

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^E CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
FLORA MUKARUGEMA

ENJEUX LIÉS AUX PROBLÈMES DE DIAGNOSTIC ET DE
TRAITEMENT DU TDAH CHEZ LES PERSONNES ISSUES
DE GROUPES CULTURELS MINORITAIRES

MARS 2017

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Cet essai de 3^e cycle a été dirigé par :

Emmanuel Habimana, Ph.D., directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Jury d'évaluation de l'essai :

Emmanuel Habimana, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Colette Jourdan-Ionescu, Ph.D.

Université du Québec à Trois-Rivières

Véronique Parent, Ph.D.

Université de Sherbrooke

Sommaire

Le trouble déficit de l'attention avec l'hyperactivité (TDAH) est l'un des troubles neurodéveloppementaux les plus fréquents chez l'enfant, qui persiste même à l'âge adulte. Il est susceptible de causer plusieurs impacts fonctionnels négatifs dans plusieurs sphères importantes de la vie tels qu'une baisse de la performance scolaire et professionnelle ainsi que des problèmes d'ajustement social et familial surtout dans le cas où il reste non diagnostiqué et non traité. Comparées à la population générale, donc euro-canadienne/américaine vivant en Amérique du Nord, les personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires aux prises avec le TDAH présenteraient davantage de barrières susceptibles d'entraver leur chance de recevoir un diagnostic et un traitement pour ce trouble comme démontré par leurs taux de diagnostic et de traitement pour le TDAH qui sont significativement inférieurs à ceux de la population générale. D'une part, ces barrières peuvent être associées à leurs caractéristiques socioculturelles et économiques. D'autre part, certaines barrières sont liées à la disponibilité des services de santé adaptés à leurs besoins et aux caractéristiques spécifiques, et cela, malgré que ce sous-groupe de la population soit susceptible de présenter un taux de prévalence dudit trouble tout à fait équivalent ou peut-être même relativement supérieur à celui de la population générale. Le présent essai a pour objectif principal d'identifier et d'analyser les principaux facteurs explicatifs des problèmes de sous-diagnostic et de sous-traitement du TDAH chez l'ensemble de groupes culturels minoritaires vivant en Amérique du Nord, tout en proposant certaines pistes de solution dans un but d'améliorer l'accès ainsi que la qualité de la prise en charge clinique de ce trouble chez ce sous-groupe de la population.

Parmi les barrières liées aux problèmes de sous-diagnostic et de sous-traitement du TDAH chez les personnes issues de groupes culturels minoritaires, identifiés dans le cadre du présent travail, on retrouve (1) le problème de manque de connaissance sur le TDAH; (2) la présence de plus de stigmatisation vis-à-vis des personnes atteintes du TDAH; (3) le fait d'être moins porté à consulter les services de santé mentale; (4) les limites linguistiques; (5) les obstacles socioéconomiques; (6) le manque d'instruments psychométriques valides pour diagnostiquer le TDAH chez ce sous-groupe de la population; (7) la présence de plusieurs facteurs qui complexifient le diagnostic différentiel du TDAH chez ce groupe en particulier; (8) les limites quant aux compétences des professionnels de la santé dans un contexte multiculturel; et (9) les limites organisationnelles pour répondre aux besoins spécifiques de ce sous-groupe de la population au sein des services de santé. Quant aux pistes de solution à ces problèmes identifiées dans le cadre du présent travail, il y a entre autres (1) multiplier les canaux de communication lors de la psychoéducation et la promotion des services de santé mentale en cas du TDAH; (2) fournir des accommodations nécessaires et surtout de procéder au cas par cas pour faciliter l'accès ainsi que l'adhérence au traitement du TDAH chez ce sous-groupe de la population; (3) promouvoir la formation à la compétence multiculturelle chez les professionnels de la santé leur permettant de bien mener leurs activités de diagnostic et de traitement du TDAH; et (4) promouvoir les études scientifiques sur la validation et la standardisation d'instruments psychométriques qui évaluent la présence du TDAH ainsi que sur l'adaptation des interventions thérapeutiques pour le TDAH afin

de répondre aux besoins et aux caractéristiques spécifiques des personnes issues de groupes culturels minoritaires.

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements	viii
Introduction	1
Quelques définitions	6
Culture.....	7
Groupes culturels minoritaires.....	8
Chapitre 1. Validité diagnostique et prévalence du TDAH à travers les différentes études.....	10
Question de la validité diagnostique du TDAH	11
Question de variabilité des taux de prévalence du TDAH.....	18
Chapitre 2. Facteurs spécifiques aux personnes issues de groupes culturels minoritaires associés à la problématique de sous-diagnostic et du sous-traitement du TDAH.....	23
Connaissances et modèles explicatifs du TDAH	25
Stigmatisation	30
Réticences envers le système et les professionnels de la santé.....	31
Problèmes linguistiques	32
Statut socioéconomique	34
Chapitre 3. Facteurs associés aux problèmes de sous-diagnostic et de sous-traitement du TDAH en lien avec les professionnels de la santé et le système de santé	39
Enjeux spécifiques aux professionnels de la santé	41
Outils diagnostiques : questionnaires psychométriques et tests cognitifs	41
Diagnostic différentiel du TDAH auprès des clients issus de groupes culturels minoritaires	48

Compétence multiculturelle des professionnels de la santé.....	52
Enjeux liés à la gestion et à l'organisation des services de santé	60
Promouvoir les services de santé auprès des personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires.....	60
Répondre aux problèmes linguistiques des clients issus de groupes culturels minoritaires	61
Minimiser l'impact du statut socioéconomique sur l'accès aux services de santé chez les clients issus de groupes culturels minoritaires	62
Soutenir et coordonner le travail des professionnels de la santé qui œuvrent auprès des clients issus de groupes culturels minoritaires	63
Conclusion	65
Références.....	69
Appendice. Critères diagnostiques du TDAH selon le DSM-5	84

Remerciements

Cet essai est le fruit d'efforts menés au cours d'une période d'environ quatre ans et demi. Je remercie le professeur Emmanuel Habimana Ph.D, mon directeur d'essai, qui m'a guidée et assistée tout au long de mon parcours.

Je remercie mon mari, toute ma famille ainsi que mes amis qui m'ont soutenue tout au long de mes études de baccalauréat à l'Université nationale du Rwanda, de maîtrise à l'Université de Moncton et enfin de doctorat à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Je remercie les membres de mon jury de correction, Colette Jourdan-Ionescu Ph.D. et Véronique Parent Ph.D., professeures de l'Université du Québec à Trois-Rivières et de l'Université de Sherbrooke respectivement. Leurs commentaires, de par leur justesse et leur pertinence, m'ont encouragée à simplifier et clarifier les objectifs et la structure du présent document afin d'en discerner l'essentiel de l'accessoire.

Je ne manquerais pas d'exprimer ma gratitude envers tous mes professeurs et mes superviseurs de stages et d'internat qui m'ont beaucoup appris et mes collègues de classe qui m'ont grandement soutenue durant ces longues années d'études en psychologie et en neuropsychologie.

Je dédie cet essai à mon fils Andy et ma fille Amy.

Introduction

Le trouble déficit de l'attention avec l'hyperactivité (TDAH) est l'un des troubles neurodéveloppementaux les plus prévalents, en ce sens qu'il affecte environ 5 % des enfants et 2,5 % des adultes (American Psychiatric Association, 2015). Il est caractérisé principalement par des symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité dont le nombre et l'intensité sont variables d'un individu à l'autre (American Psychiatric Association, 2015). Actuellement, les études rapportent comme cause étiologique principale du TDAH, un problème de déséquilibre au niveau des neurotransmetteurs de la dopamine et de la norépinephrine au sein du système nerveux central qui peut être héréditaire dans la majorité des cas (Nigg, 2012; Rappley, 2005; Sharma & Couture, 2014). Cependant, des facteurs environnementaux tels qu'un faible poids à la naissance, l'exposition aux substances neurotoxiques, la consommation de tabac par la mère lors de la période gestationnelle et même des mauvais traitements pendant l'enfance peuvent aussi être associés à la survenue du TDAH (Braun, Kahn, Froehlich, Auinger, & Lanphear, 2006; Froehlich et al., 2011; Polańska, Jurewicz, & Hanke, 2012).

Malgré la description d'apparence simple, car elle est basée sur l'aspect comportemental des symptômes, le TDAH est loin d'être un trouble banal. En effet, il est susceptible d'engendrer plusieurs difficultés fonctionnelles, et cela, dans plusieurs sphères importantes de la vie chez les personnes qui en sont atteintes, telles qu'une baisse des performances scolaires et professionnelles et des difficultés au niveau des habiletés

sociales et familiales (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2006; Biederman et al., 2008; Hechtman et al., 2016); ces difficultés pouvant être majorées dans le cas où ce trouble n'est pas diagnostiqué ni traité (Barkley, 2008). Les difficultés fonctionnelles peuvent même être plus importantes en présence d'une ou plusieurs conditions de comorbidité, malheureusement très fréquentes en cas de ce trouble (Canu, 2010; Yoshimasu et al., 2016). Il est donc important de procéder précocement au dépistage du TDAH ainsi qu'à celui de ses troubles comorbides auprès de toute personne chez laquelle on le suspecte afin qu'elle puisse bénéficier du traitement pour ce trouble ainsi que pour celui de troubles comorbides s'il y a lieu.

Plusieurs études rapportent toutefois qu'une portion non négligeable de personnes aux prises avec le TDAH reste non diagnostiquée et non traitée à travers le monde, incluant aussi les pays industrialisés tels que le Canada et les États-Unis d'Amérique (Bussing, Zima, Gary, & Garvan, 2003) même si on peut supposer un meilleur accès aux services de santé pour le TDAH dans cette région comparativement aux pays en voie de développement. Parmi ces personnes, les personnes issues de groupes culturels minoritaires vivant en Amérique du Nord présenteraient un plus grand risque, comparées à la population générale, de ne pas recevoir un diagnostic de TDAH ou un traitement associé (Bailey et al., 2010; Baumgardner et al., 2010; Bussing, Zima et al., 2003; Morgan, Hillemeier, Farkas, & Maczuga, 2014). Cela, même si elles présenteraient un taux de prévalence du trouble égal ou légèrement supérieur à la population générale ainsi que plus

de facteurs de risque pouvant être associés à la survenue du TDAH ou l'aggraver comparativement à la population générale (Barbarin & Soler, 1993; Freitag et al., 2012).

En plus de ça, il est important de souligner l'augmentation significative, au cours de ces dernières années, de la proportion des personnes issues de groupes culturels minoritaires au sein de la population générale des pays occidentaux, notamment en région nord-américaine. Selon les données de Statistique Canada, cette catégorie de la population devrait s'accroître davantage dans un avenir pas très lointain (Statistique Canada, 2010). Par exemple, le Canada comptait un peu plus de 5 millions de personnes issues de groupes culturels minoritaires en 2006, soit un peu plus de 16 % de sa population totale. Les données de Statistique Canada prévoient que ce sous-groupe de la population pourrait doubler en 2031 et pourrait atteindre 14 millions, soit environ 32 % de la population totale (Statistique Canada, 2010). D'autres faits importants à noter au Canada concernent une représentativité importante et grandissante des personnes issues de groupes culturels minoritaires au sein de la population « jeune », c'est-à-dire moins de 15 ans (39 %), une représentativité moindre de ce groupe au sein de la population plus âgée, à savoir de 65 ans ou plus (18 %). De plus, chaque année, on compte de plus en plus de nouveaux immigrants qui arrivent au pays (Statistique Canada, 2010) et un taux de fécondité des femmes issues de groupes culturels minoritaires (1,7 en 2001) légèrement supérieur à celui de la population générale (1,5 en 2001) (Statistique Canada, 2006). Tous ces éléments ci-haut cités justifient l'importance pour le présent travail d'étudier le TDAH, un des troubles neurodéveloppementaux les plus prévalents, les plus persistants dans le temps et

handicapants, surtout dans le cas où il n'est pas diagnostiqué ni traité, chez l'un des sous-groupes de la population nord-américaine qui risque d'augmenter considérablement dans les prochaines années, soit l'ensemble de groupes culturels minoritaires.

Bien qu'il existe plusieurs articles scientifiques portant sur le processus diagnostique du TDAH et sur ses différentes options de traitement, la majorité de ces études, pour ne pas dire la quasi-totalité, porte sur la population générale (DeCarlo Santiago & Miranda, 2014). Même si certains chercheurs et professionnels de la santé commencent à prendre en considération de plus en plus l'influence incontournable de la culture dans leur effort d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé physique et mentale chez les personnes issues de groupes culturels minoritaires, très peu d'études ont déjà abordé les enjeux entourant la problématique de sous-diagnostic et de sous-traitement du TDAH chez les différents groupes culturels minoritaires vivant dans la région nord-américaine. Le but du présent essai est de contribuer à une meilleure compréhension des principaux défis auxquels les professionnels de la santé peuvent faire face lors de leurs activités de diagnostic et de traitement du TDAH auprès de l'ensemble de groupes culturels minoritaires. L'apport original du présent essai va consister à relever les principaux enjeux associés aux problèmes de sous-diagnostic et de sous-traitement du TDAH qui sont communs à l'ensemble de groupes culturels minoritaires vivant en Amérique du Nord, tout en suggérant des pistes de solution à ces enjeux.

Le contenu du présent essai est une synthèse d'articles obtenus en faisant une recherche avancée, durant la période allant de janvier 2016 à février 2017, dans les trois bases de données spécialisées dans le domaine de la psychologie, à savoir Medline full text, Psycinfo et Pubmed, d'une part, en utilisant les termes suivants : « *attention deficit hyperactivity disorder* OR *ADHD* OR *ADHD diagnosis* OR *ADHD differential diagnostic* OR *ADHD comorbidities* OR *ADHD treatment* OR *ADHD medication* OR *ADHD therapy* OR *ADHD psychotherapy* » AND « *minorit** OR *cultur** OR *ethnic** OR *rac** OR *cross-cultural* OR *culture* OR *culture competence* » et d'autre part, en épluchant de façon manuelle les listes de références d'articles obtenus lors de la première recherche bibliographique. Le présent travail est une étude exploratoire. C'est pour cette raison que tous les articles européens et nord-américains, obtenus au cours de cette recherche bibliographique en utilisant les termes clés mentionnés, qui abordent les thèmes liés à la prévalence, au diagnostic et au traitement du TDAH, de façon globale, ont été consultés et rapportés. Cependant, seuls les articles nord-américains qui portent sur les enjeux de diagnostic et de traitement du TDAH spécifiques aux personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires ont été consultés et rapportés dans le cadre du présent travail. Le présent essai compte en fait un total de 145 articles et ouvrages scientifiques parmi 505 articles générés lors de la recherche bibliographique.

Quelques définitions

On juge important de commencer par donner la définition des termes qui seront souvent utilisés dans le présent essai et qui ne font pas l'unanimité dans la communauté

scientifique. En dehors du présent essai, ces termes peuvent signifier autre chose selon les auteurs, les champs ou les contextes dans lesquels ils sont utilisés. Les termes qui seront définis dans ce qui suit sont la culture et les groupes culturels minoritaires. Les définitions retenues par le présent travail sont loin d'être les meilleures, mais elles ont surtout été choisies par souci de clarté et de précision.

Culture

Bien qu'on puisse trouver plusieurs définitions du mot « culture », dans le cadre du présent travail, on va retenir la définition de Guy Rocher (in Introduction à la sociologie générale, t.1, : L'Action sociale, Paris, Seuil, 1968, p. 111) qui a été reproduite par Ferreol, Cauche et Duprez (2002, p. 42), qui définit la culture comme « un ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprises et partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière à la fois objective et symbolique, à constituer ces personnes en une collectivité particulière et distincte ». La culture est différente de la race en ce sens que cette dernière consiste en une subdivision des groupes humains fondée sur un ensemble de caractères physiques héréditaires, par exemple la couleur de la peau (Echaudemaison, 2003; Ferreol, Cauche, & Duprez, 2002). Cependant, il y a certains auteurs qui contestent l'utilisation du mot « race » pour catégoriser des êtres humains, car ils considéreraient que tous les êtres humains constituent une seule race humaine (Keita et al., 2004). La culture peut aussi être différenciée de l'ethnie car cette dernière, en plus d'inclure le partage de la langue, de l'histoire vécue et des coutumes qu'elle partage avec la culture, inclut aussi l'ascendance

commune, donc des caractéristiques physiques héréditaires, cette caractéristique étant absente dans la définition propre de la culture (Echaudemaison, 2003; Ferreol et al., 2002). Le présent essai va utiliser préférentiellement le terme « culture », ou « groupe culturel » et non le groupe ethnique ou racial pour faire ressortir la grandeur de la diversité de la population nord-américaine ainsi que son caractère dynamique qui est à l'origine de l'hétérogénéité d'un même groupe culturel. Ici, on peut donner l'exemple du changement inévitable au fil du temps de certaines caractéristiques culturelles des personnes issues d'autres races ou ethnies non occidentales à la suite de leur installation dans la région nord-américaine.

Groupes culturels minoritaires

Dans le présent travail, le terme « groupes culturels minoritaires » désignera des groupements de personnes liées entre elles par des affinités religieuses, linguistiques, ethniques, politiques, englobées dans une population plus importante d'un état, de langue, d'ethnie, de religion, de politique différentes (Humanrights.ch, 2014). Le terme de minorités visibles est aussi utilisé surtout au Canada pour désigner certains groupes culturels minoritaires qu'on peut identifier par leur apparence externe, telle que la couleur de leur peau (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec, 2013). Par opposition aux groupes culturels minoritaires, le terme « population majoritaire ou juste la population générale » désignera des personnes de la peau blanche d'origine euro-canadienne/américaine qui constituent la majorité de la population vivant dans la région nord-américaine, donc au Canada et aux États-Unis.

Le présent essai se divise en trois chapitres. Le premier chapitre discute de la question entourant la validité diagnostique du TDAH ainsi que de la variabilité de sa prévalence à travers les différentes études. Le deuxième chapitre identifie et discute des facteurs spécifiques aux personnes issues de groupes culturels minoritaires susceptibles d'influencer leur taux de diagnostic et de traitement du TDAH tout en y apportant certaines pistes de solution. Le troisième et dernier chapitre explore et discute des facteurs susceptibles d'influencer les taux de diagnostic et de traitement du TDAH chez les personnes issues de groupes culturels minoritaires en lien avec les professionnels de la santé et le système de santé, tout en y apportant certaines pistes de solution aussi. Enfin, le présent travail va aussi suggérer en cours de route certains sujets de recherche pouvant aider à éclaircir certaines zones d'ombre en rapport avec la prévalence, le diagnostic et le traitement du TDAH chez les personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires.

Chapitre 1

Validité diagnostique et prévalence du TDAH à travers les différentes études

Le premier chapitre se subdivise en deux sous-sections. La première sous-section explore et discute des questions entourant la validité diagnostique du TDAH. Les différents arguments en faveur et en défaveur du TDAH, comme un diagnostic médical universel, y seront présentés. La deuxième sous-section identifie et analyse différents facteurs explicatifs de la variabilité des taux de prévalence du TDAH qu'on identifie à travers les différentes études.

Question de la validité diagnostique du TDAH

Bien que le TDAH ait été reconnu comme trouble mental en 1986 avec son inclusion dans le DSM-II, déjà au cours des 18^e et 19^e siècles, divers auteurs, comme par exemple Alexander Crichton, Heinrich Hoffmann et George Frederic Still, avaient commencé à différencier le trouble comportemental caractérisé par les symptômes d'inattention et d'hyperactivité d'autres troubles mentaux de l'enfance (Lange, Reichl, Lange, Tucha, & Tucha, 2010). On peut mentionner ici que les termes utilisés pour désigner le TDAH ainsi que ses critères diagnostiques ont quand même changé à travers les différentes versions du DSM. En effet, dans le DSM-II, il a été désigné par le trouble « réaction hyperkinétique de l'enfance » (*hyperkinetic reaction of childhood*), dans le DSM-III, il a été connu sous le nom « trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité » (*attention deficit disorder: with & without hyperactivity*), mais depuis le DSM-III-R jusqu'au DSM-5, il a conservé

à peu près la même appellation, soit le « trouble déficit de l'attention avec hyperactivité » (*attention deficit hyperactivity disorder*) (Lange et al., 2010).

Selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015), le TDAH est un trouble neurodéveloppemental, c'est-à-dire se développant initialement durant l'enfance, se caractérisant principalement par des problèmes d'attention et d'hyperactivité/impulsivité et occasionnant des impacts fonctionnels dans au moins deux milieux de vie chez les personnes atteintes (American Psychiatric Association, 2015). Le trouble peut se diviser en trois catégories selon le nombre et la nature de symptômes que présentent les personnes atteintes, soit (1) la présentation combinée (c'est-à-dire la présence des symptômes d'inattention et d'hyperactivité à des mêmes degrés d'intensité); (2) la présentation inattentive prédominante; ou (3) la présentation hyperactivité/impulsivité prédominante (voir l'Appendice pour plus de détails sur le trouble).

Étant donné que la plus grande majorité des articles scientifiques consultés dans le cadre du présent travail ont utilisé les critères diagnostiques du DSM-IV-TR (le DSM-IV révisé), il est important ici de souligner qu'il n'y a pas de grands changements au niveau des principaux critères diagnostiques entre cette version et la version actuelle du DSM, c'est-à-dire le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015). En effet, le même nombre de symptômes caractéristiques du TDAH contenus dans la version précédente, soit les 18 symptômes, a été repris dans la version actuelle du DSM (American Psychiatric Association, 2015). Cependant, il est important de noter quelques modifications minimales

dans la version actuelle, qui vont sans doute faciliter davantage le processus de diagnostic du TDAH, surtout chez les adolescents et les adultes. Entre autres (1) un grand nombre de symptômes doit avoir été présent avant l'âge de 12 ans plutôt qu'à 7 ans (le critère B); (2) chez les personnes âgées de 17 ans et plus, le nombre de symptômes qui doivent être présents pour qu'un diagnostic soit posé a été diminué à 5 comparativement à 6 en dessous de cet âge; (3) plusieurs symptômes doivent être présents dans deux environnements ou plus, plutôt que certains symptômes (le critère C); (4) la subdivision du trouble en trois « sous-types » a été remplacée par les trois spécificateurs qui les correspondent; et enfin (5) un diagnostic concomitant de trouble du spectre de l'autisme peut actuellement être donné en combinaison à celui du TDAH (American Psychiatric Association, 2015). Vu que les articles disponibles jusqu'à ce jour portant sur la relation entre la culture et le TDAH ne rapportent pas de données pertinentes sur les différentes présentations du TDAH (Miller, Nigg, & Miller, 2009), tous les points qui seront abordés dans le présent essai vont donc concerner toutes les trois catégories de présentation du TDAH.

Malgré la reconnaissance scientifique du TDAH comme trouble mental, force est de constater que le débat scientifique sur sa validité diagnostique est loin d'être terminé. Lorsqu'on analyse la littérature scientifique qui porte sur la question, deux principaux courants totalement opposés se dégagent. Le premier courant postule que le TDAH serait un construit social en ce sens que les normes culturelles seraient beaucoup sollicitées pour qualifier des comportements humains comme normaux ou pathologiques comme dans le cas du TDAH (Amaral, 2007; Jacobson, 2002; Timimi, 2004; Timimi & Taylor, 2004).

Les tenants de ce courant accordent en fait plus d'importance à l'interprétation ou à l'appréciation sociale du comportement (p. ex. l'hyperactivité) plutôt que sa présence ou sa fréquence dans cette société. Afin de justifier leur position, les tenants de ce courant avancent plusieurs arguments dont les principaux concernent la variation quant aux taux de prévalence de ce trouble et celle du nombre de personnes qui seraient traitées à cause de ce trouble à travers les différentes régions et pays du monde (Amaral, 2007; Jacobson, 2002; Timimi & Taylor, 2004). À titre d'exemple, les adeptes de ce courant avancent l'argument concernant la variabilité quant aux quantités de psychostimulants prescrits et consommés à travers les différentes régions et pays pour soigner le TDAH. Selon eux, cette consommation serait plus importante en Amérique du Nord, notamment aux États-Unis, comparée aux autres pays du monde tels que l'Australie, l'Espagne ou le Chili. Et d'après eux, cette variation attesterait donc que les comportements caractéristiques du TDAH (p. ex. l'hyperactivité) peuvent être considérés comme pathologiques et nécessitant des traitements dans certaines régions du monde (p. ex. les États-Unis) alors qu'ailleurs, les mêmes comportements seraient considérés comme faisant partie du spectre des comportements normaux ne nécessitant pas un diagnostic médical ni un traitement spécifique (Amaral, 2007; Jacobson, 2002; Timimi & Taylor, 2004).

Le deuxième courant, qui détient par ailleurs la majorité d'appuis scientifiques, postule que le TDAH serait un trouble mental caractérisé principalement par des symptômes d'inattention et d'hyperactivité/impulsivité que l'on retrouve dans tous les pays et les sociétés, ce qui lui conférerait donc le titre de trouble universel

(Anderson, 1996; Bauermeister, Canino, Polanczyk, & Rohde, 2010; Beiser, Dion, & Gotowiec, 2000; Davis, Cheung, Takahashi, Shinoda, & Lindstrom, 2011; Davis, Takahashi, Shinoda, & Gregg, 2012). Les tenants de ce courant s'appuient sur l'argument stipulant que le TDAH engendrerait des conséquences négatives semblables dans tous les pays ou sociétés humaines, peu importe qu'il soit reconnu, traité ou pas (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Les adeptes de ce courant postulent l'analogie entre le TDAH et le problème de surpoids (Polanczyk & Rohde, 2007). En effet, selon ces deux auteurs, le surpoids peut être considéré comme un état normal ou même « un idéal d'apparence physique » dans certaines sociétés (p. ex. dans les sociétés originaires de l'Île du Pacifique) alors que dans d'autres sociétés (p. ex. des sociétés occidentales), il est considéré comme un facteur de risque potentiel pour la santé. Et que la personne obèse en soit convaincue ou non, elle encourt toujours un réel danger vis-à-vis de sa santé à cause de son surpoids. Donc, dans le même sens, ces auteurs stipulent que le TDAH est un trouble universel, car il est caractérisé par les mêmes types de comportements problématiques (l'inattention et l'hyperactivité/impulsivité), à des taux de prévalence à peu près égaux d'un pays ou d'une société à l'autre, et qu'il va toujours exercer des impacts fonctionnels négatifs comparables chez des personnes qui en souffrent, peu importe que ces dernières le considèrent comme un problème ou un trouble mental ou non (Brod, Pohlman, Lasser, & Hodgkins, 2012; Polanczyk & Rohde, 2007).

Dans le présent travail, on reconnaît l'importance des arguments postulés par chaque courant et on suggère leur combinaison pour arriver à un diagnostic du TDAH valide. En

effet, pour faire le diagnostic valide de ce trouble, l'apport du deuxième courant, qui stipule que le TDAH est un trouble caractérisé par les mêmes symptômes chez les personnes atteintes, est essentiel. Cependant, il est aussi important de mettre un accent particulier des influences socioculturelles possibles sur les comportements qui sont rapportés comme problématiques par les clients ainsi que leurs attentes envers les interventions professionnelles, tel que postulé par le premier courant (Alarcón et al., 2009; Bailey, Jaquez-Gutierrez, & Madhoo, 2014; Bradley, 2007). Le DSM-5 propose d'ailleurs, dans sa section 3 (American Psychiatric Association, 2015, p. 881-894), un modèle d'entrevue clinique afin de saisir facilement les influences culturelles possibles surtout lors du processus diagnostique, intitulé l'« entretien de formulation culturelle (EFC) », lequel peut s'avérer un outil incontournable pour les professionnels de la santé, surtout ceux qui interviennent auprès des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires.

La pertinence de considérer à la fois les dimensions universelles et socioculturelles du TDAH peut par ailleurs être illustrée sur la base de deux cas de consultation totalement fictifs pour confirmer ou exclure la présence du TDAH. Dans les deux cas, il s'agit de deux adolescents issus de groupes culturels minoritaires qui sont référés par leurs enseignants respectifs à une clinique pour une évaluation de TDAH en raison de comportements d'hyperactivité/impulsivité à l'école (tel que parler très fort et très vite, ne pas attendre leur tour, être intrusif). Dans les deux cas aussi, les parents ne détiennent pas beaucoup d'information sur le TDAH et sont contre le fait que leurs enfants consultent,

car ils pensent que ces derniers présentent par moments des mauvais comportements, mais qui sont tout à fait dans les limites du spectre normal. Pour le premier cas, le clinicien apprend que les comportements rapportés par l'enseignant sont encouragés dans la communauté et même à la maison. De plus, son client reconnaît qu'il aurait pu rester calme si on le lui avait demandé et que dans d'autres contextes, il est plutôt timide, mais qu'il a été amené à se défendre et à être plus actif afin de surmonter sa timidité. Pour le deuxième cas, le clinicien apprend que les comportements rapportés par l'enseignant se situent à la limite extrême des comportements jugés normaux et acceptables dans sa communauté et dans sa famille. De plus, le client admet que même s'il l'avait voulu, il lui serait très difficile de rester calme et que cela constitue un des grands défis auxquels il fait face tous les jours, à la maison, à l'école et dans ses interactions avec ses pairs, depuis son plus jeune âge. Même en n'ayant pas toutes les données anamnestiques, on peut quand même prévoir que les conclusions cliniques ainsi que les recommandations du clinicien vont être totalement différentes pour les deux cas, et cela, malgré plusieurs similitudes entre les deux cas. Principalement, les deux cas présentent les mêmes problématiques qui sont fréquemment associées au TDAH et les parents des clients sont contre le diagnostic du TDAH (Gerdes, Lawton, Haack, & Hurtado, 2013).

D'après ces deux exemples, le présent essai démontre que tout en étant universels, les critères diagnostiques contenus dans le DSM sont relativement imprécis et incomplets et suggèrent fortement aux professionnels de la santé, lors de leurs activités diagnostiques, d'accorder de l'importance aux contextes socioculturels qui s'appliquent à chaque cas

avant de conclure en la présence ou en l'absence du TDAH chez tous leurs clients et en particulier ceux appartenant aux groupes culturels minoritaires.

D'après ce qui précède, le TDAH est censé se manifester dans tous pays ou sociétés avec les mêmes symptômes, mais aussi à des prévalences relativement équivalentes. Qu'est-ce qui fait que les différentes études épidémiologiques sur la prévalence du TDAH rapportent des résultats très divergents? On va essayer d'éclaircir ce point dans la section suivante.

Question de variabilité des taux de prévalence du TDAH

Le taux de prévalence du TDAH moyen selon le DSM-5 est d'environ 5 %. Une revue de la littérature scientifique montre pourtant des taux de prévalence du TDAH qui diffèrent grandement d'une région géographique à l'autre, ou même à l'intérieur d'une même région géographique. Par exemple, selon la plus récente revue systématique sur la prévalence du TDAH à travers le monde faite par Polanczyk et ses collaborateurs en 2007, on note des taux de prévalence du TDAH relativement faibles dans la région du Moyen-Orient (environ 3 %, avec 4 études) et en Asie (4 %, avec 15 études). Ces taux sont relativement moyens en Océanie (environs 5 %, avec 6 études) et en Europe (5 %, avec 32 études) alors que l'on trouve des taux relativement élevés en Amérique du Nord (environ 6 %, avec 32 études) et en Afrique (environ 8 %, avec 4 études) et des taux très élevés en Amérique du Sud (environ 12 %, avec 9 études) (Polanczyk et al., 2007). Plusieurs facteurs expliquent ces variations. Tout d'abord, il y a des différences à l'égard

des procédés méthodologiques utilisés d'une étude à l'autre (Faraone, Sergeant, Gillberg, & Biederman, 2003). Des procédés méthodologiques sont en effet plus complexes, car ils peuvent inclure la définition du TDAH, les critères diagnostiques utilisés (p. ex. en Amérique du Nord, ce sont les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM alors qu'en Europe, ce sont ceux de la classification internationale des maladies, la CIM), le niveau d'expertise des chercheurs ainsi que leur rigueur lors de l'application de ces critères (Faraone et al., 2003). À titre d'exemple, certaines études auraient omis de demander si des problèmes de comportement associés au TDAH se manifestaient dans plus qu'un milieu de vie ou de noter la présence des impacts fonctionnels associés à ce trouble chez des personnes atteintes (Faraone et al., 2003), des éléments pourtant essentiels afin de pouvoir poser le diagnostic du TDAH selon le DSM.

Une autre explication des différences quant aux taux de prévalence est liée au choix de la population d'étude. D'abord, le taux de prévalence du TDAH serait plus important au sein de certaines populations avec des antécédents médicaux par rapport à la population sans antécédents médicaux (Faraone et al., 2003). De plus, il peut y avoir des différences associées aux caractéristiques socioculturelles des répondants (Bussing, Koro-Ljungberg, Gary, Mason, & Garvan, 2005; Bussing, Schoenberg, & Perwien, 1998; Faraone et al., 2003; Hillemeier, Foster, Heinrichs, & Heier, 2007) auprès desquels les chercheurs demandent d'attester ou non la présence de différents critères diagnostiques du TDAH. Entre autres, on peut noter leur degré de connaissance et de familiarité avec les systèmes de classement des troubles mentaux, y compris les troubles neurodéveloppementaux

(p. ex. le DSM) et leurs attitudes, pratiques et croyances culturelles envers les problèmes mentaux. D'après plusieurs auteurs, la population générale identifierait davantage des comportements associés au TDAH par rapport aux personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires. De plus, il se peut que les professionnels, qui jouent le rôle de répondants en raison de leurs caractéristiques socioculturelles, identifient mal les cas du TDAH chez les personnes issues de groupes culturels minoritaires et sont susceptibles de rapporter de faux positifs (Calhoun, 1975; Epstein, March, Conners, & Jackson, 1998) ou des faux négatifs (Evans, 2004).

Il est toutefois fort intéressant de constater à travers la revue de la littérature scientifique que des études faites en utilisant les différents critères diagnostiques ou procédés méthodologiques arrivent souvent à des conclusions différentes, et cela, même si les études portent sur la même population d'étude, vivant dans une même localité. Par contre, l'utilisation rigoureuse des mêmes critères diagnostiques ainsi que des procédés méthodologiques amène aux résultats très comparables même si les études ont été faites auprès des populations d'étude distinctes et ne vivant pas dans les mêmes régions géographiques (Buitelaar et al., 2006). Ces éléments permettraient d'avancer l'hypothèse liée au fait que des différences quant au choix des critères diagnostiques (dont les principaux sont le DSM ou la CIM) et des procédés méthodologiques utilisés par les différents chercheurs constitueraient la source principale des variations des taux de prévalences du TDAH trouvées dans diverses études (Faraone et al., 2003). Cette position a même été confirmée par la dernière revue systématique sur la prévalence du TDAH dans

les différentes régions du monde (Amérique du Nord, Amérique du Sud, Europe, Afrique, Océanie, Moyen-Orient, Asie), qui a conclu que les différences au niveau des taux de prévalence du TDAH à travers les études scientifiques seraient causées principalement par des biais méthodologiques et non des vraies différences géographiques (Polanczyk et al., 2007).

Bien que le taux de prévalence moyen du TDAH est censé être équivalent à travers le monde, y compris au sein des différents sous-groupes du peuple nord-américain, plusieurs études s'accordent sur le fait que des personnes issues de groupes culturels minoritaires vivant dans la région nord-américaine seraient en fait plus à risque de développer le TDAH ou de présenter un TDAH par rapport à la population générale nord-américaine (Miller et al., 2009; Rydell, 2010). En effet, divers facteurs expliqueraient ce risque élevé de développer le TDAH, entre autres : l'exposition aux toxines environnementales (liée au fait d'habiter dans de vieux bâtiments ou maisons), le problème de faible poids à la naissance, la consommation d'alcool et de drogues, le statut socioéconomique moins avantageux et le stress lié à l'acculturation (Barbarin & Soler, 1993; Bazargan et al., 2005; Breslau & Chilcoat, 2000; Froehlich et al., 2011; Stein, Schettler, Wallinga, & Valenti, 2002).

D'après ce qui précède, les personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires présenteraient un taux de prévalence du TDAH comparable ou même dépassant un peu celui de la population générale (Rydell, 2010). Pourtant, plusieurs auteurs ont montré que

leur chance d'être diagnostiquées et d'être traitées en raison de ce trouble est significativement inférieure à celle de la population générale (Bailey, 2005; Bailey et al., 2014). Dans les deux prochains chapitres, on va identifier et analyser, d'une part, des facteurs associés aux problèmes de sous-diagnostic et de sous traitement du TDAH chez ce sous-groupe de la population (deuxième chapitre) et d'autre part, ceux en lien avec les professionnels de la santé et le système de santé (troisième chapitre). De plus, certaines pistes de solution en vue d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé chez les membres de ce sous-groupe atteints du TDAH seront présentées et discutées.

Chapitre 2

Facteurs spécifiques aux personnes issues de groupes culturels minoritaires associés à la problématique de sous-diagnostic et du sous-traitement du TDAH

Malgré un taux de prévalence du TDAH chez les personnes issues de groupes culturels minoritaires vivant en Amérique du Nord équivalent ou même un peu supérieur à celui de la population générale (Basch, 2011; Canino et al., 2004; Davison & Ford, 2001; Miller et al., 2009; Rowland et al., 2002), les taux de diagnostic et de traitement de ce trouble chez ce groupe de la population sont significativement inférieurs à ceux de la population générale (Baumgardner et al., 2010). Ce deuxième chapitre identifie et discute des principaux enjeux associés aux problèmes de sous-diagnostic et de sous-traitement du TDAH spécifiques à ce sous-groupe de population. Le chapitre est divisé en cinq sous-sections et chacune va discuter d'un enjeu en particulier tout en suggérant certaines pistes de solution afin d'atteindre l'objectif visé par le présent essai qui est l'amélioration du processus diagnostique et du traitement pour le TDAH chez ce sous-groupe de population. La première sous-section analyse l'influence des connaissances et des modèles explicatifs du TDAH chez ce groupe en particulier. La deuxième sous-section discute de l'influence des comportements discriminatoires envers les personnes atteintes des problèmes mentaux chez ce sous-groupe de la population. La troisième sous-section explore la question de la réticence à consulter les services ou les professionnels de la santé au sein de ce groupe. La quatrième sous-section traite des problèmes linguistiques que présente ce sous-groupe de la population. La cinquième et dernière sous-section explore l'influence du statut socioéconomique sur l'utilisation des services de santé chez ce groupe d'individus.

Connaissances et modèles explicatifs du TDAH

Plusieurs études ont démontré que les personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires, comparées à la population générale, détiennent moins d'information au sujet du TDAH, c'est-à-dire sur ses causes, son évolution à travers le temps ainsi que sur ses traitements (Bussing, Schoenberg, & Perwien, 1998; Bussing, Schoenberg, Rogers, Zima, & Angus, 1998; Davison & Ford, 2001; McLeod, Fettes, Jensen, Pescosolido, & Martin, 2007). En effet, certaines parmi elles ne connaissent pas du tout ce qu'est le TDAH ou détiendraient plusieurs informations erronées par rapport à l'avancée de la recherche scientifique sur le TDAH. À titre d'exemple, comparées à la population générale, plus de personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires penseraient que (1) le TDAH peut être causé par de mauvaises habiletés parentales; ou (2) parce qu'on mange du sucre (59 % des minorités contre 30 % dans la population majoritaire) (Bussing, Gary, Mills, & Garvan, 2003; Bussing, Schoenberg et al., 1998); (3) que le TDAH n'est pas une problématique à long terme; (4) que la famille peut (elle-même) corriger cette problématique comme tant d'autres problèmes comportementaux; ou (5) que le traitement par les psychostimulants pourrait mener à des problèmes d'abus ou de dépendance aux drogues (Bussing, Schoenberg et al., 1998; Miller et al., 2009). D'autres études ont trouvé que les personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires utilisent rarement des termes médicaux tels que le TDAH en présence des difficultés typiques associées par rapport à la population générale (Bussing, Schoenberg et al., 1998; Bussing, Zima et al., 2003). Le problème de manque d'information pertinente ne se limite pas au TDAH, mais concerne les autres maladies, tant physiques que mentales, tel que relevé par une étude sur

les connaissances au sujet de la santé faite aux États-Unis en 2003 par Andrulis et Brach (2007). Ces auteurs ont notamment montré qu'un grand nombre des personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires ne possèdent pas un niveau de connaissance jugé suffisant sur la santé; ce qui correspond à environ la moitié des participants à leur étude, comparé à seulement un quart des participants issus de la population générale. Ce manque d'information au sujet du TDAH et d'autres sujets touchant la santé en général pourrait être expliqué en partie par le nombre de consultations très limité fait par ce groupe de la population auprès des professionnels de la santé et par l'absence de connectivité entre ce groupe et divers systèmes publics (Bussing et al., 2005). En plus du manque d'information liée au TDAH (et à la santé en général), les membres de groupes culturels minoritaires, surtout les nouveaux immigrants, pourraient ne pas posséder de connaissances suffisantes sur le fonctionnement du système de santé physique et mentale (Arcia, Fernández, Jáquez, Castillo, & Ruiz, 2004).

En ce qui concerne le traitement du TDAH, il faut mentionner ici que la recherche à ce sujet a connu une avancée majeure au cours de ces dernières années (Brown et al., 2005; Pelham et al., 2016). En fait, il y a plusieurs molécules qui sont utilisées pour le TDAH, qu'on peut regrouper dans deux grandes catégories. D'une part, il y a les stimulants qui sont reconnus par la littérature scientifique comme le traitement médicamenteux de première intention pour le TDAH (Bitter, Angyalosi, & Czobor, 2012; Faraone, 2009). Il en existe plusieurs sortes, entre autres les méthylphénidates (p. ex. concerta et ritalin); les dexmethylphenidates (p. ex. focalin); les amphétamines (p. ex.

adzenys et evekeo); les amphétamines/dextroamphétamines (p. ex. adderall); les lisdexamfetamines (p. ex. vyvase); et les dextroamphétamines (p. ex. dexedrine, procentra) (Brown et al., 2005; CADDRA, 2016; FDA, 2011a, 2011b; Stahl, 2013). D'autre part, il y a les non-stimulants qui peuvent être prescrits seuls ou comme traitement adjuvant aux stimulants, surtout quand il n'y a pas d'effet significatif avec les stimulants ou en présence de conditions comorbides. Les plus utilisés étant l'atomoxetine (ou strattera), la clonidine (ou kapvay) et le guanfacine (ou intuniv) (Brown et al., 2005; CADDRA, 2016; FDA, 2011a, 2011b; Stahl, 2013). De plus, plusieurs sortes de thérapies non médicamenteuses ont montré leur efficacité pour traiter le TDAH, seules ou en combinaison à la médication. Celle qui est reconnue par plusieurs études scientifiques comme ayant plus d'efficacité est l'approche cognitivo-comportementale (Hodgson, Hutchinson, & Denson, 2014; Safren et al., 2005; Sonuga-Barke et al., 2013). Il y a aussi les thérapies par la neurofeedback et l'alimentation, mais qui ont jusqu'à maintenant des appuis scientifiques partagés et qu'on suggère plus comme traitement complémentaire pour le TDAH (Heilskov Rytter et al., 2015; Lofthouse, Arnold, & Hurt, 2012). Bien que la médication soit reconnue comme traitement standard du TDAH, des preuves scientifiques récentes montrent une efficacité supérieure des traitements multimodaux, qui combinent surtout la médication et les interventions comportementales (Brown et al., 2005; Döpfner et al., 2016; Pelham et al., 2016; Rostain & Ramsay, 2006).

Cependant, bien que plusieurs auteurs s'accordent pour affirmer que les individus appartenant aux groupes culturels minoritaires obtiennent les mêmes bénéfices positifs

suite aux traitements usuels du TDAH que la population générale (Arnold et al., 2003), force est de constater que ces premiers vont davantage présenter des problèmes d'adhésion qui se manifestent par le fait de ne pas se présenter aux rendez-vous de suivi ou d'abandonner le suivi avant la fin, surtout en cas de traitement par médication (Bailey et al., 2010; Hervey-Jumper, Douyon, Falcone, & Franco, 2008; McLeod et al., 2007; Miller et al., 2009; Myers, Stoep, Thompson, Zhou, & Unützer, 2010; van den Ban et al., 2015).

Tous ces éléments mentionnés sont susceptibles de diminuer les cas du TDAH diagnostiqués ou le taux de succès à la suite du traitement de ce trouble chez les personnes issues de groupes culturels minoritaires. En effet, ce sous-groupe de la population est susceptible de recourir moins souvent aux services professionnels de la santé ou de santé mentale, car il peut ignorer qu'il souffre d'un problème de santé qui mérite l'attention particulière des professionnels de la santé ou bien pense que le problème qu'il présente est relativement banal et qu'il peut être réglé par lui-même ou en famille. Ce groupe de population peut également abandonner le suivi en cours, car il peut penser qu'il ne va pas en tirer des effets positifs. Conséquemment, ce sous-groupe de la population encourt un grand risque que les problématiques associées au TDAH qu'il pourrait présenter s'aggravent et engendrent des retombées fonctionnelles négatives importantes (Miller et al., 2009). Pour augmenter les demandes de consultation pour le TDAH et réduire les problèmes d'adhésion au traitement, il y a donc un besoin urgent de repenser à une meilleure façon de faire les campagnes de sensibilisation sur les symptômes qui caractérisent le TDAH, l'efficacité des traitements disponibles pour ce trouble ainsi que

les conséquences négatives possibles en l'absence de diagnostic et de traitement efficace pour ce trouble en particulier (ainsi que sur les problèmes de santé mentale en général) (Pham, Carlson, & Kosciulek, 2010). Plusieurs canaux de communication, permettant d'atteindre la grande majorité des personnes issues de groupes culturels minoritaires en général et de façon particulière les nouveaux immigrants, devraient être choisis avec soin (McLeod et al., 2007). D'une part, les professionnels de la santé qui rencontrent les membres de groupes culturels minoritaires, lors des visites de consultation ou de suivi pour le TDAH, pourraient prendre plus du temps pour explorer leurs connaissances sur ce trouble (Pedraza, 2015). Et s'il y a lieu, les professionnels de la santé devraient se sentir à l'aise à compléter ou à corriger une information erronée sur ce trouble en question. Et comme il est reconnu que les personnes issues de groupes culturels minoritaires sont susceptibles de s'adresser préférentiellement à leurs proches pour avoir l'information sur le TDAH ainsi que sur ses traitements (Eiraldi, Mazzuca, Clarke, & Power, 2006), l'invitation des proches aux rencontres psychoéducatives sur le TDAH est suggérée. D'autre part, comme une proportion importante des personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires ne va pas être en contact avec les professionnels de la santé, d'autres moyens de communication de masse, pour disséminer l'information sur le TDAH, doivent aussi être choisis avec soin. À titre d'exemple, les églises, les agences publiques et privées offrant du soutien psychosocial et économique pourraient permettre d'atteindre plus d'individus appartenant aux groupes culturels minoritaires par rapport aux canaux de communication de masse plus classiques tels que la presse écrite, l'Internet ou la télévision (Andrulis & Brach, 2007).

Stigmatisation

Bien que l'on note le problème de stigmatisation envers les personnes qui présentent les troubles mentaux dans la quasi-totalité des sociétés humaines, plusieurs études s'accordent cependant pour dire que l'on trouve des niveaux de stigmatisation relativement plus élevés envers les personnes avec des problèmes mentaux, y compris le TDAH, au sein de groupes culturels minoritaires comparés à la population générale (Coleman, Walker, Lee, Friesen, & Squire, 2009). Cette discrimination peut même s'étendre aux autres membres de la famille non atteints dans certains groupes culturels (Coleman et al., 2009). Ce constat risque d'influencer la fréquence des demandes de consultation en vue d'évaluer la présence éventuelle du TDAH, même en présence d'une référence faite par les professionnels compétents. En effet, pour éviter d'être discriminées par les autres membres de leurs communautés, certaines personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires vont éviter tout contact avec les professionnels de la santé mentale même s'ils pensent éprouver des difficultés associées au TDAH. Et même quand elles vont finir par consulter les professionnels de la santé pour évaluer la présence du TDAH, elles vont réagir négativement en cas de diagnostic positif du TDAH. La peur d'être discriminé peut même compromettre l'adhésion et le succès des traitements après qu'un diagnostic de TDAH ait été posé. Comme le TDAH, comme la plupart des troubles mentaux et neurodéveloppementaux, requière un suivi à long terme, les clients appartenant aux groupes culturels minoritaires peuvent donc refuser de se présenter plusieurs fois aux services de santé ou de prendre la médication ou suivre la psychothérapie pour le TDAH afin d'éviter des soupçons de la part des membres de leur

entourage. Cela ne va pas sans influencer l'efficacité du traitement pour le TDAH en cours. Ici, il y a encore lieu de faire des campagnes de sensibilisation à la fois auprès des clients et des membres de leurs familles ainsi qu'auprès du grand public pour expliquer les causes étiologiques du TDAH, les bienfaits du traitement ainsi que des conséquences possibles en l'absence des traitements adéquats.

Réticences envers le système et les professionnels de la santé

La littérature scientifique montre que les personnes issues de groupes culturels minoritaires seraient réticentes à entrer en contact avec les professionnels de la santé, qui sont bien sûr majoritairement d'origine euro-canadienne/américaine (Brown, 2015; Livingston, 1999; Miller et al., 2009; Richardson, 2001). Cette réticence peut être expliquée par différents facteurs. D'une part, les modèles explicatifs des troubles mentaux et neurodéveloppementaux comme le TDAH, qui sont avancés par certaines personnes issues de groupes culturels minoritaires, sont parfois incompatibles avec ceux des professionnels de la santé, lesquels s'appuient fortement sur des études scientifiques (Berger-Jenkins, McKay, Newcorn, Bannon, & Laraque, 2012). D'autre part, le fait d'avoir vécu des expériences de discrimination lors de leur processus d'immigration ou d'intégration auprès des professionnels ou des personnes appartenant à la population générale (Kendall & Hatton, 2002). À l'extrême, les clients appartenant aux groupes culturels minoritaires peuvent même prendre le diagnostic de TDAH comme un signe de stigmatisation à leur égard ou à l'égard de leurs enfants par les professionnels de la santé (Bailey et al., 2010; dosReis et al., 2006). Cela ne va pas sans influencer l'établissement

d'une relation basée sur la confiance entre eux et les professionnels de la santé, leur niveau d'investissement dans le processus de diagnostic pour le TDAH, leur respect des recommandations cliniques ainsi que leur adhésion aux traitements pour le TDAH, s'il y a lieu.

Les professionnels de la santé en charge de faire le diagnostic ou le traitement du TDAH chez les clients issus de groupes culturels minoritaires devraient donc se préparer à l'éventualité que l'établissement d'une relation de confiance avec ces derniers puisse s'avérer plus difficile que d'habitude. Ils devraient avant tout arriver à les convaincre qu'ils vont toujours passer les intérêts de leurs clients avant les leurs. Et pour y arriver, ils devraient prendre plus de temps, mais surtout s'armer de patience et de bonne volonté.

Problèmes linguistiques

Les problèmes linguistiques peuvent constituer une barrière majeure d'accès aux soins de santé chez les personnes issues de groupes culturels minoritaires qui présentent le TDAH (Snowden, Masland, & Guerrero, 2007). Bien que la majorité des personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires puisse avoir des connaissances de base dans les deux langues officielles utilisées dans la région nord-américaine (le français et l'anglais), soutenir une vraie conversation avec les professionnels de la santé demande une grande fluidité linguistique que beaucoup de personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires, surtout ceux qui sont nés en dehors de la région nord-américaine, n'ont pas. Par exemple au Canada, selon les données de l'enquête nationale des

ménages (2011), seulement 61 % des résidents du Canada qui sont nés à l'étranger pouvaient soutenir adéquatement une communication, soit en français ou en anglais (Statistique Canada, 2013).

Il est donc suggéré aux professionnels de la santé, de s'assurer que leurs clients issus de groupes culturels minoritaires comprennent bien la langue de communication avant de commencer les activités de diagnostic ou de traitement du TDAH. Une rencontre de pré-évaluation peut être planifiée à cet effet (Ahmed & Reddy, 2007). L'évaluation des compétences langagières devrait se faire de façon qualitative, c'est-à-dire en analysant les compétences dans la langue seconde des clients à l'aide d'une vraie conversation et en évitant des questions fermées. En cas de problèmes linguistiques, après avoir expliqué toutes les options d'interprétariat disponibles dans le milieu et des dispositions mises en place (par le milieu) pour garantir la confidentialité, les clients seront invités à choisir l'option qui les mettra le plus à l'aise. Ainsi, la procédure au cas par cas est à privilégier, car les préférences peuvent changer d'un client à l'autre. À titre d'exemple, certains clients peuvent préférer des interprètes qui sont originaires de leur pays ou région natale alors que d'autres peuvent se sentir moins à l'aise, surtout s'ils ont vécu des conflits ethniques ou régionaux dans leur pays d'origine. Les professionnels de la santé sont donc appelés à jouer un double rôle à ce niveau. D'une part, ils devraient mettre leurs clients au courant qu'eux-mêmes, ainsi que les interprètes qui vont traduire les discussions, sont tous tenus au secret professionnel et donc, que toutes les informations recueillies lors des rencontres vont demeurer confidentielles. D'autre part, ils devraient s'assurer que les interprètes avec

lesquels ils vont travailler comprennent l'importance de la confidentialité et faire le suivi pour s'assurer que ces derniers respectent ce principe avec rigueur et, dans le cas contraire, s'assurer que les sanctions vis-à-vis du manquement à la confidentialité sont systématiquement appliquées. Toutes ces démarches sont essentielles pour garantir l'établissement de bons rapports entre les professionnels de la santé et leurs clients, plus particulièrement ceux issus de groupes culturels minoritaires. En effet, faute de confiance, certains clients pourraient éviter certains sujets, peut-être très pertinents, ce qui peut les mener à des conclusions cliniques partielles ou erronées ou abandonner le suivi thérapeutique.

Statut socioéconomique

Des recherches scientifiques montrent sans équivoque qu'une grande proportion des personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires vivant dans la région nord-américaine a un statut socioéconomique désavantageux par rapport à la population générale (Eiraldi et al., 2006; Statistique Canada & Palameta, 2004) et ce statut constitue une barrière importante à l'accès aux services de santé physique et mentale, y compris le TDAH. Par exemple aux États-Unis, comme la majorité de la population doit se payer une assurance maladie privée, les personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires se retrouvent sans assurance maladie, ce qui peut réduire considérablement la fréquence des consultations chez les professionnels de la santé en cas de problèmes de santé, et en particulier de santé mentale considérés comme non urgents, comme le TDAH (Bailey & Owens, 2005).

Au Canada, bien que tous les soins de santé soient censés être couverts par l'assurance maladie collective, de longs délais d'attente avant de pouvoir obtenir des soins de santé physique et mentale dans le système de santé publique justifient la prolifération des cliniques privées œuvrant dans le domaine de la santé mentale, y compris l'accès aux services de santé pour le TDAH. Comme la plupart des services en santé mentale offerts au privé ne sont pas couverts par l'assurance maladie collective, les personnes à faible revenu ne pourront pas y accéder. Et ceci amène plusieurs personnes avec le TDAH à rester sans diagnostic ou sans traitement, faute de moyens pour payer les frais relatifs à ce trouble. Et les personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires risquent de se trouver dans ce groupe en grande majorité par rapport à la population générale, à cause de leur statut socioéconomique désavantageux comparativement à la population générale comme mentionné.

D'après ce qui précède, on peut présumer qu'avoir plus de ressources financières peut être associé à des cas de TDAH qui sont bien contrôlés grâce à un meilleur accès aux services de dépistage, de diagnostic et de traitement. Dans le cas contraire, les problèmes financiers peuvent être associés à des cas de TDAH qui peuvent rester non identifiés et non traités et qui sont plus susceptibles de mener à des retombées négatives sur plusieurs sphères de la vie des personnes touchées par ce trouble, comme les difficultés scolaires, professionnelles et sociofamiliales (Biederman et al., 2008; Hechtman et al., 2016).

Il est donc suggéré aux professionnels de la santé qui évaluent ou traitent le TDAH chez les clients appartenant aux groupes culturels minoritaires d'évaluer systématiquement la présence des difficultés socioéconomiques et leur influence possible sur leurs interventions et de faire de leur mieux pour minimiser leur impact sur l'accès et la qualité de leurs services du TDAH au sein de ce groupe de la population. Pour ce faire, ils peuvent par exemple référer leurs clients qui rapportent les problèmes d'accès aux services de santé pour le TDAH en lien avec les difficultés financières aux agences publiques ou privées offrant de l'assistance socioéconomique au besoin (Bussing, Zima et al., 2003).

Plusieurs études sont d'accord pour affirmer une association entre le statut socioéconomique, l'état de santé et la qualité de vie. Les professionnels de la santé, comme tout citoyen responsable, sont donc appelés à jouer un rôle plus actif dans les débats publics sur les mesures qui pourraient être prises par les gestionnaires de l'état pour améliorer à plus long terme le bien-être socioéconomique des personnes les plus démunies de la société, dont la majorité est constituée par les membres de groupes culturels minoritaires. Ils sont appelés aussi à militer afin que leurs clients les plus démunis financièrement aient un meilleur accès aux services de santé physique et mentale pour le TDAH (et toute autre condition physique ou mentale). Plusieurs démarches peuvent être entreprises. Ils peuvent militer pour que les services de santé mentale soient couverts par les assurances maladies publiques. Ils peuvent faire reconnaître le statut socioéconomique comme un des critères de priorité d'accès aux services de santé publique. Toutes ces

démarches entreprises par les professionnels de la santé en faveur des clients les plus démunis pourraient être interprétées par ces derniers comme des marques de respect et d'empathie. Ces démarches pourraient indirectement contribuer à améliorer la qualité des rapports entre les professionnels de la santé et les clients issus de groupes culturels minoritaires, qui peuvent s'avérer plus difficiles à établir comme déjà mentionné.

Parmi les cinq facteurs ici présentés, certains sont susceptibles de changer à travers le temps suite aux échanges sociaux et professionnels entre les personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires et la population générale. À titre d'exemple, on peut nommer les problèmes langagiers. Cependant, les autres facteurs risquent de résister au changement au fil du temps, tels que les attitudes négatives envers les problèmes mentaux, y compris le TDAH ou des individus qui en sont atteints. Plusieurs acteurs externes aux groupes culturels minoritaires ont un rôle important pour changer certains de ces facteurs, comme par exemple les professionnels de la santé et les gestionnaires des services de santé. Cependant, il faut aussi souligner que les personnes issues de groupes culturels minoritaires ont aussi un rôle prépondérant à jouer à cet effet. Entre autres, les personnes issues de groupes culturels minoritaires sont invitées à participer en grand nombre aux activités et campagnes psychoéducatives organisées en leur faveur. Elles sont invitées à s'adresser aux services de santé qui sont à leur disposition lorsqu'elles pensent avoir des problèmes de santé, y compris le TDAH.

Il faut souligner cependant l'importance, pour les professionnels de la santé, de ne pas faire une généralisation systématique de tous ces facteurs mentionnés à tout client appartenant aux groupes culturels minoritaires, mais au contraire de prendre un temps suffisant pour évaluer la présence ainsi que le poids respectif de chacun d'eux (Bailey et al., 2014). Comme on peut facilement le constater, la plupart de ces facteurs mentionnés sont complexes et dépassent grandement le champ d'intervention des professionnels de la santé. Le rôle principal de ces derniers est bien d'en prendre conscience et surtout d'essayer le mieux possible d'adapter leurs interventions liées au diagnostic et au traitement.

À côté des facteurs spécifiques aux personnes issues de groupes culturels minoritaires, il y a aussi des facteurs externes qui sont susceptibles de baisser leurs taux de diagnostic et de traitement du TDAH. Le prochain chapitre va analyser spécialement ces enjeux et suggérer certaines pistes de solution.

Chapitre 3

Facteurs associés aux problèmes de sous-diagnostic et de sous-traitement du TDAH en lien avec les professionnels de la santé et le système de santé

Les problèmes de sous-diagnostic et de sous-traitement du TDAH chez les personnes issues de groupes culturels minoritaires ne sont pas causés seulement par des facteurs propres aux personnes issues de groupes culturels minoritaires, plusieurs facteurs externes interviennent aussi dans cette équation. Ce troisième chapitre identifie et analyse ces facteurs externes. Il se subdivise en deux sous-sections. La première sous-section traite des enjeux en lien avec les professionnels de la santé et aborde (1) les questions qui entourent l'utilisation des instruments psychométriques pour diagnostiquer le TDAH auprès des clients issus de groupes culturels minoritaires; (2) le défi de faire le diagnostic différentiel du TDAH chez ce sous-groupe de la population; et (3) l'acquisition de la compétence multiculturelle chez les professionnels de la santé en charge de diagnostiquer et de traiter le TDAH chez ce groupe de la population. La deuxième sous-section identifie et discute des grands enjeux en lien avec l'organisation et la gestion des services de santé afin d'offrir les services de diagnostic et de traitement du TDAH répondant aux besoins des personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires. Seront traités plus spécifiquement la promotion des services de la santé auprès des personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires; la minimisation des barrières linguistiques et socioéconomiques des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires; et la coordination et le soutien des services fournis par les professionnels de la santé.

Enjeux spécifiques aux professionnels de la santé

Dans cette première section du présent chapitre, une analyse des facteurs explicatifs des problèmes de sous-diagnostic et de sous-traitement du TDAH chez les personnes issues de groupes culturels minoritaires en lien avec les professionnels de la santé sera présentée. Dans ce qui suit, les trois facteurs considérés comme plus importants vont être présentés et discutés.

Outils diagnostiques : questionnaires psychométriques et tests cognitifs

Il y a des preuves scientifiques qui montrent l'importance d'utiliser plusieurs outils diagnostiques pour arriver aux conclusions diagnostiques valides en rapport avec la présence ou l'absence du TDAH (Parker & Corkum, 2016; Pelham, Fabiano, & Massetti, 2005). En effet, il est recommandé d'utiliser parallèlement des questionnaires sur l'histoire du développement et sur l'histoire de vie (p. ex. le questionnaire de développement de CENOP; CENOP & Lussier, 2014), les questionnaires psychométriques qui portent spécialement sur la présence de la symptomatologie du TDAH, sa sévérité (p. ex. le questionnaire de Conners, le *Conner's Rating Scale*; Conners, 2001) et les impacts fonctionnels associés (p. ex. le *Behavior Rating Inventory of Executive Function*, BRIEF; Roth & Gioia, 2005) ainsi que les tests cognitifs qui évaluent les domaines cognitifs en lien avec le TDAH (p. ex. la batterie du test d'attention, *Test of Everyday Attention*, TEA; la batterie du test des fonctions exécutives, le *Delis-Kaplan Executive Function System*, D-KEFS; le test du Wisconsin, le *Wisconsin Sorting Card*; le test de l'attention soutenue, le *Continuous Performance Test*, CPT) (Conners &

Sitarenios, 2011; Delis, Kaplan, & Kramer, 2001; Evans & Preston, 2011; Heaton, Chelune, Curtiss, Kay, & Talley, 1993) ainsi qu'un entretien diagnostique qui se base sur les critères diagnostiques du TDAH selon le DSM (p. ex. l'entretien diagnostique du DSM-5; First, Williams, Karg, & Spitzer, 2015). Et il est suggéré de recueillir des informations en rapport avec le TDAH auprès de l'entourage proche du client, comme par exemple les parents, les conjoints, les gardiens, les enseignants ou les employeurs, pour compléter les informations obtenues auprès des clients eux-mêmes afin d'arriver aux conclusions diagnostiques plus valides (Pelham et al., 2005).

Malgré l'existence de plusieurs instruments diagnostiques pour évaluer le TDAH, la littérature scientifique montre cependant que la plupart des études de standardisation et de validation des questionnaires psychométriques et des tests cognitifs auraient eu comme participants des personnes appartenant à la culture majoritaire, donc d'origine euro-canadienne/américaine, et très peu ou pas du tout des participants appartenant aux groupes culturels minoritaires (Hervey-Jumper, Douyon, & Franco, 2006; Reid, Casat, Norton, Anastopoulos, & Temple, 2001; Reid et al., 1998, 2000). Les professionnels de la santé qui procèdent au diagnostic du TDAH auprès de clients appartenant aux groupes culturels minoritaires n'ont donc pas beaucoup de choix. Le premier choix consiste à refuser les demandes d'évaluation venant des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires sous prétexte qu'il leur manque des outils diagnostiques fiables qui vont appuyer leurs conclusions cliniques. Cette décision pourrait être associée à de graves préjudices pour leurs clients minoritaires qui, faute d'avoir un diagnostic confirmé par les professionnels

de la santé qualifiés, ne pourront pas bénéficier de suivis thérapeutiques ou accéder aux mesures d'accommodation qui pourraient diminuer leurs difficultés fonctionnelles (Bailey et al., 2014). Le deuxième choix est de procéder à l'évaluation du TDAH en utilisant des instruments diagnostiques disponibles. Le présent essai milite pour l'égalité d'accès aux services de santé et soutient donc le second choix, soit l'utilisation d'outils psychométriques même si ces derniers n'ont pas encore passé aux étapes de validation et de standardisation auprès d'échantillons représentatifs de différents groupes culturels minoritaires (Bailey et al., 2014). Le présent essai souligne cependant toute l'importance qu'il y a pour les professionnels de la santé de faire preuve de la plus grande prudence lors de l'interprétation des résultats qu'ils vont obtenir à la suite de l'utilisation d'instruments psychométriques auprès des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires, et ce, afin d'éviter des erreurs ainsi que des conséquences liées à un diagnostic erroné.

À côté des problèmes de standardisation et de validation, lors de l'utilisation d'outils diagnostiques du TDAH auprès des clients issus de groupes culturels minoritaires, il y a les difficultés langagières. Tel que mentionné, une proportion non négligeable des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires ou les membres de leurs familles qui les accompagnent (p. ex. leurs parents) ne parlent pas couramment le français ou l'anglais (Statistique Canada, 2013) alors que la majorité des questionnaires psychométriques et tests cognitifs sont rédigés en français ou en anglais. Ces difficultés langagières peuvent aussi se généraliser aux habiletés de lecture dans ces langues. Même en présence d'interprètes, ces difficultés langagières peuvent diminuer la validité des résultats qui

seront obtenus aux questionnaires psychométriques ou aux tests cognitifs. Il est donc suggéré aux professionnels de faire remplir les questionnaires sur place et de proposer de l'aide en cas de difficultés à comprendre certains énoncés.

Une autre limite spécifique aux questionnaires, mais précédemment mentionnée concerne le manque de connaissance au sujet du TDAH (Bussing, Schoenberg et al., 1998) qui va faire en sorte que la personne, même en répondant au mieux de ses connaissances, peut sous-évaluer ou surévaluer la présence de différents symptômes associés au TDAH, leur intensité ou les impacts fonctionnels qui leur sont associés (Pierce & Reid, 2004). Il y a aussi la possibilité que, de façon volontaire, les clients faussent leurs réponses pour avoir le diagnostic ou, au contraire, pour l'éviter. Cela signifie donc que les résultats négatifs aux questionnaires ne sont pas toujours équivalents à l'absence du TDAH ou inversement (Hillemeier et al., 2007; Pierce & Reid, 2004); d'où l'importance pour le professionnel d'être vigilant, et en cas de doute, de comparer des réponses obtenues aux questionnaires au vécu réel du client, c'est-à-dire les parcours scolaire et professionnel ainsi que l'histoire de vie des clients. Ici, l'utilisation des versions pour répondants, qui connaissent bien le client, de préférence des professionnels, prend toute son importance. En l'absence de la version pour répondant, le présent essai suggère de faire remplir aux répondants la version pour client et d'interpréter les résultats de façon qualitative.

De plus, comme il est requis par le DSM d'évaluer la présence du TDAH dans plus d'un milieu de vie (p. ex. à la maison et à l'école), dans le but d'écarter l'influence

environnementale, les enseignants sont souvent sollicités, en plus des parents, par les professionnels de la santé pour remplir des questionnaires permettant d'évaluer la symptomatologie du TDAH. Les parents issus de groupes culturels minoritaires et les enseignants, dont la grande majorité est issue de la culture majoritaire euro-canadienne/américaine, peuvent ainsi avoir des points de vue très différents, car ils n'ont pas les mêmes réactions face aux comportements associés au TDAH et n'ont pas le même niveau de connaissances face au trouble (Calhoun, 1975; Epstein et al., 1998; Wolraich et al., 2004). Ces divergences en termes d'opinions et de connaissance entre les parents et les enseignants peuvent les amener à coter différemment les mêmes items aux questionnaires. Un autre point important relevé dans la littérature scientifique concerne le fait que certains enseignants identifieraient plus facilement des manifestations externalisées telles que l'hyperactivité, comparées aux manifestations davantage internalisées comme l'inattention (Epstein et al., 1998). Cela ne va pas sans compliquer davantage l'interprétation des résultats obtenus aux différentes versions des questionnaires par les professionnels de la santé.

Une autre limite concerne le fait que malgré des preuves scientifiques existantes quant à l'utilité des tests cognitifs dans l'évaluation diagnostique du TDAH (Pritchard, Koriakin, Jacobson, & Mahone, 2014), ces derniers présentent le problème de spécificité afin de distinguer les personnes présentant un TDAH de celles qui ne l'ont pas. En effet, bien qu'il existe une association entre le TDAH et certaines faiblesses au niveau du fonctionnement cognitif, comme par exemple les fonctions exécutives, la mémoire de

travail, l'attention soutenue et divisée, ces faiblesses sont loin d'être exclusives au TDAH (American Psychiatric Association, 2015; Catale & Meulemans, 2013; Goldstein & Naglieri, 2008). Et on peut supposer que cette limite peut même s'amplifier chez les clients appartenant aux groupes culturels minoritaires en ce sens que ces derniers ont déjà des performances globales aux tests cognitifs qui sont relativement faibles comparées à celles de la population générale (Boone, Victor, Wen, Razani, & Pontón, 2007; Manly, 2008; Neisser et al., 1996). Il y a seulement quelques années, ces différences de performance aux tests cognitifs étaient seulement mises sur le compte des différences purement génétiques, ce qui supposait donc la supériorité génétique des personnes de race blanche vis-à-vis d'autres races. À la suite de plusieurs études scientifiques pour expliquer ce phénomène, la communauté scientifique reconnaît actuellement l'intervention d'autres facteurs pour expliquer l'inégalité de la performance aux tests cognitifs entre la population majoritaire et les personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires tels que l'environnement socioculturel, le niveau d'acculturation à la culture majoritaire euro-canadienne/américaine et les préjugés culturels que présentent mutuellement les évaluateurs et les évalués (Boone et al., 2007; Kennepohl, 1999; Kennepohl, Shore, Nabors, & Hanks, 2004; Manly, 2008; Neisser et al., 1996; Steele, 1997). Toutes ces limites sont donc loin de faciliter l'interprétation des résultats obtenus par les clients appartenant aux groupes culturels minoritaires aux tests cognitifs par les professionnels de la santé. On suggère, comme déjà mentionné, la plus grande prudence lors de l'interprétation des résultats obtenus aux tests cognitifs par les clients appartenant aux groupes culturels minoritaires lors de l'évaluation du TDAH.

Dans un monde idéal, les questionnaires psychométriques ainsi que les tests cognitifs devraient être écrits dans la langue maternelle des clients, standardisés et validés auprès d'un échantillon suffisamment représentatif du groupe socioculturel auquel appartient le client et auprès duquel on compte les utiliser. Cette démarche est essentielle en ce sens qu'elle permet d'interpréter des résultats avec plus d'objectivité. En tenant compte de la grande diversité des langues maternelles, combinée au fait que les difficultés langagières peuvent en général disparaître graduellement avec le temps, il ne serait pas très payant de traduire tous les questionnaires psychométriques et tests cognitifs dans toutes les langues maternelles des résidents de la région nord-américaine. Cependant, il est important pour les professionnels de la santé de rapporter toutes les limites de standardisation et de validation possibles associées aux questionnaires psychométriques et aux tests cognitifs qu'ils ont utilisés pour évaluer le TDAH. Cette démarche prend toute son importance en cas de clients issus de groupes culturels minoritaires.

La grande recommandation du présent essai reste cependant des études de validation des questionnaires psychométriques et tests cognitifs couramment utilisés pour évaluer la symptomatologie du TDAH dans leurs versions originales, donc anglaise ou française, auprès des échantillons représentatifs de tous les sous-groupes qui composent la population des groupes culturels minoritaires vivant en Amérique du Nord. Vis-à-vis de l'hétérogénéité qu'on trouve au sein de différents groupes culturels minoritaires, l'échantillonnage devrait inclure plusieurs données sociodémographiques telles que la race ou l'ethnie, le type d'emploi, le revenu annuel, le niveau scolaire, la langue

maternelle, le niveau de maîtrise de la langue d'évaluation, la période de résidence, la génération d'appartenance (en prenant comme première génération les premières personnes qui ont immigré au pays et leurs descendants comme deuxième génération, ainsi de suite) et le niveau d'acculturation dans la culture locale (majoritaire) et dans la culture d'origine. Et comme il y a plusieurs similarités entre les groupes culturels minoritaires au Canada et aux États-Unis, les chercheurs canadiens pourraient s'appuyer sur les travaux faits aux États-Unis, et inversement. Très peu de chercheurs seront motivés à s'aventurer dans ce domaine à cause de plusieurs obstacles, tant financiers que pratiques. De telles recherches sont d'une importance capitale et sont donc à encourager, car elles seules peuvent bien outiller des professionnels au cours de leurs activités diagnostiques et permettre aux clients de bénéficier des interventions en lien avec la nature de leurs problématiques.

Diagnostic différentiel du TDAH auprès des clients issus de groupes culturels minoritaires

Pour les professionnels de la santé, poser le diagnostic du TDAH n'est pas chose simple, contrairement à ce que l'on pourrait être porté à penser à cause de l'aspect comportemental de sa symptomatologie. En effet, il n'y a pas de mesures physiologiques qui peuvent attester hors de tout doute la présence du TDAH ou l'inverse, comme cela est le cas pour plusieurs maladies physiques (Bradley, 2007). Même si chaque cas du TDAH peut se classer sous trois catégories de présentation possibles, soit avec inattention prédominante, avec hyperactivité-impulsivité prédominante ou mixte, la façon dont ces différents problèmes peuvent se manifester n'est pas la même chez tout le monde qui a

cette condition. De plus, le TDAH partage certaines caractéristiques avec plusieurs troubles mentaux et neurodéveloppementaux. À titre d'exemple les problèmes d'inattention et/ou d'hyperactivité peuvent se trouver aussi en cas de la déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme, du trouble spécifique des apprentissages, du syndrome de Gilles de la Tourette, du trouble de l'usage des substances, des troubles dépressifs, des troubles anxieux, du trouble bipolaire, du trouble réactionnel de l'attachement, du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, des troubles psychotiques et plusieurs troubles de la personnalité (American Psychiatric Association, 2013; Wigal & Wigal, 2007). Encore plus important, il est reconnu que le TDAH peut même se présenter en comorbidité avec la plupart des conditions avec lesquelles ils partagent les mêmes caractéristiques que l'on vient juste de citer (American Psychiatric Association, 2013; Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991).

Les professionnels de la santé ont besoin d'un maximum d'information pour arriver à conclure au diagnostic du TDAH. L'obtention de cette information peut s'avérer plus difficile avec des clients issus de groupes culturels minoritaires. En effet, ces derniers peuvent ne pas être au courant qu'ils présentent des symptômes qui caractérisent le TDAH. Ils peuvent avoir plus de difficultés à différencier le TDAH d'autres problématiques relativement moins légères touchant le comportement. Ils peuvent ignorer la gravité des conséquences associées à un TDAH non diagnostiqué et non traité. Ils peuvent éviter de recevoir le diagnostic du TDAH (Bailey et al., 2010; Hervey-Jumper et al., 2008; Hillemeier et al., 2007). À titre d'exemple, le trouble de conduite ou

d'opposition avec provocation pourrait être diagnostiqué chez un enfant parce que ses parents ont pris le soin de rapporter tous symptômes qui lui sont associés alors que le TDAH comorbide lui ne sera pas diagnostiqué parce que les parents considèrent que les difficultés associées au TDAH ne sont pas assez importantes pour mériter des interventions professionnelles (Eiraldi & Diaz, 2010). De plus, les professionnels de la santé qui travaillent avec les clients appartenant aux groupes culturels minoritaires peuvent être confrontés plus souvent aux facteurs socioenvironnementaux qui peuvent mimer ou au contraire masquer la présence du TDAH. On peut citer à titre d'exemple la violence, la criminalité, l'abus de drogues (Barbarin & Soler, 1993; Bazargan et al., 2005; Breslau & Chilcoat, 2000; Stein et al., 2002).

Un autre grand défi qui guette les professionnels de la santé est de faire le diagnostic du TDAH auprès des adultes comparés aux enfants ou aux adolescents. La littérature scientifique montre qu'en fait seule une petite proportion des adultes (environ 25 %) avec le TDAH serait diagnostiquée au cours de leur enfance ou adolescence, mais que la grande majorité resterait non diagnostiquée à l'âge adulte (Faraone, Spencer, Montano, & Biederman, 2004; Wigal & Wigal, 2007). Le diagnostic d'un TDAH à l'âge adulte peut s'avérer plus difficile. En effet, les symptômes associés au TDAH changent avec le temps. Par exemple, plusieurs études s'accordent pour dire que les symptômes en rapport avec l'hyperactivité diminuent à l'âge adulte. De plus, même les difficultés fonctionnelles associées au trouble peuvent disparaître totalement ou partiellement, surtout si l'adulte arrive à adapter son environnement social et professionnel de manière à ce qu'il puisse

contourner ses domaines de défis (American Psychiatric Association, 2015; Barkley, 2008; Bradley, 2007; Wigal & Wigal, 2007). Certains auteurs identifient ce changement quant à la nature de la symptomatologie du TDAH au fil du temps, sous le terme « *heterotypic continuity* » du TDAH, ce que l'on peut traduire librement comme « la continuité hétérotypique » du TDAH (Bradley, 2007). Le diagnostic du TDAH auprès des adultes issus de groupes culturels minoritaires peut s'avérer plus complexe, car la culture d'appartenance peut influencer le choix des stratégies compensatoires pour faire face aux difficultés associées au TDAH (Pedraza, 2015).

De plus, pour recevoir le diagnostic du TDAH, la plupart des adultes doivent s'auto-référer, contrairement aux enfants et aux adolescents qui peuvent être référés par les différents professionnels tels que les gardiens, les enseignants ou les professionnels de la santé (Waite & Ramsay, 2010). Étant donné que les adultes appartenant aux groupes culturels minoritaires peuvent avoir divers besoins plus importants et plus urgents, tels que des difficultés socioéconomiques, que ceux de recevoir un traitement pour le TDAH, leurs demandes de consultation pour le diagnostic ou le traitement vont sans doute être significativement inférieures à celles des adultes appartenant à la population majoritaire (Bussing et al., 2005; Waite & Ramsay, 2010).

Ceci explique la complexité de la tâche des professionnels de la santé en charge de faire le diagnostic du TDAH (et même d'autres troubles mentaux) auprès des enfants ou des adultes appartenant aux groupes culturels minoritaires. Leur tâche va au-delà de leurs

responsabilités usuelles lorsqu'ils évaluent le TDAH auprès de la population générale. Ils doivent travailler fort pour pouvoir bien identifier les conditions qui peuvent même être totalement extérieures au motif de consultation pour le TDAH. Ils vont procéder avec grande prudence à cause de la présence de facteurs socioenvironnementaux et économiques importants afin d'arriver à des conclusions diagnostiques valides. Tel que mentionné, les risques associés à un mauvais diagnostic sont énormes. Dans le cas où le professionnel conclurait que la personne n'a pas le TDAH par erreur, on peut noter la chronicité, la réfraction aux traitements et l'aggravation du trouble primaire, donc du TDAH dans le cas présent, ou même la survenue de nouveaux troubles ou de troubles secondaires, comme par exemple la dépression. Dans le cas où le professionnel conclurait que la personne a le TDAH par erreur, on peut noter les effets secondaires de la médication et la stigmatisation (Bailey et al., 2014; Hervey-Jumper et al., 2006, 2008). Un dépistage systématique du TDAH en cas de motifs de consultation pour les conditions comorbides ou ceux qui partagent les mêmes symptômes est suggéré. Comme certains auteurs le recommandent (Vidair et al., 2011; Waite & Ramsay, 2010), un dépistage systématique du TDAH devrait être fait auprès des parents qui consultent pour évaluer le TDAH ou les conditions comorbides ou apparentées chez leurs enfants, cela à cause de l'héritabilité élevée de ce trouble (Bradley, 2007; Waite & Ramsay, 2010).

Compétence multiculturelle des professionnels de la santé

La compétence multiculturelle peut être définie comme les habiletés des professionnels de la santé à respecter les valeurs et les caractéristiques socioculturelles de

leurs clients appartenant à de groupes culturels minoritaires et à adapter adéquatement leurs activités d'évaluation ou d'intervention (Anderson, Scrimshaw, Fullilove, Fielding, & Normand, 2003; Holcomb-McCoy & Myers, 1999; López, 1997; Pedraza, 2015; White, Gibbons, & Schamberger, 2006).

Selon plusieurs études, faire le diagnostic ou dispenser les traitements du TDAH serait plus difficile auprès de clients appartenant aux groupes culturels minoritaires comparés à la population majoritaire pour les professionnels de la santé, dont la majorité appartient à la culture majoritaire (Anderson et al., 2003; Bailey et al., 2014; Geiger, 2001; White et al., 2006; Young & Olavarria, 2004). En effet, plusieurs obstacles présentés jusqu'à maintenant peuvent entraver la bonne marche du processus de diagnostic et de traitement. À titre d'exemple, les clients issus de groupes culturels minoritaires accuseraient un manque de connaissance sur le TDAH et auraient des modèles explicatifs et de traitement du TDAH qui peuvent être en conflit avec les modèles scientifiques qui prévalent dans les sociétés occidentales (Bussing, Zima et al., 2003; Eiraldi et al., 2006). Il y a aussi une possibilité que certains professionnels de la santé aient des préjugés culturels s'ils n'ont pas entamé une démarche volontaire visant à les reconnaître et ne veillent pas à ce qu'ils n'influencent pas la qualité de leurs interventions auprès des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires (Bailey et al., 2010; Geiger, 2001; Kendall & Hatton, 2002; White et al., 2006). Tous les éléments que l'on vient de citer peuvent nuire à l'établissement d'une relation de confiance, reconnue pourtant comme un ingrédient essentiel à la réussite de tout projet de traitement, que ce soit la démarche

diagnostique ou thérapeutique du TDAH. Les professionnels de la santé en charge de faire les activités de diagnostic et de traitement du TDAH auprès des clients issus des groupes culturels minoritaires sont appelés à jouer un rôle primordial à ce niveau en ouvrant les discussions franches sur les influences négatives possibles des préjugés culturels lors des rencontres d'évaluation ou thérapeutique du TDAH et sur les mesures qui ont été prises par les professionnels de la santé pour éviter que cela n'arrive. Il est important pour les professionnels de la santé, en vue de faciliter l'établissement des relations de confiance, de dénoncer ouvertement des pratiques discriminatoires et de rassurer leurs clients sur le fait qu'ils vont faire de leur mieux pour servir les intérêts de ces derniers.

Afin d'assurer de meilleures interventions thérapeutiques pour le TDAH et surtout pour éviter de faire du tort à leurs clients, le présent essai suggère aussi à tous les professionnels de la santé, comme certains auteurs ont déjà fait (Anderson et al., 2003; Geiger, 2001; Waite & Ivey, 2009; White et al., 2006), de se demander avant d'entreprendre toute intervention professionnelle, de diagnostic ou de traitement du TDAH, auprès des clients issus de groupes culturels minoritaires s'ils ont les compétences professionnelles nécessaires pour le faire. Et si ce n'est pas le cas, ils devraient envisager de se former à la compétence multiculturelle avant d'accepter ce type de mandat.

Bien que l'enseignement à la compétence multiculturelle dépasse l'objectif du présent essai, il est important de préciser quelques pratiques cliniques préconisées par divers auteurs comme étant susceptibles de faciliter les activités de diagnostic et de traitement

du TDAH chez les professionnels de la santé auprès des clients issus de groupes culturels minoritaires.

Lors du diagnostic du TDAH auprès des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires, la recommandation mentionnée de recourir à plusieurs outils diagnostiques tels que l'entrevue, l'observation directe, les questionnaires psychométriques et les tests cognitifs et de s'adresser à plusieurs informateurs qui sont souvent en contact avec les clients prend toute son importance (Bailey et al., 2010, 2014; Hervey-Jumper et al., 2008). Lors de l'entrevue initiale, on recommande de recueillir les informations socioenvironnementales et économiques sur les clients et leurs familles susceptibles d'influencer le processus de diagnostic et l'adhésion au traitement. Les informations de grande importance concernent leur pays de naissance (Canada/États-Unis versus à l'étranger); l'âge à leur arrivée au pays; la durée de la période de résidence; le niveau d'acculturation à la société d'accueil (canadienne/américaine), le niveau d'acculturation dans leur culture d'origine; le niveau de la pratique de la religion; la compréhension du fonctionnement du système de santé physique et mentale implanté dans leur localité; leur langue maternelle, la (les) langue (s) parlée (s) à la maison; et le niveau de maîtrise de la langue de communication avec les professionnels de la santé (Ahmed & Reddy, 2007; American Psychiatric Association, 2015; Bailey et al., 2014). On suggère aussi de leur parler des services ou d'individus qu'ils consultent en cas de problèmes de santé physique ou mentale; de leurs préférences vis-à-vis des traitements du TDAH (la médication, les approches psychothérapeutiques, les approches alternatives); de leurs connaissances et de

leurs modèles explicatifs du TDAH; et de leurs principales sources d'information sur la santé (Ahmed & Reddy, 2007; American Psychiatric Association, 2015; Bailey et al., 2014). De plus, on devrait leur demander leur niveau d'éducation; le type et l'horaire de leur emploi; leur situation financière; l'état civil et la qualité de leur réseau de soutien (Ahmed & Reddy, 2007; American Psychiatric Association, 2015; Bailey et al., 2014). Toutes ces informations sont susceptibles de jouer un rôle clé dans le choix des outils et des procédures diagnostiques du TDAH pouvant permettre aux professionnels de la santé d'arriver à un diagnostic clinique valide vis-à-vis de la présence ou non du TDAH et s'il y a lieu, d'adapter leurs recommandations thérapeutiques aux caractéristiques uniques de leurs clients, ce qui risque d'améliorer les chances qu'elles soient bien accueillies et par conséquent, bien suivies par ces clients appartenant aux groupes culturels minoritaires.

Plusieurs études ont rapporté que pour les clients appartenant aux groupes culturels minoritaires, la durée des séances pour évaluer ou faire le suivi du TDAH peut largement dépasser la durée normale, en général d'environ 50 minutes. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette durée relativement allongée. Tout d'abord, on peut nommer les difficultés langagières qui peuvent amener les professionnels de la santé à parler lentement ou à reformuler leurs questions. Il y a aussi les différences culturelles qui peuvent amener les professionnels à poser plus de questions sur la perception qu'ont leurs clients sur le TDAH et sur leurs attentes ou qui peuvent amener les professionnels à changer leur approche afin de s'adapter aux caractéristiques de leurs clients. La méconnaissance du fonctionnement du système de santé par les clients peut amener les professionnels à donner des

explications supplémentaires sur le fonctionnement du système de santé, sur leurs mandats ainsi que le rationnel de leur approche. Les professionnels peuvent, dans certains cas, prendre du temps pour référer ces clients vers d'autres services au besoin. D'après ces éléments mentionnés, réserver deux heures à chaque séance et ajuster la durée des séances selon les besoins des clients est suggéré aux professionnels qui font l'évaluation ou le suivi du TDAH auprès des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires. La réduction du nombre de séances afin d'en augmenter la durée peut être suggéré en présence des limites logistiques au sein de certains des services de santé.

De plus, pour les clients appartenant aux groupes culturels minoritaires, les approches plus directives et centrées sur les problèmes du moment, qui s'adressent de préférence à tout le système du client tel que sa famille, seraient mieux acceptées (Ahmed & Reddy, 2007; Miller et al., 2009; Pedraza, 2015; Satterfield, 1998). Il est important que les professionnels de la santé adaptent, le mieux possible, leurs interventions pour le TDAH aux besoins, aux valeurs et aux caractéristiques de leurs clients. Cependant, ils ne devraient pas perdre de vue leur devoir qui consiste à aider et guider leurs clients en utilisant leur expertise même si cela peut aller dans le sens opposé des préférences ou des attentes de leurs clients. À titre d'exemple, les professionnels de la santé devraient informer leurs clients qui les consultent pour le TDAH que la médication seule ou combinée aux interventions comportementales a montré une efficacité supérieure aux interventions comportementales seules pour traiter le trouble (Arnold et al., 2003; Döpfner et al., 2016; MTA Cooperative group, 1999) et sont donc invités à suggérer l'essai de la

médication en combinaison avec d'autres interventions comportementales, surtout dans le cas où ces dernières seules n'ont pas pu produire des effets attendus.

On souligne aussi la pertinence pour les professionnels de la santé de s'assurer que les clients ou bien les personnes qui en sont responsables (p. ex. leurs parents) aient obtenu toute l'information pertinente sur le TDAH. Cette information peut inclure ses causes étiologiques; sa prévalence; son évolution à travers le temps; ses traitements, leur efficacité et leurs effets secondaires possibles; ainsi que les conséquences possibles en cas de non-traitement. Les professionnels doivent aussi s'assurer que leurs clients sont réellement prêts à s'investir dans le processus de diagnostic ou de traitement. Si ce n'est pas le cas, ils pourraient planifier les premières séances à cet effet (Bailey et al., 2010, 2014; Pedraza, 2015; Waite & Tran, 2010). En effet, il a été démontré que passer tout de suite à l'étape du diagnostic ou du traitement du TDAH avant que le client ne soit prêt peut compromettre l'établissement de la relation de confiance, l'acceptation du diagnostic, l'adhésion au traitement ainsi que le succès du traitement (Bailey et al., 2014).

Travailler avec les clients appartenant aux groupes culturels minoritaires peut en fait demander plus de patience et de tact de la part des professionnels de la santé en charge du diagnostic ou du traitement du TDAH auprès de cette population. Ces professionnels sont appelés, d'une part, à se montrer respectueux des valeurs et des modèles explicatifs qu'ont leurs clients. D'autre part, ils sont appelés à amener leurs clients à s'ouvrir tranquillement à une vision plus scientifique et à les soutenir et les accompagner, ainsi que leurs proches,

tout au long du processus de changement (Bailey et al., 2014; Pedraza, 2015; Ramsay, 2014). Ce qui est peut-être encourageant, pour les professionnels de la santé, c'est que la plupart des conseils pratiques ou outils qu'ils peuvent acquérir lorsqu'ils se forment à la compétence multiculturelle pour évaluer le TDAH chez les personnes issues de groupes culturels minoritaires peuvent aussi être appliqués à la totalité de leurs clients, incluant ceux appartenant à la population générale. À la fin de cette sous-section, on tient à souligner l'importance qu'il y a à ce que toutes les informations recueillies, au cours du diagnostic du TDAH, sur les valeurs, les caractéristiques et les préférences de traitement de groupes culturels minoritaires par les professionnels de la santé, soient utilisées sous forme d'hypothèses de travail, qui doivent être vérifiées et bonifiées auprès de chaque client et qui ne devraient pas, en aucun cas, être généralisées à toute personne minoritaire qui consulte pour le TDAH, tel que suggéré aussi par certains auteurs (Bailey et al., 2014), car l'hétérogénéité est la règle plutôt que l'exception.

Comme on vient de le démontrer dans ce qui précède, il faut avoir des compétences professionnelles particulières pour bien identifier et traiter correctement les cas de TDAH auprès des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires. Cependant, même les professionnels de la santé les plus compétents au monde ne peuvent pas faire un excellent travail sans avoir des ressources adéquates telles que la disponibilité des interprètes, l'octroi de temps additionnel, de soutien et de la supervision par leurs supérieurs pour mener à bien leur travail relativement complexe auprès des personnes issues de groupes culturels minoritaires. La prochaine sous-section va donc relever et discuter des barrières

inhérentes à l'organisation et à la gestion des services de santé susceptibles d'influencer le nombre de cas de TDAH diagnostiqués et traités chez les personnes issues de groupes culturels minoritaires.

Enjeux liés à la gestion et à l'organisation des services de santé

Pour répondre aux besoins et aux caractéristiques spécifiques des clients issus de groupes culturels minoritaires qui consultent pour le TDAH, certaines modifications à l'organisation habituelle des services de santé ainsi que l'ajout de nouveaux services s'avèrent nécessaires.

Promouvoir les services de santé auprès des personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires

Les services de santé performants ne devraient pas se limiter seulement à la prise en charge des problèmes, mais devraient aussi faire de la prévention telle que sensibiliser le grand public sur les problématiques en lien avec le TDAH afin de permettre, à une grande partie de la population aux prises avec les difficultés associées à ce trouble, à prendre de bonnes décisions en rapport avec sa santé (Andrulis & Brach, 2007; Bailey & Owens, 2005). La promotion et le financement des campagnes psychoéducatives sur le TDAH (et sur les autres troubles neurodéveloppementaux et mentaux) au sein de diverses institutions de la santé et auprès du grand public, surtout auprès des personnes issues des groupes culturels minoritaires, devraient devenir l'une des priorités des gestionnaires des services de santé.

Répondre aux problèmes linguistiques des clients issus de groupes culturels minoritaires

Il a été montré qu'une proportion non négligeable des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires ont des difficultés à s'exprimer dans la langue officielle utilisée par les professionnels de la santé, surtout ceux qui sont nés à l'étranger (Statistique Canada, 2013). De plus, on observe une diversité grandissante des cultures ainsi que des langues maternelles chez la majorité des personnes d'origine étrangère qui viennent s'installer dans la région de l'Amérique du Nord. Par exemple, dans la dernière enquête nationale menée au Canada en 2011, on comptait environ 198 langues maternelles en excluant le français ou l'anglais (Statistique Canada, 2013). Le service d'interprétariat est donc essentiel pour permettre un accès équitable aux services de santé en cas du TDAH à tous les résidents de la région nord-américaine sans distinction de leurs compétences langagières et doit être inclus (si ce n'est pas déjà le cas) dans les dépenses essentielles liées aux soins de santé par les gestionnaires des services de santé (Anderson et al., 2003; Andrulis & Brach, 2007). De plus, il faut veiller à ce que des documents éducatifs sur le TDAH, tels que des affiches ou des dépliants contenant des messages clé sur ce trouble, soient traduits dans les langues étrangères parlées par un grand nombre des minorités culturelles vivant dans la région où sont implantés les services de santé (Andrulis & Brach, 2007).

Minimiser l'impact du statut socioéconomique sur l'accès aux services de santé chez les clients issus de groupes culturels minoritaires

Les gestionnaires de services de santé devraient aussi veiller à ce que le statut socioéconomique influence le moins possible l'accès aux services de santé en cas du TDAH chez les clients les plus démunis socialement et financièrement parlant, dont la grande majorité est constituée par des personnes issues de groupes culturels minoritaires (Bussing, Zima et al., 2003; Eiraldi et al., 2006). Cet objectif est toutefois très difficile à atteindre, dans le contexte nord-américain, car les services de santé mentale coûtent cher même en présence d'assurance maladie publique comme ici au Canada. En effet, la liste d'attente étant très longue au sein des institutions publiques, une grande partie des demandes de consultation, que ce soit pour le diagnostic ou pour le traitement du TDAH, se tourne vers les cliniques privées ou semi-privées, comme par exemple les cliniques universitaires. Et ce sont éventuellement les clients les plus fortunés qui peuvent se permettre d'aller au privé, car ils n'ont pas de difficulté à souscrire des assurances privées ou payer par leurs propres moyens. C'est donc de la responsabilité des gestionnaires des services de santé publique, plus spécifiquement au Canada (on préfère ne pas débattre sur le problème d'accès à l'assurance maladie aux États-Unis, car il dépasse l'objectif du présent essai) d'établir un équilibre entre les demandes de services de santé (et surtout de santé mentale) et l'offre des services au sein de leurs institutions. Cette démarche peut améliorer sans doute l'accès aux services de santé des personnes issues de groupes culturels minoritaires qui présentent le TDAH (ou tout autre trouble mental ou neuropsychologique) et qui constituent, comme déjà mentionné, la grande proportion des clients les plus démunis financièrement. Certains auteurs (Bailey et al., 2014;

Pedraza, 2015) suggèrent aux gestionnaires des services de santé ainsi qu'aux professionnels de la santé, surtout ceux qui travaillent au privé d'accorder, dans la mesure du possible, une certaine flexibilité quant au paiement des frais de consultation, tel que le paiement en plusieurs tranches, dans le cas où les clients rapportent des problèmes financiers, et ceci, dans un but de diminuer l'influence des problèmes socioéconomiques sur l'accès aux services de santé.

Soutenir et coordonner le travail des professionnels de la santé qui œuvrent auprès des clients issus de groupes culturels minoritaires

Un fait déjà relevé dans ce qui précède concerne le fait que la durée des séances de suivi faites par les professionnels, que ce soit en lien avec le diagnostic ou le traitement du TDAH auprès des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires, peut largement dépasser celle utilisée avec la population générale (Anderson et al., 2003). Les gestionnaires des services de santé devraient donc ajuster en conséquence le temps alloué aux interventions du TDAH faites auprès des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires par les professionnels de la santé afin d'éviter que ces derniers n'aient un stress de performance qui, à son tour, peut à la fois nuire à la qualité de leur travail et diminuer les bénéfices que les clients peuvent tirer de leur intervention. De plus, pour améliorer la qualité des services de la santé, il faut, comme suggéré par certains auteurs (Anderson et al., 2003; Bailey & Owens, 2005), que les gestionnaires des services de santé encouragent et soutiennent leurs employés dans leur démarche d'acquisition de compétences multiculturelles et organisent des formations ou des séances de supervision sur la compétence multiculturelle au sein de leurs institutions.

Encore dans l'optique de rendre les services de santé plus accueillants pour les clients issus des groupes cultures minoritaires, les gestionnaires des services de santé sont davantage invités à recruter un personnel plus diversifié culturellement parlant, surtout dans les régions non urbaines (Bailey et al., 2010; DeCarlo Santiago & Miranda, 2014; Livingston, 1999).

Comme on vient de le montrer dans ce qui précède, le travail qui est censé être fait par les gestionnaires des services de santé pour améliorer l'accès aux services de santé en cas du TDAH chez les personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires est complexe, et peut demander beaucoup d'efforts et de temps, mais il est toutefois incontournable pour favoriser un meilleur accès aux services de santé chez les clients issus de groupes culturels minoritaires qui présentent le TDAH.

Conclusion

Face à la diversité culturelle toujours grandissante au sein de la population nord-américaine, adapter les services et les pratiques cliniques usuelles en santé et surtout en santé mentale aux besoins, aux valeurs ainsi qu'aux caractéristiques socioculturelles des personnes issues de groupes culturels minoritaires est sans doute une des priorités des services de santé. C'est dans cette optique que le présent essai est consacré à l'analyse et la discussion des différents enjeux qui sont associés aux problèmes de sous-diagnostic et de sous-traitement du TDAH, un des troubles neurodéveloppementaux les plus prévalents, le plus persistant à travers le temps, qui est en plus associé aux impacts fonctionnels importants si non diagnostiqué et non traité, en essayant de suggérer certaines pistes de solution.

Les facteurs explicatifs des problématiques de sous-traitement et de sous-diagnostic du TDAH chez les personnes appartenant aux groupes culturels minoritaires sont multiples et complexes. D'abord, il y a ceux qui concernent directement les personnes issues de groupes culturels minoritaires dont les principaux sont les connaissances et les modèles explicatifs du TDAH, le problème de discrimination envers les personnes avec les problèmes mentaux, la réticence envers le système et les professionnels de la santé, les problèmes linguistiques et le statut socioéconomique désavantagé. Et il y a ceux qui concernent directement les professionnels de la santé dont les principaux sont liés à la

limite d'outils diagnostiques du TDAH, à la difficulté de faire le diagnostic différentiel du TDAH auprès des personnes issues de groupes culturels minoritaires ainsi qu'à l'application de la compétence multiculturelle lors du diagnostic et le traitement du TDAH auprès des clients issus de groupes culturels minoritaires. Enfin, il y a même ceux qui touchent l'organisation et la gestion des services de santé tels que rendre disponibles des accommodations nécessaires pour répondre aux besoins et caractéristiques spécifiques des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires qui présentent le TDAH.

Bien que chaque acteur important, c'est-à-dire les professionnels et les gestionnaires des services de santé, puisse jouer un rôle dans son propre champ de compétence afin d'améliorer l'accès et la qualité des services de santé en cas de TDAH auprès des personnes issues de groupes culturels minoritaires, l'apport de chacun d'eux est essentiel. En effet, chaque acteur peut influencer directement ou indirectement la portée du travail d'autres acteurs.

Il y a encore du travail à faire afin d'offrir des services de santé adaptés aux besoins et caractéristiques de toute personne aux prises avec le TDAH, surtout celles appartenant aux groupes culturels minoritaires. Toutefois, chaque petit effort de tout un chacun peut contribuer à atteindre ce grand objectif. L'objectif du présent essai est atteint s'il parvient à sensibiliser tous les acteurs clés, à savoir les professionnels de la santé et les gestionnaires des services de santé, aux enjeux touchant l'accès aux services de santé pour les personnes issues de groupes culturels minoritaires, plus spécifiquement le diagnostic

et le traitement du TDAH et à leur montrer ce qu'ils peuvent faire dans leurs compétences respectives. On ne peut pas terminer ce travail sans saluer le courage des chercheurs qui osent s'aventurer en dehors des sentiers battus qu'est l'étude de l'impact des différences culturelles sur la pratique clinique ainsi que des professionnels et des gestionnaires de la santé qui militent afin d'offrir des services de qualité qui répondent aux besoins particuliers des clients appartenant aux groupes culturels minoritaires.

Le présent travail présente certaines limites. La plupart des articles scientifiques consultés dans le cadre du présent travail sont dans la langue anglaise et ont comme sujet les personnes vivant aux États-Unis d'Amérique. Vis-à-vis des différences possibles de la composition de groupes culturels minoritaires au Canada et aux États-Unis d'Amérique, on suggère aux futurs chercheurs de limiter le choix d'articles aux études faites auprès de la population canadienne pour rendre compte l'état de la question, dans un contexte canadien et surtout de canadienne-francophone. Le présent travail est une étude exploratoire et avait comme but de recueillir plus d'informations au sujet de tout enjeu touchant les problèmes de sous-diagnostic et de sous-traitement du TDAH chez les personnes issues de groupes culturels minoritaires vivant en région nord-américaine. Ceci signifie que toute la littérature scientifique sur le sujet a été consultée, peu importe la méthode de collecte de données utilisée. C'est pour cette raison qu'on recommande dans les études ultérieures de mettre un accent particulier sur la qualité des méthodes de recherche utilisées et d'accorder plus d'intérêt aux études portant sur le sujet qui ont utilisé des méthodes d'échantillonnage aléatoire avec des groupes de contrôles.

Références

- Ahmed, S., & Reddy, L. A. (2007). Understanding the mental health needs of American Muslims: Recommendations and considerations for practice. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 35(4), 207-218. doi: 10.1002/j.2161-1912.2007.tb00061.x
- Alarcón, R. D., Becker, A. E., Lewis-Fernández, R., Like, R. C., Desai, P., Foulks, E., ... Cultural Psychiatry Committee of the Group for the Advancement of, P. (2009). Issues for DSM-V: The role of culture in psychiatric diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(8), 559-560. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181b0cbff
- Amaral, O. B. (2007). Psychiatric disorders as social constructs: ADHD as a case in point. *The American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1612-1613.
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5: *Cultural formulation interview*. Repéré à <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures#Cultural>
- American Psychiatric Association. (2015). DSM-5 : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Paris, France : Masson.
- Anderson, J. C. (1996). Is childhood hyperactivity the product of western culture? *Lancet (London, England)*, 348(9020), 73-74.
- Anderson, L. M., Scrimshaw, S. C., Fullilove, M. T., Fielding, J. E., & Normand, J. (2003). Culturally competent healthcare systems A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(3 Suppl), 68-79.
- Andrulis, D. P., & Brach, C. (2007). Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl 1), S122-S133.
- Arcia, E., Fernández, M. C., Jáquez, M., Castillo, H., & Ruiz, M. (2004). Modes of entry into services for young children with disruptive behaviors. *Qualitative Health Research*, 14(9), 1211-1226.

- Arnold, L. E., Elliot, M., Sachs, L., Bird, H., Kraemer, H. C., Wells, K. C., ... Wigal, T. (2003). Effects of ethnicity on treatment attendance, stimulant response/dose, and 14-month outcome in ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 713-727.
- Bailey, R. K. (2005). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in African-American and Hispanic patients. *Journal of the National Medical Association, 97*(10 Suppl), 3S-4S.
- Bailey, R. K., Ali, S., Jabeen, S., Akpudo, H., Avenido, J. U., Bailey, T., ... Whitehead, A. A. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder in African American youth. *Current Psychiatry Reports, 12*(5), 396-402. doi: 10.1007/s11920-010-0144-4
- Bailey, R. K., Jaquez-Gutierrez, M. C., & Madhoo, M. (2014). Sociocultural issues in African American and Hispanic minorities seeking care for attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Primary Care Companion for CNS Disorders, 16*(4). doi: 10.4088/PCC.14r01627
- Bailey, R. K., & Owens, D. L. (2005). Overcoming challenges in the diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in African Americans. *Journal of the National Medical Association, 97*(10 Suppl), 5S-10S.
- Barbarin, O. A., & Soler, R. E. (1993). Behavioral, emotional and academic adjustment in a national probability sample of African American children: Effects of age, gender and family structure. *Journal of Black Psychology, 19*(4), 423-446.
- Barkley, R. A. (2008). Global issues related to the impact of untreated attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to young adulthood. *Postgraduate Medicine, 120*(3), 48-59. doi: 10.3810/pgm.2008.09.1907
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(2), 192-202. doi: 10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2
- Basch, C. E. (2011). Inattention and hyperactivity and the achievement gap among urban minority youth. *The Journal of School Health, 81*(10), 641-649. doi: 10.1111/j.1746-1561.2011.00639.x
- Bauermeister, J. J., Canino, G., Polanczyk, G., & Rohde, L. A. (2010). ADHD across cultures: is there evidence for a bidimensional organization of symptoms? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 39*(3), 362-372. doi: 10.1080/15374411003691743

- Baumgardner, D. J., Schreiber, A. L., Havlena, J. A., Bridgewater, F. D., Steber, D. L., & Lemke, M. A. (2010). Geographic analysis of diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children: Eastern Wisconsin, USA. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(4), 363-382.
- Bazargan, M., Calderón, J. L., Heslin, K. C., Menten, C., Shaheen, M. A., Ahdout, J., & Baker, R. S. (2005). A profile of chronic mental and physical conditions among African-American and Latino children in urban public housing. *Ethnicity & Disease*, 15(4 Suppl 5), S5-3-9.
- Beiser, M., Dion, R., & Gotowiec, A. (2000). The structure of attention-deficit and hyperactivity symptoms among native and non-native elementary school children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(5), 425-437.
- Berger-Jenkins, E., McKay, M., Newcorn, J., Bannon, W., & Laraque, D. (2012). Parent medication concerns predict underutilization of mental health services for minority children with ADHD. *Clinical Pediatrics*, 51(1), 65-76. doi: 10.1177/0009922811417286
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 148(5), 564-577.
- Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Kaiser, R., Dolan, C. R., Schoenfeld, S., ... Faraone, S. V. (2008). Educational and occupational underattainment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A controlled study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(8), 1217-1222.
- Bitter, I., Angyalosi, A., & Czobor, P. (2012). Pharmacological treatment of adult ADHD. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 529-34. doi: 10.1097/YCO.0b013e328356f87f
- Boone, K. B., Victor, T. L., Wen, J., Razani, J., & Pontón, M. (2007). The association between neuropsychological scores and ethnicity, language, and acculturation variables in a large patient population. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(3), 355-365. doi: 10.1016/j.acn.2007.01.010
- Bradley, R. H. (2007). The struggle to assure equal treatment for all children with ADHD. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 28(5), 404-405.
- Braun, J. M., Kahn, R. S., Froehlich, T., Auinger, P., & Lanphear, B. P. (2006). Exposures to environmental toxicants and attention deficit hyperactivity disorder in US children. *Environmental Health Perspectives*, 114(12), 1904-1909.

- Breslau, N., & Chilcoat, H. D. (2000). Psychiatric sequelae of low birth weight at 11 years of age. *Biological Psychiatry*, 47(11), 1005-1011.
- Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R., & Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: A qualitative study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 47. doi: 10.1186/1477-7525-10-47
- Brown, C. (2015). *Implications of cultural mistrust on diagnosis and services for students with ADHD*. Disponible chez ProQuest Dissertations & Theses Full Text. (AAI3637138).
- Brown, R. T., Amler, R. W., Freeman, W. S., Perrin, J. M., Stein, M. T., Feldman, H. M., ... Wolraich, M. L. (2005). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: Overview of the evidence. *Pediatrics*, 115(6), e749-757.
- Buitelaar, J. K., Barton, J., Danckaerts, M., Friedrichs, E., Gillberg, C., Hazell, P. L., ... Zuddas, A. (2006). A comparison of North American versus non-North American ADHD study populations. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(3), 177-181.
- Bussing, R., Gary, F. A., Mills, T. L., & Garvan, C. W. (2003). Parental explanatory models of ADHD: Gender and cultural variations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(10), 563-575.
- Bussing, R., Koro-Ljungberg, M. E., Gary, F., Mason, D. M., & Garvan, C. W. (2005). Exploring help-seeking for ADHD symptoms: A mixed-methods approach. *Harvard Review of Psychiatry*, 13(2), 85-101.
- Bussing, R., Schoenberg, N. E., & Perwien, A. R. (1998). Knowledge and information about ADHD: Evidence of cultural differences among African-American and white parents. *Social Science & Medicine*, 46(7), 919-928.
- Bussing, R., Schoenberg, N. E., Rogers, K. M., Zima, B. T., & Angus, S. (1998). Explanatory models of ADHD: Do they differ by ethnicity, child gender, or treatment status? *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 6(4), 233-242. doi: 10.1177/106342669800600405
- Bussing, R., Zima, B. T., Gary, F. A., & Garvan, C. W. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(2), 176-189.
- CADDRA. (2016). *CADDRA Guide to ADHD Pharmacological Treatments in Canada - 2016*. Repéré à http://www.caddra.ca/pdfs/Medication_Chart_English_CANADA.pdf

- Calhoun, M. L. (1975). Teachers' causal attributions for a child's hyperactivity: Race, socioeconomic status, and typicalness. *Perceptual and Motor Skills*, 41(1), 195-198. doi: 10.2466/pms.1975.41.1.195
- Canino, G., Shrout, P. E., Rubio-Stipec, M., Bird, H. R., Bravo, M., Ramirez, R., ... Martinez-Taboas, A. (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: Prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61(1), 85-93.
- Canu, W. H. (2010). Review of ADHD comorbidities: Handbook for ADHD complications in children and adults. *Journal of Attention Disorders*, 14(2), 194-195. doi: 10.1177/1087054709347246
- Catale, C., & Meulemans, T. (2013). Diagnostic, évaluation et prise en charge du trouble déficitaire de l'attention avec/sans hyperactivité : le point de vue du neuropsychologue. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 61(3), 140-147.
- CENOP, & Lussier, F. (2014). *Questionnaire de développement*. Repéré à https://aqps.qc.ca/wp-content/uploads/2014/09/questionnaire_developpement.pdf
- Coleman, D., Walker, J. S., Lee, J., Friesen, B. J., & Squire, P. N. (2009). Children's beliefs about causes of childhood depression and ADHD: A study of stigmatization. *Psychiatric Services*, 60(7), 950-957. doi: 10.1176/appi.ps.60.7.950
- Conners, C. K. (2001). *Conners' Rating Scales Revised*. Multi-Health Systems, Incorporated.
- Conners, C. K., & Sitarenios, G. (2011). Conners' Continuous Performance Test (CPT). Dans *Encyclopedia of clinical neuropsychology* (pp. 681-683). New York, NY: Springer.
- Davis, J. M., Cheung, S. F., Takahashi, T., Shinoda, H., & Lindstrom, W. A. (2011). Cross-national invariance of attention-deficit/hyperactivity disorder factors in Japanese and US university students. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2972-2980. doi: 10.1016/j.ridd.2011.05.004
- Davis, J. M., Takahashi, T., Shinoda, H., & Gregg, N. (2012). Cross-cultural comparison of ADHD symptoms among Japanese and US university students. *International Journal of Psychology: Journal international de psychologie*, 47(3), 203-210. doi: 10.1080/00207594.2011.614617

- Davison, J. C., & Ford, D. Y. (2001). Perceptions of attention deficit hyperactivity disorder in one African American community. *Journal of Negro Education*, 70(4), 264-274. doi: 10.2307/3211279
- DeCarlo Santiago, C., & Miranda, J. (2014). Progress in improving mental health services for racial-ethnic minority groups: A ten-year perspective. *Psychiatric Services*, 65(2), 180-185. doi: 10.1176/appi.ps.201200517
- Delis, D. C., Kaplan, E., & Kramer, J. H. (2001). *Delis-Kaplan executive function system (D-KEFS)*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Döpfner, M., Ise, E., Breuer, D., Rademacher, C., Metternich-Kaizman, T. W., & Schürmann, S. (2016). Long-term course after adaptive multimodal treatment for children with ADHD: An 8-year follow-up. *Journal of Attention Disorders*. Electronic publication.
- dosReis, S., Butz, A., Lipkin, P. H., Anixt, J. S., Weiner, C. L., & Chernoff, R. (2006). Attitudes about stimulant medication for attention-deficit/hyperactivity disorder among African American families in an inner city community. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 423-430.
- Echaudemaison, C. D. (Ed.) (2003). *Dictionnaire d'économie et de sciences sociales* (3^e éd.). Paris : Nathan.
- Eiraldi, R., & Diaz, Y. (2010). Use of treatment services for attention-deficit/hyperactivity disorder in latino children. *Current Psychiatry Reports*, 12(5), 403-408. doi: 10.1007/s11920-010-0139-1
- Eiraldi, R. B., Mazzuca, L. B., Clarke, A. T., & Power, T. J. (2006). Service utilization among ethnic minority children with ADHD: A model of help-seeking behavior. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(5), 607-622. doi: 10.1007/s10488-006-0063-1
- Epstein, J. N., March, J. S., Conners, C. K., & Jackson, D. L. (1998). Racial differences on the Conners Teacher Rating Scale. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 109-118. doi: 10.1023/a:1022617821422
- Evans, A. S., & Preston, A. S. (2011). Test of Everyday Attention. Dans *Encyclopedia of clinical neuropsychology* (pp. 2491-2492): New York, NY: Springer.
- Evans, R. (2004). Ethnic differences in ADHD and the mad/bad debate. *The American Journal of Psychiatry*, 161(5), 932.

- Faraone, S. V. (2009). Using meta-analysis to compare the efficacy of medications for attention-deficit/hyperactivity disorder in youths. *A Peer-Reviewed Journal for Formulary Management*, 34(12), 678-694.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2(2), 104-113.
- Faraone, S. V., Spencer, T. J., Montano, C. B., & Biederman, J. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: A survey of current practice in psychiatry and primary care. *Archives of Internal Medicine*, 164(11), 1221-1226.
- FDA. (2011a). *FDA drug safety communication: Safety review update of medications used to treat Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults*. Repéré à <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm279858.htm>
- FDA. (2011b). *FDA drug safety communication: Safety review update of medications used to treat Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in children and young adults*. Repéré à <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm277770.htm>
- Ferreol, G., Cauche, P., & Duprez, J. M. (Eds.). (2002) *Dictionnaire de sociologie* (3^e éd.). Paris : A. Colin
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2015). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders, clinician version (SCID-5-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Freitag, C. M., Hänig, S., Schneider, A., Seitz, C., Palmason, H., Retz, W., & Meyer, J. (2012). Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD. *Journal of Neural Transmission*, 119(1), 81-94. doi: 10.1007/s00702-011-0659-9
- Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., & Gilman, R. C. (2011). Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 333-344. doi: 10.1007/s11920-011-0221-3
- Geiger, H. J. (2001). Racial stereotyping and medicine: the need for cultural competence. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'association medicale canadienne*, 164(12), 1699-1700.
- Gerdes, A. C., Lawton, K. E., Haack, L. M., & Hurtado, G. D. (2013). Assessing ADHD in Latino families: Evidence for moving beyond symptomatology. *Journal of Attention Disorders*, 17(2), 128-140. doi: 10.1177/1087054711427396

- Goldstein, S., & Naglieri, J. A. (2008). The school neuropsychology of ADHD: Theory, assessment, and intervention. *Psychology in the School*, 45(9), 859-874.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Curtiss, G., Kay, G. G., & Talley, J. L. (1993). *Wisconsin card sorting test*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Hechtman, L., Swanson, J. M., Sibley, M. H., Stehli, A., Owens, E. B., Mitchell, J. T., ... Nichols, J. Q. (2016). Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 945-952. doi: 10.1016/j.jaac.2016.07.774
- Heilskov Rytter, M. J., Andersen, L. B., Houmann, T., Bilenberg, N., Hvolby, A., Mølgaard, C., ... Lauritzen, L. (2015). Diet in the treatment of ADHD in children - a systematic review of the literature. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(1), 1-18. doi: 10.3109/08039488.2014.921933
- Hervey-Jumper, H., Douyon, K., Falcone, T., & Franco, K. N. (2008). Identifying, evaluating, diagnosing, and treating ADHD in minority youth. *Journal of Attention Disorders*, 11(5), 522-528. doi: 10.1177/1087054707311054
- Hervey-Jumper, H., Douyon, K., & Franco, K. N. (2006). Deficits in diagnosis, treatment and continuity of care in African-American children and adolescents with ADHD. *Journal of the National Medical Association*, 98(2), 233-238.
- Hillemeier, M. M., Foster, E. M., Heinrichs, B., & Heier, B. (2007). Racial differences in parental reports of attention-deficit/hyperactivity disorder behaviors. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28(5), 353-361. doi: 10.1097/DBP.0b013e31811ff8b8
- Hodgson, K., Hutchinson, A. D., & Denson, L. (2014). Nonpharmacological treatments for ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Attention Disorders*, 18(4), 275-282. doi: 10.1177/1087054712444732
- Holcomb-McCoy, C. C., & Myers, J. E. (1999). Multicultural competence and counselor training: A national survey. *Journal of Counseling & Development*, 77(3), 294-302. doi: 10.1002/j.1556-6676.1999.tb02452.x
- Humanrights.ch. (2014). *Droits des minorités*. Repéré à <http://www.humanrights.ch/fr/dossiers-droits-humains/droits-des-minorites/questions-conceptuelles/definitions/definition-minorite-nationale>
- Jacobson, K. (2002). ADHD in cross-cultural perspective: Some empirical results. *American Anthropologist*, 104(1), 283-286. doi: 10.1525/aa.2002.104.1.283

- Keita, S. O., Kittles, R. A., Royal, C. D., Bonney, G. E., Furbert-Harris, P., Dunston, G. M., & Rotimi, C. N. (2004). Conceptualizing human variation. *Nature Genetics*, 36(11 Suppl), S17-S20.
- Kendall, J., & Hatton, D. (2002). Racism as a source of health disparity in families with children with attention deficit hyperactivity disorder. *ANS Advances in Nursing Science*, 25(2), 22-39.
- Kennepohl, S. (1999). Toward a cultural neuropsychology: An alternative view and a preliminary model. *Brain and Cognition*, 41(3), 365-380. doi: 10.1006/brcg.1999.1138
- Kennepohl, S., Shore, D., Nabors, N., & Hanks, R. (2004). African American acculturation and neuropsychological test performance following traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10(4), 566-577. doi: 10.1017/s1355617704104128
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 2(4), 241-255.
- Livingston, R. (1999). Cultural issues in diagnosis and treatment of ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1591-1594.
- Lofthouse, N., Arnold, L. E., & Hurt, E. (2012). Current status of neurofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(5), 536-542. doi: 10.1007/s11920-012-0301-z
- López, S. R. (1997). Cultural competence in psychotherapy: A guide for clinicians and their supervisors. Dans C. E. Watkins, Jr. (Éd.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 570-588, 651, xviii). Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Manly, J. J. (2008). Critical issues in cultural neuropsychology: profit from diversity. *Neuropsychology Review*, 18(3), 179-183. doi: 10.1007/s11065-008-9068-8
- McLeod, J. D., Fettes, D. L., Jensen, P. S., Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2007). Public knowledge, beliefs, and treatment preferences concerning attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Services*, 58(5), 626-631. doi: 10.1176/appi.ps.58.5.626
- Miller, T. W., Nigg, J. T., & Miller, R. L. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in African American children: what can be concluded from the past ten years? *Clinical Psychology Review*, 29(1), 77-86. doi: 10.1016/j.cpr.2008.10.001

- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles du Québec. (2013). *Portrait des personnes membres des minorités visibles au Québec et de leur insertion économique. Recensement de 2006*. Repéré à http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/TXT_Minoritesvisibles2013_FIN.pdf.
- Morgan, P. L., Hillemeier, M. M., Farkas, G., & Maczuga, S. (2014). Racial/ethnic disparities in ADHD diagnosis by kindergarten entry. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(8), 905-913. doi: 10.1111/jcpp.12204
- MTA Cooperative group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder The MTA Cooperative Group Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073-1086.
- Myers, K., Stoep, A. V., Thompson, K., Zhou, C., & Unützer, J. (2010). Collaborative care for the treatment of Hispanic children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *General Hospital Psychiatry*, 32(6), 612-614. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2010.08.004
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Jr., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., ... Urbina, S. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51(2), 77-101. doi: 10.1037/0003-066x.51.2.77
- Nigg, J. T. (2012). Future directions in ADHD etiology research. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(4), 524-33. doi: 10.1080/15374416.2012.686870
- Parker, A., & Corkum, P. (2016). ADHD Diagnosis: As simple as administering a questionnaire or a complex diagnostic process? *Journal of Attention Disorders*, 20(6), 478-486. doi: 10.1177/1087054713495736
- Pedraza, J. (2015). Culturally competent approaches to diagnosing ADHD in Hispanic adults and overcoming cultural issues with patients and families. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(5), e14. doi: 10.4088/JCP.13009tx3c
- Pelham, W. E., Jr., Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 449-476.
- Pelham, W. E., Jr., Fabiano, G. A., Waxmonsky, J. G., Greiner, A. R., Gnagy, E. M., Pelham, W. E., III, ... Murphy, S. A. (2016). Treatment sequencing for childhood ADHD: A multiple-randomization study of adaptive medication and behavioral interventions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 45(4), 396-415. doi: 10.1080/15374416.2015.1105138

- Pham, A. V., Carlson, J. S., & Kosciulek, J. F. (2010). Ethnic differences in parental beliefs of attention-deficit/hyperactivity disorder and treatment. *Journal of Attention Disorders, 13*(6), 584-591. doi: 10.1177/1087054709332391
- Pierce, C. D., & Reid, R. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder: assessment and treatment of children from culturally different groups. *Seminars in Speech and Language, 25*(3), 233-240.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Insanity, 164*(6), 942-948.
- Polanczyk, G., & Rohde, L. A. (2007). Psychiatric disorders as social constructs: ADHD as a case in point: Drs. Polanczyk and Rohde reply. *The American Journal of Psychiatry, 164*(10), 1612-1613. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07060942r
- Polańska, K., Jurewicz, J., & Hanke, W. (2012). Exposure to environmental and lifestyle factors and attention-deficit/hyperactivity disorder in children - A review of epidemiological studies. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 25*(4), 330-355. doi: 10.2478/s13382-012-0048-0
- Pritchard, A. E., Koriakin, T., Jacobson, L. A., & Mahone, E. M. (2014). Incremental validity of neuropsychological assessment in the identification and treatment of youth with ADHD. *The Clinical Neuropsychologist, 28*(1), 26-48. doi: 10.1080/13854046.2013.863978
- Ramsay, J. R. (2014). Health care systems issues and disparities in ADHD care for African American adults. *The Journal of Clinical Psychiatry, 75*(12), e32. doi: 10.4088/JCP.13008tx2c
- Rappley, M. D. (2005). Attention deficit-hyperactivity disorder. *The New England Journal of Medicine, 352*(2), 165-173.
- Reid, R., Casat, C. D., Norton, H. J., Anastopoulos, A. D., & Temple, E. P. (2001). Using behavior rating scales for ADHD across ethnic groups: The IOWA Conners. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 9*(4), 210-218. doi: 10.1177/106342660100900401
- Reid, R., DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., Rogers-Adkinson, D., Noll, M. B., & Riccio, C. (1998). Assessing culturally different students for attention deficit hyperactivity disorder using behavior rating scales. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*(3), 187-198.

- Reid, R., Riccio, C. A., Kessler, R. H., DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., ... Noll, M.-B. (2000). Gender and ethnic differences in ADHD as assessed by behavior ratings. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(1), 38-48. doi: 10.1177/106342660000800105
- Richardson, L. A. (2001). Seeking and obtaining mental health services: What do parents expect? *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(5), 223-231.
- Rocher, G. (1968). *Introduction à la sociologie générale, t.1 - L'action sociale*. Paris : Éditions du Seuil.
- Roth, R. M., & Gioia, G. A. (2005). *Behavior rating inventory of executive function: Adult version*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rostain, A. L., & Ramsay, J. R. (2006). A combined treatment approach for adults with ADHD--results of an open study of 43 patients. *Journal of Attention Disorders*, 10(2), 150-159.
- Rowland, A. S., Umbach, D. M., Stallone, L., Naftel, A. J., Bohlig, E. M., & Sandler, D. P. (2002). Prevalence of medication treatment for attention deficit-hyperactivity disorder among elementary school children in Johnston County, North Carolina. *American Journal of Public Health*, 92(2), 231-234.
- Rydell, A. M. (2010). Family factors and children's disruptive behaviour: an investigation of links between demographic characteristics, negative life events and symptoms of ODD and ADHD. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 45(2), 233-244. doi: 10.1007/s00127-009-0060-2
- Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E., & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43(7), 831-842.
- Satterfield, J. M. (1998). Cognitive behavioral group therapy for depressed, low-income minority clients: Retention and treatment enhancement. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(1), 65-80. doi: 10.1016/s1077-7229(98)80021-7
- Sharma, A., & Couture, J. (2014). A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *The Annals of Pharmacotherapy*, 48(2), 209-225. doi: 10.1177/1060028013510699
- Snowden, L. R., Masland, M., & Guerrero, R. (2007). Federal civil rights policy and mental health treatment access for persons with limited English proficiency. *The American Psychologist*, 62(2), 109-117.

- Sonuga-Barke, E. J., Brandeis, D., Cortese, S., Daley, D., Ferrin, M., Holtmann, M., ... Sergeant, J. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *The American Journal of Psychiatry*, 170(3), 275-289. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070991
- Stahl, S. M. (2013). *Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Statistique Canada. (2006). *Le quotidien. Étude : la fécondité chez les femmes de minorités visibles - 1996 à 2001*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/060630/dq060630b-fra.htm>.
- Statistique Canada. (2010). *Projections de la diversité de la population canadienne - 2006 à 2032*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-551-x/91-551-x2010001-fra.pdf>.
- Statistique Canada. (2013). *Immigration et diversité ethnoculturelle au Canada. Enquête nationale des ménages de 2011* Repéré à <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-010-x/99-010-x2011001-fra.pdf>.
- Statistique Canada, & Palameta, B. (2004). *Le faible revenu chez les immigrants et les minorités visibles*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/10404/6843-fra.pdf>.
- Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52(6), 613-629. doi: 10.1037/0003-066x.52.6.613
- Stein, J., Schettler, T., Wallinga, D., & Valenti, M. (2002). In harm's way: toxic threats to child development. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 23(1 Suppl), S13-S22.
- Timimi, S. (2004). A critique of the international consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 59-63. doi: 10.1023/B:CCFP.0000020192.49298.7a
- Timimi, S., & Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 184, 8-9.
- van den Ban, E. F., Souverein, P. C., van Engeland, H., Swaab, H., Egberts, T. C. G., & Heerdink, E. R. (2015). Differences in ADHD medication usage patterns in children and adolescents from different cultural backgrounds in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1153-1162. doi: 10.1007/s00127-015-1068-4

- Vidair, H. B., Reyes, J. A., Shen, S., Parrilla-Escobar, M. A., Heleniak, C. M., Hollin, I. L., ... Rynn, M. A. (2011). Screening parents during child evaluations: Exploring parent and child psychopathology in the same clinic. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(5), 441-450. doi: 10.1016/j.jaac.2011.02.002
- Waite, R., & Ivey, N. (2009). Promoting culturally sensitive ADHD services for women: an individual example and a call to action. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(4), 26-33.
- Waite, R., & Ramsay, J. R. (2010). Adults with ADHD: who are we missing? *Issues in Mental Health Nursing*, 31(10), 670-678. doi: 10.3109/01612840.2010.496137
- Waite, R., & Tran, M. (2010). Explanatory models and help-seeking behavior for attention-deficit/hyperactivity disorder among a cohort of postsecondary students. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(4), 247-259. doi: 10.1016/j.apnu.2009.08.004
- White, T. M., Gibbons, M. B. C., & Schamberger, M. (2006). Cultural sensitivity and supportive expressive psychotherapy: An integrative approach to treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 60(3), 299-316.
- Wigal, S. B., & Wigal, T. L. (2007). Special considerations in diagnosing and treating attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Spectrums*, 12(6 Suppl 9), 1-14; quiz 15-16.
- Wolraich, M. L., Lambert, E. W., Bickman, L., Simmons, T., Doffing, M. A., & Worley, K. A. (2004). Assessing the impact of parent and teacher agreement on diagnosing attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(1), 41-47. doi: 10.1097/00004703-200402000-00007
- Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L., & Katusic, S. K. (2016). Adults with persistent ADHD: Gender and psychiatric comorbidities - A population-based longitudinal study. *Journal of Attention Disorders*, 18. doi: 10.1177/1087054716676342
- Young, M. Y., & Olavarria, M. (2004). La formation en psychologie clinique : le défi multiculturel. *Revue québécoise de psychologie*, 25(3), 103-116.

Appendice
Critères diagnostiques du TDAH selon le DSM-5

Critères diagnostiques du TDAH selon le DSM-5

A) Un mode persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité qui interfère avec le fonctionnement ou le développement, caractérisé par (1) ou/ou (2) :

1. Inattention : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles : N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou de l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

- a) Souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités (p. ex. néglige ou ne remarque pas des détails, le travail est imprécis).
- b) A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux (p. ex. a du mal à rester concentrer pendant des cours magistraux, des conversations ou la lecture de longs textes).
- c) Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement (p. ex. semble avoir l'esprit ailleurs, même en absence d'une source de distraction évidente).
- d) Souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (p. ex. commence des tâches, mais se déconcentre vite et se laisse facilement distraire).
- e) A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités (p. ex. difficulté à gérer des tâches comportant plusieurs étapes, difficulté à garder ses affaires et ses documents en ordre, travail brouillon ou désordonné, mauvaise gestion du temps, échoue à respecter les délais).
- f) Souvent évite, a en aversion, ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (p. ex. le travail scolaire ou les devoirs à la maison; chez les grands adolescents et les adultes, préparer un rapport, remplir des formulaires, analyser de longs articles).
- g) Perd souvent les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (p. ex. matériel scolaire, crayons, livres, outils, portefeuilles, clés, documents, lunettes, téléphones mobiles).
- h) Se laisse souvent facilement distraire par des stimuli externes (chez les grands adolescents et les adultes, il peut s'agir de pensées sans rapport).
- i) A des oublis fréquents dans la vie quotidienne (p. ex. effectuer les tâches ménagères et faire les courses; chez les grands adolescents et les adultes, rappeler des personnes au téléphone, payer des factures, honorer des rendez-vous).

2. Hyperactivité et impulsivité : Six (ou plus) des symptômes suivants persistent depuis au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement et qui a un retentissement négatif direct sur les activités sociales et scolaires/professionnelles :

N.B. : Les symptômes ne sont pas seulement la manifestation d'un comportement opposant, provocateur ou hostile, ou l'incapacité de comprendre les tâches ou les instructions. Chez les grands adolescents et les adultes (17 ans ou plus), au moins cinq symptômes sont requis.

- a) Remue souvent les mains ou les pieds ou se tortille sur son siège.
- b) Se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis (p. ex. quitte sa place en classe, au bureau ou dans un autre lieu de travail, ou dans d'autres situations où il est censé rester en place).
- c) Souvent, court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié (N.B. : Chez les grands adolescents ou les adultes, cela peut se limiter à un sentiment d'impatience motrice).
- d) Est souvent incapable de se tenir tranquille dans les jeux ou des activités de loisir.
- e) Est souvent « sur la brèche » ou agit souvent comme s'il était « monté sur ressorts » (p. ex. n'aime pas rester tranquille pendant un temps prolongé ou est alors mal à l'aise, comme au restaurant ou dans une réunion, peut être perçu par les autres comme impatient ou difficile à suivre).
- f) Parle souvent trop.
- g) Laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée (p. ex. termine les phrases des autres, ne peut pas attendre son tour dans une conversation).
- h) A souvent du mal à attendre son tour (p. ex. dans une file d'attente).
- i) Interrompt souvent les autres ou impose sa présence (p. ex. fait irruption dans les conversations, les jeux ou les activités, peut se mettre à utiliser les affaires des autres sans le demander ou en recevoir la permission; chez les adolescents ou les adultes, peut être intrusif et envahissant dans les activités des autres).

- B) Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents avant l'âge de 12 ans.
- C) Plusieurs symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité sont présents dans au moins deux contextes différents (p. ex. à la maison, à l'école, ou au travail; avec des amis ou de la famille, dans d'autres activités).
- D) On doit mettre clairement en évidence que les symptômes interfèrent avec ou réduisent la qualité du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

- E) Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'une schizophrénie, ou d'un autre trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p. ex. trouble de l'humeur, trouble anxieux, trouble dissociatif, trouble de la personnalité, intoxication Pr, ou sevrage d'une substance)

Spécifier le type :

Présentation combinée : Si à la fois le critère A1 (inattention) et le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) sont remplis pour les 6 derniers mois.

Présentation inattentive prédominante : Si pour les 6 derniers mois, le critère A1 (inattention), mais pas le critère A2 (hyperactivité-impulsivité).

Présentation hyperactivité/impulsivité prédominante : Si pour les 6 derniers mois, le critère A2 (hyperactivité-impulsivité) est rempli, mais pas le critère A1 (inattention).

Spécifier si :

En rémission partielle : Lorsqu'au cours des 6 derniers mois, l'ensemble des critères pour poser le diagnostic ne sont plus réunis alors qu'ils l'étaient auparavant et que les symptômes continuent à entraîner une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel

Spécifier la sévérité actuelle :

Léger : Peu de symptômes, ou aucun, sont présents au-delà de ceux requis au minimum pour poser le diagnostic, et les symptômes n'entraînent que des altérations mineures du fonctionnement social ou professionnel.

Moyen : Les symptômes ou l'altération fonctionnelle sont présents sous une forme intermédiaire entre « léger » et « grave ».

Grave : Plusieurs symptômes sont présents au-delà de ceux requis pour poser le diagnostic, ou plusieurs symptômes particulièrement graves sont présents, ou les symptômes entraînent une altération marquée du fonctionnement social ou professionnel.