger tout en dirigeant ». (KH. chahraoui, H. Bénony, 2003, p125).

Lors d'un entretien semi-directif, comme l'explique Allée et Pillet (2004), « il s'agit pour l'enquêteur d'avoir une attitude non directive afin de favoriser la libre expression de la pensée de l'enquêté, tout en s'assurant de l'obtention des informations sur les points qu'il a définis à l'avance ». (Damioli et Savoure.2006.P 31).

Les entretiens que nous avons réalisés au cours de cette recherche avec les parents de notre groupe d'étude, nous ont donné l'opportunité de récolter un grand nombre d'informations sur nos cas et d'avoir une vue dans l'ensemble voir même complète, du vécu de cette souffrance muette, ces entretiens ont permis aux parents de transmettre leur expérience à propos de ce trouble. Ils répondaient, avec effort, à nos questions, parler de l'handicap de leur enfant ne les a jamais dérangés, ils nous ont données toutes les informations dont nous avons eu besoin voir même celles dont nous ne devrions pas avoir besoin juste dans le but d'aider leur enfant.

6.2. L'observation :

Elle renvoie à l'action de percevoir avec attention la réalité afin de mieux la comprendre (capacité à discriminer les différences entre phénomènes). Certains phénomènes ne peuvent être accessibles que par l'observation.

L'observation est une méthode d'investigation d'un phénomène naturel ou culturel qui se caractérise par le fait que le chercheur n'intervient à aucun moment. Elle est généralement une méthode d'investigation utilisée en « préambule » pour « déblayer le terrain » : confirmer ou infirmer une hypothèse pour poursuivre ou non des investigations dans une direction donnée.

L'observation est une méthode complémentaire à l'entretien clinique, lorsque l'on veut confronter différents registres de la communication (digitale / analogique). Elle permet d'étudier les phénomènes cliniques visés à « ... relever des phénomènes comportementaux significatifs de leur donner un sens en les resituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte ».

Ainsi, le champ de l'observation clinique concerne les conduites verbales et non verbales (petite enfance) ou causé par des troubles graves de la communication verbale et de la relation (autisme polyhandicap). Ainsi se créent des interactions dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité. (G. Jabbour, 1994, p.1-2)

6.2.1. L'observation directe :

L'observation directe réfère à ce qu'un professionnel a véritablement vu. Il ne s'agit pas d'une information rapportée par une tierce personne. Il s'agit également d'observations faites hors d'un contexte d'interaction. Ce type d'observation est fait au moment où l'observateur observe des comportements précis du sujet dans un environnement donné.

L'observation directe permet de décrire en termes de comportements observables et précis ce que l'intervenant a vu. Cette observation permet de décrire avec plus d'objectivité le comportement et il n'est pas réfutable dans la mesure où il est précis. L'objectivité parfaite est ce qui est souhaité, mais beaucoup de biais peuvent se présenter. Ce concept sera développé plus loin. Ce type d'observation s'utilise lorsque la technologie et les connaissances théoriques ne permettent pas de mettre au point un instrument mesurant ce qui est recherché, ce qui est plus souvent possible dans les sciences de la santé (ex : thermomètre pour prendre la température du corps). L'humain, par ses cinq sens possède une capacité d'observer plus large qu'un instrument matériel. (J.P Beaugrand, 1988, p.277-308).

6.2.2. observation indirecte :

Ce type d'observation provient d'informations non-observées directement par l'observateur. Par exemple, en regardant le résultat d'un test ou en utilisant une information rapportée par un collègue. Il utilise donc l'information sans avoir véritablement observé le sujet. L'information provient alors d'une source indirecte.) Par exemple, l'analyse de tests fournit des résultats pouvant être utilisés pour connaître ou comprendre l'enfant, sans toutefois avoir observé avec les sens du psycho-éducateur, ce qui s'avère tout de même très utile. De plus, comme le psycho-éducateur est amené à travailler avec d'autres spécialistes ainsi qu'avec des outils d'évaluation, l'observation indirecte est très présente dans le quotidien du spécialiste. (M. Lamour et M. Barraco, 1999, Unipsed.net consulté 23.06.19)

Nous avons utilisé l'observation directe dans le but de récolter des informations concernant le comportement mutique de l'enfant à l'école et l'observation indirecte dans le but de voir le comportement de l'enfant en récréation.

6.3. Le questionnaire :

Le questionnaire est l'une des trois grandes méthodes pour recueil de données. C'est une méthode de recueil des informations en vue de comprendre et d'expliquer les faits. Les deux autres méthodes les plus couramment utilisées étant l'entretien et l'observation. Si l'entretien et l'observation sont des méthodes individuelles et collectives, le questionnaire est une méthode qui est uniquement collective. C'est une méthode quantitative qui s'applique à un ensemble (échantillon) qui doit permettre des inférences statistique.

R. Ghiglione (1987) distingue les objectifs suivants :

1 : L'estimation : il s'agit d'une collecte de données, d'une énumération de ces données. C'est la démarche la plus élémentaire dans le questionnaire. On ne cherche pas à comprendre les données, on cherche à les mettre à plat.

2 : Description : il s'agit de retirer des informations qui décrivent les phénomènes subjectifs qui sous-tendent les phénomènes objectifs et d'expliquer ainsi les phénomènes objectifs, comme les motivations, les représentations et les opinions.

3 : La vérification d'une hypothèse : il s'agit ici d'une démarche déductive, le questionnaire devient un outil pour confirmer ou infirmer une hypothèse.

6.3.1. Selective mutisme questionnaire (SMQ, 2001) :

Il s'agit d'un questionnaire du mutisme sélectif que les parents doivent compléter, il comporte trente-six questions dont la tranche d'âge pour laquelle il a été construit est de 3 à 11 ans. (MC, Nicholas et Col, 2008, p : 540).

Le questionnaire que nous avons réalisé avec les enseignants à permet de récolter des données objectifs et 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), d'avoir davantage de détails sur le profil-type de l'enfant atteint de mutisme sélectif, de révéler les points forts/faibles de l'enfant avec les compétences langagières, communicationnelles et scolaires de l'enfant et surtout de savoir s'ils sont toujours en collaboration avec les parents pour la prise en charge de l'enfant.

En outre, le questionnaire que nous avons effectués au cours de notre recherche avec les parents nous à permet d'avoir un aperçu subjectif de l'enfant. Les réponses recueillies nous a permet de connaître 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 nous aiguilleront sur la prise en charge de l'enfant par le psychologue et/ou par l'orthophoniste, et notamment sur leur éventuelle étroite collaboration avec les parents. Nous leur avons 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.

7. Le déroulement de la recherche :

Dans cette partie, nous allons résumer brièvement les circonstances et le déroulement de notre recherche.

7.1. Partie théorique :

Nous avons pris pas mal de temps pour recueillir assez d'informations sur ce trouble à travers les ouvrage qui ont été assez limité vu la rareté du trouble et sa nouveauté. Par contre les articles de revues et les bases de données ont été d'un nombre important, c'est a partir de notre documentation que nous avons défini notre problématique de départ et les hypothèses à confirmer.

Notre cadre théorique nous a permet de nous arrêter a certains technique et outils d'évaluations qualitatives, car à l'heur actuel il n'existe pas encore de tests permettant d'évaluer la sévérité du trouble mais qui reste avant tout, des outils de recueil de données valides et fiables.

7.2. Partie pratique

A fin de pouvoir réaliser notre recherche, pour une première étape, nous nous sommes déplacer vers un certains nombre d'écoles primaires dans le but de vérifier l'existence des conditions et des critères du mutisme sélectif recherché, pour enfin constituer notre groupe d'étude. Nous avons étaient accueillis par directeur et le vice directeur, qui nous ont confirmé la disponibilité des cas.

Nous avons expliqué au directeur notre objectif dans cette recherche, et le fait qu'il est important de commencer la prise en charge avant l'émergence des symptômes et que plutôt le programme d'intervention d'un enfant mutique sélectif est met en place, le mieux c'est.

L'idée du programme proposé était bien accepter par les parents et l'équipe scolaire qui ont jugé le protocole comme touchant tout les côtés du trouble. Nous pouvons dire d'une façon générale que les situations dans lesquelles nous avons effectué notre recherche ont été idéales, nous avons eu toutes les aides dont nous avons eu besoin (outils, salle déroulement des séances, évaluations, jeux et outils de dessin...etc.)

8. Le programme multimodal proposé :

Les traitements multimodal et multidisciplinaire sont la combinaison de plusieurs approches et de plusieurs collaborations. Et vue que « 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 » (F. Canion, 2012, p. 69)

Notre rôle, est une tentative de création d'un traitement multimodale en s'appuyant sur les différentes étiologies existait et les différentes acteurs côtoyant l'enfant dans le point de vu qu'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.

Le programme que nous avons créé s'est axé sur les étapes suivantes :

8.1. Constellation familiale

Comme nous l'avant déjà expliquer les constellations familiales permet de réinscrire les choses d'une manière beaucoup plus fluide dont on remet chacun à sa place. Parler à un spécialiste et revivre l'atmosphère d'une famille avec la présence de ce dernier permet à l'enfant et aux parents de mieux comprendre le rôle de chacun dans la constitution systémique et de savoir où le problème s'est installé pour pouvoir y remédier.

- Matérielles : des peluches
 - Peluche moyenne pour symboliser la mère.
 - Peluche moyenne pour symboliser le père.

- Petite peluche pour symboliser l'enfant
- grand nounours pour symboliser l'ordre de préséance ou la problématique de la famille
- Ce qu'il faut retenir :

L'utilisation des peluches va permettre d'un côté de symboliser les membres de la famille dans leur caractéristiques (ex : une peluche qui devra représenter la mère doit être blanche ou rose pale, fourrure douce...etc) et d'un autre côté d'incarner l'amour que chacun ressent vers l'autre car si il ya bien quelque chose de sympa avec les peluches c'est que on peut leur faire des câlins. L'objectif est de positiver l'atmosphère, d'un coté, par la reconnaissance des fautes et des attitudes de pardon et d'autre coté, d'expliquer le rôle d'une famille à l'enfant, lui faire comprendre que avec eux il est ce qu'il est et enfin, lui faire prendre conscience que ces parents ne le juge pas.

Nous avons jugé cette étape comme importante dans ce programme que nous proposons, car ca nous permet de créer une relation avec le monde de l'enfant, le cerner dans son milieu, comprendre son anxiété et surtout d'avancer d'un pas vers le cercle de confiance de l'enfant.

8.2. Guidance parentale :

« La guidance parentale désigne l'aide apportée par des professionnels à des parents en difficultés elle se définit tantôt comme du soutien et des conseils et tantôt comme un véritable travail psychique chez les parents ». (V. Laupies, 2004, p. 521)

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé la guidance parentale, en premier lieu, dans le but d'apporter nos aide a ces parents, de leur faire comprendre la nosographie du trouble qui leur semble difficile à cerner et en deuxième lieu pour leur expliquer l'utilité de ce programme de prise en charge pour favoriser la communication entre l'école et les parents.

8.3. Introduction du thérapeute à l'aide des parents :

Pour nous introduire progressivement dans le cercle de parole de l'enfant nous avons choisi la technique de Sliding-in proposé par Dr Stephen Kurtz et traduit par Valérie Marschall entamée en 6 étapes :

- On commence par le parent et l'enfant, seuls dans une salle porte fermée. (on attend à l'extérieur de la salle)

- Une fois que l'enfant est à l'aise à l'école la porte entrouverte. On se place dans l'entrebâillement de la porte le dos tourné.
- On se rapproche de plus près, sans prendre part à l'activité avec l'enfant. la porte de la salle est refermée pour qu'il n'y ait pas d'éléments perturbateurs.
- On se rapproche d'encore plus près pour commencer à interagir avec l'enfant et le parent. Il est plus facile pour l'enfant de faire un jeu ou une activité qui le fait bouger.
- Au moment que l'enfant commence à interagir avec nous on demande au parent de s'éloigner peu à peu pour se retirer jusqu'à sortir de la salle.
- Enfin, on reste seul pour jouer avec l'enfant. le parent attend à l'extérieur de la salle porte entrouverte.

8.4. Représentation mentale de diverses situations (Guided imagery page : 31)

Une fois que l'enfant est à l'aise, nous entamons l'étape suivante qui se base sur l'imagination. On demande à l'enfant de s'imaginer dans des situations anxieuses pour lui apprendre à gérer son anxiété. S'entraîner est indispensable pour une peur de parler pour aider l'enfant à grimper les marches de son échelle de communication et de lui donner le maximum d'occasions pour parler.

8.5. L'enregistrement et le self modeling : (voire page : 29)

Le choix de cette méthode n'est pas le fruit du hasard, mais une technique a des fins précises. Nous avons fait appelle aux enregistrements pour permettre à l'enfant de visualiser ses capacités verbales. Nous sommes mené a conduire l'enfant en lieu public où ce dernier est obligé à faire part de sa demande ou de sa commande à une personne qu'il ne connaît pas et qu'il ne lui est pas familière en l'accompagnement d'un de ses parent pour le ramener peu à peu en utilisant le renforcement positif a pouvoir ouvrir sa voix dans des lieux publics et l'aider à surmonter sa peur de parler.

8.6. Introduction progressive de l'enseignante :

Nous avons demandé à l'enseignante de s'introduire et d'interagir avec l'enfant de la même façon que nous l'avons fait vu que l'enfant s'est familiariser avec cette méthode.

8.7. L'introduction progressive des camarades de classe :

Une phase essentielle pour la démutisation de l'enfant et pouvoir ouvrir sa voix c'est que il doit se familiariser avec les camarades de sa classe.

8.8. Ouvrir la voix de l'enfant mutique sélectif :

S'assurer de la continuité des progrès de l'enfant à pouvoir surmonter sa peur de parler est essentiel pour l'ouverture de sa voix. Nous demandons aux parents de lui créer plus de situations conversationnelles on leur explique qu'il sera beaucoup plus facile pour leur enfant (et ceux qui le soutiennent) de voir des avancées en continu si un rythme consistant de progrès est maintenu.

Synthèse de chapitre

Dans ce chapitre consacré à la méthodologie, nous avons présenté certaines règles et étapes que nous avons appliquées dans notre recherche pour nous aider à organiser et à structurer notre étude, et grâce à la méthode descriptive que nous avons choisi à cause de la rareté de trouble et aux outils de recherche que nous avons utilisé dans ce chapitre nous avons pu rassembler des données et des résultats que nous pouvons analyser et interpréter, afin de vérifier nos hypothèses en répondant aux questions posées.

Chapitre IV

*Présentation, analyse et
discussion des résultats*

Préambule :

La partie pratique est une étape cruciale dans la recherche scientifique elle nous permet de rapporter l'ensemble des informations nécessaires à la recherche afin de répondre aux questions de départ. Dans ce chapitre, nous allons essayer de faire une interprétation des réponses des entretiens effectués avec les parents et l'entourage de notre groupe d'étude, ensuite analyser leurs contenus, en faisant référence aux hypothèses élaborées au début de notre recherche.

1. Présentation des cas :**1.1. Orientation :**

Lorsque la prise en charge de « cas 1 » a débuté, avec une demande précise émanant des parents, après un signalement de la part de son institutrice. Les parents souhaitaient un suivi orthophonique ou psychologique et expliquaient à cette dernière que malgré son mutisme en classe et en récréation l'enfant parlait très bien et librement avec ses frères (la mère le décrit comme un véritable moulin de parole à domicile).

1.2. Présentation de « cas 1 » :

« Lotfi » est enfant âgé de 8 ans qui souffre d'un mutisme sélectif, il est adressé pour préciser la sévérité de trouble et pour pouvoir y remédier. Il est conçu par fécondation normale, la grossesse et l'accouchement ont lieu sans difficultés, il est le cadet d'une fratrie de 3 garçons, son père est âgé de 42 ans et sa mère de 30ans dont nulle pathologie n'est dépistés chez eux.

« Lotfi » présente des troubles d'endormissements et des crises de colère apparus à l'âge de 4 ans et demi, c'est au près de 5 ans que sa mère a remarqué une absence totale de communication et une apparence d'un statue (figé physiquement) lors de confrontation avec une personne qui ne connaît pas (son institutrice, leur nouveau voisin). D'où une visite chez le pédiatre qui a soupçonné une anomalie qui doit être confirmée par des examens psychologiques adéquats réalisés à Alger au centre de pédopsychiatrie, là où l'ont diagnostiqué comme un enfant mutique sélectif selon les résultats obtenus dans les examens complémentaires qui confirment qu'il ne souffre ni d'une perte auditive, ni d'une anomalie laryngite, ni d'une déficience mentale et selon les traits mutique suivant :

- « 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, 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 ».

1.3. L'interprétation des réponses d'entretien réalisé avec les parents de « Lotfi » :

« Lotfi » s'est présenté à leurs yeux comme un enfant fragile. Qui se braque rapidement face à une situation embarrassante et facilement impressionnable. Malgré cela, ils citent que lorsqu'il est confiant, il s'avère être très collaborant et participe aux activités proposées. C'est un enfant très accommodant, parfois même hyper-conformiste. Les initiatives sont très rares, voire absentes

La communication est difficile. L'enfant reste muet sur le lieu de l'école et ce, depuis ses trois années de scolarisation. Néanmoins, les parents le décrivent comme un enfant bavard à la maison qui aime jouer avec ses frères gentil et plein d'énergie qui n'aime pas manger et sa maîtresse explique qu'il ne mange que de petites portions de morceaux de fruits ou légumes préparées par la maman.

1.4. L'interprétation des réponses des questionnaires réalisés avec les parents et les enseignants :

Le questionnaire que nous avons réalisé avec les enseignants à permis de récolter des données objectives sur notre cas, vu qu'ils sont les premières personnes à remarquer le comportement mutique de ce dernier, d'avoir davantage de détails sur le profil-type de l'enfant atteint de mutisme sélectif en générale (pour affirmer ou non l'hétérogénéité du trouble) et celui de « Lotfi » en particulier, de connaître l'orientation thérapeutique qu'ils

proposent aux parents, et surtout, ils nous ont permis de savoir qu'ils sont toujours en collaboration avec eux pour la prise en charge de l'enfant.

En outre le questionnaire que nous avons effectué avec les parents de « cas 1 » nous a permis d'avoir un aperçu subjectif de l'enfant. Les réponses recueillies nous ont permis de savoir que les enseignants sont les premières personnes qui les ont prévenus du mutisme de leur enfant à l'école, et qu'ils ont été inconscients du trouble de leur enfant vu que ce dernier parle aisément à la maison. Les autres renseignements nous ont aiguillés sur la prise en charge de l'enfant par le psychologue et/ou par l'orthophoniste, et notamment sur leur éventuelle étroite collaboration avec eux. Nous leur avons également posé une question concernant les compétences langagières, communicationnelles et scolaires de leur enfant car eux seulement peuvent nous éclairer sur d'éventuelles troubles de communication ou du langage dont ils ont confirmé qu'aucune anomalie n'est décelée.

1.5. Déroulement de la prise en charge :

A. Etapes de collecte d'informations :

- Recueilles d'informations à travers les entretiens et le remplissage de SMQ- Parents.
- Recueilles d'informations à travers des entretiens individuels réalisés avec les enseignants.

B. Application du programme de prise en charge proposé :

- **Constellation familiale (l'ordre de préséance) :** nous avons choisi d'utiliser la technique de Claire Bouyssoux :
 - **Objectif :** positiver l'atmosphère entre les membres de famille les faire rappeler qu'est ce qu'une famille, et qu'est ce que ça signifie d'appartenir à une famille.
 - **Déroulement :** on demande aux deux parents de se présenter avec leur enfant dans la première séance de l'élaboration de notre programme d'intervention.
 - **Matériels :** 2 peluches moyennes (qui symbolisent les parents), une petite peluche (qui symbolise l'enfant), une grande peluche (qui représente la problématique vécu)
 - **Piège :** on parle à l'enfant, mais notre objectif est l'inconscient de ses parents leurs faire revivre les événements passés

o **Consigne :**

Dans les constellations justement une des lois les plus transgressées dans une famille, est ce qu'on appelle l'ordre de préséance :

Pour vous montrer nous allons utiliser nos peluches, voilà nous vous présentons un homme et une femme qui se rencontrent et que cette rencontre amène une histoire d'amour et fait naître en eux une décision de fonder un foyer, avoir dans ce grand monde un petit monde pour eux (ce qui est sympa avec les peluches c'est que on peut leur faire des câlins).

Ces deux êtres humains parfaitement imparfaits comme tous les humains, qui se retrouvent mais qui en moins, à un moment donné vont être dans la perfection c'est rare chez les humains mais ça arrive à un certain moment notamment quand la vie dit un grand oui à ces deux êtres là. Et que de leurs unions arrive un enfant. Comme nous le disons à tous les enfants : ce qui se passe avant, ce qui se passe après dans la vie de papa et maman ce n'est pas nos affaires.

Et voilà donc un enfant qui se développe, qui dans un 1^{er} temps trouve que ses parents sont absolument parfaits, sauf que à un moment donné, cet enfant va grandir et se rendre compte que papa et maman ne le sont pas. Et quand l'enfant commence à donner un jugement sur ses parents, ou quand l'enfant va prendre soin de ses parents (par ce que dans une famille ya une autre loi qui fait que, dans une famille se sont les grands qui prennent soin des petits et pas l'inverse) et pourtant tout enfant à un moment donné, peut être tenté par prendre soin de ses parents. Quand ça arrive on est aussi dans le jugement car prendre soin des parents c'est penser qu'ils ne sont pas capables de le faire eux-mêmes.

Donc que nous sommes dans le jugement ou dans le soin, l'enfant se prend pour ça (on fait sortir la grande peluche celle qui devrait symboliser la problématique) et il devient le grand de ses parents. Ce qui est vraiment problématique, car le problème est que au niveau de l'inconscient quand on dit que nous parents sont nuls soit par le soin ou par le jugement, donc on se dit qu'on vient de ces parents là, alors on est nul.

Dans notre fonctionnement psychique ya une chose que notre inconscient ne supporte pas c'est l'autodénigrement. Donc il va nous le faire payer par des stratégies d'auto-sabotage qui sont certaines inconscientes. La transgression de l'ordre de préséance c'est ça : le petit se prend pour plus grand que ses parents, faire face à cette problématique se fait par : lâcher ce grand nounours en positionnement pour revenir l'enfant, et cette fois-ci voir les parents dans

leur juste réalité c'est-à-dire des parents parfaitement imparfait et les accepter juste comme ils sont parce que ce qu'on est aujourd'hui avec nos côtés dans la force c'est grâce à leurs imperfection.

A la fin de la séance nous avons remarqué un changement chez les parents, ce changement s'est fait inconsciemment. Donc nous avons atteint notre objectif.

➤ **Guidance parentale :**

Nous avons fait appelle à la guidance familiale car 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. D'après Sharkey, Mc Nicholas, Barry, Begley & Ahern (2008, pp.540-541), nous devons apprendre 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 et réduire leur propre anxiété et leur réticence à la communication afin qu'ils deviennent plus sociables.

La guidance familiale que nous avons utilisé, nous a permet, en premier lieu, d'apporter nos aide a ces parents, de leur faire comprendre la nosographie du trouble qui leur semble difficile à cerner et en deuxième lieu pour leur expliquer l'utilité de ce programme de prise en charge pour favoriser la communication entre l'école et les parents ainsi de leurs faire accepter la différence momentanée de leur enfant et enfin, de gagner leur confiance et leurs étroite collaboration.

➤ **S'introduire dans le cercle de confiance de l'enfant :**

Au début, nous avons demandé au parent de dessiner avec l'enfant dans la salle où les séances thérapeutique se dérouler, nous lui avons permet de fermer la porte pour que l'enfant ne se sent pas angoisser et on attend à l'extérieur de la salle. Peu à peu nous avons demandé au parent d'entrouvrir la porte dans le but que « Lotfi » parle au sein de l'école On se plaçait dans l'entrebâillement de la porte le dos tourné.

Au bout des séances prochaines nous nous sommes approchés de plus près, sans prendre part à l'activité de l'enfant. La porte de la salle est refermée pour qu'il n'y ait pas d'éléments perturbateurs. Ensuite quand « Lotfi » c'est familiariser avec notre présence, nous avons commencé à s'interagir avec lui en dessinant à notre tour avec eux. Nous avons remarqué qu'il aime dessiner sur ses mains c'est la que nous avons eu comme idée de lui demander de nous dessiner un cercle après avoir fait un petit concours de coloration dont il l'avait gagné. Nous avons demandé à la mère de sortir et attendre à l'extérieur.

Au fils de quelques séances avec « Lotfi » il commençait à s'interagir avec nous et on renforcé ça avec des bonbons à la meringue qu'il adoré. Et peu à peu il a pu nous ouvrir sa voix ce que nous à fait plaisir mais on ne pouvait pas exprimer notre bonheur pour ne pas le brusquer nous avons fait comme si il nous parlait toujours.

➤ **Représentation mentale de diverses situations :**

Une façon de surmonter une peur consiste à faire face à la situation anxiogène que l'on a auparavant pris soin d'éviter. Nous avons fait appelle a cette stratégies d'exposition imaginaire pour aider « Lotfi » à faire face à une situation anxiogène réel si elle devrait se présenter prochainement.

➤ **L'enregistrement et l'auto-modélage :**

Les séances où « Lotfi » commençait à s'interagir avec nous ont été filmées, dans le but de lui permettre de visualiser ses progrès on lui demandait de scotcher un sticker devant chaque progrès réalisé sur l'échelle de l'anxiété (ce qu'on appelle aussi ascenseur de l'anxiété).

Pour garantir que « Lotfi » réussisse à surmonter sa peur de parler, nous avons commencé par les lieux, les personnes, les activités qui sont susceptible de l'encourager à verbaliser librement, par toutes petites étapes. Nous avons eu comme but de transférer son niveau de confort avec la prise de parole d'une situation de réussite vers une situation nouvelle, en amenant des modifications au niveau des personnes, des lieux, ou des activités.

Nous l'avons accompagné à la bibliothèque de l'école, vu qu'il nous parlait dans une classe au sein de l'école, dans le but de l'exposer à un nouvel endroit et un à nouvel environnement. Nous avons également, déplacé progressivement les séances de lecture à haute voix dans un coin de la bibliothèque où se trouvaient d'autres personnes. La clé du

succès consistaient à éviter la tentation de gravir les marches trop rapidement car le maître dans une situation trop difficile trop tôt (et probablement trop anxiogène) risqué de le stopper dans son élan. Dans le but que notre sujet réussisse à parler dans des situations nouvelles, même s'il éprouve de l'anxiété, nous avons cherché à transférer sa prise de parole vers de nouvelles situations, par de toutes petites étapes et lui apprendre à les gérer comme le restaurant où il est obligé de faire sa demande.

➤ **Introduction progressive de l'enseignante :**

De la même façon que nous avons intégré le monde de « Lotfi » nous avons eu comme rôle d'introduire son enseignante par petites étapes, vu que notre sujet s'est familiarisé avec la technique d'introduction progressive nous avons demandé à l'enseignante de s'approcher et de s'interagir avec nous, nous avons remarqué qu'elle n'a pas pris beaucoup de temps pour entrer dans son cercle de confiance vu que c'est son enseignante depuis presque 3 ans.

➤ **Introduction des camarades de classe :**

Avant de pouvoir continuer les séances d'entraînement à la parole avec un, puis deux, puis plusieurs camarades de classe, il est important que l'enfant puisse communiquer par la parole avec ces mêmes enfants.

Les invitations des camarades de classe au domicile de l'enfant sont donc primordiales. En effet cela permet non seulement à l'enfant d'avoir des amis, d'établir des relations amicales et de conserver un lieu social, mais également de progresser au niveau de la verbalisation vis-à-vis de ces camarades.

De plus, on sait que les enfants ont besoin de passer par un certain nombre de phases avant de pouvoir parler en aisance avec leur camarades. Ainsi il est courant que l'enfant joue d'abord sans pouvoir parler, puis commence à se détendre et à pouvoir faire des sons ou dire quelques mots, pour enfin pouvoir parler de façon naturelle et normale avec ses copains.

Nous avons donc encouragé les parents à inviter les meilleurs camarades de classe de leur enfant à la maison de façon régulière et répétée. Une fois que l'enfant souffrant de MS peut parler avec un ou plusieurs camarades, les séances d'entraînement pourront continuer en intégrant ses camarades.

Nous avons eu comme but ensuite de créer un « mini groupe classe » qui permet d'élargir progressivement le cercle des enfants à qui l'enfant mutique peut parler, ceci est

d'autant plus important que les spécialistes disent qu'il faut que l'enfant ait déjà pu parler à plus de la moitié des enfants de sa classe, en dehors de l'école, pour qu'il soit dans de bonnes conditions pour commencer à parler en classe, dans le grand groupe.

➤ **Ouvrir la voix de Lotfi :**

Nous avons demandé aux parents de lui créer plus de situations conversationnelles on leurs avait expliqué qu'il sera beaucoup plus facile pour leur enfant (et ceux qui le soutiennent) de voir des avancées en continu si un rythme consistant de progrès est maintenu. Tandis que Lotfi grimpe les marches de son échelle de communication, nous lui avons donné le maximum d'occasion pour parler. Car plus il bénéficie d'occasion de s'entraîner et d'être exposé à des nouvelles situations, plus il surmontera facilement la peur associée à ces situations.

Apprendre à parler avec confiance dans un nombre croissant de situation exigeait de gros efforts de la part de notre sujet. Les récompenses ont été la motivation de Lotfi à progresser dans son échelle de communication.

1.6. Synthèse du déroulement de la prise en charge de « cas 1 »

Tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'amener l'enfant mutique à la parole est une tâche qui prend du temps, qui ne se fait que par toutes petites étapes. L'utilisation de ce programme multimodal nous a permis de renforcer la relation que notre cas avait avec ses parents les sensibiliser par rapport à l'handicap momentané de leurs enfant a été important pour l'installation de programme de prise en charge. L'aide apportée par nous-mêmes en tant que orthophonistes, les parents, le groupe scolaire, l'enseignante, et les camarades de classe était important dans l'ouverture de la voix de notre sujet, l'aider à grimper les marches de son échelle de communication et d'avoir une vie sociale.

2.1. Présentation de cas 2 :

Lorsque la prise en charge de « Malak » a débuté, il n'y avait pas de demande précise émanant des parents, mais de son institutrice qui s'interrogeait quant au mutisme de « cas 2 » et souhaitait un suivi orthophonique. Elle nous expliqua que malgré son mutisme en classe et en récréation, l'enfant parlait très bien et librement avec ses frères sitôt la porte de l'école franchie.

À la rentrée scolaire, les parents avaient présenté leur fille d'emblée et seulement par ces mots : « Malak n'a jamais parlé à l'école ». Les parents se sont toujours faits discrets, reculant souvent les rendez-vous et ne semblant pas s'inquiéter du mutisme de leur enfant. Jusqu'au moment où nous avons contacté la mère pour lui expliquer l'importance de sa collaboration.

« Cas 2 » est une fillette âgée de 6 ans, elle est adressée pour pouvoir remédier à son silence de la part de le DASS qui l'a inscrit dans un programme de prise en charge. Elle est conçue par fécondation normale, la grossesse et l'accouchement à lieu sans difficulté, c'est une fille unique son père est âgé de 39 ans et sa mère de 30 ans. La mère a noté son caractère mutique en contacte avec ses sœurs à elle, mais elle l'avait considéré comme une timidité sévère.

« Malak » est une fille trop calme même à la maison qui aime jouer avec ses poupées et avec ses cousines proches qui vivent dans la même maison qu'elle. Selon les résultats obtenus dans les résultats des examens préliminaires l'enfant ne souffre d'aucune anomalie laryngites, ou d'une déficience auditive ou mentale.

2.2. Déroulement de la prise en charge :

A. Étape de collecte d'informations :

- A. Recueilles d'informations à travers les entretiens et le remplissage de SMQ- Parents.
- B. Recueilles d'informations à travers des entretiens individuels réalisés avec les enseignants.

B. Etape du diagnostique et d'intervention :

- Eviter le plus possible la discussion sur "l'absence de parole" et les sollicitations de sons.
- Accepter le silence de Malak. Elle seule peut décider de briser un jour son silence. C'est pour cela que nous avons Proposé des activités qui n'impliquent pas l'usage de la parole ou de bruits.
- Renforcer la communication non verbale. « On hésite parfois à encourager la communication non verbale de peur qu'elle renforce le mutisme, mais elle est souvent un passage obligé vers la verbalisation ».
- Mettre de côté le symptôme et privilégier l'écoute et la relation thérapeutique.
- Aider l'enfant à prendre confiance en elle, à vaincre ses peurs et à diminuer l'anxiété.
- Lui laisser du temps, prendre conscience de la notion de progressivité.

2.3. Présentation des séances thérapeutique réalisé avec « cas 2 » :

Tableau 3 : séances réalisé avec « cas 2 »

Les séances	Date de séance	Personne à introduire
1	09.10.2018	La mère
2	11.10.2018	Les enseignantes
3	14.10.2018	/
4	17.10.2018	Enseignantes
5	24.10.2018	enseignantes
6	25.10.2018	/
7	26.10.2018	Enseignantes
8	01.11.2018	Mère +enseignantes
9	07.11.2018	/
10	09.11.2018	Mère

2.4. Présentation des résultats des séances :

○ Séance 1 :

- Durée de la séance : 1h.30mn

-Objectif de la séance : recueillir des informations sur la situation familiale du sujet en complétant le SMQ-Parents.

- Personnes visées : la mère

La séance a été un peu longue dans le but de recueillir les informations qui touchent toutes les dimensions de notre sujet de recherche dès la grossesse jusqu'à sa scolarisation. La mère a été coopérative, nous avons transcrit toutes les informations et enfin donné un point de vue général de ses réponses dont elle a confirmé avec hochement de tête.

Nous avons pu récolter un nombre importants d'informations qui nous a servi dans la procédure de prise en charge.

- Séance 2 :

-durée : 30mn

-les personnes visées : les enseignantes.

-Objectif : recueillir des informations sur notre sujet dans une séance collective dans le but de confirmer les informations collectées dans les séances individuelles.

Les informations collectées ont été les même que ceux des séances individuelles. Nous avons abordées la question de travailler en collaboration étroite dont l'affirmation que nous avons eue de leurs parts nous a montré que, eux même, veulent contribuer à la mise en œuvre de la prise en charge proposée.

- Séance 3 :

-Durée : 40 mn

-La personne visée : « Malak »

-Objectif : construire une relation avec notre sujet et pouvoir être admis dans son cercle de confiance.

Au début de la séance « Malak » semblé figé physiquement, d'ailleurs même dès le 1^{er} regard nous avons eu l'impression d'être en face d'un monument historique. Il paraissait si prostré, inexpressif, et ses yeux étaient si vides. Nous avons utilisé un livre illustré qui est une chronique sociale (« Emily la fille silencieuse » qui avait une voix d'ange) qui raconte l'histoire d'une fille mutique sélectif qui a brisé son silence à l'aide de son institutrice, celle qui a put chantée en plain publique (au claire de la lune) pour la mémoire de sa mère. .

A la fin de la séance nous lui avons demandé de nous dire comment elle s'appel, mais nous n'avons pas eu de réponse jusqu'au au moment ou nous lui avons dit que « Emily » (l'héroïne de la chronique) veut savoir comment tu t'appelle c'est là qu'elle a répondu en chuchotant « Malak ».

- Séance 4 :

-durée : 30 mn

-personne visées : les enseignantes

-objectifs : réalisés des exercices pour l'insertion de « Malak »

Nous avons proposé de transformer le déroulement de l'enseignement et mettre « Malak » entre un groupe qui maîtrise l'art de l'interaction sociale, d'une durée d'une semaine avec des étapes graduelle où chaque jour un d'eux va être le « Alpha » du groupe jusqu'au moment où le tour de « Malak » viendra.

- Séance 5 :

-durée : 30mn

-personnes visées : enseignantes

-objectifs : évaluer et analyser les résultats des exercices proposés

Les informations obtenus ont révélés que « cas 2 » est resté mutique tout au long de la séance et qu'aucune interaction n'est entamé et que les enfants du groupe ne sont pas intéressé pour jouer avec elle. Les enseignantes nous ont rapporté qu'elle a noté les réponses sur le tableau dans le 2^{ème} jour après lui avoir expliqué l'importance de ces activités et qu'elle doit y participer pour pouvoir surmonter son mutisme.

Le comportement de « Malak » s'est développé dans le groupe dans la mesure où nous l'encourageons dans chaque épreuve, jusqu'au moment où son tour est venu (pour guider le groupe), nous avons remarquées qu'elle parlait à ses camarades en chuchotant et elle a refusé de lire à haute voix les réponses de ses derniers.

Nous avons constaté qu'elle tient toujours à son silence car elle se sent protégé, donc nous avons constatées qu'elle a toujours besoin d'une autre séquences d'exercice pour l'aider à surmonté son anxiété dont l'obligation d'utiliser un autre moyen qui est l'introduction d'une poupée ou d'un objet (intermédiaire verbal) pour transmettre sa voix au autre.

- Séance 6 :

-durée : 40mn

-personnes visées : Malak

-objectif : analyser l'avis de notre sujet sur le groupe d'une manière indirecte et évaluer son développement.

- Les outils utilisés : la poupée

Nous avons utilisées les poupées dans cette séance pour lui parler de déroulement de sa journée et de ses enseignantes et demander des informations sur le déroulement de la sienne, qui elle de son tour tenait sa poupée et nous répondait en chuchotant.

Nous avons donc pensé à lui faire remarqué que parlait en chuchotements ne permet pas aux autres de l'entendre et de lui répondre en retour, ce qui a poussé « Malak » à répondre en levant un peu la voix.

A la fin de la séance nous lui avons offert un bloc note illustré des photos d'animaux qu'elle aimait en lui rappelant que notre poupée était ravi de faire la connaissance de la sienne et du fait qu'elles ont échangées des mots et que elle sera vraiment contente de refaire ça quand elle aura du temps.

- Séance 7 :

-durée : 30mn

-personnes visées : enseignantes

-objectifs : discussion des méthodes à utilisés pou renforcer le rôle de « Malak » en classe et proposer des méthodes pour briser la bulle qu'elle a construit autour d'elle.

« Malak » commence a participé avec l'encouragement de l'enseignante pour tout le groupe pour que se dernier ne sens pas une particularité.

- Séance 8 :

-durée : 30mn

-personnes visées : mère et enseignantes.

-objectifs : avoir des informations sur le développement de notre cas à la maison, et celui obtenu comme résultat dans les dernières séquences d'exercices proposés.

Les enseignante ont signalé que « Malak » commence a participé, et qu'elle parle d'une voix qu'on peut entendre. Elle devienne plus attentif, et que dans certains moments (où elle est interrogé) elle écrit la réponse dans un papier et le donne à l'enseignante dont cette dernière lui demande de lire au moins les deux derniers mots a haute voix et avec le renforcement les deux premiers mots deviennent 3 ainsi de suite. La mère nous a signalé que l'enfant est sur de d'elle, ses crises de colères sont calmés

D'après nos constatations « Malak » s'est évolué de mieux en mieux, ses interactions avec son groupe s'accroissent avec le temps, elle devient plus confiante, et plus souriante elle commence à développer des relations avec ses camarades, joue avec certains d'eux en récréation. Ces changements et ces développements vont nous permettre de compléter ce que nous avons commencé et de bien mener notre prise en charge pour enfin aider l'enfant à briser sa bulle d'isolement.

- Séance 9 :

-durée : 40mn

-personnes visées : « Malak »

-objectifs : évaluer son avis à propos le fait de parler à ces camarades de classe pour savoir si elle est capable de tendre son cercle de confiance.

Nous avons expliqué à « Malak » que chacun de nous va dessiner comment il se voit (nous dessinés nous-même). C'est là qu'il a commencé de dessiner la salle et les enseignantes et elle-même sur l'estrade devant le tableau.

Nous lui avons demandé de citer les noms des personnes (des fois elle nous répond et des fois elle les écrits sur la feuille devant le dessin). Nous avons constaté un grand développement en ce qui concerne ses interactions, son anxiété a diminué, elle est plus à l'aise avec nous, comme on a remarqué qu'elle est capable de faire face à la dernière étape qui est le fait d'inviter une enseignante qu'elle ne connaît pas avec nous en classe.

- Séance 10 :

-durée : 40mn

-personnes visées : la mère, une nouvelle enseignante, camarade de classe.

-objectifs : savoir si notre cas peut faire face à des nouvelles personnes qu'elle ne connaît pas après avoir pris sa permission et confirmé son accord.

Nous avons invité une enseignante pour mieux aider « Malak » à faire face à des personnes étrangères. Nous avons remarqué que le fait d'être en classe avec sa mère et avec ceux avec qui elle a déjà parlé l'avait mis à l'aise ou point que une personne étrangère ne l'avait pas dérangé et le déroulement de la séance était vraiment satisfaisant.

3. Synthèse générale sur les résultats que nous avons eus :

Nous pouvons dire, grâce aux résultats obtenus, que le programme multimodal proposé grâce à l'introduction progressive de la parole à l'école est une technique qui s'est avérée très efficace pour traiter le mutisme sélectif chez notre groupe d'étude. Ce programme d'intervention nécessite du temps. Les différents acteurs (nous tant que orthophonistes, les parents les enseignants) doivent être disponibles puisque l'exercice les engage à collaborer avec l'enfant durant quelques temps. Une fois qu'une session débute, le travail doit être entretenu de manière régulière car se passer trop de temps entre les différentes sessions peut nous remettre à la case de départ.

4. Discussion des hypothèses :

Réponses aux hypothèses de travail :

La problématique de départ est la suivante : Est-ce-que la démutisation d'un enfant MS est purement orthophonique ?

Est-ce-que la prise en charge multimodale de mutisme sélectif s'avère efficace en utilisant le programme d'introduction massive de la parole à l'école, et quels professionnels de la santé peuvent contribuer à la démutisation de l'enfant ?

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

-La prise en charge de l'enfant MS en utilisant le programme d'introduction massive de la parole peut s'avérer efficace lorsqu'elle est effectuée au sein de l'établissement scolaire et en dehors de l'école avec la collaboration des parents:

D'après les résultats obtenus, le programme multimodal que nous avons proposé en utilisant le protocole d'introduction de la parole en milieu scolaire a apporté des résultats très positifs sur nos cas. Grâce au fait que différents acteurs se sont collaborés dans le but d'ouvrir la voix d'un enfant mutique sélectif et sont impliqués dans cette intervention, les parents nous-mêmes comme étant des orthophonistes, les enseignants, le groupe scolaire les camarades de classe. Nos sujets se sentent en confiance pour entrer dans le programme et acceptent de jouer le jeu avec leurs parents, leurs enseignants et leurs camarades.

La relation de confiance que nous avons construit avec ces enfants a pu être transférée et appliquée dans des contextes en-dehors du cabinet thérapeutique à l'école et même en dehors de l'école. Qui veut dire que la prise en charge de l'enfant dans l'école et en-dehors de l'école doit être menée en parallèle. Il existe une relation complémentaire entre ces deux modes de prise en charge, l'application d'une d'elle seulement ne permettrait pas de remédier aux aspects nosographiques présentés par ce trouble. Notre hypothèse est donc validée.

- Les 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 dans le sens où le MS est considéré comme un trouble psychiatrique qui se manifeste dans le champ du langage.

D'après les réponses que nous avons rassemblées à nos deux questionnaires et ceux des entretiens réalisés et d'après les résultats obtenus, nous pouvons grandement (comme étant des orthophonistes) contribuer à la démutisation de l'enfant grâce à nos compétences dans le domaine du langage et de la communication tant que le MS est un trouble qui se manifeste dans un champ qui nous est familier. Néanmoins, il ne faut pas négliger la part psychologique du trouble pour laquelle on ne peut intervenir dans le but de démutiser l'enfant. Cette autre partie de l'hypothèse est donc validée.

Conclusion

Générale

Conclusion générale

L'intérêt pour le mutisme sélectif est en constante évolution depuis quelques années. Toutefois, il tarde à être suffisamment connu et reconnu en Algérie. Il s'inscrit dans les classifications psychopathologiques qui se manifeste dans le champ de langage. Néanmoins, il est surprenant qu'il ne soit pas davantage évoqué dans le domaine de l'orthophonie un domaine, comme son nom l'indique, spécialisé dans tout ce qui est en rapport avec le langage la communication...etc.

« Au terme de cette enquête, et en tant que orthophonistes, nous pouvons 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 orthophonique nous permet de mettre en place un projet thérapeutique personnalisé pour ces enfants ». (F. Canion)

La partie théorique de ce mémoire nous a permis de concevoir le trouble dans ces différentes conceptions trans-nosographique. Il s'agit en même temps d'un trouble anxieux de la petite enfance selon 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. Et c'est pourquoi ça demande une prise en charge multidisciplinaire.

Les constatations que nous avons eues, après avoir appliqué le programme de prise en charge que nous avons proposé a mis en avant que le travail d'une 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, et l'amener à ouvrir sa voix.

Une médiation entre l'école (les enseignants, l'équipe scolaire) et les thérapeutes extérieurs (orthophoniste, psychologue, pédopsychiatre, psychiatre) est également requise pour que l'enfant soit suivi correctement et un travail en étroite collaboration va sûrement permettre à l'enfant d'avoir une vie sociale de qualité.

La liste bibliographique

La liste bibliographique

1. American Psychiatric Association. ([APA], 2003). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte Révisé ([DSM-IV-TR], 4ème éd.). Paris : Masson.
2. American Speech-Language-Hearing Association ([ASHA], 2007). Scope of practice in speech-language pathology. doi : 10.1044/policy.SP2007-00283
3. C. Aubry, 2002, le mutisme sélectif étude de 30 cas, p : 11-47, Genève.
4. C. Chevré-Muller, J. Narbona., 2007, Le langage de l'enfant : aspects normaux et pathologiques. Paris, Elsevier Masson.
5. C. Latieule, 2010, Elykya gardienne de son silence, Travail de fin d'études présenté en vue de l'obtention du grade de logopédie.
6. E. 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).
7. E. Shipon-Blum, Stimuler les interactions sociales : premiers pas vers la communication sociale ! (V. Marschall, Trad.). France.
8. F. Damioli, M. Savoure, 2006, Etude et état des lieux de la prise en charge orthophonique de patients atteints de sclérose en plaques (Mémoire de l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Université Claude-Bernard, Lyon, France).
9. F. Canion, 2012, 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.
10. H. Benony, KH. CHaraoui, 2013, L'entretien clinique, Paris, Edition Dunod
11. J.P. Beaugrand, 1988, observation directe du comportement, dans fondements et étapes de recherche scientifique en psychologie, 3^{ème} édition, p. 277-308.
12. J.P. Dumont, et col, 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 2018.
13. Julie Briec, Implant cochléaire et développement du langage chez les jeunes enfants sourds profonds, 2012, p : 5.
14. K. Manassis, Souffrance silencieuse : comprendre et traiter les enfants atteints de mutisme sélectif. Expert Reviews Neurother, p. 9, 235-243. (C. BremardOury). France. (Article original publié en 2009).
15. M-C Drapeau, 2011, Un travail de recherche Présenté au Département d'enseignement de l'art et de thérapie par Les arts, Canada.
16. Organisation Mondiale de la Santé ([OMS], (2008). Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexe Dixième révision

La liste bibliographique

([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 2018.

17. V. Roe, les voix silencieuse, Etude présentée lors de la conférence annuelle de la British Educational Research Association, tenue à l'Institut de Formation de Londres, du 6 au 8 septembre 2011.
18. V. Marschall, 2010, Présentation sur le mutisme sélectif. Communication présentée à l'Association d'Orthopédagogues et de Psychopédagogues Spécialisés dans la rééducation des Enfants Dyslexiques (ADOPSED), Alsace.

Annexes

Liste des tableaux

Tableau 1	profil type d'un enfant mutique sélectif p. 21
Tableau 2	Présentation du groupe d'étude p. 56
Tableau 3	Présentation des séances du cas 2 p.72