

**Culture et comorbidité neurodéveloppementale chez l'enfant au sud du benin : cas de Ari, une fille de 7 ans et 3 mois, scolarisée au Cours Élémentaire premier degré (CE1)**

**EGANHOUI Denis,**

Docteur en psychologie, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)  
dganhoui@gmail.com

**DOSSA Médéhouègnon Bernardin,**

Docteur en psychologie, Université d'Abomey-Calavi (Bénin)  
bdossa@live.fr

**HOUÉHA Noukpo Saturnin,**

Maître de conférences en sciences de l'éducation, Université Nationale des Sciences, Technologies, Ingénierie et Mathématiques (Bénin)  
shoueha@yahoo.fr

**Résumé :** Les troubles neurodéveloppementaux constituent un enjeu majeur de santé publique, particulièrement dans les pays à ressources limitées où le dépistage et la prise en charge restent insuffisants. Au sud du Bénin, ils sont souvent mal compris de l'attribut culturels (possession) conduisent à une stigmatisation forte à des diagnostics tardifs ou inexistantes. Cette étude de cas clinique présentant l'évaluation pluridisciplinaire de Ari, étayée par les données de l'échelle 5-15R, met en évidence un profil de trouble neurodéveloppemental prédominant, compatible à un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité associé à des difficultés sociales évoquant un trouble du spectre de l'autisme dans un contexte culturel sensible. Une prise en charge pluridisciplinaire et des aménagements pédagogiques sont recommandés.

**Mots-clés :** troubles neurodéveloppementaux, TDAH, TSA, Bénin, contexte socioculturel, étude clinique.

**Abstract :** Neurodevelopmental disorders represent a major public health challenge, particularly in resource-limited countries where screening and managing remain inadequate. In southern Benin, they are often misunderstood due to cultural attributions (possession), leading to significant stigmatization and late or nonexistent diagnoses. This clinical case study, presenting the multidisciplinary assessment of Ari, supported by data from the 5-15R scale, highlights a predominant neurodevelopmental disorder profile, consistent with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) combined with social difficulties suggestive of autism spectrum disorder in a culturally sensitive context. Multidisciplinary care and educational accommodations are recommended.

**Keywords:** neurodevelopmental disorders, ADHD, ASD, Benin, sociocultural context, clinical study.

## **Introduction**

Les troubles neurodéveloppementaux regroupent des altérations précoces du développement affectant les fonctions cognitives, comportementales et sociales (DSM 5TR, 2022). Ils incluent notamment le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et les troubles spécifiques des apprentissages. Cependant, les troubles neurodéveloppementaux représentent une réalité mal définies, sous estimées et confondues. À l'échelle mondiale, la prévalence du TDAH est estimée à environ 5% chez l'enfant (Polanczyk et al., 2015), tandis que celle du TSA avoisine 1 % (WHO, 2019). Cainelli, E. (2022) présente un état général des troubles

neurodéveloppementaux (TND), incluant déficience intellectuelle, troubles de communication, TSA, TDAH et troubles d'apprentissage, rappelant l'importance de ces catégories et leur étude croissante au plan international.

Les classifications internationales (CIM-11, 2022) définissent les TND comme des troubles du développement neurologique avec manifestation dès l'enfance (TSA, TDAH, déficience intellectuelle, troubles spécifiques des apprentissages, etc.). Olusanya et al. (2018) estimaient que 52,9 millions d'enfants inférieure à 5 ans avaient des troubles neurodéveloppementaux dans le monde en 2016.

En Afrique de l'Ouest une revue systématique des publications sur l'autisme au Nigéria jusqu'en 2017 (Bakare, M.O. et al. (2019)). Elle documente des cas de prévalence, comorbidités et lacunes en matière de recherche, sensibilisation et politiques publiques. Lotter (1978) estimait un taux d'autisme d'environ 1/145 chez les enfants avec déficience intellectuelle dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne. Une étude sur les comorbidités de l'autisme et prédominance masculine, montrant l'importance d'évaluations diagnostiques complètes (Panafrican Medical Journal, 2016). Des chercheurs comme Arthur Kleinman (1988) ont travaillé sur la manière dont la détresse neurologique est traduite en symptômes par la culture. Les comorbidités s'expriment différemment selon le "lexique de la détresse" local. Dans certaines cultures, les comorbidités psychiatriques liées aux TND sont somatisées (douleurs d'estomac, maux de tête) plutôt qu'exprimées verbalement. Cela retarde le diagnostic des comorbidités émotionnelles chez l'enfant.

En Afrique subsaharienne, les données épidémiologiques restent limitées, mais les études soulignent un sous-diagnostic important lié aux contraintes structurelles et culturelles (Durkin et al., 2015). Au Bénin, les représentations sociales du handicap infantile peuvent inclure des interprétations spirituelles ou mystiques, influençant le recours initial aux soins traditionnels avant l'orientation vers les services biomédicaux. Par ailleurs, les classes à effectifs élevés et le multilinguisme (langue maternelle vs français scolaire) constituent des variables contextuelles majeures dans l'évaluation des difficultés scolaires. Au niveau scolaire, les enseignants manquent souvent de formation pour repérer et soutenir les élèves avec TND, ce qui conduit à des échecs scolaires interprétés à tort comme "paresse" ou mauvaise conduite". En conséquence les TND non diagnostiqués ou mal pris en charge peuvent entraîner des retards scolaires et décrochages, des troubles du comportement non compris, des difficultés familiales et sociales, une charge invisible importante pour les systèmes éducatifs et sociaux. Cette étude vise à décrire et analyser le profil clinique d'un enfant béninois de 7 ans et 3 mois présentant des difficultés développementales, en intégrant une lecture contextualisée. Elle présente, dans une perspective clinique structurée, les résultats issus d'un entretien et d'une observation réalisés auprès d'une fille de 7 ans adressée pour difficultés scolaires et comportementales.

La culture influence la trajectoire de soin via la stigmatisation. Les disparités de diagnostic entre les groupes ethniques ne sont pas dues à la biologie, mais à la perception culturelle du handicap. Certaines cultures voient le TND comme une "punition spirituelle", ce qui entraîne des comorbidités secondaires (isolement social, dépression sévère chez l'enfant non traité). Ces constats renforcent la nécessité d'études contextuelles approfondies dans

des zones comme le sud du Bénin. Dans quelle mesure l'environnement culturel et traditionnel du Sud du Bénin influence-t-il la reconnaissance, l'expression clinique et la prise en charge des troubles neurodéveloppementaux et de leurs comorbidités chez l'enfant ? Cette question s'appuie sur les écarts documentés en Afrique subsaharienne entre connaissances scientifiques et perceptions locales des troubles neurodéveloppementaux et sur l'impact de ces facteurs culturels sur l'accès aux soins et le diagnostic précoce. L'objectif est d'analyser l'influence de l'environnement culturel associé au diagnostic et à la prise en charge de la comorbidité des troubles neurodéveloppementaux chez l'enfant au sud du Bénin. Cela nous a conduit à formuler l'hypothèse que les représentations culturelles influenceraient le temps au diagnostic des troubles neurodéveloppementaux, les croyances locales et pratiques traditionnelles modifient les parcours de soins et choix thérapeutiques, l'accès aux soins et la stigmatisation seraient modulés par l'environnement culturel et socio-économique des familles.

## **1. Méthodologie**

### **1.1. Modèles d'analyse**

Les modèles explicatifs culturels (spirituels, religieux, étiologiques traditionnels) coexistent avec les modèles biomédicaux promus par les cliniciens, les approches éducatives spécialisées. L'échelle 5-15R, validée et adaptée en langue française, est reconnue pour sa sensibilité dans le dépistage des comorbidités (Trillingsgaard et al., 2004). L'analyse s'appuie d'abord sur le modèle neuropsychologique. Il s'agit de l'étude des fonctions exécutives telles que l'inhibition et la mémoire de travail. Ensuite, le modèle biopsychosocial d'impact des troubles sur la participation sociale et l'estime de soi selon la classification internationale du fonctionnement (CIF, 2001). La théorie de la niche ethnothéorie développée par Super et Harkness (1986) est fondamentale pour comprendre comment l'environnement culturel façonne le développement de l'enfant. Le développement de l'enfant est niché dans trois sous-systèmes : le cadre physique/social, les coutumes de soin et la psychologie des parents (leurs croyances ou "ethnothéories"). Comme influence sur les TND, la culture définit ce qui est considéré comme un "comportement normal". Un enfant avec un TDAH peut être perçu comme "vif et vigoureux" dans une culture agraire, mais comme "pathologique" dans une culture scolaire rigide. Selon le modèle de l'écologie culturelle proposé par John Ogbu (1994), ce modèle explore comment les minorités s'adaptent aux structures de réussite de la société dominante. Les compétences cognitives sont développées en fonction des exigences de survie et de succès dans un contexte culturel donné. Ce modèle influence les TND en expliquant pourquoi certains tests de diagnostic (évaluations du langage ou de la cognition) présentent des biais systématiques, car ils mesurent des compétences valorisées par la culture occidentale, mais pas nécessairement par la culture d'origine de l'enfant. Ainsi, Comme les modèles d'analyse de Trillingsgaard et al., (2004), Super et Harkness (1986) et de John Ogbu (1994), plusieurs variables ont servi à cette étude :

- La variable dépendante est la comorbidité neurodéveloppementale, c'est-à-dire la présence simultanée de plusieurs troubles comme les troubles du spectre de l'autisme

(TSA), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et les troubles des apprentissages (dyslexie, dyscalculie, etc.)

- La variable indépendante est la culture. Elle est opérationnalisée par l'appartenance ethnique ou groupe culturel, les croyances et pratiques culturelle, le niveau d'acculturation, les normes sociales liées à la santé mentale, puis la langue et mode de communication.

## **1.2 Type d'étude**

Il s'agit d'une étude de cas clinique descriptive basée sur l'entretien semi-directif avec les parents, entretien clinique avec l'enfant, l'observation comportementale en situation semi-structurée. L'évaluation tient compte des réalités scolaires béninoises (effectifs élevés en classe, pédagogie magistrale, ressources limitées).

## **1.3. Participant**

Une fille de 7,3 ans, scolarisée en classe de CE1 dans une école publique urbaine au Bénin, référée pour des difficultés d'attention, agitation motrice, retard en lecture et écriture, difficultés relationnelles. Le consentement éclairé des parents a été obtenu.

## **1.4. Procédure**

### **1.4.1. Collecte des informations**

Pour collecter les informations nécessaires à notre étude, nous avons utilisé deux techniques : une technique descriptive à visée analytique et une technique quantitative avec une démarche hypothético-déductive. Cette méthodologie traite des aspects non verbaux des individus et de leur comportement inconscient et conscient. Pour ce fait, nous avons procédé par les entretiens individuels semi-directifs et l'observation. Il s'agit d'observer les différentes situations entrant dans le cadre de notre recherche afin d'en extraire les véritables facteurs psychogènes révélateurs de comportement. D'abord nous avons effectué une observation, rendant compte du fonctionnement global de l'activité d'Ari. La conception du guide d'entretien et de sa grille d'analyse, quant à elle, est intervenue après avoir identifié l'enjeu du sujet et les directives à suivre dans le but de comprendre ses comportements.

### **1.4.2. L'observation**

L'observateur note, outre les conditions physiques et organisationnelles de l'environnement, les comportements et les indicateurs de risque psychopathologique. C'était une occasion de constater et d'étudier l'expression singulière des manifestations et des facteurs de risque neurodéveloppementaux ainsi que les influences culturelles. La durée de chaque période d'observation est de 4,15 h à 5,15 h, et ce, à deux reprises (soit de 7 h 30 à 12 h 45 et de 14 h 45 à 19 h). Pour ces périodes d'observation, le principe méthodologique entourant l'étude de cas isolés (souvent appelée "étude de cas unique" ou single-case study) a été respecté. Pour B. F. Skinner (1938), il vaut mieux étudier un animal pendant 1000 heures que 1000 animaux pendant une heure. Caramazza (1986) argumente que l'étude de cas unique est la seule méthode valide en neuropsychologie cognitive, car la moyenne d'un groupe de patients aux lésions différentes n'a aucun sens

scientifique. Afin de se familiariser avec les circonstances, une première période d'observation a été réalisée d'abord avec l'enfant, selon un processus d'observation libre. Mentionnons que nous avons réalisé seul toutes les observations, et la méthode utilisée a été la même pour l'ensemble des observations. Elle consistait à documenter les comportements observables et les verbalisations de l'enfant.

L'évaluation s'est déroulée sur trois séances. Des entretiens cliniques effectués ont été nourris par l'anamnèse avec les parents et l'enfant (histoire du développement, vécu scolaire). Des entretiens semi-structurés avec des parents, des soignants traditionnels, des chefs religieux, des enseignants et des professionnels de santé. Les thèmes explorés concernent les perceptions des troubles, significations culturelles, stigmatisation, pratiques de soins traditionnels ou spirituels, barrières à l'accès aux soins biomédicaux. Des groupes de discussion avec la famille pour approfondir les expériences vécues. Ensuite une observation clinique de la posture, de la fatigabilité, de la gestion de la frustration lors de tâches de dessin. Les critères d'analyse se réfèrent au DSM-5-TR (APA, 2022) et à l'organisation mondiale de la santé (2019, CIM-11).

#### **1.4.3. L'échelle 5-15R**

L'échelle 5-15R rempli par les parents, explorant les domaines de motricité, attention, langage et mémoire). L'échelle 5-15 R (souvent écrite 5-15R ou FTF-R pour *Five to Fifteen Revised*) est un outil de dépistage et d'évaluation des troubles du développement et du comportement chez l'enfant. Elle a été développée par un groupe d'experts scandinaves, principalement issus de la recherche en neuropsychiatrie infantile. Les figures centrales associées à son développement et sa validation sont Christopher Gillberg (Suède), Björn Kadesjö (Suède), Marit Hysing (Norvège), Trine Flensburg-Madsen (Danemark),

L'échelle 5-15 R est un questionnaire multidimensionnel rempli par les parents (ou parfois les enseignants) destiné aux enfants et adolescents âgés de 5 à 17 ans. Son objectif principal est de fournir un profil détaillé des forces et des difficultés de l'enfant dans plusieurs domaines du développement pour aider au repérage des troubles neurodéveloppementaux (TND) comme le TDAH, l'autisme ou les troubles des apprentissages. La version révisée (R) comporte généralement 181 items (dans sa version complète) répartis en 8 domaines principaux que sont la motricité (fine et globale), la perception (visuelle, spatiale, corporelle), la mémoire, le langage, l'apprentissage scolaire (lecture, écriture, calcul), les fonctions exécutives / Attention, les compétences sociales, les problèmes émotionnels et comportementaux. Les valeurs limites (Cut-off score) utilisées ou seuils ont été fixés aux 90e et 98e percentiles afin d'identifier respectivement les performances élevées et exceptionnellement élevées dans l'échantillon. Un percentile indique la position d'un score par rapport à un groupe. Le 90e percentile indique que le score est supérieur à 90 % des personnes ce qui correspond à un score très élevé tandis que le 98e percentile indique que le score est supérieur à 98 % des personnes correspondant à un score exceptionnellement élevé.

Notons que nous avons tenu compte des considérations éthiques et pratiques : consentement éclairé des parents et responsables des enfants, respect des sensibilités culturelles locales en impliquant des médiateurs et retour des résultats aux acteurs pour

renforcer l'impact local. L'étude proposée contribuera à combler les gaps identifiés dans les connaissances actuelles sur les troubles neurodéveloppementaux en contexte africain

## **2. Résultats**

Les fruits des entretiens et observations sont d'abord présentés puis, les données de l'échelle 5-15R.

### **2.1. Résultats de l'entretien clinique**

Ari a été orientée en consultation pour motif de difficultés d'apprentissage, troubles de l'attention et difficultés relationnelles signalées par l'école et les parents. Les parents rapportent le constat de retard dans l'acquisition du langage (premiers mots après 2 ans) et par suite d'écriture, difficultés d'attention persistantes, agitation motrice fréquente, difficultés à suivre les consignes, isolement social ou conflits fréquents avec les pairs, sensibilité accrue aux bruits. Les antécédents médicaux indiquent une grossesse sans complication majeure, un accouchement à terme, un développement moteur légèrement retardé (marche après 18 mois). Les parents décrivent une enfant affectueuse mais impulsive.

### **2.2. Entretien avec l'enfant**

Lors de l'entretien, Ari présente un contact visuel intermittent, difficulté à maintenir l'attention plus de quelques minutes, réponses brèves, parfois hors sujet, difficulté à exprimer ses émotions, jeu symbolique limité.

### **2.3. Résultats de l'observation clinique**

Au cours des séances, il est noté d'agitation motrice (se lève fréquemment, manipule les objets), des difficultés à attendre son tour, distractibilité importante, réactions émotionnelles disproportionnées lors de frustration. Quant aux interactions sociales, Ari éprouve des difficultés à initier une interaction, peu de réciprocité sociale, compréhension limitée des règles sociales implicites. L'observation des compétences cognitives et scolaires font apparaître des difficultés à reconnaître certaines lettres, la confusion dans l'orientation spatiale (droite/gauche), faible mémoire de travail, besoin de répétitions fréquentes des consignes. Ari est un enfant coopératif mais très tendu. Elle change souvent de position sur sa chaise. Elle verbalise : "Je suis nul en écriture, mes mains ne m'obéissent pas." « Mes camarades se moquent de moi ». « À cause de mon écriture je n'aime pas aller au tableau ». En résumé, les données issues de l'entretien et de l'observation mettent en évidence un déficit attentionnel significatif, une impulsivité marquée, des difficultés de régulation émotionnelle, des troubles des interactions sociales, des retards dans certaines acquisitions scolaires. Ces éléments sont compatibles avec un trouble neurodéveloppemental, notamment Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH), Trouble du Spectre de l'Autisme (TSA), Trouble spécifique des apprentissages, ou une comorbidité. Un bilan psychométrique complémentaire pour l'évaluation neuropsychologique est recommandé pour affiner le diagnostic. Nous avons utilisé à cet effet le 5-15R.

### **2.4. Les manifestations comportementales**

Les résultats de l'échelle 5-15 R, le profil révèlent des scores dans la zone "clinique" (> 90<sup>e</sup> percentile) pour des difficultés majeures de préhension et de coordination œil-main dans le domaine de la motricité fine. Concernant l'attention, les scores sont élevés sur l'inattention, mais modérés sur l'hyperactivité. Les fonctions exécutives montrent des difficultés marquées en planification alors que dans les domaines préservés, on note le langage, les concepts cognitifs et les compétences sociales. L'échelle 5-15R permet de transformer les réponses des parents en percentiles. Pour rappel, un score au-dessus du 90<sup>e</sup> percentile est considéré comme "clinique" (difficulté marquée), et entre le 75<sup>e</sup> et le 90<sup>e</sup> comme "à risque".

DOMAINES EXPLORES	SCORE (PERCENTILE)	INTERPRETATION CLINIQUE
MOTRICITE FINE	94 <sup>e</sup>	Zone clinique. Difficultés massives avec différents objets (les lacets, les ciseaux et l'écriture).
MOTRICITE GLOBALE	82 <sup>e</sup>	Zone à risque. Maladresse dans les sports de masse et l'équilibre.
ATTENTION	95 <sup>e</sup>	Zone clinique. Labilité attentionnelle. Rupture du faisceau attentionnel dès qu'une tâche manuelle est demandée.
HYPERACTIVITE	63 <sup>e</sup>	Zone normale. L'agitation est ciblée et non constante.
FONCTIONS EXECUTIVES	85 <sup>e</sup>	Zone à risque. Déficit de planification et d'organisation du plan de travail.
MEMOIRE	40 <sup>e</sup>	Zone normale. Excellente mémoire des faits et des leçons entendues.
LANGAGE	30 <sup>e</sup>	Zone normale. Vocabulaire riche et syntaxe complexe.

**Tableau 1 : score et interprétation des domaines neurodéveloppementaux de Ari**

Les scores de Ari révèlent une dissociation neuropsychologique caractéristique. Sur le "coût cognitif" de la motricité, Le score très élevé en motricité fine explique le score élevé en attention. Pour Ari, tenir son stylo n'est pas un automatisme. Il consomme 100% de son attention pour contrôler sa main, ce qui ne lui laisse plus de ressources pour écouter l'enseignant ou comprendre la consigne. C'est ce qu'on appelle une double tâche impossible. Concernant l'agitation réactionnelle, le score d'hyperactivité étant relativement bas par rapport à l'inattention, on comprend que Ari ne souffre pas d'un TDAH de type "hyperactif-impulsif" primaire. Son agitation observée en classe est une réaction de fuite face à la surcharge cognitive imposée par l'écriture. Pour la préservation des compétences verbales, Les scores bas (donc bons) en langage et mémoire confirment que l'intelligence cristallisée est intacte. Le décalage entre ses capacités intellectuelles et ses productions graphiques (écrits sales, illisibles) crée une souffrance narcissique importante.

## 2.5. Principaux axes développementaux

AXE DE DEVELOPPEMENT	STATUT (ARI)	IMPACT SCOLAIRE
MOTEUR	Clinique	Lenteur, écriture illisible, fatigue.
ATTENTIONNEL	Clinique	Décrochage lors des tâches complexes.
EXECUTIF	À risque	Difficulté à organiser son sac et son bureau.
LANGAGE/COGNITION	Normal	Bonne participation orale, compréhension fine.

**Tableau 2 : scores des domaines de vulnérabilité identifiés par la 5-15R**

Nous avons exploré le dernier volet crucial de l'échelle 5-15R. il s'agit des Compétences Sociales et Relationnelles. Dans le cas de Ari, bien que ses scores soient restés dans la "normale" lors de l'évaluation initiale, une analyse fine des items révèle des fragilités émotionnelles qui risquent de s'aggraver si les aménagements ne sont pas mis en place rapidement. L'analyse qualitative des items de l'échelle 5-15R montre un décalage intéressant. Pour l'interactions avec les pairs, Ari est apprécié pour sa gentillesse et son humour (score percentile 35, donc très bon). Concernant la perception de soi, les parents ont coché "souvent" pour l'item "Se sent incapable de réussir ce que font les autres". On note une tendance à l'évitement des activités de groupe dès qu'un enjeu moteur est présent (football en récréation, activités manuelles) pour la régulation émotionnelle

NIVEAU	OBSERVATION CLINIQUE	ORIGINE NEUROBIOLOGIQUE
PRIMAIRE	Trouble Moteur (TDC)	Défaut de planification motrice et de feedback sensoriel.
SECONDAIRE	Inattention/ Agitation	Épuisement des ressources cognitives par l'effort moteur (Double tâche).
TERTIAIRE	Baisse de l'estime de soi	Écart croissant entre le potentiel intellectuel et les résultats écrits.

**Tableau 3 : profil neurodéveloppemental de Ari**

Sur le plan neurodéveloppemental, nous pouvons présenter le profil de Ari comme une cascade de difficultés interdépendantes, un concept central dans le modèle ESSENCE de Gillberg. Selon les parents, dans des contextes socioculturels spécifiques comme au sud du Bénin, l'expression, la compréhension et la réponse communautaire au TND ne sont pas neutres : elles sont influencées par des représentations culturelles et des pratiques traditionnelles. Dans plusieurs sociétés du Sud du Bénin, des manifestations comportementales ou développementales atypiques peuvent être interprétées comme des « esprits » ou « possessions », des déséquilibres spirituels, des conséquences de transgressions sociales ou familiales. Ces interprétations influencent la perception familiale et communautaire plutôt que des modèles biomédicaux. Cela impacte le retard ou l'absence de consultations en santé mentale ou en neuro-pédiatrie, le recours majoritaire aux soins traditionnels ou spirituels. Or les troubles neurodéveloppementaux sont souvent comorbides. Un enfant avec TDAH peut aussi présenter des troubles d'apprentissage, un enfant autiste peut avoir des troubles anxieux ou moteurs.

De l'influence culturelle, certains symptômes ne sont pas perçus comme cliniquement préoccupants mais plutôt comme des traits de personnalité ou des « caractéristiques individuelles », ce qui retarde le repérage médical et augmente la complexité des profils comorbides. Dans les communautés Fon au sud du Bénin, l'utilisation de guérisseurs traditionnels, les divinateurs ou marabouts, les rituels, les offrandes ou prières pour « chasser les mauvais esprits » ou « rééquilibrer le destin ». En conséquence, certaines pratiques peuvent apaiser des tensions familiales mais n'adressent pas les besoins neuropsychologiques, conflits entre conseils traditionnels et recommandations techniques de professionnels de santé. L'enfant « différent » peut être stigmatisé dans les écoles, isolé lors d'événements communautaires, perçu comme fardeau ou signe de honte familiale. Les effets vont du repli familial, de la baisse de confiance en l'enfant, des obstacles à la scolarisation jusqu'au développement social.

## **2.6. Prise en charge**

La prise en charge vise des préconisations pédagogiques pour Ari (CE1). Il s'agit d'une intervention pour réduire la fracture entre ses excellentes capacités de compréhension (langage/mémoire) et ses difficultés d'exécution (motricité fine/attention). La priorité concerne d'abord l'allègement de la charge motrice. Puisque le score de motricité fine est au 94<sup>e</sup> percentile, l'acte d'écrire est pour lui une tâche épuisante et non automatisée. Il faut lui limiter la copie et privilégier les textes à trous ou fournir une photocopie du cours. Ari doit pouvoir se concentrer sur le fond plutôt que sur la forme. Ari doit également être initié progressivement à l'usage du clavier (avec l'appui d'un ergothérapeute) pour les productions d'écrit longues. Pour des aides techniques, elle doit être autorisée à l'utilisation de manchons d'aide à la préhension pour les crayons afin de limiter la fatigue musculaire. Concernant des fonctions attentionnelles et exécutives, le score élevé en inattention sur la 5-15R est lié à une surcharge cognitive. Il est donc nécessaire de fractionner les consignes et de ne donner qu'une seule instruction à la fois. Les consignes complexes doivent être décomposées en étapes simples. L'utilisation de supports visuels lui est aussi nécessaire. Installer une "check-list" sur son bureau pour l'aider à organiser son matériel (cahier, trousse, agenda), compensant ainsi son déficit de planification. Favoriser l'oralité est une fonction vitale pour l'apprentissage. Ainsi, il faut permettre à Ari de restituer ses leçons ou de répondre à certaines évaluations à l'oral pour vérifier ses acquis réels sans le filtre du handicap moteur. Un autre aspect indispensable est la gestion de l'agitation et de la fatigue. Le score de motricité globale montre une fragilité de la posture. Alors nous préconisons des pauses motrices. Autoriser Ari à se lever ou à changer de position de manière contrôlée pour relâcher la tension neuromusculaire. Nous pensons aussi à l'aménagement du temps. Ari se fatigue beaucoup plus vite que ses pairs. Prévoir des moments de "décharge" cognitive où aucune production graphique n'est attendue.

Pour le suivi et l'évaluation de l'intervention, il est recommandé de refaire une évaluation simplifiée via la 5-15R dans 6 mois pour mesurer l'impact de ces aménagements sur le sentiment d'auto-efficacité : pour voir si l'agitation diminue-t-elle lorsque l'écrit est réduit ? Pour la qualité des apprentissages, ses notes reflètent-elles mieux son niveau de compréhension ? Il est ainsi crucial de valoriser ses réussites orales devant la classe pour contrer la dévalorisation liée à ses cahiers souvent jugés "souillons" ou incomplets.

Cependant, dans le contexte béninois, plusieurs facteurs doivent être considérés. Il d'agit des facteurs socioculturels tels que les représentations spirituelles du handicap, le recours aux soins traditionnels, la stigmatisation sociale, les facteurs éducatifs (Surcharge des classes), le manque d'aménagements pédagogiques, la formation limitée des enseignants aux TND, les facteurs sanitaires, la faible disponibilité de psychologues cliniciens spécialisés, la rareté des outils psychométriques étalonnés localement. Le modèle d'intervention doit être culturellement sensible et tenir compte des croyances familiales afin de favoriser l'adhésion thérapeutique.

### **3. Discussion**

Les résultats suggèrent que l'agitation d'Ari est secondaire à son TDC. En raison de son trouble moteur, l'effort cognitif requis pour l'écriture est tel qu'il épuise ses ressources attentionnelles, provoquant un décrochage et une agitation de compensation.

#### **3.1. L'enfant dans le spectre neurodéveloppemental**

Selon la littérature, les difficultés précoces de langage constituent un facteur de risque pour des troubles neurodéveloppementaux ultérieurs (Tager-Flusberg et al., 2005). L'agitation motrice et l'inattention sont des marqueurs centraux du TDAH (Barkley, 2015). Les difficultés à maintenir l'attention plus de 3-4 minutes, réponses parfois tangentielles, jeu symbolique limité, difficulté à verbaliser les émotions, les altérations du contact visuel et de la communication sociale sont fréquemment décrites dans le trouble du spectre de l'autisme (Autism Spectrum Disorder).

Durant les séances agitation psychomotrice marquée, manipulation répétée d'objets, interruptions fréquentes, intolérance à l'attente. Ces manifestations correspondent aux dimensions d'impulsivité et d'hyperactivité décrites dans le TDAH (Barkley, 2015 ; APA, 2022). Quant à l'observation des interactions sociales, les difficultés à initier des interactions, faible réciprocité sociale, compréhension limitée des règles implicites évoquent des altérations de la cognition sociale, souvent associées aux TSA. Pour les compétences cognitives et scolaires l'enfant présente de difficulté de reconnaissance graphémique, faible mémoire de travail, besoin de répétition fréquente des consignes. La mémoire de travail est fortement impliquée dans les apprentissages scolaires et fréquemment altérée dans le TDAH (Alloway, 2010). Ces résultats mettent en évidence un déficit attentionnel significatif, une hyperactivité motrice, des difficultés de régulation émotionnelle, des altérations des compétences sociales. Ce profil est compatible avec un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), un trouble du spectre de l'autisme (TSA), une comorbidité TDAH-TSA (Rommelse et al., 2010).

#### **3.2. Troubles neurodéveloppementaux et comorbidités**

La littérature récente souligne la fréquence élevée des comorbidités dans les troubles neurodéveloppementaux (Thapar et al., 2017). Un bilan complémentaire est recommandé avec l'Évaluation 5-15R, le bilan orthophonique, l'évaluation neuropsychologique approfondie

Conformément aux recommandations internationales (APA, 2022 ; WHO, 2019), une approche pluridisciplinaire est indiquée, incluant un suivi psychologique, un aménagement

pédagogique, la guidance parentale, l'intervention psychoéducatrice. L'échelle 5-15R a permis de voir que ses troubles attentionnels sont spécifiques aux tâches exigeant une coordination motrice, et non globaux. Le profil 5-15R oriente ici le psychologue vers trois axes de recommandations. D'abord, une priorité ergothérapique, le score en motricité fine est le "verrou". L'introduction de l'ordinateur est nécessaire pour contourner le handicap moteur et libérer les ressources attentionnelles pour les apprentissages. Ensuite pour des aménagements scolaires, limiter la copie (polycopiés à trous) pour évaluer ses connaissances réelles (excellentes selon le domaine mémoire/langage) plutôt que sa vitesse d'écriture. Sur l'axe psycho-affectif, travailler sur l'anxiété de performance liée au sentiment d'échec moteur (score de "Compétences sociales/comportement" à surveiller dans le temps). Concernant la compétence sociale et relationnelle, nous nous référons à la théorie de la charge cognitive (Sweller). Chez Ari, la charge "intrinsèque" (le contenu de la leçon) est traitée sans peine, mais la charge "extrinsèque" (le format de réponse écrit) est trop lourde. Le rôle du psychologue ici est de proposer des outils pour réduire cette charge extrinsèque afin de libérer la pensée de l'enfant. S'agissant de la comorbidité, il est aujourd'hui admis qu'un enfant diagnostiqué avec un trouble du neurodéveloppement (TND) a plus de 50 % de chances d'en présenter au moins un second. On ne parle plus seulement de "comorbidité", mais de co-occurrence. Les TSA et TDAH longtemps considérés comme mutuellement exclusifs dans le DSM-IV, leur cooccurrence est désormais reconnue (environ 30 à 50 % des enfants TSA présentent des symptômes de TDAH). S'agissant des troubles DYS et des fonctions exécutives, un trouble spécifique des apprentissages (dyslexie, dyscalculie) est fréquemment associé à un trouble développemental de la coordination (TDC/dyspraxie).

### **3.3. Les troubles neurodéveloppementaux face à l'ancrage culturel de l'enfant Béninois**

Dans le contexte béninois, les difficultés scolaires sont souvent interprétées comme un manque de discipline ou un défaut d'encadrement parental, plutôt que comme un trouble neurodéveloppemental (Gona et al., 2011). Les parents mentionnent également avoir consulté un tradipraticien avant la consultation psychologique, ce qui illustre le recours fréquent au système de soins parallèle. Certaines attitudes (réserve face à l'adulte, évitement du regard) peuvent être culturellement modulées. Il est donc essentiel de distinguer norme culturelle et symptôme clinique. Dans les classes béninoises, caractérisées par des effectifs parfois supérieurs à 60 élèves, ces comportements peuvent entraîner une marginalisation rapide de l'enfant et renforcer l'échec scolaire. Les difficultés sociales sont parfois interprétées comme de l'impolitesse ou un défaut d'éducation, ce qui peut accroître la stigmatisation familiale. Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (2019, CIM-11), ces manifestations doivent être évaluées en tenant compte du contexte éducatif et linguistique. Au Bénin, le multilinguisme (langue maternelle différente du français scolaire) peut influencer les performances scolaires et doit être différencié d'un trouble spécifique des apprentissages.

### **3.4. La particularité culturelle de l'enfant au Sud du Bénin**

Dans plusieurs sociétés africaines, des troubles comme l'autisme ou le TDAH ne sont pas systématiquement reconnus comme troubles neurodéveloppementaux mais interprétés

comme superstitions, œuvres d'esprits ou manifestations spirituelles. Ces croyances influencent fortement les parcours de soins. Les familles se tournent souvent vers des guérisseurs traditionnels ou des pratiques religieuses avant les services biomédicaux. La stigmatisation et les représentations négatives entraînent souvent une acceptation tardive des premiers signes, des retards de diagnostic et une quête de soins multiples (traditionnels, spirituels, biomédicaux). La littérature disponible en Afrique de l'Ouest converge vers l'idée que les croyances et pratiques culturelles influencent significativement la reconnaissance, le diagnostic, le recours aux soins et le suivi des enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux. Cependant, il existe encore peu d'études empiriques intégrant à la fois la comorbidité et le contexte socioculturel.

De l'inégalité d'accès et de la stigmatisation, des travaux plus récents, notamment ceux de Mandel et al. (2009), se concentrent sur la sociologie du diagnostic. Au Bénin, comme en Afrique subsaharienne, les TND constituent un défi de santé publique majeur, exacerbé par des infections parasitaires et périnatales. Le diagnostic des troubles neurodéveloppementaux (TND) chez l'enfant nécessite une approche pluridisciplinaire. L'utilisation d'outils standardisés, comme l'échelle 5-15R, permet de dresser un profil des forces et faiblesses de l'enfant au-delà du motif de consultation initial. La responsabilité de l'environnement culturel est aussi en jeu. Or historiquement, les troubles des apprentissages étaient traités de manière isolée (dyslexie, dyspraxie, TDAH).

Dans la tradition béninoise, la transmission orale occupe une place prépondérante ; les contes, les chants et les proverbes constituent des vecteurs d'apprentissage informel. Cependant, la valorisation de l'écrit se développe avec l'expansion de l'école formelle. Les langues locales (fon, yoruba, domba) influencent la perception de la lecture et du calcul : les enfants qui apprennent à compter en langue maternelle montrent souvent une meilleure compréhension des concepts numériques.

### **3.5. Culture et gestion des troubles neurodéveloppementaux**

La modernité, à travers les téléphones mobiles et les réseaux sociaux, crée de nouvelles opportunités d'accès à l'écrit et au calcul, mais pose aussi le défi de la fracture numérique entre générations. Pour Boko (2013, p. 21), le conte dans la mystique du Fâ, en proposant à travers un méta-univers un vécu mis à distance par le conteur (le prêtre du Fâ), permet à l'individu de construire une carapace d'autoconservation en s'identifiant au héros mis en scène. En accomplissant les sacrifices exigés, on échange le destin du sujet avec celui du héros en le fusionnant en quelque sorte avec ce dernier, toute chose qui met loin les imaginations d'une consultation psychologique ou psychiatrique. À partir de cette enveloppe, le sujet devient davantage capable de résister à l'effondrement intrapsychique et, par conséquent, aux épreuves de la vie. Il ne s'agit point d'une illusion d'invulnérabilité, mais d'un « blindage ». Ce blindage mental de l'individu est essentiel pour son développement psychologique dans un monde peuplé d'agressivités et d'épreuves qui constituent des menaces potentielles de déstructuration. BOKO (2013, p. 21). Ces pratiques tendent à disparaître de nos jours sans remplacement formel d'un cadre de blindage moderne psychologique ou psychiatrique. Puisqu'il n'y a pas de hasard chez le Noir africain et notamment pas de réalité sans diagnostic spirituel, il est ainsi crucial de valoriser les réussites orales d'Ari devant la classe pour contrer la dévalorisation liée à ses cahiers souvent jugés "souillons" ou incomplets.

Selon l'explication donnée par le prêtre du fâ pour expliquer, confirmer une hypothèse sur le comportement ou le développement psychologique et moteur de l'enfant, l'impact est celui de la prophétie auto-réalisatrice, presque l'inverse de l'effet Pygmalion. En effet, pour Rosenthal et Jacobson (1966), si un enseignant pense qu'un enfant est particulièrement doué, son attitude envers lui changera. L'enfant se sentira plus en confiance, plus motivé, travaillera plus et, finalement, progressera mieux. Pour lui, cette différence se joue généralement et simplement au niveau de l'inconscient des professeurs et des différences peuvent se créer simplement au niveau du langage du corps. Ainsi, la posture ou le ton de voix du professeur suffisent à renvoyer à un enfant une image différente de lui-même. C'est une prophétie auto-réalisatrice qui provoque chez le sujet le courage d'aller vers une amélioration de sa performance sociale, en fonction de son degré de croyance à la prescription sociale.

Le simple fait de croire aux révélations rassure et oriente le comportement, puis améliore ainsi les probabilités de confiance. Selon Boko (2013), « il se crée alors chez lui une vision de soi auréolée d'une immunité défensive qui n'est pas loin du sentiment d'invulnérabilité. ». Selon Fioffi-Kpadonou (2014, p. 50-51), les louanges panégyriques constituent une base de référence identitaire pour clan, famille, individu, et leur participation à la vie quotidienne est en baisse d'usage. Développée par Charles Super et Sara Harkness (1986), la théorie de la « niche développementale » (ou niche de développement) cadre l'influence de la culture sur le développement de l'enfant. Elle postule que l'environnement de l'enfant est structuré par la culture, agissant comme un système intermédiaire entre la culture globale et le développement individuel. Elle se compose de trois sous-systèmes interconnectés : les lieux physiques et sociaux, les coutumes d'éducation, et la psychologie des parents. Elle place l'enfant au centre d'un microenvironnement composé de trois sous-systèmes en interaction : le contexte physique/social, les coutumes de soins, et les ethnothéories des parents.

La niche comme interface, le développement n'est pas uniquement interne, mais résultante d'un « creuset » (niche) qui adapte l'enfant à son environnement culturel. Elle distingue trois sous-systèmes : L'environnement physique et social (Le cadre de vie, structure familiale, espace), les coutumes de soins et d'éducation (Les pratiques culturellement réglées) et les ethnothéories des soignants (Les croyances, valeurs et théories naïves des parents concernant le développement et l'éducation). Ces trois composants s'influencent mutuellement et évoluent. Cette approche interculturelle permet d'analyser comment l'enfant s'approprie la culture et comment celle-ci façonne son développement, en dépassant les préjugés ethnocentriques.

## **Conclusion**

La comorbidité des troubles neurodéveloppementaux chez l'enfant est non seulement un défi clinique, mais un phénomène socialement construit. Au sud du Bénin, les normes culturelles, les croyances traditionnelles et les pratiques communautaires influencent l'identification des troubles, la compréhension familiale, les itinéraires de soins, et les interactions avec les institutions éducatives et sanitaires. Pour améliorer l'accompagnement des enfants concernés et de leurs familles, il est crucial de comprendre ces dynamiques culturelles, de favoriser le dialogue entre savoirs

traditionnels et biomédicaux, de développer des approches culturellement sensibles de repérage et de prise en charge. Le diagnostic final s'oriente vers un TDC avec profil attentionnel fragile. La prise en charge doit prioriser l'ergothérapie (mise en place de l'outil informatique) et un soutien psychologique pour restaurer l'image de soi. Ce cas illustre l'utilité de la 5-15R pour obtenir une vision holistique du développement de l'enfant. Cette proposition vise à comprendre de manière rigoureuse comment la culture et les traditions influencent non seulement la reconnaissance clinique mais aussi les parcours de soins et les expériences sociales des enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux comorbides au sud du Bénin. L'approche méthodologique mixte permet de renforcer à la fois la généralisabilité des résultats et la profondeur des compréhensions culturelles.

### Références bibliographiques

Alloway, T. P. (2011). A comparison of working memory profiles in children with ADHD and DCD. *Child Neuropsychology*, 17(5), 483–494.  
<https://doi.org/10.1080/09297049.2011.553590>

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).

Bakare, M. O., et al. (2019). Autism spectrum disorders in Nigeria: A scoping review of literature and opinion on future research and social policy directions. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 30(3), 899–909.  
<https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0063>

Barkley, R. A. (2015). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). The Guilford Press.

Boko, C. G. (2013). Éducation traditionnelle africaine : Facteur de résilience? *International Journal of Teaching and Learning (INJOTEL)*, 1–29.

Durkin, M. S., et al. (2015). Global research on developmental disabilities. *Annual Review of Public Health*.

Fioffi-Kpadonou, E. A., Djidonou, A., Gansou, M. G., Tognon Tchegnonsi, F., & Agossou, T. A. A. (2014). Louanges panégyriques des enfants : Où en sommes-nous dans la transmission? *Psy Cause*, (66), 48–51.

Gillberg, C. (2010). The ESSENCE in child psychiatry: Early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Research in Developmental Disabilities*.

Gona, J. K., et al. (2011). Challenges and coping strategies of parents of children with autism in Africa. *Journal of Autism and Developmental Disorders*.

- Kadesjö, B., et al. (2004). The FTF (Five to Fifteen) questionnaire: A footprint of development and behavior. *Child Psychology and Psychiatry Review*.
- Kadesjö, B., & Gillberg, C. (1998). Attention deficits and clumsiness in Swedish 7-year-old children. *Developmental Medicine & Child Neurology*.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. Free Press.
- Mandel, D. S., et al. (2009). Racial and ethnic disparities in the age at diagnosis of autism spectrum disorder. *Medical Care*.
- Ogbu, J. U. (1994). From cultural differences to school outcomes: Variations in the adaptation of immigrants and involuntary minorities.
- Polanczyk, G. V., et al. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Rommelse, N. N. J., Geurts, H. M., Franke, B., Buitelaar, J. K., & Hartman, C. A. Autism and ADHD: Overlapping and discriminating symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*.
- Rosenthal, R., & Jacobson, L. (1966). Teachers' expectancies: Determinants of pupils' IQ gains. *Psychological Reports*, 19(1), 115–118. <https://doi.org/10.2466/pr0.1966.19.1.115>
- Super, C. M., & Harkness, S. (1986). The developmental niche: A conceptualization at the interface of child and culture. *International Journal of Behavioral Development*, 9(4), 545–569. <https://doi.org/10.1177/016502548600900409>
- Tager-Flusberg, H., Paul, R., & Lord, C. (2005). Language and communication in autism. In F. R. Volkmar, R. Paul, A. Klin, & D. Cohen (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. <https://doi.org/10.1002/9780470939345.ch12>
- Thapar, A., Cooper, M., & Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30376-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30376-5)
- Trillingsgaard, A., et al. (2004). Developmental profiles on the basis of the FTF (Five to Fifteen) questionnaire: Clinical validity and utility of the FTF in a child psychiatric sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(Suppl 3), 39–63. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-3006-y>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases (11th ed.)*.